



PARLEMENT | PARLIAMENT
CANADA

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR ET LE TROUBLE MENTAL COMME SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ : RAPPORT PROVISOIRE

Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

**Les coprésidents
L'hon. Marc Garneau et l'hon. Yonah Martin**

JUIN 2022

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

**L'AIDE MÉDICALE À MOURIR ET LE TROUBLE
MENTAL COMME SEUL PROBLÈME MÉDICAL
INVOQUÉ : RAPPORT PROVISOIRE**

**Rapport du Comité mixte spécial
sur l'aide médicale à mourir**

**Les coprésidents
L'hon. Marc Garneau et l'hon. Yonah Martin**

JUIN 2022

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

COPRÉSIDENTS

L'hon. Marc Garneau

L'hon. Yonah Martin

VICE-PRÉSIDENTS

Michael Barrett

Alistair MacGregor

L'hon. Marie-Françoise Mégie

Luc Thériault

MEMBRES REPRÉSENTANT LE SÉNAT

L'hon. Pierre J. Dalphond

L'hon. Stanley Paul Kutcher

L'hon. Pamela Wallin

MEMBRES REPRÉSENTANT LA CHAMBRE DES COMMUNES

Gary Anandasangaree

René Arseneault

Michael Cooper

L'hon. Hedy Fry

James Maloney

Dominique Vien

AUTRES SÉNATEURS ET DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

John Barlow

Kelly Block

Alexandre Boulerice

Élisabeth Brière

Anju Dhillon

Stephen Ellis

Darren Fisher

Matthew Greene
Brendan Hanley
Jenny Kwan
Stephanie Kusie
Viviane Lapointe
Ben Lobb
Wayne Long
Rob Moore
Jeremy Patzer
Francesco Sorbara
Rechie Valdez
Chris Warkentin

COGREFFIERS DU COMITÉ

Mireille Aubé
Leif-Erik Aune
Wassim Bouanani
Andrea Mugny

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Services d'information, d'éducation et de recherche parlementaires

Olivier Leblanc-Laurendeau
Julia Nicol
Marlisa Tiedemann

COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

a l'honneur de présenter son

PREMIER RAPPORT

Conformément à ses ordres de renvoi du Sénat du jeudi 31 mars 2022, et du mercredi 4 mai 2022, et ceux de la Chambre des communes du mercredi 30 mars 2022, et du lundi 2 mai 2022, le Comité a étudié les maladies mentales comme unique condition dans le contexte de l'examen prévu par la loi des dispositions du Code criminel concernant l'aide médicale à mourir et leur application et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR ET LE TROUBLE MENTAL COMME SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ : RAPPORT PROVISOIRE	1
Introduction.....	1
Contexte législatif.....	4
Projet de loi C-14	4
Projet de loi C-7.....	5
Ce que nous avons entendu	6
Expériences ailleurs dans le monde.....	7
Capacité.....	7
Caractère irrémédiable dans le contexte des troubles mentaux	8
L'AMM et le suicide.....	12
Vulnérabilité structurelle et déterminants sociaux de la santé.....	13
Accès aux services de soins de santé	16
Dans quelles circonstances devrait-on permettre l'AMM lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué?	17
Mesures de protection et considérations pratiques si l'AMM est permise lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué.....	19
Conclusion	21
 ANNEXE A : RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS SUR L'AMM ET LA MALADIE MENTALE.....	 23
Normes de pratique de l'AMM.....	23
Interprétation de l'expression problèmes de santé graves et irremédiables	23
Vulnérabilités.....	24
Processus d'évaluation.....	25
Mise en œuvre.....	26

ANNEXE B : RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'AMM LORSQU'UN TROUBLE MENTAL EST LE SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ (AVANT LA PUBLICATION DU RAPPORT DU GROUPE D'EXPERTS).....	29
ANNEXE C LISTE DES TÉMOINS	33
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	35
OPINION DISSIDENTE DU PARTI CONSERVATEUR DU CANADA	37

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR ET LE TROUBLE MENTAL COMME SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ : RAPPORT PROVISOIRE

INTRODUCTION

L'aide médicale à mourir (AMM) est un sujet complexe qui suscite souvent bien des émotions. L'évolution des lois relatives à l'AMM passe par la recherche d'un équilibre entre de nombreux facteurs, notamment l'autonomie de la personne, le respect de la vie, les droits à l'égalité et la protection des personnes vulnérables. L'AMM soulève non seulement des points d'ordre moral et éthique, mais aussi des questions juridiques et des interrogations concernant l'accès aux soins de santé et aux aides sociales, lequel doit être adéquat. La répartition des pouvoirs vient compliquer la rhétorique : l'AMM est permise si elle est conforme aux dispositions du *Code criminel* fédéral, mais ce sont les provinces et les territoires qui réglementent les professions de soins infirmiers et de médecine et qui assurent la majorité des services de soins de santé à leurs résidents.

Les projets de loi C-14 et C-7, qui ont créé et modifié, respectivement, le régime d'AMM exigent tous les deux la tenue d'un examen parlementaire¹. En avril 2021, la Chambre des communes et le Sénat ont adopté des motions en vue de la création d'un comité mixte chargé d'examiner les dispositions du *Code criminel* relative à l'AMM. Ce comité a tenu deux réunions avant la dissolution du Parlement².

Reconstitué en mars 2022, le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (le Comité) a été chargé de faire l'examen « des dispositions du *Code criminel* concernant l'aide médicale à mourir et de l'application de celles-ci, notamment des questions portant sur les mineurs matures, les demandes anticipées, la maladie mentale, la situation des soins palliatifs au Canada et la protection des Canadiens handicapés³ ». Au départ, le Comité devait présenter son rapport final au plus tard le 23 juin 2022, mais ce délai a été prolongé jusqu'au 17 octobre 2022⁴. Il est toutefois tenu de produire, d'ici le

1 Voir l'article 10 du [projet de loi C-14](#) et l'article 5 du [projet de loi C-7](#).

2 Chambre des communes, [Journaux](#), 16 avril 2021; et Sénat, [Journaux](#), 20 avril 2021.

3 Chambre des communes, [Journaux](#), 30 mars 2022; et Sénat, [Journaux](#), 31 mars 2022.

4 Chambre des communes, [Journaux](#), 2 mai 2022; et Sénat, [Journaux](#), 4 mai 2022.

23 juin 2022, un rapport provisoire sur l'accès à l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué (TM-SPMI).

Le Comité a commencé à entendre des témoins le 13 avril 2022. Il a toutefois attendu que le Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale publie son [rapport](#) le 13 mai 2022 pour entendre des témoignages touchant les troubles mentaux. Conformément à son [mandat](#), le Groupe d'experts était tenu de formuler des recommandations sur les questions suivantes :

- Les protocoles et directives pour l'évaluation et la fourniture de l'AMM aux personnes atteintes d'une maladie mentale, à l'usage des organismes professionnels de santé nationaux, provinciaux et territoriaux et des médecins.
- des mesures de protection supplémentaires à inclure dans la législation fédérale pour soutenir la mise en œuvre sûre de l'AMM pour les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Le Groupe d'experts en est venu à la conclusion suivante :

[L]es critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde existantes concernant l'AMM, renforcés par les lois, les normes et les pratiques en vigueur dans les domaines connexes des soins de santé, peuvent fournir une structure adéquate pour l'AMM TM-SPMI dans la mesure où ils sont interprétés de manière appropriée pour prendre en considération la spécificité diagnostique des troubles mentaux.

Par conséquent, dans ses 19 recommandations, le Groupe d'experts ne propose nulle part d'apporter des modifications au *Code criminel*. La présidente de ce groupe, [D^{re} Mona Gupta](#), a comparu devant le Comité le 26 mai 2022. Son témoignage est présenté dans la section « Ce que nous avons attendu » du présent rapport, et les recommandations du Groupe d'experts se trouvent à l'annexe A (les recommandations d'autres groupes figurent à l'annexe B).

Bien que le terme « maladie mentale » soit utilisé dans le *Code criminel* de même que dans les textes du mandat du Groupe d'experts et de la motion constituant ce Comité, le Groupe d'experts emploie « trouble mental », soulignant qu'il n'y a pas de définition uniforme de « maladie mentale », ce qui pourrait entraîner de la confusion. Le Groupe d'experts a fourni l'explication suivante à ce sujet :

Un examen complet des connaissances disponibles sur le sujet de l'AMM pour les maladies mentales exigé par la loi sur l'AMM de 2016 (Conseil des académies canadiennes, 2018) a recommandé l'utilisation du terme clinique standard, « trouble mental ». Par conséquent, tout au long du présent rapport, le Groupe utilise l'expression

« trouble mental », car il s'agit du terme utilisé dans les deux principaux schémas de classification des diagnostics employés dans la pratique psychiatrique canadienne : le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'American Psychiatric Association et la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé.

Le Comité convient donc qu'il est préférable d'utiliser le terme clinique normalisé (« trouble mental »), ce qu'il a fait tout au long du présent rapport provisoire, employant « maladie mentale » seulement dans des citations directes ou dans des renvois aux dispositions du *Code criminel*. Les témoins ont soulevé un autre problème d'ordre terminologique : l'utilisation des termes « irrémédiable », « incurable » et souffrances « intolérables » dans les dispositions applicables du *Code criminel* alors qu'il n'en existe aucune définition scientifique ou médicale⁵.

Le Comité a reçu des témoignages au sujet des troubles mentaux les 25 et 26 mai 2022, mais certains intervenants appelés à témoigner sur d'autres thèmes ont abordé la question des troubles mentaux dans le contexte de l'AMM. En reportant les audiences sur ce sujet important après la publication du rapport du Groupe d'experts, les membres du Comité ont pu étudier ce dernier, et les témoins ont pu le commenter⁶. À ce jour, le Comité a entendu 13 témoins sur cette question précise, y compris des psychiatres, d'autres médecins, des défenseurs des droits et des représentants de diverses organisations. Il a également reçu des centaines de mémoires, certains touchant plus particulièrement l'AMM et les troubles mentaux. Il tiendra compte de ces mémoires dans son rapport final.

Puisque le Comité devra approfondir son étude de la question et prendre le temps nécessaire pour étudier les nombreux mémoires qu'il a reçus, le présent rapport provisoire ne contient pas de recommandations définitives. Il résume plutôt les témoignages entendus par le Comité.

5 Voir AMAD, [Témoignages](#), 26 mai 2022 (Mark Sinyor, professeur; Mona Gupta, présidente, Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale; Alison Freeland, présidente du conseil d'administration et co-présidente du groupe de travail sur l'AMM, Association des psychiatres du Canada).

6 Par exemple, Derryck Smith, professeur émérite de médecine, Service de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, était d'accord avec les recommandations du Groupe d'experts (AMAD, [Témoignages](#), 25 mai 2022); Ellen Wiebe était aussi d'accord avec les recommandations, mais estimait que les provinces et organismes de réglementation devraient être responsables des lignes directrices relatives aux normes (AMAD, [Témoignages](#), 26 mai 2022); Tyler Black, professeur adjoint d'enseignement clinique, Université de la Colombie-Britannique, approuve une grande partie du rapport (AMAD, [Témoignages](#), 26 mai 2022); tandis que John Maher, président, Ontario Association for ACT & FACT, et Mark Sinyor ont émis des réserves au sujet des conclusions du rapport (AMAD, [Témoignages](#), 26 mai 2022).

Le Comité désire remercier tous les témoins ayant participé à l'étude jusqu'à présent. Nous avons entendu des experts médicaux et juridiques, des organisations de défense des droits et des personnes ayant une expérience vécue; ceux-ci ont fourni de riches témoignages comprenant à la fois des informations et des opinions. Bien que ce rapport présente le résumé de ces témoignages, veuillez noter que ceux-ci ne reflètent pas nécessairement l'opinion du Comité. Nous avons attribué toutes les affirmations aux personnes et aux organismes qui ont fourni l'information, mais n'en avons pas vérifié l'exactitude. Dans notre rapport final, dans la mesure du possible, nous fournirons davantage de contexte pour les informations présentées par les témoins lorsqu'elles entrent en conflit avec d'autres témoignages ou avec notre compréhension du sujet.

CONTEXTE LÉGISLATIF

Projet de loi C-14

Comme l'explique le [Résumé législatif du projet de loi C-7 : Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#) de la Bibliothèque du Parlement :

Le projet de loi C-14, qui a été présenté à la Chambre des communes le 14 avril 2016, a reçu la sanction royale le 17 juin 2016⁷. L'« aide médicale à mourir » (AMM) y était définie comme le fait pour un médecin ou un infirmier praticien :

- d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort;
- de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort.

Le projet de loi C-14 prévoyait la modification du *Code criminel* (le *Code*) de manière à ce que certaines personnes qui fournissent l'AMM, dont les médecins et les infirmiers praticiens, de même que certaines personnes qui leur offrent leur assistance, dont les pharmaciens, soient exemptées de la responsabilité pénale.

[...]

⁷ [Projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois \(aide médicale à mourir\)](#), 42^e législature, 1^{re} session (L.C. 2016, ch. 3).

Le ministère de la Justice précise dans le document Contexte législatif : *Aide médicale à mourir (Projet de loi C-14)* ce qui suit :

Les personnes atteintes d'une maladie mentale ou d'un handicap physique ne seraient pas exclues du régime, mais elles ne pourraient avoir accès à l'aide médicale à mourir que si elles remplissent tous les critères d'admissibilité⁸.

Projet de loi C-7

Le [Résumé législatif du projet de loi C-7 : Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#) de la Bibliothèque du Parlement explique les changements législatifs apportés par le [projet de loi C-7](#), qui a reçu la sanction royale le 17 mars 2021 :

Le projet de loi C-7 inclut la réponse du gouvernement fédéral à la décision rendue par la Cour supérieure du Québec en septembre 2019 dans l'affaire *Truchon c. Procureur général du Canada*⁹, qui portait sur les dispositions du *Code criminel* fédéral (le Code) relatives à l'aide médicale à mourir (AMM)¹⁰ et sur la *Loi concernant les soins de fin de vie*¹¹ du Québec. Dans sa décision, la Cour a déclaré contraire à la *Charte canadienne des droits et libertés* (la Charte) la disposition du Code selon laquelle une personne ne peut être admissible à l'AMM que si « sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible ».

[...]

Le projet de loi modifie les dispositions du Code sur l'AMM en établissant un ensemble distinct de mesures de sauvegarde pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et en apportant certaines modifications aux mesures de sauvegarde qui s'appliquent lorsque la mort naturelle est raisonnablement prévisible.

8 Ministère de la Justice, « [IV. Critères d'admissibilité pour l'aide médicale à mourir](#) », *Contexte législatif : aide médicale à mourir (projet de loi c-14)*.

9 [Truchon c. Procureur général du Canada](#), 2019 QCCS 3792 (CanLII).

10 [Code criminel](#), L.R.C. 1985, ch. C-46, art. 241.1 à 241.4.

11 La loi du Québec concernant l'aide médicale à mourir (AMM) a reçu la sanction royale en juin 2014. Québec, [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q., ch. S-32.0001.

Le projet de loi C-7 modifie également les critères d'admissibilité de manière à préciser que la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap pour la détermination de l'admissibilité à l'AMM.

Or, la disposition faisant en sorte que la maladie mentale n'est pas considérée comme un problème de santé grave et irrémédiable est assortie d'une disposition de temporisation. Autrement dit, si cette disposition n'est pas modifiée au 17 mars 2023 (article 6), certaines maladies mentales pourraient dorénavant être considérées comme un problème de santé grave et irrémédiable, et comme seule condition permettant d'ouvrir la porte à l'AMM, pourvu que les autres critères d'admissibilité soient remplis. Par ailleurs, un article a été ajouté au projet de loi afin d'exiger la réalisation d'un examen indépendant par des experts « portant sur les protocoles, les lignes directrices et les mesures de sauvegarde recommandés pour les demandes d'aide médicale à mourir de personnes atteintes de maladie mentale » (paragraphe 3.1(1)). Cet examen a été mené par le Groupe d'experts mentionné plus haut.

CE QUE NOUS AVONS ENTENDU

Le Comité a recueilli différents points de vue sur l'AMM TM-SPMI, y compris sur:

- le juste équilibre entre le respect de l'autonomie et la protection des personnes vulnérables;
- le besoin de veiller à ce que le patient soit pleinement informé, et dispose de la capacité de comprendre et de prendre une décision éclairée;
- le caractère irrémédiable du trouble mental de la personne et de déterminer le degré d'incertitude qui est acceptable;
- la distinction entre une demande d'AMM et la suicidalité;
- les situations où l'AMM est demandée parce que les services de soins de santé et les aides sociales sont inadéquats;
- les questionnements concernant l'éligibilité à l'AMM pour les personnes souffrant uniquement d'un trouble mental.

Les prochaines sections résument les discussions à ce sujet.

Expériences ailleurs dans le monde

Les témoins ont discuté de la situation des autres pays concernant l'AMM TM-SPMI, plus particulièrement celle des Pays-Bas, de la Belgique et de la Suisse. [D^{re} Gupta](#) a indiqué qu'il n'y a pas de mesures de protection propres à ces cas dans les pays où cette pratique est permise. D'ailleurs, dans ces pays, peu de demandes d'AMM sont approuvées pour le TM-SPMI¹². [Brian Mishara](#), professeur et directeur du Centre de recherche et d'interventions sur le suicide à l'Université du Québec à Montréal, a expliqué qu'aux Pays-Bas, les évaluations des demandes d'AMM dans ces cas prennent environ 10 mois et que seulement 5 % d'entre elles sont approuvées.

Certains témoins ont également mentionné qu'aux Pays-Bas et en Belgique, les patients se verront refuser l'AMM s'ils n'ont pas essayé tous les traitements s'offrant à eux pour soulager leurs souffrances. Par comparaison, les patients au Canada doivent seulement être informés des solutions de rechange à l'AMM et ne sont pas tenus d'accepter ces autres formes de traitement pour être admissibles¹³. En revanche, le Groupe d'experts a souligné qu'aux Pays-Bas, le critère de diligence requiert que « [l]e médecin doit ... discuter de la situation avec le patient et en venir conjointement à la conclusion qu'il n'y a pas d'autre solution raisonnable »¹⁴.

Capacité

Pour avoir droit à l'AMM au Canada, la personne doit être « capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé ». [D^r Derryck Smith](#), professeur émérite de médecine au Service de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique, a signalé qu'avant de fournir tout service, les médecins effectuent des évaluations de la compétence et de la capacité décisionnelle des patients. Il a noté que « l'aide médicale à mourir exige d'augmenter un peu la mise » en obligeant les médecins à prendre plus de temps avec le patient, mais que ces évaluations n'exigent aucune compétence particulière.

12 Black; Smith; AMAD, [Témoignages](#), 25 mai 2022 (Brian Mishara, professeur et directeur, Centre de recherche et d'interventions sur le suicide, Enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), Université du Québec à Montréal).

13 Maher; Mishara; AMAD, [Témoignages](#), 13 avril 2022 (Jay Potter, avocat-conseil par interim, ministère de la Justice).

14 [Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale](#), p. 117.

[D^r Smith](#) a également rappelé que tous les patients, y compris les patients psychiatriques sont présumés compétents jusqu'à preuve du contraire¹⁵. [D^{re} Gupta](#) a fait observer qu'il y a un mouvement en provenance des Nations Unies en faveur du respect de la volonté des gens, même quand ils ont une incapacité (on parle alors de prise de décision soutenue)¹⁶. Bien que des efforts aient été déployés en vue de la prise de décision soutenue au Canada, l'application de cette approche dans le contexte de l'AMM nécessite d'autres réflexions et recherches.

[D^r Smith](#) demande une deuxième opinion lorsqu'il a des doutes quant à la capacité décisionnelle de la personne. En cas d'incertitude, [D^{re} Gupta](#) estime que l'AMM ne devrait pas être offerte, précisant toutefois qu'il ne faudrait pas interdire catégoriquement l'AMM TM-SPMI en raison de l'incertitude entourant certains cas.

Caractère irrémédiable dans le contexte des troubles mentaux

Pour avoir droit à l'AMM, le patient doit prouver qu'il est atteint d'un trouble mental grave et irrémédiable : la maladie doit être incurable, il doit y avoir un déclin avancé et irréversible des capacités de la personne et les souffrances doivent être intolérables.

[D^{re} Gupta](#) a résumé le débat sur le caractère irrémédiable des troubles mentaux :

Je pense qu'une grande partie du débat entre ceux qui disent qu'on ne peut pas dire qu'une maladie est irrémédiable et ceux qui disent que c'est possible est due au fait qu'ils utilisent des définitions différentes.

[...]

Bien sûr, nous savons maintenant qu'il existe des maladies que nous ne réussons jamais à guérir. Nous en sommes certains à 100 %. Toutefois, il y a beaucoup d'autres maladies sur lesquelles nous en savons moins, notamment en ce qui concerne leur évolution à long terme. Dans ces cas-là, quel est le niveau de certitude nécessaire? C'est dans les détails que le bât blesse. Grosso modo, voici ce que nous en pensons. Si on doit réfléchir à ce qu'est un état incurable et qu'on fait un parallèle avec d'autres maladies

15 Voir aussi Freeland.

16 Le [rapport](#) du Groupe d'experts aborde la question de la prise de décisions soutenue à la page 65 :

En droit, une personne est soit apte, soit inapte. Cependant cliniquement, au cours de l'évaluation de la capacité d'une personne, il peut s'avérer que celle-ci se trouve dans une situation intermédiaire étant donné que sa capacité est réduite plutôt que d'être complètement inapte. Dans de telles situations, avec de l'aide, une personne pourrait être appuyée dans la prise de ses propres décisions. Cette possibilité est conforme à la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) des Nations Unies, qui déclare que les personnes handicapées jouissent de la capacité juridique dans tous les domaines de la vie, sur la base de l'égalité avec les autres. Ce type « d'approche de prise de décisions assistée » a déjà été employé de temps en temps dans le cadre des évaluations d'AMM.

chroniques, on peut dire que le seuil est atteint une fois qu'on a épuisé tous les traitements conventionnels.

Ce débat concerne en grande partie la détermination de ce qui constitue un risque acceptable compte tenu de l'incertitude. En réponse à une question à savoir s'il est acceptable que des personnes souffrant de troubles mentaux mettent prématurément fin à leur vie alors qu'elles pourraient un jour aller mieux, [D^{re} Gupta](#) a répondu ce qui suit :

Je pense que vous posez une question qui va au cœur même de l'aide médicale à mourir. Je crois que la question est de savoir qui doit déterminer si ce risque est acceptable. En autorisant l'aide médicale à mourir dans notre pays, nous avons déclaré que le fait de demander cette aide est un choix qui appartient à la personne.

[...]

Oui, je pense qu'il est acceptable que la personne prenne cette décision.

[D^r Tyler Black](#), professeur adjoint d'enseignement de psychiatrie à l'Université de la Colombie-Britannique, a déclaré que « de nombreux troubles psychiatriques ne peuvent être guéris dans l'état actuel des connaissances scientifiques ». D^{re} [Alison Freeland](#), présidente du conseil d'administration et co-présidente du groupe de travail sur l'AMM de l'Association des psychiatres du Canada, était d'accord avec cette affirmation, ajoutant que même si elles suivent un traitement, un grand nombre de personnes continuent d'avoir des symptômes et de souffrir à différents degrés.

[D^r Smith](#) a donné son interprétation d'une maladie irrémédiable :

Maintenant, le terme « irrémédiable » est utilisé lorsqu'il n'y a plus de traitements qui sont « acceptables » pour le patient. Selon la loi, on ne peut pas forcer un patient à recevoir n'importe quel type de traitement disponible. Il doit accepter. Si une personne refuse de suivre un traitement supplémentaire, je considère qu'elle a un problème de santé irrémédiable¹⁷.

Selon [D^{re} Ellen Wiebe](#), médecin de famille, le patient doit se voir offrir plusieurs traitements raisonnables et il doit les essayer ou les envisager sérieusement. Les évaluations se font en contexte; la liste d'attente pour les spécialistes est de cinq ans; si le patient ne veut pas attendre, la maladie est irrémédiable selon elle.

De l'avis de [D^{re} Freeland](#), il est peu probable qu'un patient ayant refusé sans bonne raison un traitement qui lui est recommandé soit jugé admissible à l'AMM. [D^r Smith](#) et

17 Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 25 mai 2022 (M^e David E. Roberge, membre, Groupe de travail de l'ABC sur la fin de vie, L'Association du Barreau canadien).

[D^{re} Gupta](#) ont informé le Comité que pour avoir droit à l'AMM, les patients devront être malades depuis des années et avoir essayé de nombreux traitements. Reconnaisant qu'on ne peut pas forcer une personne apte à recevoir un traitement, [D^{re} Gupta](#) a déclaré que pour prouver qu'une maladie est incurable, il faut que plusieurs traitements aient été essayés. Le nombre de traitements requis devrait être déterminé par le patient et le médecin traitant.

Pour sa part, [Sean Krausert](#), directeur général de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, a indiqué que le refus du patient de suivre un traitement ne devrait pas signifier que le trouble est irrémédiable. [D^r John Maher](#), président de l'Ontario Association for ACT & FACT, a déclaré :

Il est certain que dans le projet de loi qu'il vient de déposer, le gouvernement québécois a vu juste lorsqu'il a dit qu'on ne peut pas déterminer si une maladie psychiatrique est irrémédiable [...] Contrairement à un cancer en phase terminale pour lequel la chimiothérapie ne fonctionne plus, il y a toujours des possibilités de traitement. J'ai littéralement des centaines de combinaisons, et lorsque les gens ont essayé des choses, cela nous permet de cibler ce qui va fonctionner avec le temps.

[M. Mishara](#) a tenu les propos suivants :

S'il était possible de distinguer les très rares personnes atteintes d'une maladie mentale qui sont destinées à souffrir interminablement de celles qui peuvent être traitées, il serait inhumain de refuser l'aide médicale à mourir. Toutefois, quiconque essaierait de déterminer quelles personnes devraient avoir accès à l'aide médicale à mourir ferait un grand nombre d'erreurs, et des personnes qui verraient une amélioration de leurs symptômes et ne souhaiteraient plus mourir mourraient en ayant recours à l'aide médicale à mourir.

Selon [D^r Mark Sinyor](#), professeur de psychiatrie :

Rien dans la vie ou en médecine n'est certain. Tous nos traitements peuvent entraîner des avantages comme des inconvénients. En médecine, nous fonctionnons avec les probabilités. Les médecins aident les patients à prendre des décisions pour le traitement du cancer, par exemple, en leur disant qu'ils ont 90 % ou 10 % de chances de survie. Nous ne savons jamais avec certitude quel sera le résultat pour les patients, mais ces chiffres sont essentiels pour les aider à prendre une décision éclairée. Dans le cas de l'aide médicale à mourir ayant pour seul motif la maladie mentale, nous ne disposons d'aucune statistique. Nous n'aurions aucune idée — et nos patients non plus — du nombre de fois où notre jugement au sujet du caractère irrémédiable de la maladie est tout simplement erroné. C'est complètement différent de l'aide médicale à mourir dans les situations de fin de vie ou pour les maladies neurologiques progressives et incurables, où la prédiction clinique de l'irrémédiabilité est fondée sur des données probantes.

Dans le contexte de l'aide médicale à mourir ayant pour seul motif la maladie mentale, les décisions de vie ou de mort seront prises en fonction de pressentiments et de suppositions qui pourraient être complètement erronés. Les incertitudes et la possibilité d'erreur dans les situations de maladie mentale sont énormes. Par conséquent, il est impératif, sur le plan éthique, d'étudier les préjudices possibles avant de mettre en œuvre la loi.

Il a donc recommandé que d'autres études soient réalisées afin d'en savoir davantage sur le caractère irrémédiable des maladies et de la souffrance.

[D^{re} Valorie Masuda](#), une spécialiste des soins palliatifs, n'était pas d'accord avec la suggestion du Groupe d'experts qu'il convient d'examiner la réaction passée au traitement pour déterminer le caractère irrémédiable éventuel d'un trouble mental. Dans le même ordre d'idées, [D^r Maher](#) a affirmé ce qui suit :

Dans tous les autres cas, la décision est fondée sur l'inefficacité des traitements potentiels. Or, le groupe d'experts a affirmé que les traitements antérieurs n'ayant pas fonctionné sont des renseignements utiles et essentiels pour décider de la marche à suivre.

Permettez-moi de citer une phrase tirée du rapport du groupe d'experts qui se rapporte directement à votre question.

La phrase suivante provient du rapport Gupta : « Les connaissances sur le pronostic à long terme de nombreuses maladies sont limitées et il est difficile, voire impossible, pour les cliniciens de formuler des prévisions précises sur l'avenir d'un patient donné. » C'est écrit noir sur blanc dans le rapport du groupe, qui ajoute ensuite qu'il s'agit d'une décision éthique. Contrairement à tous les autres cas d'aide médicale à mourir au Canada, pour lesquels il faut évaluer la probabilité, sur le plan clinique, que le traitement fonctionne, dans ces cas-ci, le groupe dit qu'il s'agit d'un « choix éthique ».

[D^r Gaiind](#), professeur de psychiatrie, était d'accord :

[...] la loi ne dit pas que les problèmes de santé graves et irréversibles doivent faire l'objet d'une décision d'ordre éthique. Ce doit être une décision scientifique. À ce sujet, il ne fait aucun doute qu'il est impossible de faire des prédictions lorsqu'il s'agit de maladie mentale.

De même, [M. Mishara](#) a reproché au Groupe d'experts de ne pas avoir défini de critères précis ou de ne pas avoir fourni de preuves indiquant qu'un médecin traitant peut déterminer de manière fiable que la situation d'une personne donnée ne s'améliorera pas.

Selon [D^r Black](#), il devrait revenir au patient d'examiner ce genre d'incertitudes et de décider du traitement qui lui convient :

Si on ne peut savoir ce qui se passera avec une certitude absolue, on ne peut pas non plus affirmer que les traitements seront totalement efficaces. Voilà pourquoi le patient est au centre de nos décisions. Nous lui fournissons les meilleurs renseignements possibles, et il prend la meilleure décision possible.

L'AMM et le suicide

Des témoins ont informé le Comité que les idées suicidaires peuvent être un symptôme d'un trouble mental, mais que bien des gens atteints de troubles mentaux ne sont pas suicidaires et que bien des personnes suicidaires ne souffrent pas de troubles mentaux¹⁸. [D^r Black](#) a affirmé que les motifs sont rarement les mêmes pour l'AMM et le suicide :

Pour ce qui est du suicide, il est très rare d'avoir une combinaison de motivation fataliste, qui est une réponse contrôlée à un stress perçu, d'absence convenue de remède et de calcul rationnel sur la probabilité du changement, alors que c'est presque toujours le cas dans le contexte de l'aide médicale à mourir. Dans la littérature, les psychiatres s'entendent généralement sur la souffrance insupportable du patient et l'inutilité du traitement dans les cas psychiatriques d'aide médicale à mourir dans les pays où cet enjeu a été étudié.

[D^r Smith](#) a rappelé au Comité la décision rendue dans l'affaire *Truchon*, à savoir que les médecins peuvent faire la distinction entre le patient suicidaire et celui demandant l'AMM, et il était d'accord avec cette conclusion¹⁹. [D^{re} Gupta](#) a fait valoir que les patients qui sont atteints de maladies physiques et dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible peuvent aussi avoir des idées suicidaires, et que ces questions sont donc déjà abordées dans les cas où l'AMM est autorisée.

[D^r Black](#) a déclaré qu'entre 40 et 50 % des personnes qui se suicident n'ont pas un diagnostic de trouble mental grave. En revanche, [M. Mishara](#) a indiqué au Comité que presque toutes les personnes à risque élevé de suicide avec lesquelles il s'était entretenu auraient droit à l'AMM et que plus de 90 % des personnes qui s'enlèvent la vie souffrent d'un trouble mental identifiable. Il était préoccupé par le fait que le Groupe d'experts, dans son rapport, ait indiqué qu'il est impossible d'établir des règles fixes lorsqu'on tente de faire la distinction entre une personne qui est suicidaire et une personne qui demande l'AMM, n'offrant aucun critère de diagnostic. Il a remis en question l'idée que quiconque puisse faire la différence²⁰. [D^r Sinyor](#) a déclaré que les professionnels peuvent

18 Black; Gupta; AMAD, [Témoignages](#), 13 avril 2022 (Abby Hoffman, conseillère exécutive principale au sous-ministre, ministère de la Santé).

19 Voir aussi Wiebe; Black. [Truchon c. Procureur général du Canada](#), 2019 QCCS 3792 (CanLII), paragr. 466.

20 Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 26 mai 2022 (Georgia Vrakas, psychologue et professeure).

tenter de faire la distinction entre une personne qui demande l'AMM et une autre qui est suicidaire, mais que ce sujet n'a jamais fait l'objet d'une étude scientifique rigoureuse permettant de déterminer dans quelle mesure ils réussissent vraiment à bien établir cette distinction.

Ayant maintenant une vie riche grâce à des médicaments et une thérapie, [M. Krausert](#) a indiqué qu'il se serait sans doute prévalu de l'AMM dans les « jours les plus sombres » de dépressions et d'anxiété. Dans le même ordre d'idées, [Georgia Vrakas](#), psychologue et professeure, a indiqué ce qui suit :

Dans ce contexte, en donnant aux gens comme moi le feu vert pour obtenir l'aide médicale à mourir, on signifie clairement son désengagement relativement à la maladie mentale. On nous transmet le message qu'il n'y a pas d'espoir et que nous sommes des êtres jetables.

Pour sa part, [D^r Maher](#) a remis en question l'idée que le suicide est toujours un acte impulsif et a ajouté que les taux de suicide ont augmenté dans les pays d'Europe où l'AMM est permise, précisant que ces taux sont plus élevés chez les femmes que les hommes²¹. D^r Black a fourni des données démontrant que les taux de suicide n'ont pas augmenté dans les pays ayant mis en place l'AMM, y compris le Canada. Voici ce qu'il a dit à ce sujet :

Une étude a estimé que les adultes aux Pays-Bas avaient 8 % de risque d'avoir des pensées suicidaires au cours de leur vie. Or, 65 adultes reçoivent l'aide médicale à mourir pour des raisons psychiatriques chaque année aux Pays-Bas, ce qui représente 0,0004 % de la population adulte.

Reconnaissant les divergences d'opinions à ce sujet, [D^{re} Gupta](#) a établi des comparaisons avec d'autres domaines de la médecine. Si un patient refuse un traitement (décision qui entraînera sa mort), personne ne considère cette personne suicidaire et ne l'oblige à subir le traitement. Les mêmes principes et pratiques s'appliquent dans le contexte de l'AMM. La personne qui a vraiment des idées suicidaires risque d'être jugée inadmissible.

Vulnérabilité structurelle et déterminants sociaux de la santé

Certains témoins redoutaient que des personnes demandent l'AMM non pas en raison de leur maladie, mais en raison de souffrances causées par la pauvreté, l'absence d'un

21 Voir aussi Sinyor.

logement suffisant, l'exclusion sociale et d'autres déterminants sociaux de la santé²². En général, les témoins accordaient de l'importance à l'amélioration des services de soutien sociaux, peu importe si l'AMM TM-SPMI était légalisée. [D^r Maher](#) a déclaré que « [l]a mort n'est pas un substitut acceptable à de bons traitements, à la nourriture, au logement et à la compassion ». [D^r Kwame McKenzie](#), professeur de psychiatrie, a exprimé les préoccupations suivantes :

Je ne voudrais pas qu'on en arrive au point où, parce qu'on n'en a pas fait assez, l'aide médicale à mourir devienne un exutoire pour la souffrance sociale. Je ne pense pas que nous en soyons là, mais je ne veux pas que cela arrive, alors il faut garder cela en tête. Cela ne veut pas dire que des données nous montrent que nous avons un grand nombre d'Autochtones ou de personnes racialisées ou à faible revenu qui demandent l'aide médicale à mourir en ce moment.

Bien que l'AMM permette à des personnes d'exercer leur autonomie et de décider du moment où elles mettent fin à leurs souffrances, [D^r Harvey Max Chochinov](#), professeur distingué en psychiatrie à l'Université du Manitoba, a partagé son opinion sur les difficultés qui se posent pour certains :

Exercer son autonomie signifie avoir des options réelles et viables. Si vous êtes mourant en l'absence de soins palliatifs de qualité et accessibles, si vous souffrez d'un handicap, mais que vous n'avez pas accès à des soutiens et à des services ou à des possibilités en matière de contacts sociaux, de logement ou d'emploi, si vous souffrez de douleurs chroniques ou de symptômes incontrôlés et que vous n'avez pas accès à un spécialiste en temps opportun, si vous êtes aux prises avec une maladie mentale et vous ne pouvez pas trouver un thérapeute prêt à vous aider à vous en sortir, peut-on vraiment dire que vous exercez un choix autonome?

Selon certains, permettre l'AMM dans un contexte autre que la fin de vie est stigmatisant, car cela suppose que certaines vies ne méritent pas d'être vécues²³. Comme noté précédemment, les personnes affectées par un trouble mental sont présumées compétentes tant qu'une évaluation ne démontre le contraire. En même temps, [D^{re} Freeland](#) a fait remarquer que ce ne sont pas seulement les personnes souffrant de troubles mentaux qui sont vulnérables.

[D^r Smith](#) a signalé que selon les données internationales, les personnes qui reçoivent l'AMM sont en général des blancs bien éduqués et bien nantis et que les membres des

22 Maher; AMAD, [Témoignages](#), 25 mai 2022 (D^{re} Valorie Masuda); AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2022 (D^r Sandy Buchman, président et directeur médical, Freeman Centre for the Advancement of Palliative Care, North York General Hospital, et président directeur, Association médicale canadienne).

23 Krauser; Maher; Vrakas; AMAD, [Témoignages](#), 25 avril 2022 (D^r Félix Pageau, gériatre, éthicien et chercheur, Université Laval).

groupes marginalisés qui la demandent se butent possiblement à des obstacles. [D^{re} Sandy Buchman](#), président et directeur médical du Freeman Centre for the Advancement of Palliative care, a déclaré que selon son expérience, les patients vulnérables réclament des soins médicaux actifs, car ils se méfient du système de santé; il est rare que les gens marginalisés demandent l'AMM. En revanche, [D^r Gaïnd](#) a offert son opinion :

Les faits montrent que, lorsque la mort est prévisible, ceux qui demandent l'AMM le font pour préserver leur dignité et leur autonomie et éviter une mort douloureuse. Ceux qui la demandent en pareilles circonstances sont le plus souvent, pour reprendre les termes des chercheurs, des blancs, instruits et privilégiés. On en a conclu qu'il était sans danger d'étendre ce service à d'autres situations.

Or, si l'AMM est étendue aux malades mentaux qui ne sont pas proches de la mort, le paradigme change du tout au tout. C'est un groupe différent qui obtient ce service. Il s'agit de personnes marginalisées, non mourantes, qui n'ont jamais eu l'autonomie nécessaire pour vivre dans la dignité. Elles cherchent non à mourir dans la dignité, mais à échapper à la souffrance de la vie.

Il a aussi signalé qu'aux Pays-Bas, deux fois plus de femmes que d'hommes reçoivent l'AMM pour des problèmes de santé non terminaux²⁴.

[D^r McKenzie](#) n'avait connaissance d'aucun rapport comparant les impacts de l'AMM sur différents groupes raciaux, mais il estimait qu'il est important de mobiliser ces groupes pour s'assurer de tenir compte de leurs besoins dans le cadre des changements apportés à la loi. Certains témoins ont d'ailleurs souligné qu'il fallait consulter les collectivités autochtones²⁵. Bien que le Comité soit conscient que la consultation des communautés autochtones au sujet de l'AMM TM-SPMI ne tombait pas sous le mandat du Groupe d'experts, ce dernier a affirmé que

Les peuples autochtones du Canada ont un point de vue sur la mort qui leur est propre et qui doit être pris en compte dans le contexte de l'émergence de l'AMM, y compris l'AMM TM-SPMI. Toutefois, la mobilisation auprès des peuples autochtones du Canada concernant l'AMM n'a pas encore eu lieu.²⁶

24 Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2022 (D^r Harvey Max Chochinov, professeur distingué en psychiatrie, Université du Manitoba).

25 Voir, par exemple, Gupta; Hoffman.

26 [Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale](#), p. 37.

[Myeengun Henry](#), gardien des connaissances autochtones à l'Université de Waterloo, a partagé ce qui suit avec le Comité :

J'ai parlé à nos membres et à la grande communauté autochtone, pour qui la situation est très difficile...Je ne pense pas que tout le monde puisse être d'accord.

Nos approches concordent quand nous revenons à la façon dont nous avons traité ces questions tout au long de nos voyages spirituels. Nous laissons le Créateur décider. La situation est pénible. Le scénario est différent dans chaque cas.

Le Comité est conscient que des témoignages ont souligné le rôle important des croyances culturelles et de la tradition sur l'attitude d'un patient envers l'AMM; le Comité sollicitera des témoignages supplémentaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis avant de présenter son rapport final.

Accès aux services de soins de santé

Les témoins ont reconnu qu'il est difficile pour bien des Canadiens d'obtenir des soins de santé adéquats, surtout en ce qui concerne la santé mentale. Comme l'a indiqué [D^r McKenzie](#), « pour l'instant, nous disons qu'ils doivent en être informés, mais la question est de savoir si nous nous assurons qu'ils ont réellement un accès complet ».

[D^{re} Gupta](#) a expliqué que l'accès à des soins adéquats varie considérablement, selon que la personne cherche à obtenir des soins de première ligne ou tertiaires et selon son lieu de résidence. Elle a déclaré que bien des patients reçoivent d'excellents soins lorsqu'ils sont pris en charge et qu'il faut cerner les lacunes et cibler le financement en conséquence.

[D^r Maher](#) a informé le Comité que des gens attendent cinq ans pour être traités par son équipe, affirmant que « [l]a stigmatisation est ancrée dans notre système ». Certains témoins se sont dits préoccupés par le fait que l'AMM réduit les coûts des soins de santé et peut donc avoir des effets pernicious et dissuasifs en ce qui concerne la prestation de soins de santé²⁷.

[M. Krausert](#) a d'ailleurs recommandé que l'on autorise l'AMM dans le cas des personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible seulement si des fonds adéquats sont en place pour s'assurer que la maladie n'est pas irrémédiable en raison d'un manque d'accès à des traitements.

27 Sinyor; Vrakas; AMAD, [Témoignages](#), 25 mai 2022 (Sean Krausert, directeur général, Association canadienne pour la prévention du suicide).

[D^r Smith](#) a insisté sur le fait que chaque cas doit être évalué individuellement et que tout patient atteint d'une maladie psychiatrique a probablement eu accès à de nombreux services sans voir aucune amélioration de son état avant de demander l'AMM. Autrement, en tant que médecin, il recommanderait un traitement et essaierait de le mettre en place²⁸.

[D^r McKenzie](#) a été en faveur « d'un équilibre entre les droits des gens de prendre leurs propres décisions et ce que l'État peut raisonnablement leur offrir. Je souhaiterais que l'offre soit la plus vaste possible, mais dans une démocratie, tout le monde ne peut pas tout avoir. Nous le savons, alors je crois qu'il faut trouver un équilibre. »

[Jocelyn Downie](#), professeure de recherche universitaire aux facultés de droit et de médecine de l'Université Dalhousie, a recommandé que l'on améliore les services et soutiens pour les personnes handicapées et celles souffrant de troubles mentaux :

[...] en ayant une conversation sur l'AMM, nous avons maintenant l'occasion d'écouter une conversation sur le soutien aux personnes handicapées et aux personnes atteintes de maladies mentales au Canada. C'est là où j'espère que le Comité fera preuve d'audace et trouvera des façons d'utiliser les deniers publics fédéraux et les pouvoirs de convocation. Vous avez toutes sortes d'outils. Utilisez-les pour régler les problèmes qui sont mis au jour et auxquels les gens s'intéressent enfin. Ne restreignez pas l'accès à l'AMM, car vous ne devriez jamais tenir des personnes en otages pour régler des problèmes systémiques.

Dans quelles circonstances devrait-on permettre l'AMM lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué?

Le Comité reconnaît que la loi actuelle permettra l'AMM TP-SPMI pour les individus admissibles en mars 2023. Nous avons toutefois entendu, comme le résumait les sections ci-dessus, que les témoins ont exprimé différents points de vue sur divers sujets en rapport avec leurs conclusions quant à savoir s'il faudrait permettre l'AMM TM-SPMI²⁹. Les paragraphes qui suivent présentent les conclusions générales des témoins à ce sujet.

Selon [D^r Sinyor](#), l'AMM TM-SPMI devrait être autorisée seulement si les bienfaits l'emportent sur les méfaits, et d'autres études sont nécessaires avant d'en arriver à une conclusion. En revanche, [D^r Black](#) estimait que l'on pouvait se reposer sur la médecine

28 Voir aussi Hoffman.

29 Par exemple, M. Krausert, D^r Maher, D^{re} Masuda et M^{me} Vrakas s'opposaient à l'AMM dans ces cas, tandis que D^{re} Wiebe, D^r Smith et D^r Georges L'Espérance (AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2022, président et neurochirurgien, Association québécoise pour le droit à mourir dans la dignité) appuyaient la proposition.

fondée sur des principes pour aller de l'avant. Il a dressé la liste de ces principes : le respect de l'autonomie du patient; la conscience du racisme et du capacitisme systémiques et du manque d'accès aux soins de santé mentale; la non-discrimination à l'endroit des personnes souffrant de troubles mentaux; la reconnaissance que certaines conditions ne répondent pas nécessairement aux traitements; la reconnaissance du long héritage de paternalisme en psychiatrie; et l'importance de la prise de décisions fondées à la fois sur l'expertise médicale et l'expérience vécue du patient.

[D^{re} Gupta](#) a rappelé que certaines personnes souffrant de troubles mentaux obtiennent déjà l'AMM lorsqu'elles sont aussi atteintes d'une maladie physique, et que les questions des idées suicidaires, de l'aptitude à prendre une décision et de la vulnérabilité structurelle se posent parfois déjà dans ces cas³⁰. Par ailleurs, des personnes souffrant de maladies physiques pour lesquelles il est difficile d'évaluer le caractère irrémédiable et le déclin peuvent actuellement demander l'AMM. Cette témoin a ajouté :

En se fondant sur ces observations, le groupe d'experts a conclu qu'il n'existe pas de problème caractéristique unique touchant toutes les personnes atteintes de troubles mentaux et seulement les personnes atteintes de troubles mentaux. L'expression « troubles mentaux » n'est qu'un terme imprécis pour désigner ces problèmes. Si on espère éviter de devoir aborder ces questions difficiles en empêchant les personnes dont le trouble mental est le seul problème médical invoqué pour avoir accès à l'AMM, l'expérience clinique en matière d'AMM nous apprend que nous faisons fausse route. Nous nous heurtons déjà à ces problèmes concrètement.

D'autres témoins ont remis en question la notion selon laquelle il existe une distinction importante entre les troubles physiques et mentaux. Selon [D^{re} Wiebe](#) :

La plupart du temps, ce que les gens appellent la souffrance, ce n'est pas la douleur, mais l'incapacité de mener une vie normale, et ce, que leur maladie soit mentale ou physique³¹.

[D^{re} Gupta](#) a déclaré :

Je vais faire une petite digression pour aborder un sujet plus clinique et technique.

Dans le cas de certaines maladies paradigmatiques comme un cancer avancé, lorsqu'on obtient le bon diagnostic au moyen d'une biopsie ou d'une imagerie par résonance magnétique, par exemple, on peut savoir d'emblée ce qui va arriver au patient.

Cependant, pour d'autres maladies, au moment du diagnostic, on ne peut pas savoir comment cela va évoluer. Cela va dépendre du traitement que la personne va suivre, de

30 Voir aussi Wiebe.

31 Voir aussi Freeland; Gupta; Smith.

sa réponse au traitement et des effets secondaires, entre autres. On ne peut pas faire beaucoup de prévisions sans avoir essayé le traitement.

C'est pour cette raison que, dans le rapport, nous essayons d'arrimer la nécessité d'avoir essayé des traitements pour pouvoir établir que la trajectoire de la maladie est sombre et la nécessité de respecter le fait qu'une personne a déjà expérimenté beaucoup de traitements et qu'elle en a assez. Où trace-t-on cette ligne exactement? Je pense que cela va différer d'une personne à l'autre. Il faut aussi prendre en considération son état de santé général et les circonstances entourant son cas.

Selon [D^{re} Stefanie Green](#), présidente de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA), il pourrait être discriminatoire d'interdire l'accès à l'AMM en fonction de certains diagnostics. [D^r Georges L'Espérance](#), neurochirurgien et président de l'Association québécoise pour le droit à mourir dans la dignité, a déclaré qu'interdire l'AMM TM-SPMI pourrait mener à des contestations devant les tribunaux.

[M. Krausert, un défenseur du droit des patients](#), a affirmé que l'on ne devrait pas permettre l'AMM dans ces cas. Il a recommandé que :

[...] l'AMM ne soit pas offerte aux patients souffrant d'un trouble pour lequel la mort n'est pas raisonnablement prévisible, à moins que des preuves scientifiques indiscutables montrent que ce trouble est irrémédiable. Le caractère irrémédiable doit toujours être objectif et jamais subjectif. Aucune preuve n'indique que la maladie mentale entre dans cette catégorie.

[M. Mishara](#) a prétendu que :

Personnellement, j'ai connu... [...] des centaines de milliers de personnes [...] ont expliqué de manière convaincante qu'elles voulaient mourir pour mettre fin à leurs souffrances et [...] sont maintenant heureuses d'être en vie. Si vous permettez aux personnes atteintes d'une maladie mentale de recevoir l'aide médicale à mourir, combien de personnes qui auraient été heureuses d'être en vie plus tard êtes-vous prêts à laisser mourir?

Dans la même veine, [D^r Maher](#) a déclaré ce qui suit : « Leur cheval de bataille, c'est l'autonomie à tout prix, mais elle causera inévitablement la mort de personnes dont l'état s'améliorerait. Quel nombre de conjectures erronées est acceptable pour vous? »

Mesures de protection et considérations pratiques si l'AMM est permise lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué

[Abby Hoffman](#), conseillère exécutive principale auprès du sous-ministre à Santé Canada, a déclaré que des directives sur l'AMM TM-SPMI doivent surtout être fournies à l'échelle

clinique et qu'il n'est pas nécessaire de le faire dans le Code criminel. De même, [David E. Roberge](#), membre du Groupe de travail sur la fin de vie de l'Association du Barreau canadien, a reconnu qu'il est préférable de laisser certains détails dans les mains des spécialistes du domaine médical, précisant toutefois certains facteurs dont il faudrait tenir compte si des modifications sont apportées au Code criminel pour permettre l'AMM TM-SPMI, et ce dans le but d'éliminer toute ambiguïté. Il a proposé qu'au moins un des évaluateurs soit un psychiatre, ce qui risque toutefois d'entraîner des retards, ajoutant qu'il faut « se méfier du risque de l'imposition d'un délai arbitraire, qui ferait abstraction de la nature du trouble mental ». [D^{re} Freeland](#) était d'accord à l'idée qu'au moins un psychiatre indépendant évalue le patient, et [D^{re} Green](#) était aussi d'avis qu'une expertise était requise.

En ce qui concerne les évaluations et le manque de clarté, [D^r Smith](#) a déclaré :

Comme je le fais avec tous mes patients lorsque j'ai une incertitude, je demande une deuxième opinion. Il n'est pas interdit d'avoir plus de deux évaluateurs. Je ne réalise pas beaucoup d'évaluations. Je suis plutôt appelé à donner mon opinion lorsque deux évaluateurs n'arrivent pas à prendre une décision dans les cas de maladie mentale. Nous pouvons demander l'aide de nos collègues et faire venir d'autres évaluateurs. Nous voulons nous assurer de prendre la bonne décision.

La décision est irrévocable. Personne — que ce soit le patient, sa famille ou les fournisseurs — ne prend une telle décision à la légère. Nous devons nous assurer de prendre la bonne. Je crois qu'en misant sur les compétences des psychiatres et de nos collègues de la communauté, nous avons accès à suffisamment de ressources pour bien évaluer les patients.

[D^r McKenzie](#) a recommandé que des équipes multidisciplinaires procèdent aux évaluations au fil du temps. Pour sa part, [D^{re} Masuda](#) a indiqué :

Si le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir recommande d'autoriser le recours à l'AMM dans les cas de maladie mentale chronique, je préconiserais d'instaurer un solide processus d'examen multidisciplinaire dans le cadre duquel des médecins, des psychiatres, des travailleurs sociaux et des éthiciens examineraient la demande d'AMM d'un patient, et d'effectuer un examen transparent des dossiers d'AMM qui serait partagé entre les autorités sanitaires sous supervision provinciale et fédérale pour éviter de traiter des problèmes sociaux avec l'euthanasie.

Or, selon [M^{me} Vrakas](#), aucune mesure de précaution ne pourrait rendre l'AMM TM-SPMI sécuritaire.

[D^{re} Wiebe](#), quant à elle, appuyait la suggestion du Groupe d'experts concernant la mise en place un modèle national de surveillance prospective des cas à des fins d'éducation et

de contrôle de la qualité³². [D^{re} Gupta](#) a reconnu les difficultés entourant la mise en place de normes nationales compte tenu de la répartition des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les provinces et a fait valoir les travaux importants de l'ACEPA en vue de la mise en place de normes, de lignes directrices et de pratiques exemplaires relatives à la pratique de l'AMM.

Selon [M^{me} Hoffman](#), il faudra considérablement accroître les ressources humaines pour assurer une évaluation adéquate des demandes d'AMM TM-SPMI³³. Des témoins ont recommandé qu'une formation soit donnée aux évaluateurs et aux prestataires de l'AMM, par exemple le programme de formation mis au point par l'ACEPA avec l'appui de Santé Canada³⁴.

CONCLUSION

Examiner la question de l'accès à l'AMM pour des personnes dont le seul problème médical est un trouble mental n'est pas une mince tâche, et le Comité reconnaît qu'il reste encore du travail à faire dans ce dossier complexe, ce qui n'a pas été possible en raison du court délai prévu pour la présentation de ce rapport provisoire et des difficultés d'horaires. Nous reconnaissons également la valeur des recommandations du Groupe d'experts sur ce sujet. Bien qu'il soit tenu de présenter son rapport final sur tous les thèmes le 17 octobre 2022, le Comité, par respect pour les Canadiens et les personnes dont la vie ou celle d'un proche pourrait être touchée par ses recommandations, tient à prendre le temps de mener dans la mesure du possible un examen des plus rigoureux sans plus de retard. Il cherche actuellement le meilleur moyen d'atteindre cet objectif.

Le Comité tient également à souligner que pour mettre en œuvre les recommandations du Groupe d'experts, des mesures doivent être prises rapidement, étant donné que mars 2023 approche rapidement. Il faut mettre en place des normes de pratique et des lignes directrices claires, offrir une formation adéquate aux professionnels, faire en sorte que les patients soient rigoureusement évalués et établir un cadre de surveillance utile pour permettre l'AMM TM-SPMI. Pour y arriver, il faudra la collaboration des organismes de réglementation, des associations professionnelles, des comités institutionnels et de

32 Recommandation 16 du rapport du Groupe d'experts.

33 Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 25 avril 2022 (Diane Reva Gwartz, infirmière praticienne, Soins de santé primaire).

34 Hoffman; Wiebe; AMAD, [Témoignages](#), 25 avril 2022 (D^{re} Stefanie Green, prestataire d'AMM, conseillère du ministère provincial de la Santé de la Colombie-Britannique, et présidente de l'ACEPA).



tous les ordres de gouvernement, et il est important que tous ces intervenants soient engagés et appuyés dans le cadre de ce travail important.

Bien que du travail soit déjà en cours pour mettre en œuvre les recommandations du Groupe d'experts, des inquiétudes demeurent quant aux efforts encore requis afin de s'assurer que toutes les mesures nécessaires soient en place d'ici mars 2023, lorsque l'AMM pourra être considérée dans le cas de personnes souffrant de troubles mentaux comme seul problème médical invoqué. Nous exhortons le gouvernement fédéral à travailler avec les provinces, les territoires et les autres intervenants pour s'assurer que les recommandations du Groupe d'experts soient mises en place de façon ponctuelle.

ANNEXE A : RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS SUR L'AMM ET LA MALADIE MENTALE

NORMES DE PRATIQUE DE L'AMM

Recommandation 1 : Établir des normes de pratique en matière d'AMM

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient faciliter la collaboration des autorités réglementaires, des médecins et du personnel infirmier pour établir des normes de pratique à l'intention des médecins et des infirmières praticiennes à des fins d'évaluation des demandes d'AMM dans des situations qui soulèvent des questions sur l'incurabilité, l'irréversibilité, la capacité, les tendances suicidaires et l'incidence des vulnérabilités structurelles. Ces normes devraient fournir des détails par rapport au sujet des recommandations 2 à 13.

INTERPRÉTATION DE L'EXPRESSION PROBLÈMES DE SANTÉ GRAVES ET IRREMÉDIABLES

Recommandation 2 : Établir l'incurabilité

Les évaluateurs de l'AMM devraient établir l'incurabilité en se référant aux tentatives de traitement effectuées jusqu'à ce jour, aux résultats de ces traitements, ainsi qu'à la gravité et à la durée de la maladie, de l'affection ou du handicap.

Il n'est pas possible de fournir des règles fixes concernant le nombre de tentatives de traitement, les différents types de traitement à essayer et la durée des traitements, car cela variera en fonction de la nature et de la gravité des problèmes de santé de la personne et de son état de santé général. Il faut procéder à une évaluation au cas par cas. Le Groupe est d'avis que le demandeur et les évaluateurs doivent parvenir à une vision commune selon laquelle la personne souffre d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable. Comme c'est le cas pour de nombreuses maladies chroniques, l'incurabilité d'un trouble mental ne peut être établie en l'absence de multiples tentatives d'interventions à but thérapeutique.

Recommandation 3 : Établir l'irréversibilité

Les évaluateurs de l'AMM doivent établir l'irréversibilité en se référant aux interventions tentées qui sont conçues pour améliorer le fonctionnement, y compris : les mesures de réadaptation et de soutien reconnues qui ont été prises jusqu'à ce jour, les résultats de ces interventions et la durée du déclin. Il n'est pas possible de fournir des règles fixes concernant le nombre de tentatives d'interventions, de différents types d'interventions à essayer et la durée des interventions, car cela variera selon la fonction de base du demandeur et de ses objectifs de vie. Il faut donc procéder à une évaluation au cas par cas. Le Groupe est d'avis que le demandeur et les évaluateurs doivent parvenir à une vision commune selon laquelle la personne se trouve dans un état avancé de déclin irréversible de ses capacités.

Recommandation 4 : Compréhension de la souffrance persistante et intolérable

Les évaluateurs de l'AMM doivent établir avec le demandeur que la maladie, l'affection, le handicap ou le déclin fonctionnel lui cause une souffrance physique ou psychologique persistante et intolérable.

VULNÉRABILITÉS

Recommandation 5 : Évaluations complètes de la capacité

Les évaluateurs de l'AMM doivent entreprendre des évaluations approfondies et, le cas échéant, une série d'évaluations de la capacité de décision d'un demandeur, conformément aux normes cliniques et aux critères juridiques. Ces évaluations doivent respecter les approches définies dans les outils normalisés d'évaluation de la capacité.

Recommandation 6 : Moyens disponibles pour soulager la souffrance

Pour s'assurer que tous les demandeurs ont accès à la gamme la plus complète possible de soutiens sociaux qui pourraient potentiellement contribuer à réduire la souffrance, le Groupe recommande que les « services communautaires » dans la mesure de sauvegarde 241.2(3.1)(g) pour la voie 2 soient interprétés comme comprenant les services de logement et les mesures de soutien au revenu en tant que moyens disponibles pour soulager la souffrance et qu'ils soient proposés aux demandeurs d'AMM, le cas échéant.

Recommandation 7 : Interprétation de la mesure de sauvegarde 241.2(3.1)(h) pour la voie 2 — la personne a sérieusement envisagé ces moyens

L'expression « sérieusement envisagé » doit être interprétée comme étant une ouverture véritable aux moyens disponibles pour soulager la souffrance et à la façon dont ceux-ci pourraient changer la vie de la personne.

Recommandation 8 : Cohérence, durabilité et caractère réfléchi d'une demande D'AMM

Les évaluateurs doivent s'assurer que le souhait de mourir du demandeur est cohérent avec les valeurs et croyances de la personne, sans ambiguïté et réfléchi rationnellement pendant une période de stabilité, et non pendant une période de crise.

Recommandation 9 : Situations de caractère involontaire

Les personnes en situation de caractère involontaire pour des périodes de moins de six mois devraient être évaluées après cette période afin de minimiser la contribution potentielle de la situation de caractère involontaire sur la demande d'AMM. Pour les personnes qui se trouvent de manière répétée ou continue dans des situations de caractère involontaire (par exemple, six mois ou plus, ou des périodes répétées de moins de six mois), les institutions responsables de la personne doivent s'assurer que les évaluations pour l'AMM sont effectuées par des évaluateurs qui ne travaillent pas au sein de l'institution ou qui n'y sont pas associés.

PROCESSUS D'ÉVALUATION

Recommandation 10 : Évaluateur indépendant ayant une expertise

Le demandeur doit être évalué par au moins un évaluateur ayant une expertise dans la condition. Dans les cas d'AMM TM-SPMI, l'évaluateur ayant une expertise dans la condition doit être un psychiatre indépendant de l'équipe/prestataire traitant. Les évaluateurs ayant une expertise dans la condition de la personne doivent revoir le diagnostic et s'assurer que le demandeur est conscient de toutes les options raisonnables de traitement et qu'il les a sérieusement prises en considération.

Recommandation 11 : Participation d'autres professionnels de la santé

Les évaluateurs doivent faire appel à des médecins sous-spécialistes et à d'autres professionnels de la santé pour des consultations et une expertise supplémentaire si nécessaire.

Recommandation 12 : Discussion avec l'équipe traitante et renseignements supplémentaires

- **Si le professionnel de la santé principal du demandeur ne fait pas partie des évaluateurs, ces derniers devraient obtenir l'avis de cette personne. Lorsque les soins cliniques du demandeur sont répartis entre les membres d'une équipe de soins multidisciplinaire, les évaluateurs doivent également solliciter leur avis.**
- **Avec le consentement du demandeur, les évaluateurs et les prestataires devront obtenir des renseignements supplémentaires pertinents pour l'admissibilité et l'évaluation de la capacité. Cela doit inclure l'examen des dossiers médicaux, les évaluations antérieures d'AMM et les discussions avec les membres de la famille ou les proches. Il faut s'assurer que l'obtention de renseignements supplémentaires ne nuira pas au demandeur.**

Recommandation 13 : Dynamiques interpersonnelles difficiles

Les évaluateurs et les prestataires devraient faire un exercice d'autoréflexion et examiner leurs réactions face aux personnes qu'ils évaluent. Si leurs réactions compromettent leur habileté à effectuer l'évaluation conformément aux normes professionnelles, ils devraient demander la supervision de mentors et de collègues, et/ou cesser de participer au processus d'évaluation. Le praticien doit se conformer à toute politique locale concernant le retrait d'une évaluation d'AMM et les aiguillages ultérieurs.

MISE EN ŒUVRE

Recommandation 14 : Consultations auprès des premières nations, des inuits et des métis

Les consultations entre les autorités règlementaires de la santé de chaque province et territoire avec les Premières Nations, les Métis et les Inuits doivent viser à créer des normes de pratique concernant l'AMM TM-SPMI, et l'AMM de façon plus générale, qui intègrent les points de vue des Autochtones et qui sont pertinentes pour leurs communautés.

Recommandation 15 : Formation des évaluateurs et des prestataires sur des sujets spécialisés

Afin de soutenir l'application cohérente de la loi et de garantir des soins de haute qualité et adaptés à la culture, les évaluateurs et les prestataires devraient participer à des formations portant sur des sujets particulièrement importants pour l'AMM TM-SPMI. Il s'agit notamment de l'évaluation de la capacité, des soins tenant compte des traumatismes et de la sécurité culturelle.

Recommandation 16 : Surveillance prospective

Étant donné sa compétence concurrente en matière de l'AMM, le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle actif en soutenant l'élaboration d'un modèle de surveillance prospective pour la totalité ou une partie des cas de la voie 2 qui pourrait être adapté par les provinces et territoires.

Recommandation 17 : Assurance de la qualité et éducation basées sur des cas

Le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle actif en soutenant l'élaboration des systèmes provinciaux/territoriaux d'examen des cas d'AMM à des fins éducatives et d'amélioration de la qualité.

Recommandation 18 : Modifications à la collecte de données dans le cadre du système fédéral de surveillance de l'AMM

Les données relatives à des sujets spécifiques (admissibilité, prise de décisions assistée, moyens offerts pour soulager la souffrance, refus des moyens offerts et résidence et statut juridique) devraient être recueillies dans le système de surveillance de l'AMM en plus des données déjà recueillies en vertu du Règlement de 2018. Ces données peuvent être utilisées pour évaluer si les pratiques cliniques recommandées abordent les principaux sujets de préoccupation soulevés par rapport à l'AMM TM-SPMI et aux cas complexes de la voie 2 dont il est question dans le présent rapport.

Recommandation 19 : Recherches périodiques financées par le gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral devrait financer des recherches libres périodiques, tant ciblées qu'amorcées par des enquêteurs, sur des questions relatives à la pratique de l'AMM (notamment l'AMM TM-SPMI).

ANNEXE B : RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'AMM LORSQU'UN TROUBLE MENTAL EST LE SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ (AVANT LA PUBLICATION DU RAPPORT DU GROUPE D'EXPERTS)

Le tableau qui suit résume les recommandations et les conclusions émises entre 2015 et 2021 par divers groupes au sujet de l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Il ne comprend pas les recommandations du Groupe d'experts, qui se trouve à l'annexe A.

Tableau 1 — Recommandations et conclusions sur la légalisation de l'aide médicale à mourir pour la maladie mentale comme seule condition médicale invoquée

Rapport	Recommandation
<p>Comité externe sur les options de réponse législative à <i>Carter c. Canada</i>, « Consultations sur l'aide médicale à mourir : Résumé des résultats et des principales constatations », <i>rapport final</i>, 15 décembre 2015</p> <p>* Ce rapport ne contient aucune recommandation.</p>	<p>« Le Comité a entendu des opinions très divergentes sur le rôle que la maladie mentale pourrait jouer – ou non – dans un cadre d'aide médicale à mourir au Canada. À une extrémité du spectre, le Pr Eike-Henner Kluge [spécialiste en éthique biomédicale de l'Université de Victoria] Kluge a soutenu que, compte tenu des principes d'égalité, même si la maladie mentale rend une personne inapte devant la loi, cette incapacité ne devrait pas empêcher les personnes qui répondent autrement aux critères d'admissibilité énoncés dans la décision <i>Carter</i> d'avoir accès à l'aide médicale à mourir. Par ailleurs, des groupes comme l'Alliance catholique canadienne de la santé ont soutenu qu'il ne faudrait pas inclure les maladies mentales dans le champ d'application du critère d'admissibilité lié à un problème de santé. L'Alliance évangélique du Canada et le Collectif des médecins contre l'euthanasie ont tous deux avancé des arguments semblables. » [p. 65]</p>

Rapport	Recommandation
Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir, Rapport final , 30 novembre 2015	Recommandation 18 « Une “affection grave et irrémédiable” devrait être définie comme étant une maladie ou un handicap grave ou très grave qui ne peut être atténué par aucun moyen acceptable pour le patient. Une affection médicale particulière considérée comme étant “grave et irrémédiable” ne devrait pas être délimitée par une loi ou un règlement. » [p. 11]
Parlement du Canada, Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, L'aide médicale à mourir : Une approche centrée sur le patient , premier rapport, février 2016	Recommandation 3 « Que l'on ne juge pas inadmissibles à l'aide médicale à mourir les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique en raison de la nature de leur maladie. » [p. 16]
Conseil des académies canadiennes, L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué , sommaire des rapports [L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, L'état des connaissances sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir et L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué], 2018 * Le rapport ne contient aucune recommandation.	« Compte tenu [du] large éventail de perspectives et de la nature controversée du sujet, les membres du groupe de travail ne s'entendent pas sur certaines questions fondamentales [lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée] ... Sur plusieurs sujets, le groupe de travail n'est pas parvenu à un consensus sur l'interprétation ou la signification des données probantes ni sur ce qui constitue des données probantes pertinentes. » [p. 31]
Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Groupe d'experts sur la question de l'inaptitude et l'aide médicale à mourir, L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'inaptitude : le juste équilibre entre le droit à l'autodétermination, la compassion et la prudence , 2019	Recommandation 12 « Que l'égalité des droits de la personne qui vit avec une déficience intellectuelle ou un trouble de santé mentale soit respectée. » [p. 130]

Rapport	Recommandation
<p>Gouvernement du Canada, Rapport de ce que nous avons entendu : Une consultation publique sur l'aide médicale à mourir, rapport sur les consultations, mars 2020</p> <p>* Le rapport ne contient aucune recommandation.</p>	<p>« La plupart des commentaires n'étaient pas favorables à l'élargissement de l'AMM aux personnes souffrant de maladies mentales. Ils craignaient que les personnes souffrant d'une maladie telle que la dépression puissent avoir l'impression que l'AMM est leur seule option. Mais il existe peut-être des traitements efficaces qui pourraient les aider à se sentir mieux.</p> <p>...</p> <p>Mais d'autres pensaient que les personnes souffrant de maladies mentales devraient être admissibles à l'AMM dans certaines situations. Par exemple, quand la maladie mentale affecte profondément la personne et que les traitements ne fonctionnent pas. Certains ont fait remarquer que les conditions de santé mentale peuvent causer autant de souffrance et de douleur que les conditions physiques. Des conditions de santé mentale peuvent ne pas répondre à des traitements. Parfois, ça peut pousser les gens à tenter de se suicider de manière dangereuse plutôt que de mettre fin à leur vie de manière sûre. » [p. 15]</p>
<p>Groupe d'Halifax, Défis du vieillissement – Les lois canadienne et québécoise sur l'aide médicale à mourir devraient permettre un accès équitable à certaines personnes vivant avec des troubles mentaux, IRPP (Institut de recherche en politiques publiques), rapport, 21 février 2020</p>	<p>Recommandation 1</p> <p>« Les gouvernements fédéral et québécois ne devraient pas modifier leurs lois de sorte qu'elles excluent toutes les personnes invoquant une MM-SCM [maladie mentale comme seule condition médicale] de l'accès à l'AMM. »</p> <p>* Consultez le rapport pour connaître les autres recommandations connexes.</p>

Rapport	Recommandation
<p>Groupe consultatif d'experts sur l'aide médicale à mourir, Le Canada a la croisée des chemins : Recommandations concernant l'aide médicale à mourir pour les personnes ayant un trouble mental, critique fondée sur les données probantes du rapport du Groupe d'Halifax pour l'IRPP, 13 février 2020</p> <p>Note : Ce rapport a été produit en réponse à celui de l'IRPP par des spécialistes de la santé mentale et des personnes ayant eu des troubles de santé mentale.</p>	<p>Recommandation principale</p> <p>« Les politiques et la loi concernant l'AMM devraient reconnaître d'une manière explicite qu'il est impossible, à l'heure actuelle, de déterminer avec certitude le caractère irrémédiable et la présence d'un déclin irréversible des capacités dans le cas des maladies mentales. Par conséquent, les demandes d'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué ne remplissent pas les critères d'éligibilité de l'AMM. » [p. 16]</p> <p>* Consultez le rapport pour connaître les recommandations auxiliaires.</p>
<p>Association des médecins psychiatres du Québec, Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux, document de réflexion, novembre 2020</p>	<p>« Comme pour toute autre personne, ce sont les circonstances cliniques, et non le diagnostic, qui doivent déterminer l'admissibilité à l'AMM. Les patients chez qui un trouble mental ou une maladie mentale est le seul problème médical invoqué ne devraient pas être systématiquement exclus de l'AMM. » [p. 15]</p> <p>* Bien que le document se concentre sur cette question, la façon dont il est structuré ne permet pas d'extraire de courtes citations. Voir le rapport pour plus de détails.</p>
<p>Québec, Assemblée nationale, Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie, Rapport de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie, décembre 2021</p> <p>* Faites défiler jusqu'au bas de la page Web pour trouver le lien vers le rapport.</p>	<p>Recommandation 11</p> <p>« La Commission recommande de ne pas élargir l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental; qu'à cet effet, l'article 26 de la <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> soit modifié. » [p. 66]</p>

ANNEXE C

LISTE DES TÉMOINS

Le tableau ci-dessous présente les témoins qui ont comparu devant le Comité lors des réunions se rapportant au présent rapport. Les transcriptions de toutes les séances publiques reliées à ce rapport sont affichées sur la [page Web du Comité sur cette étude](#).

Organismes et individus	Date	Réunion
Ministère de la Justice Jay Potter, avocat-conseil par intérim	2022/04/13	2
Ministère de la Santé Abby Hoffman, conseillère exécutive principale au sous-ministre	2022/04/13	2
À titre personnel Dr K. Sonu Gaind, professeur Diane Reva Gwartz, infirmière praticienne, Soins de santé primaire Dr Félix Pageau, gériatre, éthicien et chercheur, Université Laval	2022/04/25	3
Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM Dre Stefanie Green, présidente, Prestataire d'AMM, Conseillère du ministère provincial de la santé	2022/04/25	3
À titre personnel Dr Sandy Buchman, président et directeur médical, Freeman Centre for the Advancement of Palliative Care, North York General Hospital et président sortant, Association médicale canadienne M. Harvey Max Chochinov, professeur distingué en psychiatrie, Université du Manitoba	2022/04/28	4
Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité Dr Georges L'Espérance, président et neurochirurgien	2022/05/05	5

Organismes et individus	Date	Réunion
À titre personnel Mme Jocelyn Downie, professeure de recherche universitaire, Facultés de droit et de médecine, Dalhousie University	2022/05/09	6
À titre personnel Valorie Masuda, docteure Kwame McKenzie, professeur en psychiatrie Brian Mishara, professeur et directeur, Centre de recherche et d'interventions sur le suicide, Enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), Université du Québec à Montréal Derryck Smith, professeur émérite de médecine, Service de psychiatrie, University of British Columbia	2022/05/25	8
Association canadienne pour la prévention du suicide Sean Krausert, directeur général	2022/05/25	8
L'Association du Barreau canadien Me David E. Roberge, membre, Groupe de travail de l'ABC sur la fin de vie	2022/05/25	8
À titre personnel Tyler Black, professeur adjoint d'enseignement clinique, University of British Columbia Mark Sinyor, professeur Georgia Vrakas, psychologue et professeure agrégée Dre Ellen Wiebe	2022/05/26	9
Association des psychiatres du Canada Alison Freeland, présidente, conseil d'administration et co-présidente, co-présidente du groupe de travail sur l'AMM	2022/05/26	9
Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale Mona Gupta, professeure agrégée de clinique	2022/05/26	9
Ontario Association for ACT & FACT John Maher, président	2022/05/26	9
À titre personnel Myeengun Henry, gardien des connaissances autochtones, University of Waterloo	2022/06/06	11

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents ([réunions n^{os} 2 à 6, 8, 9 et 11 à 14](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

Les coprésidents,
L'hon. Marc Garneau et l'hon. Yonah Martin

Les problèmes juridiques et cliniques liés à l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué

Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir : Rapport dissident provisoire

Le présent rapport dissident provisoire reflète le point de vue des députés conservateurs qui siègent au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (le « Comité ») : Michael Barrett (co-vice-président du Comité, député de Leeds – Grenville – Mille-Îles et Rideau Lakes), Michael Cooper (député de St Albert – Edmonton) et Dominique Vien (députée de Bellechasse-Les Etchemins-Lévis).

Introduction

Nous concédons que le rapport provisoire présente les diverses opinions que le comité a entendues en tant que preuves à un degré raisonnable de satisfaction et à un degré raisonnable d'équité et d'exactitude.

Néanmoins, nous avons rédigé ce rapport provisoire dissident principalement en raison du paragraphe de conclusion du rapport provisoire. Bien qu'il ne s'agisse que d'une recommandation formelle énumérée, la conclusion indique que : « [Le Comité] exhorte le gouvernement fédéral à collaborer avec les provinces, les territoires et d'autres intervenants pour faire en sorte que les recommandations du comité d'experts soient mises en œuvre en temps opportun. »

La recommandation effective du rapport provisoire selon laquelle le gouvernement fédéral doit mettre en œuvre les 19 recommandations du groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale (le « groupe d'experts ») est problématique. Elle présuppose que l'AMM devrait être étendue aux cas où un trouble mental est le seul problème médical invoqué (« AMM TM-SPMI »).

L'AMM TM-SPMI entrera vraisemblablement en vigueur en mars 2023, en raison de la décision irresponsable du gouvernement libéral d'accepter un amendement du Sénat imposant une clause de temporisation sur l'exclusion législative de l'AMM TM-SPMI, dans un délai qui ne permet pas une étude approfondie. Cependant, le mandat du Comité comprend l'étude de la question de l'AMM TM-SPMI. Rien n'empêche le Comité d'évaluer si l'AMM TM-SPMI devrait être autorisée. En effet, il est fondamental, pour une évaluation complète des questions concernant l'AMM TM-SPMI, d'étudier la pertinence d'une telle expansion.

En approuvant la mise en œuvre des recommandations du groupe d'experts, le rapport provisoire n'aborde pas cette question fondamentale. Ceci est particulièrement

inquiétant compte tenu des preuves entendues par le Comité concernant l'AMM TM-SPMI. Par exemple, le Comité a reçu de nombreuses preuves qu'il n'est pas possible de prédire l'irrémediabilité, un critère d'admissibilité clé, dans les cas où un trouble mental est la seule condition médicale sous-jacente. Des préoccupations d'ordre clinique et éthique ont également été soulevées. Le présent rapport provisoire dissident approfondit ces questions et d'autres encore, dont :

1. L'absence d'étude et de consultation significatives concernant l'expansion de l'AMM pour inclure l'AMM TM-SPMI ;
2. La difficulté de prévoir l'irrémediabilité dans les cas où un trouble mental est la seule condition médicale sous-jacente ;
3. Les préoccupations cliniques et les risques inhérents de l'AMM TM-SPMI pour les personnes vulnérables ;
4. Les préoccupations générales concernant le groupe d'experts et le rapport du groupe d'experts.

L'absence d'études et de consultations sérieuses

Nous sommes préoccupés par la manière expéditive avec laquelle le gouvernement libéral met en œuvre l'AMM TM-SPMI sans étude et consultation sérieuses.

L'AMM TM-SPMI représente une expansion importante de l'AMM. Le Canada sera seulement la quatrième juridiction au monde, après la Belgique, le Luxembourg et les Pays-Bas, à autoriser l'AMM TM-SPMI.

Les questions relatives à la maladie mentale dans le contexte de l'AMM sont incroyablement complexes et touchent certaines des personnes les plus vulnérables de la société canadienne. L'honorable David Lametti, ministre de la Justice et procureur général du Canada, l'a reconnu en déclarant qu'il existe « complications et des risques pouvant survenir lorsque la maladie mentale représente l'unique critère d'accès à l'aide médicale à mourir ». ¹

Malgré cela, le gouvernement libéral a brusquement accepté l'amendement du Sénat au projet de loi C-7 visant à inclure l'AMM TM-SPMI à l'AMM. Les libéraux ont agi de la sorte en l'absence d'une étude plus approfondie et en dépit des preuves fournies par de nombreux témoins experts qui ont comparu devant le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles et qui ont fait part de leurs préoccupations quant aux risques graves associés à l'AMM TM-SPMI. ²

¹ Chambre des communes, *Hansard*, (23 février 2021)

² Témoignages : Dr Sonu Gaiind (27 novembre 2020) ; M. Andrew Galley (23 novembre 2020) ; M. Mark Henick (24 novembre 2020) ; Dr Trevor A. Hurwitz (3 février 2021) ; Dr Trudo Lemmens (24 novembre 2020) ; Dr John Maher (23 février 2021) ; Dr Brian Mishara, (24 novembre 2020) ; Dr Francois Primeau (26 novembre 2020) ; Dr Tarek Rajji, (23 novembre 2020) ; Dr Mark Sinyor (3 février 2021).

La nécessité de poursuivre l'étude des questions liées à l'AMM TM-SPMI est appuyée par les conclusions du rapport 2018 du Conseil des académies canadiennes, *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est la seule condition médicale sous-jacente* (le « rapport 2018 du CAC »). Ce rapport 2018 du CAC a constaté « de nombreuses lacunes importantes dans les connaissances concernant les troubles mentaux » et que « la recherche et l'examen continus » sont nécessaires pour « lever certaines incertitudes et réduire ou éliminer ces lacunes dans les connaissances ».³

Compte tenu des risques et des incertitudes entourant l'AMM TM-SPMI, il convient de noter que le Comité spécial de l'Assemblée nationale du Québec chargé d'étudier le régime de l'AMM du Québec a recommandé « que l'accès à l'aide médicale à mourir ne soit pas étendu aux personnes dont la seule condition médicale est un trouble mental ».⁴ Compte tenu de travail effectué par l'Assemblée nationale du Québec, il est important de considérer ses recommandations.

Pourtant, depuis l'adoption de l'amendement du Sénat et l'entrée en vigueur de l'AMM TM-SPMI en mars 2023, le gouvernement libéral n'a entrepris aucune étude supplémentaire pour étudier les nombreuses questions complexes. Les libéraux n'ont pas non plus tenu compte des préoccupations importantes qui ont été soulevées quant à la pertinence de l'AMM TM-SPMI et la possibilité de la mettre en œuvre de manière sécuritaire. Bien que le gouvernement libéral ait nommé le groupe d'experts, le mandat du groupe était de présenter des recommandations sur la mise en œuvre de l'AMM TM-SPMI, et non d'étudier la pertinence d'une telle expansion.

En plus d'un manque d'étude, il y a eu un manque de consultation. Le gouvernement libéral n'a pas réussi à faire participer de manière significative les intervenants, y compris les personnes handicapées et leurs défenseurs, les peuples autochtones, les professionnels et les défenseurs de la santé mentale, et d'autres experts. Ce manque de consultation a été dénoncé devant le Comité par Sarah Jama, directrice générale du *Disability Justice Network of Ontario*.⁵ Notamment, le mandat du groupe d'experts n'incluait pas la consultation des intervenants concernés.⁶

³ Conseil des académies canadiennes, *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué* Condition, p. 189

⁴ Assemblée nationale du Québec, Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie, *Rapport de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie*, recommandation 11 (décembre 2021)

⁵ Témoignage : Mme Sarah Jama, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (16 mai 2022).

⁶ Témoignage : Dre Mona Gupta, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai 2022).

De plus, le gouvernement libéral n'a pas tenu compte des résultats de la consultation limitée qui a eu lieu lorsque les Canadiens ont été invités à donner leur avis sur les questions relatives à l'AMM en répondant à un sondage préparé par le ministère de la Justice. Le rapport du ministère de la Justice sur les résultats de la consultation a établi la conclusion suivante : « La plupart des commentaires n'étaient pas favorables à l'élargissement de l'AMM aux personnes souffrant de maladies mentales. »⁷

La difficulté de prédire l'irrémediabilité

D'après les témoignages entendus par le Comité, il existe un doute important quant à la possibilité de prédire clairement le caractère irrémediable d'un trouble mental qui doit faire l'objet d'une réflexion.

Selon la loi, pour bénéficier de l'AMM, une personne doit souffrir d'une « condition médicale grave et irrémediable » qui est « incurable » et dans « un état avancé de déclin irréversible. »⁸ Autrement dit, pour être admissible, un évaluateur de l'AMM doit être convaincu que l'état de la personne ne s'améliorera pas. Le Comité a entendu de nombreux témoins qui ont déclaré qu'il n'est pas possible de prédire si une personne souffrant de troubles mentaux va s'améliorer, et donc qu'il n'est pas possible de déterminer ou non le caractère irréversible de la maladie.⁹

Par exemple, le docteur John Maher, psychiatre clinicien et éthicien médical, a déclaré que :

« Les psychiatres ne savent pas, et ne peuvent pas savoir, quel patient verra son état s'améliorer et vivra une bonne vie pendant des décennies. Les maladies du cerveau ne sont pas comme des maladies du foie. »¹⁰

Le docteur Brian Mishara, également psychiatre clinicien et professeur à l'Université du Québec à Montréal, a déclaré ce qui suit :

« Je suis un scientifique. La dernière étude Cochrane sur la recherche sur la capacité de trouver un indicateur de l'évolution à venir d'une maladie mentale, traitée ou non, a conclu que nous ne disposons d'aucune méthode scientifique précise pour le faire. Nous nous fions à l'intuition d'un clinicien qui ne connaît pas le patient depuis 20 ou 30 ans et qui ne possède aucune donnée scientifique montrant qu'il peut faire cette détermination. »¹¹

⁷ Ministère de la Justice, Rapport Ce que nous avons entendu : Une consultation publique sur l'aide médicale à mourir (AMM), p. 15

⁸ *Code criminel du Canada* (L. R. 1985, ch. C-46) art. 241.2 (2)

⁹ Témoignage : M. Sean Krausert, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (25 mai 2022) ; Témoignage : Dr John Maher *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai 2022) ; Témoignage : Dre Valorie Masuda, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (25 mai 2022) ; Témoignage : Dr Brian Mishara, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (25 mai 2022) ; Témoignage : Dr Mark Sinyor, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai 2022).

¹⁰ Témoignage : Dr John *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai, 2022).

¹¹ Témoignage : Dr Brian Mishara, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (25 mai 2022).

Le docteur Mishara a également noté que « [m]ême les maladies mentales les plus graves, comme la schizophrénie, sont imprévisibles [...] ». ¹²

La Dre Valorie Masuda, médecin et évaluatrice de demandes d'AMM, a déclaré que :

« Quand on examine ce que signifie “irréremédiable” en santé mentale, je pense qu’il est très difficile de prédire ce qu’il arrivera et de dire qu’une personne a déjà essayé un éventail de traitements, mais qu’elle ne peut pas se sortir de sa dépression. » ¹³

Même le groupe d’experts a reconnu la difficulté de déterminer l’irréremédiabilité d’un trouble mental en déclarant que :

« L’évolution de nombreux troubles mentaux, comme d’autres problèmes de santé chroniques, est difficile à prévoir pour un individu donné. Les connaissances sur le pronostic à long terme de nombreuses maladies sont limitées et il est difficile, voire impossible, pour les cliniciens de formuler des prévisions précises sur l’avenir d’un patient donné. » ¹⁴

Le degré d’incertitude dans la prédiction de l’irréremédiabilité est souligné par la conclusion du groupe d’experts selon laquelle « il n’est pas possible de fournir des règles fixes » et que la détermination de l’admissibilité sera totalement subjective et laissée aux évaluateurs de l’AMM, qui devront procéder à une évaluation « cas par cas ». ¹⁵

Ainsi, les décisions liées à l’AMM dans le cas d’un trouble mental seront « prises en fonction de pressentiments et de suppositions qui pourraient être complètement erronés. » ¹⁶ Comme l’a déclaré le Dr Mark Sinyor, professeur de psychiatrie à l’Université de Toronto et psychiatre spécialisé dans le traitement des adultes souffrant de troubles complexes de l’humeur et d’anxiété :

« Ils pourraient se tromper dans 2 % des cas ou dans 95 % des cas. Cette information doit être à l’avant-plan de notre discussion ; or, nous ne l’abordons pas du tout. » ¹⁷

Le Dr Mishara a fait la déclaration suivante concernant les personnes souffrant de troubles mentaux :

¹² Ibid.

¹³ Témoignage : Dre Valorie Masuda, *Comité mixte spécial sur l’aide médicale à mourir* (25 mai 2022).

¹⁴ Santé Canada, Rapport final du Groupe d’experts sur l’AMM et la maladie mentale, p. 9.

¹⁵ Ibid., p. 55

¹⁶ Témoignage : Dr Mark Sinyor, *Comité mixte spécial sur l’aide médicale à mourir* (26 mai 2022).

¹⁷ Témoignage : Dr Mark Sinyor, *Comité mixte spécial sur l’aide médicale à mourir* (26 mai 2022).

« Toutefois, quiconque essaierait de déterminer quelles personnes devraient avoir accès à l'aide médicale à mourir ferait un grand nombre d'erreurs, et des personnes qui verraient une amélioration de leurs symptômes et ne souhaiteraient plus mourir mourraient en ayant recours à l'aide médicale à mourir. »¹⁸

De plus, il existe peu de preuves scientifiques permettant d'évaluer la sécurité de l'AMM TM-SPMI et la possibilité de prédire l'irrémediabilité d'un trouble mental. Selon le Dr Sinyor, il y a une « absence totale de recherche sur la fiabilité des prédictions des médecins quant au caractère irrémediable de la maladie ou des souffrances dans le cas de problèmes psychiatriques. »¹⁹ Dans le même ordre d'idées, la Dre Mona Gupta, présidente du groupe d'experts, a déclaré qu'elle n'avait pas connaissance de telles études.²⁰

Compte tenu de ce qui a été dit ci-dessus et de l'incertitude entourant la détermination de l'irrémediabilité, il est irresponsable et semble juridiquement incohérent d'aller de l'avant avec la mise en œuvre de l'AMM TM-SPMI à l'heure actuelle. Il est d'abord nécessaire que le gouvernement libéral étudie en profondeur la possibilité de déterminer le caractère irrémediable d'un trouble mental, afin de, comme l'a noté le Dr Mark Sinyor, rassembler « les renseignements scientifiques requis avant de prendre une décision aussi lourde de conséquences. »²¹

Problèmes cliniques liés au respect de l'AMM TM-SPMI

Plusieurs témoins ont déclaré que l'AMM TM-SPMI confond la prévention du suicide et l'assistance au suicide.²² Le Dr Mishara et la Dre Georgia Vrakas, une psychologue, ont témoigné que 90 % des personnes qui se suicident ont un trouble mental diagnostiqué.²³ Conformément à ce témoignage, le rapport de 2018 du CAC cite des études qui révèlent que selon les résultats d'une autopsie psychologique rétrospective, jusqu'à 90 % des personnes qui se suicident peuvent avoir souffert d'un trouble psychiatrique diagnostiqué.²⁴ Il n'est donc pas facile de faire la distinction entre une personne souffrant d'un trouble mental sous-jacent et motivé à demander l'AMM pour des raisons suicidaires et une personne faisant une demande rationnelle.²⁵

¹⁸ Témoignage : Dr Brian Mishara, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (25 mai 2022).

¹⁹ Témoignage : Dr Mark Sinyor, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai 2022).

²⁰ Témoignage : Dre Mona Gupta, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai 2022).

²¹ Témoignage : Dr Mark Sinyor, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai 2022).

²² Témoignage : Dr John Maher, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai 2022) ; Témoignage : Dr Brian Mishara, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (25 mai 2022).

²³ Témoignage : Dr Brian Mishara, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (25 mai 2022) ; Témoignage : Dre Georgia Vrakas *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai 2022).

²⁴ Conseil des académies canadiennes, L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué, p. 42 et p. 169.

²⁵ Dre Georgia Vrakas *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai 2022).

Qui plus est, l'AMM TM-SPMI peut avoir l'effet pervers de décourager les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale de chercher un traitement et de plutôt se tourner vers l'AMM comme moyen de mettre fin à leurs souffrances. Le Dr Maher a témoigné que certains de ses patients souffrant de troubles mentaux refusent déjà tout traitement, espérant plutôt avoir accès à l'AMM.²⁶

Plusieurs témoins ont déclaré au Comité que si l'AMM TM-SPMI est autorisée, elle entraînera le décès prématuré de patients qui, autrement, se seraient rétablis²⁷. La Dre Vrakas est d'avis qu'aucune mesure de protection ne rendra l'AMM TM-SPMI plus sûre.²⁸

Il existe d'autres préoccupations cliniques concernant la vulnérabilité structurelle et les déterminants sociaux de la santé. Il existe des lacunes évidentes au Canada en ce qui concerne l'accès à des soins adéquats. La Dre Gupta a indiqué au Comité qu'il existe déjà des cas où des patients sont approuvés pour l'AMM alors que le suicide et la vulnérabilité structurelle sont peut-être en cause.²⁹ Cette situation est inacceptable et doit être résolue en veillant à ce que les personnes vulnérables aient accès à un traitement et à un soutien adéquat. Comme l'a déclaré le Dr Maher : « [L] a mort n'est pas un substitut acceptable à de bons traitements, à la nourriture, au logement et à la compassion. »

Préoccupations générales concernant le groupe d'experts et le rapport du groupe d'experts

Le groupe d'experts et le rapport du groupe d'experts présentent de nombreuses lacunes, tant sur le fond que sur le plan de la procédure, y compris, mais sans s'y limiter, les points suivants :

1. Le rapport du groupe d'experts comporte une contradiction inhérente. Il affirme que le cadre juridique actuel peut être appliqué à l'AMM TM-SPMI tout en ne proposant aucune ligne directrice pour déterminer l'irrémédiabilité ni aucune preuve que la prédiction est possible.
2. Le rapport du groupe d'experts ne recommande pas de mesures de protection pour l'AMM TM-SPMI. Faire des recommandations sur les garanties était le mandat principal du groupe d'experts. Or, le rapport du groupe d'experts recommande que l'admissibilité à l'AMM TM-SPMI soit décidée « au cas par cas ». Le fait de ne pas recommander de garanties et de normes de pratique confirme notre affirmation, fondée sur les preuves que nous avons entendu, que l'AMM TM-SPMI ne peut pas être mise en œuvre et exécutée de manière sécuritaire et objective à l'heure actuelle.

²⁶ Témoignage : Dr John Maher, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai 2022).

²⁷ Témoignage : M. Sean Krausert, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (25 mai 2022) ; Témoignage : Dr John Maher, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai 2022) ; Témoignage : Dr Brian Mishara, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (25 mai 2022).

²⁸ Dre Georgia Vrakas *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (26 mai 2022).

²⁹ Témoignage : Dre Mona Gupta, *Special Joint Committee on Medical Assistance in Dying* (May 26, 2022).

3. Le rapport du groupe d'experts n'aborde pas de manière adéquate les questions du suicide et de la vulnérabilité structurelle, même si la Dre Gupta a admis devant le Comité qu'il existe des cas d'AMM où ces facteurs ont joué un rôle clé.
4. Le groupe d'experts n'a pas consulté les intervenants, notamment les groupes historiquement marginalisés comme les peuples autochtones et les personnes handicapées. Cela diminue le poids que peuvent avoir les recommandations du rapport du groupe d'experts. C'est une raison supplémentaire pour laquelle nous ne sommes pas d'accord avec la recommandation effective du rapport provisoire pour que le gouvernement fédéral mette en œuvre les recommandations du groupe d'experts.
5. Deux des membres initiaux du groupe ont démissionné avant le dépôt de son rapport. Nous ne leur avons pas encore donné l'occasion de fournir leurs explications au Comité. Le Dr Jeff Kirby, l'un des deux membres qui ont démissionné du groupe d'experts, est cité dans un article du Hill Times comme étant « personnellement favorable à la mise en œuvre de l'AMM dans des circonstances liées au TM-SPMI », mais « n'a pas pu approuver en toute conscience le contenu du rapport final, notamment parce que ses recommandations ne concordent pas avec la recommandation effective du rapport provisoire invitant le gouvernement fédéral à mettre en œuvre les recommandations du groupe d'experts. »³⁰ Il est important que le Comité entende ces anciens membres dans le cadre de ses délibérations concernant sa réponse aux recommandations du rapport du groupe d'experts.

Conclusion

Le Comité a entendu de nombreux témoignages selon lesquels l'autorisation de l'AMM TM-SPMI présente des défis considérables au niveau clinique, au niveau éthique et au niveau juridique. Compte tenu des incertitudes entourant la détermination de l'irrémediabilité, il n'y a pas suffisamment de preuves démontrant comment l'AMM TM-SPMI peut satisfaire aux critères d'admissibilité. En outre, il est difficile de voir dans quelles conditions elle serait cliniquement acceptable.

Il y a beaucoup trop de questions sans réponse concernant l'AMM TM-SPMI. L'échéance de mars 2023 approchant à grands pas, nous demandons instamment au gouvernement libéral de reporter l'expiration de la clause de temporisation relative à l'AMM TM-SPMI, afin de laisser plus de temps pour que ces questions soient suffisamment étudiées et que les problèmes juridiques cliniques et éthiques soient résolus. Il est déraisonnable de s'attendre à ce que le Comité règle ces questions avant la date limite du 17 octobre, 2022, date à laquelle il doit déposer son rapport.

³⁰ Kirby, Jeff, "MAiD expert panel recommendations are inadequate contends panel member who resigned," *The Hill Times*, 16 juin 2022.

Un texte de loi d'une telle nature doit être guidé par la science, et non par l'idéologie. Plusieurs experts nous ont prévenus que si l'AMM TM-SPMI est mise en œuvre comme prévu, elle facilitera le décès de Canadiens qui auraient pu se rétablir, les privant ainsi de la possibilité d'une vie épanouie. Un tel résultat est totalement inacceptable et peut être évité, mais seulement si le gouvernement libéral prend une pause et réévalue l'expansion de l'AMM TM-SPMI.

Proposé, en toute déférence, par

Michael Barrett, député.
Leeds – Grenville – Thousand Islands and Rideau Lakes

Michael Cooper, député.
St Albert – Edmonton

Dominique Vien, députée.
Bellechasse—Les Etchemins-Lévis

