



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

44<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 102**

Le mercredi 14 février 2024

Président : M. Sean Casey





## Comité permanent de la santé

Le mercredi 14 février 2024

• (1905)

[Traduction]

**Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)):** La séance est ouverte.

Bienvenue à la 102<sup>e</sup> réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Bonne Saint-Valentin à tous. C'est une merveilleuse façon de passer la soirée de la Saint-Valentin. Je ressens déjà l'affection qui règne ici.

La réunion d'aujourd'hui se déroule sous forme hybride, conformément au Règlement.

Pour les participants en mode virtuel, des services d'interprétation sont à votre disposition. Au bas de votre écran, vous avez le choix entre le parquet, l'anglais et le français. Veuillez ne pas prendre de captures d'écran ou de photos de votre écran pendant la réunion.

Conformément à notre motion de régie interne, j'informe le Comité que tous les participants à distance, sauf une, ont effectué les tests de connexion requis avant la réunion. Nous effectuerons les tests avec Mme Long, si nécessaire, quand son tour viendra.

L'objet de cette réunion est le projet de loi C-62. Conformément à l'ordre de renvoi du mardi 13 février 2024, le Comité entreprend l'étude de la Loi n<sup>o</sup> 2 modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir).

J'aimerais souhaiter la bienvenue à notre premier groupe de témoins.

Nous accueillons le Dr Pierre Gagnon, psychiatre, par vidéoconférence, et le Dr K. Sonu Gaiind, professeur de psychiatrie à la faculté de médecine de l'Université de Toronto, qui est avec nous en personne. Les deux comparaissent à titre personnel.

[Français]

Nous recevons également le Dr Georges L'Espérance, président de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, qui témoigne par vidéoconférence.

[Traduction]

Helen Long, la directrice générale de Mourir dans la dignité Canada, se joint aussi à nous en mode virtuel.

Merci à tous de prendre le temps de comparaître aujourd'hui. Comme on vous l'a expliqué, vous disposerez de cinq minutes chacun pour votre déclaration liminaire.

[Français]

Docteur Gagnon, c'est vous qui allez commencer.

Vous disposez de cinq minutes.

**Dr Pierre Gagnon (psychiatre, à titre personnel):** Bonsoir, messieurs les députés. Je suis heureux de pouvoir exposer quelques réflexions sur ce projet de loi.

La première chose que je peux dire, en tant que psychiatre québécois, est que certains documents ou certaines rumeurs ont circulé. On a dit que la communauté psychiatrique québécoise serait largement en faveur de cette expansion, ce qui n'est pas exact, ou que l'implantation de la pratique de l'euthanasie pour patients avec troubles psychiatriques se ferait sans problème ou controverse, ce qui n'est pas le cas non plus.

Pour résumer les quelques éléments dont j'aimerais vous faire part ce soir, il faudrait d'abord reconnaître que les idées suicidaires font partie des symptômes principaux et intrinsèques associés à la plupart des troubles psychiatriques graves. De plus, il n'est pas possible, sur une base clinique, même pour les meilleurs psychiatres, de différencier les idées suicidaires de ce que l'on considérerait comme étant une demande authentique d'euthanasie ou d'aide médicale à mourir en interviewant un patient et en l'évaluant.

Par ailleurs, toutes les maladies sont différentes. On ne peut pas appliquer à toutes les mêmes critères. Les troubles psychiatriques sont caractérisés par un processus au long cours où le désir de vivre est atteint au premier plan. Le désir de vivre et de mourir est un processus fluide et fluctuant; cela a été démontré par plusieurs études. Contre toute attente, les patients finissent par s'adapter et vouloir vivre. Le principe de non-discrimination ou d'équité à l'égard des personnes atteintes de troubles psychiatriques commande de fournir le traitement approprié à la condition personnalisée du patient, et non pas d'offrir le même traitement à toutes les personnes et pour toutes les maladies. Le principe d'équité est donc davantage, selon nous, de bien adapter les traitements à la situation de la personne.

L'incertitude pronostique est toujours présente dans les troubles psychiatriques. Le caractère irrémédiable de la pathologie n'est donc pas présent dans le cas des troubles psychiatriques. Par conséquent, ce critère nécessaire à l'aide médicale à mourir est absent.

De même, le refus de traitement est aussi une composante intrinsèque des troubles mentaux. Il n'y a aucune autre discipline où l'on obtient aussi fréquemment des ordonnances de traitement de la cour pour obliger les patients à se faire soigner, parce qu'ils perdent leur capacité de jugement à l'égard de leur état. Il est donc inconcevable de laisser le patient décider qu'un médecin doit mettre fin à ses jours, alors que la science confirme jour après jour que ces personnes peuvent être soulagées, que leur état peut être amélioré et qu'elles peuvent même être relancées sur une trajectoire de vie gratifiante.

De plus, dans le contexte du traitement des troubles mentaux, la relation entre les patients et les soignants, ainsi que l'attitude des soignants, peuvent jouer un rôle particulièrement important. Le devoir du psychiatre et des autres professionnels de la santé demeure de tenter d'instiller l'espoir, qui est un ingrédient thérapeutique très précieux.

Il est également important de mentionner que, lors des présentations favorables et militantes en faveur de l'aide médicale à mourir ou de l'euthanasie pour les personnes atteintes primaires de troubles mentaux, on donne souvent l'exemple de troubles psychiatriques rares ou très graves qui résistent à tous les traitements. En fait, les études publiées sur les cohortes de patients qui ont subi l'euthanasie dans des pays comme la Belgique ou les Pays-Bas démontrent au contraire que des troubles beaucoup plus courants et traitables sont représentés dans les patients qui ont reçu l'euthanasie.

En fait, une étude notamment publiée dans *JAMA Psychiatry* démontrait que, dans 55 % des cas, les troubles dépressifs constituaient le diagnostic psychiatrique principal. La majorité des patients qui avaient subi l'euthanasie avaient un trouble de personnalité ou étaient solitaires et isolés socialement; et 70 % pour cent de ces personnes étaient des femmes, alors qu'en matière de suicide, on observe normalement l'inverse.

Une autre étude chez des patients belges atteints de troubles mentaux et demandant l'euthanasie démontrait l'élargissement idiosyncrasique et excessif du concept de souffrance intolérable.

• (1910)

Cette étude révélait que des psychiatres avaient accepté qu'une composante importante de la souffrance intolérable admissible à l'euthanasie puisse provenir d'aspects sociaux, économiques, et même existentiels, tels que la perte d'un être cher, d'un ami ou d'un animal de compagnie, les problèmes financiers, ou le sentiment d'être un fardeau pour la société.

Ainsi, on constate que ce sont les personnes les plus vulnérables, et non les personnes atteintes de troubles mentaux sévères et réfractaires, qui sont habituellement l'objet de l'euthanasie.

Je vais m'arrêter ici. Je répondrai avec plaisir à vos questions.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, docteur Gagnon.

[Traduction]

Docteur Gaind, bienvenue au Comité. Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

**Dr K. Sonu Gaind (professeur de psychiatrie, Faculté de médecine, University of Toronto, à titre personnel):** Merci, monsieur le président.

Je m'appelle Sonu Gaind. Je suis psychiatre, professeur et membre du conseil d'administration à l'Université de Toronto, chef du service de psychiatrie à Sunnybrook, ancien président des associations de psychiatrie du Canada et de l'Ontario et actuel président de la nouvelle Society of Canadian Psychiatry. Je ne suis pas un objecteur de conscience et dans mon ancien hôpital, j'étais le médecin président de l'équipe qui s'est penchée sur l'aide médicale à mourir. Mes rôles éclairaient mon expertise, mais je suis ici à titre personnel. Je ne représente aucun groupe.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude pour la décision de suspendre l'élargissement prévu de l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale. En toute honnêteté, c'était le seul choix responsable parce qu'il reste trois enjeux critiques à régler.

Tout d'abord, l'aide médicale à mourir est destinée aux personnes ayant une affection irrémédiable, c'est-à-dire une affection dont on peut prédire qu'elle ne s'améliorera pas. Il est prouvé dans le monde entier que nous ne pouvons pas prédire la nature irrémédiable d'une maladie mentale — ce qui signifie que la principale garantie qui sous-tend l'aide médicale à mourir est déjà contournée — et il est prouvé que ces prédictions sont erronées plus de la moitié du temps. Deuxièmement, des données scientifiques montrent qu'il n'est pas possible de distinguer la suicidabilité découlant d'une maladie mentale des motivations conduisant à des demandes d'aide médicale à mourir psychiatriques. Les caractéristiques qui se recoupent donnent à penser qu'il n'y a peut-être pas de distinction à faire.

Si l'on combine ces vérités gênantes avec le fait que les personnes atteintes d'une maladie mentale présentent des taux plus élevés de souffrance sociale, comme l'itinérance et la pauvreté, cela signifie que les évaluateurs de demandes d'aide médicale à mourir se tromperaient la plupart du temps en prédisant le caractère irrémédiable. Ils croiraient à tort qu'ils filtrent la suicidabilité et donneraient plutôt la mort, en mars prochain, à des Canadiens marginalisés et suicidaires aux prises avec une détresse sociale dont l'état aurait pu s'améliorer.

Des gens parlent de faux espoirs. Dans ce cas, les évaluateurs seraient de connivence avec les symptômes de la maladie mentale du patient et lui donneraient un faux désespoir. Ils renforceraient à tort l'idée que la situation est désespérée pour les personnes les plus marginalisées qui auraient pu aller mieux. Il s'agirait là de la discrimination ultime.

Comment en sommes-nous arrivés là, deux fois sur le point d'autoriser l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale et deux fois à dire que nous ne sommes pas prêts? Je pense que c'est parce que les personnes chargées de témoigner en tant qu'experts ont préféré défendre une idéologie.

La disposition de temporisation présentée par le sénateur Kutcher en 2021 n'a jamais posé la question de savoir si nous pouvions offrir de manière responsable l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale, mais elle a établi un ordre du jour prédéfinissant que nous le ferions. Le module sur la maladie mentale de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, l'ACEPA, prétend former les évaluateurs à éliminer la suicidabilité des demandes d'aide médicale à mourir psychiatriques, mais il ne fait rien de tel et rien n'indique que nous puissions réellement le faire.

Le groupe d'experts chargé de proposer des garanties a refusé de recommander des garanties législatives supplémentaires, bien que le Canada n'ait pas l'obligation de faire preuve de vigilance avant de donner la mort par aide médicale à mourir. Un sixième des membres de ce groupe d'experts a démissionné, mais la présidente du groupe a continué à promouvoir l'élargissement, déclarant qu'elle n'était pas préoccupée par l'écart de deux à un entre les hommes et les femmes, qui sont plus nombreuses que les hommes à obtenir l'aide médicale à mourir psychiatrique là où elle est autorisée. C'est remarquable.

Par ailleurs, les sénateurs dissidents, mécontents de la suspension de l'élargissement, cherchent à convaincre le Sénat de ne pas tenir compte de l'appel à la suspension du projet de loi C-62, le sénateur Kutcher affirmant qu'ils doivent s'interposer comme un rempart contre la tyrannie de la majorité. Wow!

Tout en citant leurs titres de compétence en médecine et en affirmant qu'ils traitent des enjeux médicaux et procéduraux mis en évidence dans le rapport, les sénateurs dissidents négligent de fournir des données probantes pour régler les principaux enjeux médicaux liés à l'incapacité à prédire la nature irrémédiable, l'incapacité à filtrer la suicidabilité et les risques pour les personnes marginalisées lors de l'octroi d'une aide médicale à mourir en cas de maladie mentale.

Nous sommes une exception parmi les pays pairs, car nous n'avons même pas de stratégie nationale de prévention du suicide et ces sénateurs dissidents prônent une mort plus facile en cas de maladie mentale. Avec tout le respect que je dois aux sénateurs dissidents, le fanatisme ne doit pas l'emporter sur la réalité.

Je suis convaincu que le Comité et, je l'espère, le reste du Sénat ne suivront pas les sénateurs dissidents dans leur marche contre les données probantes.

Je dois souligner les conséquences que l'activisme expansionniste a déjà eues. Après l'élargissement de l'aide médicale à mourir prévu dans le projet de loi C-7 pour toute forme de handicap en 2021, les décès dus à l'aide médicale à mourir ont augmenté de 30 % pour atteindre plus de 13 000 Canadiens en 2022, et le chiffre sera sans aucun doute plus élevé en 2023. Parmi ces dizaines de milliers de Canadiens, plus d'un tiers déclarent que le sentiment d'être un fardeau est une souffrance qui les pousse à demander l'aide médicale à mourir. Près d'un cinquième d'entre eux citent la solitude, et pour plus de la moitié d'entre eux, leur motivation était la perte de dignité.

Le débat entourant l'octroi d'une mort plus rapide et plus facile a aspiré tout l'oxygène de la pièce. Pourquoi donnons-nous la mort?

Comme je l'ai écrit récemment dans le *Toronto Star*, j'espère que le débat nous permettra de nous concentrer sur les véritables enjeux liés à la souffrance de nos concitoyens et que cela nous orientera vers une voie meilleure que celle qui consiste à pousser à la mort pour soulager les souffrances de la vie. Comme je l'écrivais dans cet article, si nous voulons vraiment nous attaquer à ces problèmes, le Canada a la possibilité d'être un précurseur dans le monde en créant le premier portefeuille de ministre responsable de la vie dans la dignité, au lieu de s'efforcer d'être le numéro un mondial du suicide assisté.

• (1915)

Je vous remercie de nouveau pour votre examen approfondi de cette question.

Je serai heureux de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci, docteur Gaind.

[Français]

Nous entendrons maintenant le Dr L'Espérance, qui représente l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité.

Soyez le bienvenu au Comité.

Vous avez la parole.

**Dr Georges L'Espérance (président, Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité):** Merci, monsieur le président, mesdames et messieurs les députés du Comité permanent de la santé.

L'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité vous remercie de votre invitation.

Je suis neurochirurgien retraité, prestataire actif de l'aide médicale à mourir et président de l'Association.

En ce qui concerne le projet de loi C-62, je m'en tiendrai à quelques éléments principaux sur le nouveau report de l'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de maladie mentale, et je poursuivrai avec le sujet des demandes anticipées pour les maladies neurodégénératives cognitives.

Exclure la santé mentale ne peut que conduire à des contestations juridiques, des processus lourds et inacceptables pour les patients touchés. Cette décision politique va à l'encontre de l'intérêt des quelques patients qui auraient pu être évalués, comme c'est leur droit.

Pourtant, l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes touchées permettrait le respect de la décision de la Cour suprême du Canada du 6 février 2015, comme l'avait souligné le Sénat en 2021. En effet, à l'unanimité, les juges n'ont jamais exclu les pathologies mentales. Cette exclusion impose ainsi à des patients, déjà brisés dans leur vie depuis des décennies, de devoir retourner devant les tribunaux pour pousser le gouvernement à respecter leur droit constitutionnel.

Il importe, pour la mise en contexte, de rappeler les écrits de la juge Baudouin dans sa décision du 11 septembre 2019, à la Cour supérieure du Québec, au paragraphe 252, qui dit ceci:

[252] La vulnérabilité ne doit pas être comprise ni évaluée en fonction de l'appartenance d'une personne à un groupe défini, mais au cas par cas, du moins dans le cadre de l'analyse de l'article 7 de la *Charte*.

Ce projet de loi signifie la prolongation de trois années supplémentaires des souffrances des personnes atteintes de troubles mentaux en plus des trois années déjà écoulées depuis mars 2021.

De nouveaux retards continuent de stigmatiser les personnes souffrant de troubles mentaux, alors que le rapport, déposé en mai 2022, du Groupe d'experts pancanadien sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale, mandaté par le gouvernement fédéral, explique très clairement les recommandations.

Au sujet des demandes anticipées pour les maladies neurodégénératives cognitives, le ministre fédéral de la Santé, Mark Holland, a déclaré ne pas avoir prévu agir pour les demandes anticipées prochainement. Pourtant, au Québec, ce droit a maintenant force de loi depuis juin 2023, et une harmonisation du Code criminel est nécessaire afin que les patients qui veulent s'en prévaloir puissent être évalués par des prestataires qui n'auront pas à craindre une poursuite criminelle. L'Association presse donc le gouvernement fédéral de prendre des mesures pour faire avancer concrètement ce dossier.

Pendant qu'Ottawa tarde, les patients souffrent. Chaque année, il y a 14 nouveaux cas par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus, et 70 nouveaux cas d'Alzheimer pour 1 000 personnes de 90 ans et plus. Chaque jour, les troubles neurocognitifs touchent plus de 15 personnes toutes les heures. D'ici 2030, le Canada pourrait compter près de 1 million de personnes vivant avec des troubles neurocognitifs.

Retarder l'élargissement de l'aide médicale à mourir pour les demandes anticipées, c'est briser les espoirs de bien des citoyens. Ceux qui sont aux prises avec cette terrible déchéance de la personnalité se voient obligés de raccourcir leurs jours pendant qu'ils sont aptes à décider afin de ne pas se retrouver enfermés dans l'indignité.

Dans son rapport de février 2023, le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir vous a déjà recommandé d'aller de l'avant en approuvant les demandes anticipées.

L'approbation envers cette mesure est majoritaire dans tout le territoire canadien.

Le Québec a élaboré sa loi sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir après un processus consultatif approfondi qui reflète les valeurs et les préoccupations spécifiques de notre province, qui sont aussi celles de plus de 80 % des Canadiens.

Nous vous demandons d'envisager toute piste qui permettrait au Québec d'activer sa législation humaniste, dès ce printemps, et ainsi de répondre aux attentes de milliers de Québécois et de Québécoises. En autorisant les demandes anticipées, vous avez l'occasion de démontrer votre engagement envers la démocratie participative, les institutions du Québec et le respect des droits individuels en matière de fin de vie, en plus de faire preuve d'humanité et de compassion.

Il importe de souligner que l'admissibilité à une aide médicale à mourir apporte sérénité et paix d'esprit, et permet aux personnes atteintes de vivre pleinement le moment présent sans l'angoisse d'un long chemin de souffrance et de pertes multiples de dignité d'une maladie qui les mène inéluctablement à la mort.

• (1920)

Je vous remercie de votre attention.

**Le président:** Merci, docteur L'Espérance.

[Traduction]

C'est le tour d'Helen Long, la directrice générale de Mourir dans la dignité Canada.

Madame Long, merci beaucoup de vous joindre à nous. Je sais que vous n'avez pas eu un très long préavis, mais je sais aussi que vous êtes très au fait du dossier.

Bienvenue parmi nous. Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

**Mme Helen Long (directrice générale, Mourir dans la dignité Canada):** Merci beaucoup de m'accueillir.

Bonsoir, chers membres du Comité.

Je suis heureuse d'avoir l'occasion de témoigner sur un enjeu qui préoccupe profondément les personnes de tout le pays qui sont affligées de troubles mentaux graves et résistants aux traitements. Je m'appuie sur un mémoire que nous avons présenté au comité mixte spécial en novembre 2023.

C'est un enjeu qui nous préoccupe profondément à Mourir dans la dignité Canada parce qu'il concerne les droits des personnes qui, dans le passé et encore aujourd'hui, ont été privées des droits garantis par les articles 7 et 15 de la Charte de prendre des décisions autonomes et légales concernant leurs choix de fin de vie, simplement parce que leur maladie est de nature psychiatrique et non physique.

Le projet de loi dont vous êtes saisis prolongerait de trois ans, jusqu'en mars 2027, le refus d'accès à l'évaluation de l'aide médicale à mourir pour les personnes dont la seule affection sous-jacente est un trouble mental.

Comme le projet de loi C-7, qui a introduit le droit à une évaluation de l'aide médicale à mourir pour les personnes dont le décès n'est pas prévisible dans l'immédiat, a été adopté en 2021 avec une disposition de temporisation excluant pendant deux ans cet accès pour les personnes atteintes d'un trouble mental, un délai qui a été prolongé d'une année, cela signifie que les personnes de cette catégorie se seront vu refuser pendant six ans le même ensemble de droits à l'aide médicale à mourir dont jouissent les personnes atteintes d'une maladie physique.

Il est scandaleux de suggérer qu'il faut six ans pour élaborer un régime pour l'aide médicale à mourir lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué. C'est d'autant plus scandaleux que tous les critères fixés par le gouvernement lors de son dernier report ont été respectés. Nous disposons d'un programme d'études accrédité à l'échelle nationale et d'évaluateurs compétents et volontaires. Nous disposons de normes de pratique sur la base desquelles les organismes de réglementation des médecins et des infirmières et infirmiers praticiens peuvent superviser cette conduite.

Le projet de loi C-62 ne prévoit aucun nouveau paramètre. Que reste-t-il à faire? Nous devons nous tourner vers ceux qui effectuent le travail d'évaluation et de prestation de l'aide médicale à mourir, soit les organismes de réglementation chargés de surveiller la conduite des cliniciens; les 127 médecins et infirmières et infirmiers praticiens du pays qui ont confirmé par écrit que le système d'aide médicale à mourir, les évaluateurs et prestataires de ce service et les psychiatres qui souhaitent participer à l'aide médicale à mourir pour les personnes lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué qui ont déclaré qu'ils sont prêts; les organismes de réglementation et, surtout, les patients souffrant d'affections graves et réfractaires aux traitements qui sont prêts pour l'aide médicale à mourir lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué.

Aucun nouveau critère n'a été établi pour ce report. Des garanties adéquates sont en place, notamment l'exigence d'une période d'évaluation d'au moins 90 jours, la nécessité de consulter un spécialiste compétent, un psychiatre dans ces cas, etc.

Nous approuvons l'entrée en vigueur de l'aide médicale à mourir lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué parce que nous avons le devoir de protéger les droits de tous les Canadiens. Dans le cas présent, il s'agit d'un petit groupe de personnes tragiquement affligées de troubles mentaux sérieux et résistants aux traitements qui, malgré de nombreuses interventions sur de longues périodes, ont éprouvé dans leur vie des souffrances ininterrompues qui ne peuvent être soulagées.

Chez Mourir dans la dignité Canada, nous entendons parler de ceux qui, par peur, gêne ou stigmatisation, sont réticents à parler publiquement de leurs afflictions, mais qui ne savent que trop bien ce que signifie une souffrance profonde et ininterrompue. Ce qui est encore plus regrettable, nous entendons parler de ceux qui ne veulent pas s'exprimer publiquement par crainte d'être ostracisés par leur propre communauté. Souvent, leurs voix sont étouffées par ceux qui prétendent parler en leur nom.

Vous connaissez probablement tous l'histoire de John Scully, qui parle publiquement depuis plusieurs années de ses troubles mentaux, mais j'entends aussi parler de Jane, de Cathy et d'autres personnes qui ne sont pas en mesure de s'exprimer publiquement.

Il est malheureux que le Canada ait une longue histoire de paternalisme et de déni arbitraire des droits des personnes souffrant de troubles mentaux, et nous avons souvent fait un amalgame injuste entre la maladie mentale et l'incapacité. Dans l'arrêt *Starson c. Swayze*, en évoquant la nécessité de remédier à des décennies de présomption injuste d'incapacité à l'égard des malades mentaux, la Cour suprême du Canada a écrit: « C'est pourquoi il faut accorder une importance toute particulière aux principes de l'autonomie et de l'autodétermination lorsqu'il s'agit d'évaluer les personnes de cette catégorie. »

Chaque année, nous recevons des milliers de personnes à travers le Canada qui cherchent des renseignements ou qui naviguent dans le programme de coordination de l'aide médicale à mourir à travers le pays. Depuis l'adoption du projet de loi C-7, la proportion de ces personnes qui s'identifient comme ayant un trouble mental, soit comme seul problème médical sous-jacent, soit comme comorbidité, ne cesse d'augmenter.

Nous prévoyons qu'un grand nombre de ces personnes ne seront probablement jamais jugées admissibles à l'aide médicale à mourir lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué, mais nous ne pouvons pas continuer à leur refuser le droit d'en faire la demande. Cela ne fait qu'accroître leur détresse et leur angoisse. Ces personnes sont laissées pour compte dans une position intenable, incapables de présenter une demande et souffrant cruellement.

• (1925)

**Le président:** Merci, madame Long.

Voilà qui met fin aux déclarations liminaires. Nous allons maintenant passer aux tours de questions, en commençant par les conservateurs pour six minutes.

Monsieur Ellis.

**M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leur présence en cette soirée difficile.

Il est certain qu'on parle depuis extrêmement longtemps de l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale, mais il est incroyable de pouvoir compter sur des témoins du calibre de ceux que nous accueillons ce soir dans un si court préavis.

Docteur Gaind, je vais commencer par vous pour essayer de rendre les choses plus concrètes pour les Canadiens qui nous regardent.

Vous avez parlé de la différence entre la suicidabilité et le désir d'obtenir l'aide médicale à mourir. En effet, si je ne m'abuse, la suicidabilité est souvent l'un des critères de diagnostic de la dépression et vous avez évoqué l'incapacité à la distinguer du désir d'obtenir l'aide médicale à mourir.

Pour les Canadiens ordinaires, pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet, monsieur?

**Dr K. Sonu Gaind:** Je vous remercie de votre question. Je pense qu'elle est très importante, car à mon avis, les Canadiens ont été faussement rassurés en pensant qu'il est possible de distinguer d'une

quelconque façon le type de suicidabilité dont vous parlez — qui découle des symptômes de la maladie mentale — des autres motivations conduisant à des demandes d'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale.

Les données recueillies dans les rares pays européens qui autorisent et prodiguent l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale montrent que ce n'est pas le cas. En fait, les caractéristiques de ces populations se recoupent. Le principal enjeu ici est que, lorsque des personnes suicidaires à cause d'une maladie mentale tentent de se suicider, en général, elles ne réussissent pas et ne tentent pas non plus de recommencer.

Le rapport de 2 pour 1 entre les femmes et les hommes que j'ai mentionné est un écart stupéfiant entre les sexes sur lequel je n'ai pas entendu un seul partisan de l'élargissement s'exprimer clairement. Je serais très reconnaissant à l'un ou l'autre des autres témoins présents ce soir de bien vouloir en parler. Cependant, nous pensons que cet écart stupéfiant entre les hommes et les femmes, qui est de 2 pour 1 dans les pays européens, illustre une marginalisation fondée sur le sexe. Pour tout psychiatre, cette statistique devrait être terrifiante, car elle est le pendant de l'écart de 2 pour 1 entre les femmes et les hommes qui tentent de se suicider lorsqu'ils souffrent d'une maladie mentale. La plupart ne mettent pas fin à leur vie en se suicidant, et la plupart ne font pas de nouvelle tentative.

Cela montre que pour les personnes suicidaires à cause d'une maladie mentale, nous essayons d'offrir des interventions et des mesures de prévention du suicide qui peuvent aider, mais nous n'avons aucun moyen de savoir si nous devrions le faire ou dire non et les faire passer plutôt par la porte B où nous allons faciliter leur suicide.

À mon avis, comme je l'ai dit ouvertement, les lignes directrices de l'ACEPA rassurent dangereusement les gens en leur disant qu'elles font quelque chose qu'elles ne font pas et ne peuvent pas faire. J'ai examiné ces lignes directrices, et c'est effectivement presque littéralement ce qu'elles disent sur le suicide. On parle de 10 diapositives. On dit qu'il faut environ 10 minutes pour les parcourir, et cela comprend un clip audio de quatre minutes. Rien dans ce contenu n'aide réellement à distinguer la suicidabilité que nous voulons aider à prévenir des demandes d'aide médicale à mourir psychiatriques, exception faite de l'impulsivité. Les lignes directrices se concentrent sur l'impulsivité. En réalité, les données probantes montrent, et je cite le rapport du Conseil des académies canadiennes, que « dans les pays occidentaux comme le Canada, les suicides impulsifs représentent un faible pourcentage de tous les décès par suicide, et ils surviennent souvent lorsque la personne a consommé de l'alcool ou des drogues illicites ».

Le rapport continue, mais le fait est que de nombreux suicides ne sont pas impulsifs, et ce n'est donc pas une caractéristique distinctive utile. La seule autre caractéristique distinctive, lorsqu'on parcourt toute la liste des questions, est littéralement: « La personne prévoit-elle de passer à l'acte elle-même, ou est-elle venue voir en tant qu'évaluateur de demande d'aide médicale à mourir? »

Est-ce ainsi que nous décidons ce qui est suicidaire et ce qui ne l'est pas?

• (1930)

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup, docteur Gaind.

Vous avez parlé des lignes directrices ou du programme d'études de l'ACEPA. Pour ceux qui ne le savent pas, il s'agit de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM. Vous avez dit très clairement que ces lignes directrices et ce programme d'études n'aident pas à distinguer les personnes suicidaires des personnes qui souhaitent obtenir l'aide médicale à mourir.

Pourriez-vous nous reparler un peu de ces lignes directrices? Je les ai parcourues moi-même, mais nous parlons d'évaluer la nature irrémédiable ce qui, bien sûr, est une impossibilité à mon avis. Je me demande si vous avez examiné ce programme d'études pour voir comment il pourrait apprendre aux médecins ou au personnel infirmier à le faire.

Je sais que je n'ai pas beaucoup de temps, mais j'aimerais planter le germe d'une idée dans votre esprit. À mon avis, le programme d'études de l'ACEPA s'adresse aux médecins ou aux infirmières et infirmiers praticiens de première ligne. La probabilité que des psychiatres effectuent ces évaluations, compte tenu de l'impossibilité actuelle de consulter un psychiatre, est presque nulle.

**Dr K. Sonu Gaiind:** Je dirais que certains psychiatres sont prêts à effectuer ces évaluations, mais à mon avis, ils sont prêts à le faire en l'absence de données probantes. Le fait qu'ils soient prêts à faire quelque chose alors que les données probantes montrent qu'ils ne peuvent pas le faire n'a rien de rassurant.

J'ai examiné les données probantes à ce sujet et, je le répète, rien ne prouve que l'on puisse prédire la nature irrémédiable d'une maladie mentale. C'est très différent — très différent — des autres problèmes médicaux et des maladies neurodégénératives.

**M. Stephen Ellis:** Docteur Gaiind, parlez-nous un peu de l'avenir — non pas que je pense que vous pouvez le prédire. Si l'on considère le chemin parcouru en matière de diagnostic et de traitement des maladies mentales de toutes sortes, qu'entrevoyez-vous qui devrait nous donner de l'espoir à ce sujet et... qui devrait nous convaincre de ne pas autoriser l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale?

**Dr K. Sonu Gaiind:** Je pense qu'il y a de nombreuses percées prometteuses en psychiatrie et en santé mentale. Je n'essaie pas de laisser entendre que nous sommes toujours en mesure d'aider tout le monde. Je pense que nous reconnaissons tous que cela peut parfois être difficile.

Nous devons nous souvenir de l'objectif de l'aide médicale à mourir. Son objectif est de prédire qui ne prendra jamais du mieux, et nous ne pouvons pas le faire. Si nous ne pouvons pas le faire avec la maladie mentale, nous donnerons la mort sous de fausses prétentions.

**M. Stephen Ellis:** Merci, monsieur.

**Le président:** Merci, docteur Gaiind.

Merci, monsieur Ellis.

M. Hanley a la parole pour six minutes.

**M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.):** Merci beaucoup.

Je tiens à me faire l'écho de M. Ellis pour remercier les témoins de s'être réunis, non seulement le jour de la Saint-Valentin, mais aussi en soirée et dans un court préavis, et d'avoir été en mesure de nous présenter ce témoignage fort utile.

De toute évidence, il y a eu des années de délibérations à ce sujet, y compris lors de récentes réunions du Comité. J'essaie de situer mes questions dans le cadre de la question: « et maintenant? ». Que

faisons-nous après avoir adopté le projet de loi C-62 en ce qui concerne les étapes suivantes? Comment pouvons-nous le mieux nous préparer?

J'aimerais m'adresser d'abord au Dr L'Espérance. J'aimerais mieux comprendre les leçons que nous pouvons tirer de l'expérience du Québec et ce que vous pensez de l'orientation adoptée au Québec, surtout en ce qui a trait à l'admissibilité à l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale. D'après le projet de loi 11, je comprends qu'on parle d'une exclusion permanente. Pouvons-nous tirer des leçons à l'échelle nationale des débats qui ont eu lieu au Québec?

Où voyez-vous le réseau de la santé au Québec en ce qui concerne la préparation à la maladie mentale comme seul problème médical sous-jacent? Comment conciliez-vous cela avec l'orientation du cadre législatif au Québec?

• (1935)

[Français]

**Dr Georges L'Espérance:** En fait, il n'y a pas d'expérience au Québec concernant les problèmes de santé mentale parce que nous sommes sous le parapluie du Code criminel, comme le reste du Canada.

Le comité du Québec qui s'est penché sur l'élargissement de l'aide médicale à mourir a mis de côté la question des patients dont la seule condition est un problème de santé mentale parce qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments sous-tendant un certain consensus sociétal. Par contre, il faut dire que le rapport de ce comité a été fait avant le rapport du comité des experts mandatés par le gouvernement fédéral, qui a été déposé en mai 2022. Il y a donc un décalage ici.

Quelle serait la position du Québec maintenant que le rapport du comité des experts a été déposé? Je ne peux pas vous le dire. Je ne suis pas psychiatre, heureusement pour les patients. Cependant, je me base sur ce qui est présenté par les experts, en particulier dans le rapport des experts pancanadiens mandatés par le gouvernement fédéral.

On ne peut pas exclure totalement la problématique de la santé mentale, car on dénierait certains droits, mais il faut des balises très sévères, très serrées, qui s'étalent dans le temps. Dans nos discussions, nous parlons toujours d'une pathologie qui s'étire sur 20, 30 ou 40 ans avec des patients dont la situation s'est extrêmement détériorée en raison d'un trouble de santé mentale.

[Traduction]

**M. Brendan Hanley:** Merci beaucoup.

Madame Long, depuis la publication du dernier rapport du comité spécial intitulé *Le chemin à parcourir*, que vous disent les Canadiens?

**Mme Helen Long:** Il est certain que nous avons essayé de diffuser la nouvelle d'un éventuel report, de manière échelonnée, afin que les gens soient mieux à même de digérer et de comprendre qu'il pourrait y avoir un report. Des gens appellent en état de détresse. Au cours des deux derniers mois, nous avons reçu plus d'appels de crise, c'est-à-dire des appels pour une intervention policière, qu'au cours des trois dernières années, parce que les gens attendaient. Dans bien des cas, d'après nos consultations avec les cliniciens et les évaluateurs, nous pensons que beaucoup de ces personnes ne seront jamais admissibles à l'aide médicale à mourir, mais il faut qu'elles sachent qu'elles peuvent faire une demande. Elles doivent pouvoir aller de l'avant et passer aux étapes suivantes.

Des personnes nous ont dit qu'elles sont très troublées, en colère et touchées par les modifications et les reports répétés. Lorsque le projet de loi a été adopté, puis deux années se sont écoulées, puis une année de plus, pour ces personnes qui souffrent depuis des dizaines d'années et qui ont essayé tous les traitements — si vous lisez les histoires sur notre site Web, elles ont essayé tous les traitements plusieurs fois pendant des années — il est dévastateur d'entendre « Bon, maintenant c'est trois ans de plus ». Je ne saurais trop insister sur ce point.

● (1940)

**M. Brendan Hanley:** Croyez-vous qu'il existe un consensus social? Sinon, pensez-vous que la Cour suprême a un rôle à jouer? Envisagez-vous une contestation judiciaire?

**Mme Helen Long:** Je ne suis pas constitutionnaliste. Je pense que le Comité a déjà entendu ces experts. Je pense qu'il y aura une contestation à un moment ou à un autre. Cette question a été soulevée à plusieurs reprises et je pense qu'à chaque fois, les personnes qui pensaient pouvoir jouer le rôle de plaignants se sont dit: « Eh bien, je peux tenir une année de plus » ou « Je peux tenir les deux premières années ». Maintenant que nous en sommes au point où le délai sera de six ans et qu'il reste trois ans, je pense que c'est une éventualité très probable.

**Le président:** Merci, madame Long.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

**M. Luc Thériault (Montcalm, BQ):** Merci, monsieur le président.

Dans un premier temps, je vais faire un commentaire au sujet de nos deux psychiatres.

Ce que je comprends de ce qu'ils sont venus nous dire ce soir, c'est qu'ils ont la même opinion. Ils viennent à titre personnel nous dire qu'ils sont en porte-à-faux avec l'Association des psychiatres du Canada, l'Association du Barreau canadien, l'Association des médecins psychiatres du Québec, la Fédération des ordres des médecins du Canada, l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM — nous avons beaucoup de commentaires là-dessus — et le Collège des médecins du Québec.

Selon le Dr Gagnon, ces gens sont des militants idéologiques. On voyait cela dans l'ancienne Union soviétique: la science contre l'idéologie. Quand on n'était pas d'accord sur l'opinion de l'autre, on disait qu'il faisait de l'idéologie. On appelle cela du « scientisme ». Cela étant dit, on pourrait tenir un débat sur cette question épistémologique dans un autre lieu.

Toujours est-il que, ce qui m'intéresse, c'est le projet de loi C-62. Je n'ai pas entendu de commentaire là-dessus. Il y a un aspect fort

important dans ce projet de loi. Êtes-vous d'accord que ce soit reporté indéfiniment? Êtes-vous d'accord sur la période de trois ans? C'est simple, j'aimerais entendre votre réponse.

Docteur Gagnon, vous avez la parole.

**Dr Pierre Gagnon:** Présentement, trois ans, c'est très sage.

En effet, comme je vous l'ai exposé, c'est très difficile, présentement, de voir...

**M. Luc Thériault:** Ce n'est pas une raison que je cherche. Je veux connaître votre prise de position. Est-ce trois ans ou indéfiniment?

**Dr Pierre Gagnon:** Avec l'état de la science actuelle, je dirais indéfiniment.

**M. Luc Thériault:** D'accord. C'est parfait.

**Dr Pierre Gagnon:** Je comprends les politiciens qui répondent trois ans.

**M. Luc Thériault:** J'ai entendu votre discours qui peut justifier cela. Je veux quand même, comme législateur, avoir la possibilité d'entendre cette réponse.

Docteur Gagnon, êtes-vous pour le projet de loi avec un report de trois ans ou indéfiniment?

[Traduction]

**M. Stephen Ellis:** J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Il est entendu depuis très longtemps au sein du Comité — et je dirais que vous avez toujours appliqué la norme de façon très uniforme — que les témoins disposent du même temps pour répondre à la question que l'auteur de la question a pris pour la poser, y compris les remarques préliminaires. Je vous suggérerais de tenir un contrôle très serré du temps imparti et de faire en sorte que les témoins disposent du temps nécessaire pour répondre à la question, au lieu de laisser M. Thériault harceler ces témoins.

Monsieur le président, j'aimerais que vous précisiez ces conditions à toutes les personnes présentes.

**Le président:** Merci, monsieur Ellis.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Monsieur le président, j'ai bien expliqué ma manière de procéder.

[Traduction]

**Le président:** Chers collègues et témoins, M. Ellis a raison. Nous avons adopté une procédure au sein du Comité selon laquelle le témoin dispose d'autant de temps pour répondre à la question que l'auteur de la question en prend pour la poser.

En toute justice, j'aurais dû intervenir pour laisser un peu plus de temps au Dr Gagnon, mais je vais simplement demander à M. Thériault de respecter les règles que nous avons tous suivies jusqu'à présent.

● (1945)

[Français]

Vous avez la parole, monsieur Thériault.

**M. Luc Thériault:** Ma question est courte et simple: préférez-vous que ce soit reporté de trois ans ou indéfiniment?

[Traduction]

**Dr K. Sonu Gaind:** Merci, monsieur Thériault.

Aurais-je le temps de réagir aux observations qu'il a faites au début? Il a présenté certaines caractérisations de mon point de vue sur l'Association des psychiatres du Canada et d'autres.

**Le président:** Non, à moins qu'il vous en donne l'occasion.

La question qu'il a posée au Dr Gaind ne comportait pas de préambule de deux minutes.

**M. Stephen Ellis:** Il l'a diffamé devant le Comité dans son ensemble en disant qu'il est un idéologue. C'est injuste.

**Le président:** Docteur Gaind, je m'attends à ce qu'un autre intervenant vous laisse le temps de réagir à ces points.

**Dr K. Sonu Gaind:** Je répondrai brièvement à la question.

La durée de trois ans dépend de ce que nous en faisons. Si nous nous engageons dans l'examen en préjugant du résultat, je pense que c'est de l'idéologie. Dans un tel cas, on n'examinerait pas les données probantes pour savoir si nous pouvons ou non offrir en toute sécurité l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Merci.

Docteur L'Espérance, le Comité a déposé un premier rapport en février 2023. Nous devons regarder tous les cas de figure quant à l'élargissement de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir, et le Comité a fait une recommandation fortement majoritaire en faveur des demandes anticipées. C'était peut-être judicieux pour le gouvernement d'attendre de voir ce qu'on pouvait faire à propos des personnes atteintes de troubles mentaux, mais, in extremis, il a décidé de ne pas introduire cette recommandation dans le projet de loi C-62, alors qu'il y a introduit, mot pour mot, la recommandation du Groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale.

Cela vous a-t-il surpris? Comment l'expliquez-vous?

Pourriez-vous nous éclairer sur la façon dont fonctionnent les demandes anticipées au Québec, afin que les gens comprennent de quoi il retourne?

**Dr Georges L'Espérance:** Je ne m'explique pas pourquoi il n'est aucunement question, maintenant, des demandes anticipées, alors que le rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir en faisait état.

D'autre part, il est surprenant que les demandes anticipées...

[Traduction]

**M. Todd Doherty (Cariboo—Prince George, PCC):** J'invoque le Règlement.

Monsieur le président, je crois que le sujet de notre étude ce soir est l'élargissement de l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale et non les directives anticipées. Je ne crois pas que cette question soit pertinente pour la conversation que nous sommes censés avoir ce soir.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Monsieur le président, est-ce que je peux répondre à cela?

**Le président:** Oui, si vous le voulez, mais j'ai l'intention de trancher en votre faveur.

**M. Luc Thériault:** On ne peut pas prétendre qu'on est hors sujet, alors qu'à la Chambre, il y a eu des motions et des votes pour essayer d'introduire cette notion dans le projet de loi, justement.

Pour la suite des choses, il me semble qu'il est important de pouvoir parler de cette dimension.

[Traduction]

**Le président:** Merci pour ce rappel au Règlement, monsieur Doherty.

Nous avons laissé une assez grande latitude en ce qui concerne la pertinence.

J'ai également entendu parler de directives médicales anticipées dans certaines déclarations liminaires qui ont été faites. Ces éléments ont donc ouvert la porte et permis de poser des questions, de sorte que la question de M. Thériault est recevable.

J'aimerais qu'il poursuive.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Monsieur le président, j'aimerais faire un rappel au Règlement, sans que ce soit retranché de mon temps de parole.

**Le président:** J'ai arrêté le chronomètre. Il vous reste encore deux minutes et demie.

**M. Luc Thériault:** Je considère que mes collègues conservateurs essaient tout simplement de nuire à l'échange que je peux avoir avec les témoins.

J'en appelle à leur sens de la collégialité. S'il fallait que nous intervenions chaque fois que nous entendons quelque chose qui ne fait pas notre affaire de leur côté, nous ne pourrions pas siéger. J'en appelle à leur capacité de faire en sorte que nous ayons un respect qui a de l'allure, sans interruption. C'est une question de respect envers les témoins qui sont devant nous.

**Le président:** Je vais faire de mon mieux.

Monsieur Thériault, vous avez encore une minute et demie.

**M. Luc Thériault:** Monsieur le président, j'espère que le rappel au Règlement des conservateurs ne comptait pas dans mon temps.

**Le président:** Vous avez raison.

● (1950)

**M. Luc Thériault:** Vous avez dit deux minutes et demie avant que je commence.

**Le président:** Chaque fois qu'on a invoqué le Règlement, le chronomètre a été arrêté.

**M. Luc Thériault:** Oui, mais quand j'ai commencé, vous avez...

**Le président:** Vous avez utilisé jusqu'à maintenant quatre minutes et demie en posant des questions.

**M. Luc Thériault:** Vous aviez dit deux minutes et demie. C'est correct.

**Le président:** Il vous reste une minute et demie.

**M. Luc Thériault:** D'accord.

Je laisse parler le témoin, dans ce cas.

**Dr Georges L'Espérance:** Précisons que la question de la santé mentale est une chose. Celle des demandes anticipées est une tout autre chose. Il est vrai que, dans le cas de la santé mentale, il n'y a pas un consensus ni médical ni sociétal. Chez les psychiatres, on nous dit que c'est moitié-moitié.

Cela étant dit, pour les demandes anticipées liées à des maladies neurodégénératives, la plus connue étant l'Alzheimer, il y a un consensus très large dans tout le Canada. En effet, 82 % des Canadiens sont en faveur des demandes anticipées. Tel que je l'ai mentionné, les maladies neurodégénératives cognitives vont être un poids énorme sur les épaules des patients, d'abord, ainsi que sur les épaules des familles, par la suite. C'est de plus en plus important, de plus en plus prévalent à mesure que l'âge avance.

La demande anticipée permet à une personne ayant un diagnostic établi de dire, alors qu'elle est encore apte à prendre une décision, qu'elle veut obtenir l'aide médicale à mourir lorsqu'elle aura perdu cette aptitude, dans telle ou telle condition. C'est l'essence de la loi du Québec, non seulement pour permettre à cette personne de conserver sa dignité, mais aussi pour lui donner des jours, des mois, et même une année ou deux de plus, entourée de sa famille, avec ses proches, même si elle a perdu une certaine partie de son aptitude. C'est le principe des demandes anticipées: respecter la dignité des gens jusqu'au bout de leur cheminement.

**Le président:** Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous cédon maintenant la parole à M. MacGregor, pour six minutes.

**M. Alistair MacGregor (Cowichan—Malahat—Langford, NP):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie tous nos témoins de nous avoir guidés dans cette partie de l'étude du projet de loi C-62.

J'ai fait partie du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir depuis le début et je connais très bien le sujet dont nous sommes saisis.

Madame Long, j'aimerais commencer par vous, si vous le permettez.

Je vous remercie de votre déclaration liminaire et de représenter Mourir dans la dignité. Bien entendu, depuis que notre comité mixte spécial a déposé le rapport à la Chambre des communes et au Sénat en formulant une seule recommandation, nous avons reçu une lettre signée par les ministres de la Santé de sept des dix provinces et des trois territoires.

Vers le milieu de cette lettre, on peut lire: « L'échéance actuelle du 17 mars 2024 ne laisse pas suffisamment de temps pour préparer pleinement et de façon appropriée toutes les provinces et tous les territoires du Canada ». Plus loin, ils demandent au ministre de la Santé et au ministre de la Justice de « suspendre indéfiniment la mise en œuvre des critères d'admissibilité élargis à l'aide médicale à mourir afin de permettre une collaboration accrue entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral ».

Madame Long, en parcourant la liste des signataires, je constate qu'elle comprend des ministres de la Santé et des ministres responsables de la Santé mentale et des Dépendances. On peut voir qu'ils représentent tout le spectre politique, notamment le gouvernement néo-démocrate de la Colombie-Britannique et plusieurs gouvernements conservateurs d'autres provinces.

J'aimerais que vous me parliez de la réaction de Mourir dans la dignité à cette lettre, étant donné qu'il s'agit de ministres, qu'ils exercent des fonctions exécutives au sein de leur gouvernement respectif et qu'ils sont responsables des systèmes de santé qui seront chargés de superviser ce processus. S'ils affirment publiquement que leur système n'est pas prêt, comment réagissez-vous, considérant votre déclaration liminaire dans laquelle vous avez dit que nous sommes prêts?

**Mme Helen Long:** Merci pour cette question.

À l'écoute des témoignages présentés au Comité, je pense qu'il est clair qu'entre autres, les autorités réglementaires ont dit qu'elles sont prêtes. Différents cliniciens, psychiatres et personnel infirmier ont dit qu'ils sont prêts. Même si les provinces ne se sentent pas tout à fait prêtes, il est certain que les conversations que nous avons eues et les témoignages que nous avons entendus, comme tous les membres du Comité, révèlent que des gens sont prêts à aller de l'avant.

En ce qui concerne la préparation du système à l'échelle provinciale, les mesures à prendre ne sont pas claires et je pense donc que la question que je poserais aux auteurs de cette lettre est la suivante: quelles conditions voulons-nous voir réunies avant que les provinces se déclarent prêtes?

**M. Alistair MacGregor:** Je comprends, mais sauf votre respect, je ne pense pas que ces ministres — oui, ce sont tous des élus — auraient apposé leur nom et leur signature sur une lettre s'ils ne s'étaient pas entretenus avec leurs sous-ministres et sous-ministres adjoints, qui sont essentiellement les administrateurs généraux de la fonction publique, qui auraient ensuite obtenu une rétroaction de leurs ministères de la Santé respectifs.

Lorsqu'il est question de l'environnement réglementaire, si j'étais ministre, je n'apposerais pas mon nom sur cette lettre sans avoir obtenu l'approbation de mon sous-ministre. Comment réagissez-vous à ce constat?

• (1955)

**Mme Helen Long:** Nous avons entendu les témoignages sur cette question. Nous ne sommes pas des cliniciens, donc nous ne sommes pas en mesure de participer à toutes ces discussions, mais les représentants des autorités réglementaires au sein des autorités sanitaires provinciales ont très clairement dit qu'ils sont prêts et il est certain que les cliniciens sont prêts.

Si l'on se réfère au projet de loi C-14 et au début de l'aide médicale à mourir, les provinces n'ont jamais disposé d'autant de temps pour se préparer que maintenant. Nous sommes probablement plus prêts aujourd'hui que nous ne l'avons jamais été pour mettre en œuvre l'aide médicale à mourir.

**M. Alistair MacGregor:** Je vous remercie.

Docteur Gaind, j'aimerais m'adresser à vous si vous le permettez.

Nous avons déjà eu des échanges au sein du comité mixte spécial et je me souviens qu'au cours de l'un d'entre eux, nous avons parlé de la procédure de la deuxième voie prévue par le Code criminel. De nombreuses personnes ont souligné que les garanties nécessaires existent déjà. Cependant, je pense qu'en votre qualité de professionnel, vous avez mis au jour quelques failles dans ce processus.

Pourriez-vous informer le Comité de certains problèmes que vous avez constatés dans le Code criminel par rapport au processus de la deuxième voie?

**Dr K. Sonu Gaiind:** Avec plaisir, et cela nous ramène un peu à la question de M. Thériault qui essayait de fixer un délai préétabli pour l'obtention de données probantes, sans savoir si nous les obtiendrons.

Les failles sont les suivantes. Si nous disons aux gens que nous prévoyons que leur santé mentale ne s'améliorera pas, nous devons avoir des preuves que nous pourrions faire une telle affirmation honnêtement, et nous n'en avons pas. Les données dont nous disposons sur la première ou la deuxième voie ne permettent pas de répondre à cette question.

De même, la distinction entre la suicidabilité et les demandes d'euthanasie psychiatrique n'est pas non plus démontrée, de sorte que des personnes peuvent dire qu'elles pensent pouvoir faire quelque chose, ce qui ne veut pas dire qu'elles le peuvent. Des médecins nous disent qu'ils pensent qu'il faut prendre de l'Ivermectine pour guérir de la COVID. Cela ne signifie pas que nous devrions établir un cadre réglementaire pour le faire. C'est ridicule.

Je parle des données probantes, pas de ce qu'une personne donnée affirme.

En passant, je dirai aussi qu'en ce qui concerne mon ancienne association professionnelle, l'Association des psychiatres du Canada dont j'ai été le président, je trouve que la contribution qu'elle a apportée à ce dossier a été honteuse, en réalité.

Vous avez posé une question sur la deuxième voie. Lors des consultations qui ont précédé le dépôt du projet de loi C-7, des consultations sur la maladie mentale et la mort, il n'a jamais été question de prévention du suicide. Il n'a jamais été question une seule fois des données relatives aux risques de suicide liés à la maladie mentale ou aux populations marginalisées. C'est comme si une association de pneumologues ne mentionnait jamais le tabagisme comme facteur de risque pour la santé pulmonaire.

Prenez le temps de réfléchir à ce que cela signifie. Je ne sais pas ce que cela signifie, alors...

**Le président:** Merci, docteur Gaiind.

**Dr K. Sonu Gaiind:** Le dernier point que j'aimerais soulever est qu'en réalité, dans les lignes directrices de l'ACEPA, un document explique comment on peut essentiellement convertir les gens de la deuxième voie à la première, en disant littéralement que les exemples pourraient inclure des déclarations de refus de traitement antibiotique d'infections graves actuelles ou futures.

Je ne sais même pas combien de personnes de la voie 1 peuvent en fait être considérées par d'autres personnes comme correspondant à la voie 2.

**Le président:** Je vous remercie.

M. Cooper a la parole pour cinq minutes.

**M. Michael Cooper (St. Albert—Edmonton, PCC):** Merci, monsieur le président.

Docteur Gaiind, les partisans de cet élargissement, y compris la présidente du groupe d'experts nommée par le gouvernement, la Dre Gupta, ont prétendu que très peu de personnes seraient admissibles à l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale. En fait, elle a déclaré qu'au cours de ses nombreuses années de pratique

comme psychiatre, seules deux ou trois personnes, voire une poignée d'entre elles, seraient admissibles.

Elle cite la norme de pratique type pour démontrer que ce serait le cas. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

**Dr K. Sonu Gaiind:** Je trouve ce genre de déclarations, venant de personnes qui étaient en position de proposer des garanties législatives potentielles, assez étranges, car c'est ce que la Dre Gupta a affirmé alors qu'elle présidait le même groupe d'experts qui a littéralement dit qu'il ne recommandait pas une seule garantie législative pour l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale.

Pour ce qui est de prédire la nature irrémédiable de la maladie mentale, le même groupe d'experts — ou les 10 membres restants, car un sixième d'entre eux ont démissionné, y compris les représentants du réseau de la santé — a déclaré qu'il ne donnerait pas ou ne pourrait pas donner d'orientations sur la durée, le nombre ou les types de traitements auxquels une personne devrait avoir accès avant d'obtenir l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale. À mon sens, cela en dit long sur certains points que Mme Long et d'autres ont soulevés. Le groupe d'experts dresse le portrait de personnes qui souffrent depuis des dizaines d'années et qui ont reçu de nombreux traitements. Rien dans notre cadre législatif ne l'exige. C'est un portrait artificiel.

Si vous voulez avoir une idée des chiffres réels fondés sur des données probantes, Scott Kim, un chercheur au NIH, a mené une analyse fondée sur des données probantes et il estime qu'il y a plusieurs milliers de personnes par an.

Les éléments contenus dans la norme de pratique type et les autres éléments qui ne sont pas prescrits par la loi et qui ne constituent pas des garanties réelles sont essentiellement des suggestions. Les suggestions ne sont pas des garanties. Les assurances sans données probantes sont dangereuses, à mon avis. C'est sérieux. Nous donnons la mort à des personnes qui ne sont pas en train de mourir autrement, et des garanties sérieuses s'imposent.

Si Kenneth Law était médecin au lieu d'être chef cuisinier, dans quelle mesure accepteriez-vous qu'il soit l'évaluateur de l'aide médicale à mourir de votre mère s'il n'y avait que des suggestions non contraignantes et des assurances vides de sens plutôt que des garanties prescrites par la loi?

• (2000)

**M. Michael Cooper:** Je vous remercie.

Vous avez dit qu'en ce qui concerne la nature irrémédiable et sa détermination précise, les cliniciens se tromperont plus de 50 % du temps lorsque la maladie mentale est la seule affection sous-jacente. Serait-il donc juste de dire qu'il vaudrait mieux tirer à pile ou face et qu'on aurait ainsi plus de chances d'obtenir un résultat exact qu'autrement?

**Dr K. Sonu Gaiind:** À mon avis, ce serait en fait une détermination plus honnête parce qu'on montrerait ouvertement qu'on se base sur la chance plutôt que sur la fausse assurance d'une blouse blanche.

**M. Michael Cooper:** En ce qui concerne ce projet de loi, le gouvernement prévoit une suspension de trois ans, mais comme le Dr Gagnon l'a fait, vous avez cité deux enjeux cliniques fondamentaux — soit la nature irrémédiable et la distinction entre une demande rationnelle et une demande motivée par des idées suicidaires.

Avez-vous connaissance d'éléments qui révéleraient une probabilité ou, d'ailleurs, une preuve que nous serions en mesure d'être prêts pour ce qui constituerait un élargissement considérable de l'aide médicale à mourir dans un bref délai de trois ans?

**Dr K. Sonu Gaiind:** Non, je n'en vois aucun, et aucun n'est apparu au cours des trois dernières années.

**M. Michael Cooper:** Docteur Gagnon, avez-vous quelque chose à dire sur l'affirmation de la Dre Gupta et d'autres selon laquelle cette mesure, si elle était mise en oeuvre, se limiterait à un très petit nombre de Canadiens qui souffrent de maladies mentales depuis des décennies?

[Français]

**Dr Pierre Gagnon:** Au contraire, comme j'ai tenté de l'expliquer dans mon allocution d'ouverture, les études démontrent que les demandes d'euthanasie sont souvent liées à des problèmes très courants, comme des troubles dépressifs, des troubles de personnalité, un deuil ou des problèmes socioéconomiques. Il risque vraiment qu'une population très large y soit admissible, surtout dans le contexte où les balises et les mesures de sauvegarde ne sont pas solides. En fait, elles sont plus solides dans les pays du Benelux, soit la Belgique, les Pays-Bas et le Luxembourg. Or ces pays élargissent l'admissibilité à l'euthanasie à toutes sortes de conditions psychiatriques, et même psychosociales.

On peut donc s'attendre à ce que la population admissible soit très large. C'est inquiétant.

**Le président:** Merci, docteur Gagnon.

Merci, monsieur Cooper.

[Traduction]

C'est le tour de Mme Sidhu.

Vous avez la parole pour cinq minutes.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins de leur présence. Ma question s'adresse à Dre Long.

Êtes-vous au courant des ressources disponibles, financées par le gouvernement fédéral, qui évaluent ce cas complexe, par exemple, le programme d'études et les normes de pratique? Ont-elles été utiles?

• (2005)

**Mme Helen Long:** Par souci de clarté, je ne suis pas médecin. Je ne suis pas clinicienne. Je suis au courant de ces éléments et de leur développement, mais je ne peux pas les utiliser, car je ne suis pas évaluatrice ou prestataire de l'aide médicale à mourir.

**Mme Sonia Sidhu:** Docteur L'Espérance, avez-vous un commentaire à faire à ce sujet?

[Français]

**Dr Georges L'Espérance:** Non, je vous remercie.

Comme je ne suis pas psychiatre, je ne peux pas parler d'éléments cliniques de psychiatrie. Je me base simplement sur les données fournies par les experts, en particulier dans leur rapport ainsi que dans un document publié en 2019, si je me souviens bien, sur l'état des choses en ce qui concerne la santé mentale et l'aide médicale à mourir.

[Traduction]

**Mme Sonia Sidhu:** Y a-t-il des lacunes ou des défis qui limitent la volonté des professionnels de la santé de s'occuper de ces cas complexes?

Vous parlez de données. Avez-vous constaté ces types d'obstacles?

[Français]

**Dr Georges L'Espérance:** À ma connaissance et en me basant encore une fois sur les données fournies par des experts, je constate que certaines données indiquent que des médecins psychiatres ou des médecins prestataires de l'aide médicale à mourir peuvent évaluer les patients.

Par ailleurs, il est très important de comprendre que, parmi tous les patients qui demandent l'aide médicale à mourir ou qui y sont admissibles actuellement en raison de maladies physiques, certains ont des problèmes de santé mentale. Leur aptitude à prendre des décisions pour eux-mêmes est alors évaluée à sa juste valeur.

Qui plus est, dans ma pratique clinique, en particulier en chirurgie, nous avons aussi régulièrement affaire à des patients qui ont des problèmes de santé mentale. Il faut aussi évaluer l'aptitude de ces patients à prendre des décisions et leur état suicidaire.

Par exemple, si un patient de 40 ans souffrant d'une douleur abdominale dit à son médecin qu'il ne veut aucune intervention chirurgicale et qu'il aime mieux mourir, il est évident que ce patient sera évalué en psychiatrie et sera traité. Par la suite, on va le traiter sur le plan physique. Il en va de même pour toutes les maladies physiques.

De façon générale, les médecins ont donc l'habitude d'évaluer l'aptitude des patients dans la pratique clinique de tous les jours, lorsque c'est nécessaire, bien sûr.

En ce qui concerne les patients en santé mentale qui demanderaient l'aide médicale à mourir, je suis tout à fait convaincu qu'il y en aurait très peu, pour la simple raison que des balises importantes ont été établies à la suite des recommandations du comité d'experts.

On ne peut pas accorder l'aide médicale à mourir à une personne qui se présente un matin en disant qu'elle veut la recevoir. Pour y être admissible, le patient doit souffrir de maladie mentale depuis de nombreuses décennies et tous les traitements doivent avoir été tentés.

Cependant, il faut faire attention: une personne n'est pas obligée d'essayer tous les traitements. Elle peut très bien en refuser. Cela est inscrit dans la Charte canadienne des droits et libertés.

Bien sûr, si on parle d'un patient ou d'une patiente ayant des problèmes de santé mentale uniquement qui demande l'aide médicale à mourir, il ou elle devra avoir reçu un certain nombre de traitements. Cependant, il est faux de dire qu'il faut tenter tous les traitements possibles, parce que cela va à l'encontre de la Charte.

[Traduction]

**Mme Sonia Sidhu:** Ma prochaine question s'adresse à Mme Long.

Le gouvernement devrait-il prendre trois ans pour continuer à préparer le système? Que recommandez-vous au gouvernement fédéral pour garantir que les réseaux des provinces et des territoires sont prêts?

**Mme Helen Long:** Nous ne pensons pas que le gouvernement a besoin de trois années supplémentaires pour se préparer. S'il décide de reporter l'échéance, il est très important que des paramètres clairs soient définis et respectés. Il faut que les attentes des provinces et des territoires soient claires et qu'il y ait un engagement clair de ne pas retarder davantage.

Dans le cas présent, le gouvernement fédéral a dressé la liste des éléments qui, selon lui, devaient être mis en place, à savoir un programme d'études accrédité à l'échelle nationale, un ensemble de normes de pratique et de conseils à la profession, ainsi qu'une révision des rapports dans le cadre du système de déclaration de Santé Canada. Ces objectifs ont tous été atteints, donc s'il y a un report, il doit y avoir un meilleur moyen d'établir la prochaine série d'objectifs et de nous assurer de les atteindre en temps voulu.

• (2010)

**Le président:** Je vous remercie, madame Long.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez maintenant la parole pour deux minutes et demie.

**M. Luc Thériault:** Docteur Gagnon, pourriez-vous nous transmettre les études sur les cas dont vous parliez, qui étaient nombreux et qui faisaient référence à des troubles qui auraient été réversibles et pour lesquels des patients n'auraient pas dû recevoir l'aide médicale à mourir?

Vous avez aussi parlé des balises qui existent et qui devaient être plus sévères. Pourriez-vous nous donner la liste de ces balises? J'aimerais approfondir cela avec vous puisque, plus tôt, vous parliez d'un report indéfini. J'imagine que vous avez une idée des balises qui seraient nécessaires. Quelles seraient-elles?

**Dr Pierre Gagnon:** Parmi les balises qui existent dans ces pays, il y a entre autres une évaluation psychiatrique, que nous n'avons pas. Le problème que je vois, quand je parle de report indéfini, est le suivant. Comment allons-nous résoudre le fait qu'il est impossible de distinguer les idées suicidaires de ce qui serait considéré comme une demande authentique d'euthanasie? Cela va être difficile d'en arriver là.

Pour ce qui est du caractère irrémédiable, je peux dire ce qui suit. Je suis psychiatre depuis 1991, et cela fera donc bientôt 33 ans que je pratique la psychiatrie à temps complet. Nous avons vu tellement de cas de personnes dont la situation change complètement, même après des décennies, en raison d'une rencontre intéressante, d'un événement qui survient dans leur vie ou d'un nouveau traitement. Ils ont encore des décennies de vie intéressante, et tous les psychiatres...

**M. Luc Thériault:** Ce que j'aimerais, c'est savoir quelles balises vous préconisez. La recommandation 10 du rapport des experts, c'est qu'une évaluation psychiatrique soit faite. Quelles sont les balises supplémentaires qui ne sont pas dans le rapport des experts et qui devraient figurer dans une loi?

**Dr Pierre Gagnon:** Je crois que c'est pour cette raison que les législateurs ont fait ce projet de loi en disant que ce ne serait pas simple, et je suis d'accord avec eux. Je n'ai pas la réponse comme cela, mais cela ne sera pas simple. On parle d'un report de trois ans, au minimum. Je pense que c'était sage, parce que ce sera long avant qu'on puisse trouver ces balises et bien les étayer.

**M. Luc Thériault:** D'accord. Cela dit, je ne voudrais pas qu'on se base sur une mauvaise impression. Il y a la loi, au sujet de la

quelle le comité d'experts a dit que les balises ou les critères de voie 2 étaient suffisants. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'un règlement accompagne la loi, et que c'est le règlement qui peut justement contenir l'énoncé de la façon de procéder et de ces balises. Il n'est pas nécessaire que ces balises se retrouvent dans le Code criminel. Ensuite, ces pratiques doivent être surveillées par un collège de médecins qui, lui, va sanctionner la pratique. Alors, il me semble qu'on peut y arriver.

**Le président:** Votre temps de parole est écoulé, monsieur Thériault.

Docteur Gagnon, vous aurez peut-être l'occasion de répondre à la question un peu plus tard, la prochaine fois que M. Thériault aura la parole.

[Traduction]

La parole est à M. MacGregor pour deux minutes et demie.

**M. Alistair MacGregor:** Je vous remercie, monsieur le président.

Docteur Gagnon, à l'origine de tous les problèmes que nous pose cette question particulière des troubles mentaux comme seul problème de santé invoqué se trouve l'amendement sénatorial de dernière minute au projet de loi C-7. J'étais là pendant la 43<sup>e</sup> législature. J'étais là pendant la 42<sup>e</sup> législature pour le premier débat sur l'aide médicale à mourir. Je me souviens du moment où la Charte a été la première fois invoquée au sujet du projet de loi C-7, ce qui, à mon sens, expliquait raisonnablement la position initiale du gouvernement favorable à l'exclusion des troubles mentaux des critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir. Il reconnaissait les risques inhérents et les difficultés qui en découleraient pour les citoyens. Il soulignait que les éléments probants donnent à penser qu'il est particulièrement difficile d'évaluer l'aptitude à prendre des décisions. Il faisait observer que les maladies mentales sont généralement moins prévisibles que les maladies physiques. Cependant, il a inexplicablement accepté un amendement sénatorial lourd de conséquences.

Il semble que nous ne cessons de repousser l'échéance. Le premier report a été de deux ans. Le projet de loi C-39 l'a encore repoussée d'une autre année. Et nous voici avec le projet de loi C-62 où il est question d'un nouveau report de trois ans.

Je me demande, tout d'abord, comment vous avez réagi à la volte-face du gouvernement. Par ailleurs, même si vous avez plus ou moins répondu sur ce point, j'aimerais que vous en disiez un peu plus. Serons-nous un jour prêts à prendre cette décision ou nous préparons-nous à un échec en 2027?

• (2015)

**Dr K. Sonu Gagnon:** Pour répondre à votre dernière question, sans vouloir être désinvolte, je pense que la seule réponse honnête est que nous ne savons pas si nous y serons prêts ou pas dans trois ans. C'est pourquoi il est problématique de dire que nous le serons, alors que nous ne savons pas.

Si nous ne savons pas, c'est à cause du processus très boiteux dès le départ, que vous évoquiez dans vos premiers points. Nous n'avons jamais posé ces questions. Nous ne les avons, en fait, jamais posées. Dès le premier jour, avec la disposition de caducité proposée par le sénateur Kutcher, il était couru d'avance que nous allions proposer cela, sans poser les questions auxquelles il faut d'abord répondre. Pour moi, cela revient à mettre la charrue avant les bœufs.

Je ferai également remarquer que sur les questions clés de l'irré-médiabilité et de la suicidalité, je trouve assez frappant que les personnes qui expriment une certaine prudence ne soient pas les seules à citer ces aspects. Même celles qui sont les premières à dire que nous devrions adopter cette mesure en reconnaissent l'importance.

La Dre Gupta a présidé un certain nombre de ces groupes d'experts. Elle est également coauteure d'un rapport de l'Association des médecins psychiatres du Québec datant de 2019, je crois. Je ne me souviens plus de l'année. Dans ce rapport, l'AMPQ reconnaît littéralement qu'en ce qui concerne l'irré-médiabilité, une personne qui a recours à l'aide médicale à mourir, quelle que soit sa maladie, aurait peut-être pu retrouver un jour le goût de vivre. Elle le reconnaît, mais dit ensuite que ce devrait être chaque fois une question éthique.

Lorsque l'on demande l'avis d'experts médicaux, l'éthique est une bonne chose, mais selon moi, les gens pensent qu'ils obtiennent leur avis médical et pas leur jugement éthique personnel. En ce qui concerne la suicidalité, cet élément a également été reconnu par le groupe d'experts.

**Le président:** Je vous remercie.

Monsieur Doherty, vous avez la parole pour cinq minutes.

**M. Todd Doherty:** Docteur Gaiind, vous connaissez peut-être l'expression « Je ne veux pas vivre, mais je ne veux pas mourir ».

Que veut-elle dire?

**Dr K. Sonu Gaiind:** Elle veut probablement dire différentes choses, selon le contexte, mais elle traduit une profonde ambivalence. La personne n'est pas heureuse. Le mot « heureux » est trop simpliste. La personne ne se sent pas capable de vivre. Ce n'est pas qu'elle veuille mourir. En général, cela signifie qu'elle veut vivre mieux. Elle veut que l'on remédie à sa souffrance ou à sa situation sociale.

J'y vois un abandon. Si dans ces périodes de détresse, nous disons aux personnes que nous allons nous associer à la détresse qu'engendre leur maladie mentale et au désespoir et aussi qu'elles n'iront jamais mieux et que — entre parenthèses — nous n'allons pas les aider face à la situation sociale avec laquelle elles se débattent, mais que nous allons leur offrir une mort facile et rapide, qu'est-ce que cela dit de nous?

**M. Todd Doherty:** Je vous remercie de dire cela. C'est exactement ce que j'ai dit dans mon intervention d'hier, dans mon discours, sur la dérive de notre société capable de perpétuer des toxicomanies, mais pas d'amener les toxicomanes à se sevrer. Nous pouvons permettre à quelqu'un de désespéré de choisir le suicide, plutôt que de lui offrir des soins et de l'aide lorsqu'il en a besoin.

Docteur Gagnon, vous avez mentionné que nous manquons à notre devoir envers les Canadiens. Peut-être que je mets des mots dans votre bouche, mais je suis d'avis que nous manquons à notre devoir envers les Canadiens lorsque nous n'avons même pas de stratégie nationale de prévention du suicide. Avez-vous un commentaire à faire à ce sujet?

[Français]

**Dr Pierre Gagnon:** Effectivement, c'est un des problèmes. Je crois que c'est la raison pour laquelle le Québec, lorsque ces débats ont eu lieu il y a quelques années, a décidé de reporter cela indéfiniment ou simplement de l'exclure, car il y a tellement à faire à propos de la prévention du suicide, comme vous le mentionniez.

Les associations qui travaillent avec les patients aux prises avec des idées suicidaires sont très préoccupées, effectivement, par l'idée d'ouvrir l'accès à ce genre de chose pour ces personnes avant qu'on ait des mesures de prévention du suicide et des services adéquats. C'est pourquoi le Québec a été très sage en décidant de ne pas parler de cela pour l'instant. Il faudra peut-être aborder à nouveau la question du point de vue social, mais on n'en est pas là, parce qu'on n'a pas les services et les mesures de prévention du suicide nécessaires, et certaines questions demeurent insolubles. On revient toujours à l'aspect irrémédiable de la situation du patient, par exemple, et à la différence entre un suicide et une demande légitime d'euthanasie.

Alors, voilà où on en est.

• (2020)

[Traduction]

**M. Todd Doherty:** Nous connaissons les statistiques. Chaque jour, 12 Canadiens s'enlèvent la vie, et 200 autres font une tentative de suicide. Autrement dit, chaque année, 73 000 Canadiens tentent de se tuer. Ce ne sont que les chiffres que nous connaissons.

En quoi l'aide médicale à mourir est-elle différente du suicide dans le cas des personnes souffrant de maladie mentale?

La question est pour le Dr Gaiind et le Dr Gagnon.

**Dr K. Sonu Gaiind:** C'est justement une partie du problème. Nous ne savons pas ce qu'il en est ou si c'est la même chose. C'est justement une partie du problème et, comme je le disais, même certains parmi ceux qui poussent à élargir la loi en sont conscients. Le groupe d'experts a très littéralement déclaré, à propos de la suicidalité chronique, que « la société fait le choix éthique de permettre à certaines personnes de bénéficier de l'AMM au cas par cas, peu importe si l'AMM et le suicide sont considérés comme distincts ou non ». Cette déclaration me choque. Je ne me souviens pas que notre société ait fait ce choix éthique. En revanche, les 10 membres de ce groupe d'experts l'ont fait.

**M. Todd Doherty:** Docteur Gagnon.

[Français]

**Dr Pierre Gagnon:** En effet.

Je travaille dans un hôpital. Je discute avec des médecins d'autres disciplines qui sont habitués à l'aide médicale à mourir. Quand je leur parle de cette ouverture, ils disent que cela n'a aucun sens et se demandent comme c'est possible. Ils soulignent que notre métier consiste justement à traiter les patients suicidaires.

Je parle à certains de mes collègues psychiatres très expérimentés qui ont vu des cas très lourds. Ils me disent qu'ils ne seraient jamais capables, avec la cohorte de leurs patients, de distinguer un suicide d'une demande authentique.

Il y a eu une discussion à l'Association des médecins psychiatres du Québec. Un psychiatre extrêmement expérimenté et astucieux a dit qu'il ne ferait jamais cela. Il demanderait à un collègue de le faire. Il n'était pas contre, théoriquement, mais il disait ne pas voir comment il pourrait être capable de faire cela dans sa carrière, malgré le fait qu'il avait une expérience extrêmement vaste avec des cas très difficiles et très complexes.

Malheureusement, on n'est pas capable de faire cette distinction présentement.

**Le président:** Merci, docteur Gagnon.

[Traduction]

Je vous remercie, monsieur Doherty.

La parole est maintenant à M. Powlowski pour cinq minutes.

**M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.):** Docteur Gaind, dans ses questions, M. Thériault a laissé entendre que vous-même et le Dr Gagnon faites figure d'exception et que la majorité des organismes psychiatriques et des psychiatres sont d'accord d'autoriser l'aide médicale à mourir pour des maladies mentales. Qu'en pensez-vous?

Que savons-nous de ce que pensent les psychiatres du recours à l'aide médicale à mourir dans des cas de maladie mentale?

**Dr K. Sonu Gaiind:** En fait, nous en savons beaucoup à présent, et c'est tout à fait différent de la façon dont cela a été présenté initialement dans certaines des consultations précédentes. Si je dis cela, c'est que, mise à part la position de l'Association des psychiatres du Canada, nous savons que dans les réponses au plus récent sondage national — il a été réalisé par l'Ontario Psychiatric Association, mais à l'échelle nationale —, les psychiatres sont quatre fois plus nombreux à estimer que l'aide médicale à mourir ne devrait pas être élargie en mars 2024 aux personnes souffrant de maladie mentale. Par ailleurs, dans tous les autres sondages que nous connaissons auprès des psychiatres de l'Ontario, du Manitoba — partout où il en a été réalisé après l'adoption de la disposition de caducité —, les psychiatres sont deux à trois fois plus nombreux à ne pas être favorables à l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes souffrant de maladie mentale, même s'ils ne sont pas objecteurs de conscience.

En général, comme moi, de 80 à 90 % d'entre eux ne sont pas objecteurs de conscience. Ils reconnaissent l'infinie délicatesse de ces questions pour nos patients marginalisés et les difficultés dont nous parlons ici. C'est pourquoi ils s'opposent à cet élargissement de l'aide médicale à mourir.

**M. Marcus Powlowski:** Je vous remercie.

Mme Long a parlé de personnes souffrant sans cesse. Vous avez expliqué qu'il est difficile de déterminer l'irréversibilité, de savoir si des personnes ne vont vraiment pas aller mieux. Par ailleurs, en qualité de médecin, j'ai vu quelqu'un que je connaissais à Noël, lorsque je travaillais dans une clinique sans rendez-vous. Dès qu'il m'a vu, il m'a salué et m'a demandé comment j'allais. Au fil des ans, je l'ai vu à plusieurs reprises pour des tentatives de suicide ou des idées suicidaires. Dans une salle d'urgence, il aurait été le type même de personne dont Mme Long aurait peut-être dit qu'elle souffrait sans cesse. Je l'ai revu avec plaisir, et il semblait très heureux. Je lui ai demandé ce qui avait changé et il m'a raconté tout un tas de choses.

Avez-vous fait la même expérience avec des personnes dont on pensait que leur état ne s'améliorerait jamais et qui, en fait, vont mieux?

Peut-être que je poserai ensuite la même question au Dr Gagnon.

**Dr K. Sonu Gaiind:** Oui, cela m'est arrivé. C'est justement une partie du problème. C'est pourquoi il ne s'agit pas d'une question d'autonomie, comme l'avance Mme Long. Ce n'est pas une question de capacité du patient. C'est la capacité des évaluateurs de juger honnêtement du moment où la personne n'ira pas mieux. Or, ils ne peuvent pas faire cette évaluation, ce qui est bien le problème.

Pas plus tard qu'hier, j'ai participé à une table ronde à la faculté de droit de l'Université de Toronto avec l'ancien président de l'Association du Barreau de l'Ontario, M. Orlando Da Silva. Si vous avez l'occasion de la voir en diffusion en continu, je vous recommande vivement d'écouter son intervention. Il décrit de manière très émouvante sa propre expérience de dépression grave et répétée, d'idées suicidaires, mais il précise, soit dit en passant, qu'il fonctionnait, qu'il s'occupait d'affaires, de procès, et qu'il était tout à fait compétent. Il sait qu'il aurait pu obtenir l'aide médicale à mourir et qu'il l'aurait voulue. Il est très inquiet de ce qu'une telle mesure risque d'avoir comme conséquence pour des personnes qui se trouveraient dans une situation comme celle qu'il a connue.

● (2025)

**M. Marcus Powlowski:** Docteur Gagnon, puis-je vous poser la même question?

**Dr Pierre Gagnon:** Oui, j'ai vu des patients dans ce cas, et mes collègues parlent toujours de patients dont l'état s'améliore. Souvent, ils ne comprennent pas pourquoi. Souvent, il s'agit d'une relation, d'un événement de la vie ou d'un changement thérapeutique.

J'ai un exemple. En tant que psychiatre, je suis également des patients atteints de cancer lorsqu'ils sont dépressifs. J'ai eu une patiente de ce type qui souffrait d'un trouble de la personnalité limite grave et de dépression. Elle était suicidaire depuis des décennies et se rendait toujours aux urgences, comme certains patients que vous avez vus, peut-être. Puis, soudain, elle a souffert d'un cancer métastatique et elle a cessé d'être suicidaire. Elle m'a dit qu'avant d'avoir le cancer, elle voulait toujours mourir, mais qu'elle ne pouvait pas, et que maintenant qu'elle pouvait mourir, elle voulait vivre. Elle a connu cinq années d'un bonheur très productif et fructueux. C'est ce que nous voyons tout le temps avec nos collègues. C'est très difficile à prévoir.

Je voulais ajouter aussi que nous oublions toujours qu'il existe maintenant de nouveaux traitements. Je suis directeur du département de psychiatrie de l'Université Laval, et mon travail consiste à recruter de jeunes médecins qui utilisent de nouvelles techniques et de nouvelles procédures. Ils se forment dans le monde entier et reviennent dans notre centre de Québec. Ils s'intéressent à différents types de psychothérapie, comme la neuromodulation et la stimulation magnétique transcrânienne. Il existe de nouveaux traitements très prometteurs, comme les traitements à base de kétamine ou de psilocybine. Tous ces nouveaux traitements pourraient changer la donne. Nous oublions parfois de parler de ces nouveaux traitements qui pourraient vraiment donner de l'espoir et changer le cours de la maladie.

Je vous remercie.

**Le président:** Je vous remercie, docteur Gagnon.

La parole est maintenant à M. Majumdar pour cinq minutes.

**M. Shuvaloy Majumdar (Calgary Heritage, PCC):** Docteur Gaiind, vous avez mentionné plus tôt que lorsque des personnes tentent de se suicider, souvent, celles qui échouent ne réessaient pas. Souvent, elles consultent et reçoivent un traitement.

Pensez-vous que cette politique signifierait que les personnes souffrant de maladie mentale qui ont la possibilité de se remettre et de surmonter cette maladie risquent de mourir sans avoir jamais eu la possibilité de guérir?

**Dr K. Sonu Gaind:** C'est bien ce que mes collègues et moi craignons le plus. Vous avez mis le doigt sur l'essentiel. C'est exactement ce qui va se passer, et le problème est que nous ne saurons pas quelles personnes parmi elles auraient guéri. Elles feront toutes partie du lot dont les évaluateurs de l'aide médicale à mourir diront que leur état ne se serait jamais amélioré. Nous supposons qu'elles n'auraient jamais guéri, alors que plus de la moitié d'entre elles auraient guéri.

En fait, des patients m'ont dit qu'ils ont peur de l'avenir et qu'ils ne voudront peut-être pas demander d'aide s'ils sont de nouveau dépressifs. Pourquoi? Parce qu'ils redoutent que quelqu'un leur propose de recourir à l'aide médicale à mourir au lieu d'un traitement.

Nous parlons de la norme de pratique modèle. Étonnamment, elle dit que vous devez informer tout adulte susceptible d'y être admissible de l'option éventuelle de l'aide médicale à mourir — sauf si vous savez déjà, pour une raison ou une autre, que celle-ci ne fait pas partie son système de valeurs ou de ses objectifs de soins. Cela concerne, en fait, tout adulte handicapé, car l'aide médicale à mourir pourrait être une option pour eux.

Je ne connais pas d'autre pays qui ait dit quelque chose d'aussi permissif, au fond. La plupart disent que le médecin ne peut pas être celui qui aborde le sujet, car cela peut être perçu comme une suggestion de la part du corps médical.

• (2030)

**M. Shuvaloy Majumdar:** Vous avez parlé dans vos observations préliminaires d'un ministère de quoi...?

**Dr K. Sonu Gaind:** Personnellement, je pense que nous devrions avoir un ministère de la Vie dans la dignité

**M. Shuvaloy Majumdar:** Ne devrions-nous pas donner la priorité à l'espoir et à des ressources plus accessibles en santé mentale plutôt qu'à la souffrance — comme mon collègue, M. Todd Doherty l'a proposé avec sa ligne d'assistance 988 —, et le gouvernement ne devrait-il pas faire de la vie dans la dignité, comme vous proposez d'appeler ce ministère, son principal objectif?

Dans l'exercice de votre profession, que vous montrent les données? Vos patients vont-ils mieux lorsqu'ils reçoivent un traitement approprié et guérissent-ils?

**Dr K. Sonu Gaind:** Oui, dans leur immense majorité. Ce que nous savons, c'est qu'il existe, comme l'a mentionné le Dr Gagnon, de nombreux traitements auxquels nos patients n'ont pas accès, même pour des soins de base. Nous savons que moins d'un adulte sur trois peut obtenir les soins de santé mentale de base dont il a besoin, mais que pour des choses comme la neuromodulation, par exemple, qui peuvent aider, ils sont nettement moins nombreux à y avoir accès.

**M. Shuvaloy Majumdar:** Docteur Gaind, il nous reste environ 90 secondes.

D'après ce que me racontent des Canadiens souffrant de maladie mentale, l'espoir semble vraiment lointain dans un monde de ténèbres, et il y a beaucoup de ténèbres dans le monde aujourd'hui. Cependant, ces personnes, lorsqu'elles bénéficient des réseaux de soutien, des traitements et des médicaments voulus, entre autres, chérissent la chance d'une vie meilleure.

Pensez-vous que le gouvernement devrait offrir une seconde chance de vie meilleure plutôt qu'un chemin sans retour?

**Dr K. Sonu Gaind:** Je pense que nous devrions chercher à aider les gens à mieux vivre et à apaiser leurs vraies souffrances. Nous ne pouvons pas oublier qu'ils souffrent, et pas seulement des symptômes d'une maladie, mais aussi d'autres choses. En fait, la prévention du suicide ne se concentre pas uniquement sur la maladie, mais aussi sur le fait de vivre dans la dignité.

**M. Shuvaloy Majumdar:** Je vous sais gré des conseils fondés sur des données probantes que vous avez fournis au Comité. Vous avez publié plus de 21 articles sur le sujet. C'est bien mieux que d'être une sorte de lobbyiste du suicide.

Je vous remercie de votre présence.

**Le président:** Il vous reste une minute, si vous voulez l'utiliser. Très bien.

Je vous remercie.

Monsieur Maloney, vous avez la parole pour cinq minutes.

**M. James Maloney (Etobicoke—Lakeshore, Lib.):** Je vous remercie, monsieur le président. Merci.

Docteur Gaind, je siégeais au comité spécial. Nous nous sommes déjà rencontrés.

En fait, je siégeais à la dernière édition du comité spécial et à la précédente. Je siégeais aussi au comité de la justice qui a examiné le projet de loi C-7. Le sujet m'est donc familier. Cependant, je ne prétends être à la hauteur d'aucun de vous pour ce qui est de ma capacité de comprendre certains des problèmes que nous traitons, et c'est la raison de ma question.

Nous étudions un projet de loi sur un point très particulier. Nous ne discutons pas de la moralité de l'aide médicale à mourir. Nous ne débattons pas de sa constitutionnalité. Nous ne parlons pas de demandes anticipées. Nous cherchons à savoir si ce projet de loi doit être adopté dans sa forme actuelle et pourquoi.

Je ne suis pas médecin. Il n'existe pas de consensus sur la question. Comme je l'ai dit, j'ai siégé aux comités. Écoutez, nous avons trois médecins à ce comité, et je crois pouvoir dire que, selon moi, nous n'avons pas de consensus autour de cette table, et ce, en vous excluant, docteur Gaind.

Voici ma question. Nous recevons quatre témoins aujourd'hui, dont deux, si j'ai bien compris, ont déclaré que nous ne devrions pas retarder l'adoption de cette mesure législative. Les deux autres estiment que nous le devrions.

Je commencerai par vous, madame Long. Voici mon dilemme. Nous avons pour tâche, en tant que législateurs, de décider si le système est prêt ou pas. J'ai eu l'occasion d'entendre de nombreux témoins, d'examiner de nombreux mémoires et de passer en revue toutes sortes d'articles et de données sur le sujet, et il n'y a pas de consensus.

Vous nous dites qu'il ne faut pas attendre parce que nous devons protéger les droits des citoyens — et j'y reviendrai dans un instant —, mais mettez-vous à ma place. J'ai entendu toutes ces personnes et lu toutes ces données, et il n'y a pas de consensus. On est loin d'un consensus. Je ne suis ni juge ni juré. Je n'ai pas à décider quoi a raison et qui a tort. Ce que je dois faire, c'est décider si le système est prêt.

Mettez-vous à ma place, face à cette situation — avec bien des personnes qui disent que le système n'est pas prêt et qui sont des professionnels hautement qualifiés —, est-ce que je n'agis pas de manière responsable en disant que nous devrions attendre afin de discuter plus avant du projet?

**Mme Helen Long:** Je vous remercie de la question.

Il me semble que si nous revenons en arrière et que nous regardons ce que le gouvernement a décrit comme étant nécessaire pour démontrer que nous sommes prêts, nous sommes prêts, et les témoignages le disent. Je pense que les citoyens doivent pouvoir faire leurs propres choix une fois qu'ils ont réfléchi et qu'ils ont suivi un traitement. Nous parlons de personnes qui n'ont pas besoin d'un traitement, qui n'ont pas besoin de voir un psychiatre. Les évaluateurs et les prestataires de l'aide médicale à mourir que je connais sont des personnes prudentes et réfléchies dans leur travail. Nul ne cherche à aider des personnes à mettre fin à leurs jours en recourant à l'aide médicale à mourir au lieu de les aider à vivre.

Selon moi, les médias ont publié de nombreux articles qui amènent à penser qu'il y a des cas d'actes répréhensibles. Il n'y en a pas. Aucune accusation criminelle n'a été portée. Il s'agit d'évaluations minutieuses faites au cas par cas. N'étant pas psychiatre, je ne peux pas m'exprimer sur nombre de points qui ont été soulevés. Je pense que la Dre Gupta et d'autres...

• (2035)

**M. James Maloney:** Je vous remercie, madame Long. Je crois vous avoir donné suffisamment de temps pour répondre selon les règles du Comité.

Vous ne répondez pas à ma question. Vous présentez de nouveau votre opinion.

Mettez-vous à ma place. Vous avez un grand groupe de professionnels de la santé — contrairement à vous et moi — qui estiment que le système n'est pas prêt. Que feriez-vous à ma place? Est-ce que je n'agis pas de manière responsable?

Ma question est très claire, madame.

**Mme Helen Long:** Je pense que vous agissez de manière responsable, étant donné tout ce que vous avez entendu, mais nous devons écouter ceux qui font le travail et ceux qui ont témoigné.

Je ne crois pas que les témoignages que j'ai...

**M. James Maloney:** Nous les écoutons. C'est justement ce que je dis. Nombre d'entre eux ne sont pas d'accord avec vous. Ils disent que le système n'est pas prêt, et je les écoute justement.

Voici mon dernier point dans les quelques secondes qu'il me reste. Pour ce qui est de protéger les droits des citoyens, est-ce que cela n'inclut pas les personnes qui prendraient une décision à un moment où ce serait peut-être prématuré et qui auraient pu guérir?

Il y a des arguments valables des deux côtés de l'équation. Il y a plus d'un aspect à la question. C'est une des difficultés, à mon sens, de cette discussion. Les gens prennent parti pour un côté ou l'autre, mais ce n'est pas noir ou blanc. Lorsqu'il s'agit de protéger les droits des citoyens, il faut voir les deux côtés. N'est-ce pas juste?

**Le président:** Madame Long, c'est la dernière question de M. Maloney. Veuillez répondre en 30 à 40 secondes. Je ne le laisserai pas vous interrompre de nouveau.

**Mme Helen Long:** Nous devons écouter les cliniciens qui font le travail et qui pensent pouvoir évaluer ces situations très particulières et uniques.

Le cas de chaque personne doit être considéré en fonction de son évaluation individuelle et de son bien-fondé. Nous devons écouter les témoignages. Oui, il y a eu des témoignages des deux côtés, mais si vous écoutez l'ensemble des témoignages, il y avait certainement au moins autant, si ce n'est plus, de personnes qui ont déclaré qu'elles étaient prêtes à aller de l'avant.

**Le président:** Je vous remercie, madame Long.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

**M. Luc Thériault:** Docteur Gagnon, l'ACEPA, soit l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir, ainsi que les experts du groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale, disent que les personnes en crise suicidaire ne sont pas admissibles à l'aide médicale à mourir.

Vous avez parlé, plus tôt, des tentatives de suicide et de la prévention du suicide. Or ces experts disent qu'un état suicidaire est un état réversible. La question ne se pose donc pas. Il n'est pas question qu'une personne en état de crise soit admissible à l'aide médicale à mourir.

Pourquoi confondez-vous cela? Si un évaluateur voit un lien entre une demande et des vulnérabilités structurelles, il n'est pas question d'accepter la demande d'aide médicale à mourir.

Vous dites qu'il n'y a pas de balises, mais il y en a. Ces gens se sont donné des balises. Ils font des évaluations et ils disent à leurs pairs qu'il n'est pas question qu'un patient puisse être admissible dans une telle situation. Vous en convenez, j'imagine.

**Dr Pierre Gagnon:** Il est vrai qu'il peut y avoir des crises suicidaires. C'est évident. Cependant, j'ai donné l'exemple, plus tôt, d'un patient qui était un suicidaire chronique. Son état s'est amélioré. Il a été suicidaire pendant 20 ans, mais il ne l'est plus. L'état suicidaire peut être aigu, mais il peut être chronique aussi. Il y a des nuances.

C'est pour cela qu'on dit qu'il est extrêmement difficile de différencier un patient suicidaire d'un patient qui fait une demande authentique d'aide médicale à mourir. Nous ne sommes pas capables de le faire. Il y a peut-être des cas évidents, mais il y a beaucoup de cas entre les deux extrêmes. Ce sont ces cas qui deviennent extrêmement difficiles.

**M. Luc Thériault:** Les cas qui sont extrêmement difficiles doivent toutefois demeurer à l'intérieur des balises que le groupe d'experts a mises en place. Ces balises sont réelles. Elles existent. Nous pourrions en discuter une autre fois, parce que nous n'avons pas le temps de le faire en deux minutes.

Toutefois, on ne peut pas dire qu'il n'y a pas de balises. Je vous ai demandé, tantôt, quelles balises supplémentaires étaient nécessaires. Vous ne m'avez pas répondu. J'aurais aimé avoir une réponse à cette question aujourd'hui.

De façon concrète, quelles balises devrait-on ajouter pour améliorer ce projet de loi?

• (2040)

**Dr Pierre Gagnon:** C'est complexe. Il y a des questions théoriques et pratiques qui demeurent en suspens et qui sont extrêmement complexes. Comment différencier le suicide de l'euthanasie? Comment déterminer le caractère irrémédiable d'un état? Il faut étudier ces questions. Cela fait déjà quelques années que cela a été reporté. On n'a pas encore été capable de résoudre ces questions.

C'est pour cette raison qu'on dit que ce sera long avant d'arriver à des réponses et à des solutions pour qu'on puisse dire qu'il faut telle ou telle balise.

**M. Luc Thériault:** Dans l'entretemps, les patients souffrent.

**Le président:** Votre temps de parole est écoulé.

[Traduction]

Nous passons maintenant à M. MacGregor, qui dispose de deux minutes et demie.

**M. Alistair MacGregor:** Je vous remercie, monsieur le président.

Docteur Gagné, je vais prendre du recul et aborder la question sous l'angle de la Charte des droits et libertés.

Je sais que vous et moi ne sommes pas spécialistes du droit constitutionnel, mais vous savez ce qui est invoqué lorsque nous examinons l'article 7, qui concerne la sécurité de la personne, le droit à la vie, etc. En gros, l'interprétation du profane est que chacun a le droit de prendre des décisions sur ce qu'il advient de son propre corps. Bien entendu, l'article 15 prévoit l'égalité de tous devant la loi. L'article 1 précise qu'une société libre et démocratique peut légitimement porter atteinte à certains droits énoncés dans la Charte.

Tout au long de mon travail au sein du comité mixte spécial, j'ai toujours cherché à trouver un équilibre entre les droits d'une personne de prendre des décisions concernant son propre corps et la nécessité pour la société d'intervenir parfois pour protéger les personnes les plus vulnérables. Je ne mentirai pas, j'ai trouvé cela très difficile.

En ce qui concerne la question particulière des troubles mentaux comme seul problème médical invoqué, comment est-ce que vous et d'autres médecins abordez cette question et comment est-ce que vous trouvez cet équilibre?

**Dr K. Sonu Gagné:** Comme vous le soulignez, je ne suis pas juriste. Il ne s'agit donc que de ma compréhension de la question et, évidemment, je n'ai pas compétence juridiquement.

Je me rappelle avoir pensé que, même dans l'arrêt Carter original et l'argument relatif à l'article 7, il s'agissait en partie de la question d'une vie que l'on abrège. Autrement dit, si quelqu'un est dans un état où il peut prévoir qu'il arrivera un moment où il ne pourra pas agir pour mettre fin à ses jours et qu'il choisit d'y mettre fin avant cette période de souffrances intolérables, il abrège sa vie. C'est l'une des raisons pour lesquelles, d'après ce que j'ai compris, l'aide médicale à mourir devait être une option.

Cet argument ne s'applique pas aux maladies mentales, car, bien qu'elles causent d'énormes souffrances et qu'elles diminuent parfois les capacités — même si la plupart du temps, les gens conservent leur pleine capacité juridique —, elles privent très rarement la personne du pouvoir d'agir pour mettre fin à sa vie ou de faire d'autres choses. C'est là que l'on voit des différences entre certains des arguments avancés dans l'affaire Carter. On oublie un peu cela.

C'est une question importante en raison, comme je l'ai déjà mentionné, de la différence entre faire quelque chose pour quelqu'un et le faire soi-même. Lorsque nous parlons du droit à son propre choix, je le comprends de manière simpliste comme étant mon droit de faire des choses pour moi-même. Lorsque je m'attends à ce que l'on me fournisse quelque chose, d'autres éléments interviennent. Si nous attendons de l'État qu'il permette de mourir plus facilement en offrant une aide médicale à mourir, je pense qu'il nous incombe de réfléchir aux conséquences pour tout le monde — pas seulement pour une personne, mais pour tout le monde, y compris les populations vulnérables.

Nous savons que nos lois ont une incidence différente sur différentes personnes. Comme l'a dit le poète Anatole France, la loi, dans sa majestueuse égalité, interdit aux riches comme aux pauvres de mendier dans les rues, de voler du pain et de dormir sous les ponts.

**Le président:** Merci, docteur Gagné.

Nous passons au dernier tour de questions pour les conservateurs, avec M. Doherty pour cinq minutes.

**M. Todd Doherty:** Merci, monsieur le président.

Merci à nos invités de leur présence aujourd'hui.

Docteur Gagné et docteur Gagné, vous avez dit certaines choses qui me rejoignent. Hier soir, dans mon intervention sur le projet de loi C-62, j'ai dévoilé pour la première fois quelque chose que je n'avais jamais partagé auparavant. Même si, depuis huit ans et demi, j'ai passé chaque minute de mon mandat de député à lutter pour la mise en place de soutiens en santé mentale pour notre personnel de première ligne, qu'il s'agisse de personnes souffrant de trouble de stress post-traumatique ou de blessure de stress opérationnel, et même si je me suis battu bec et ongles pour que le pays instaure une ligne d'écoute téléphonique nationale à trois chiffres pour les personnes à risque de suicide, j'ai connu dans ma vie une période très difficile. Tout mon être était envahi par des pensées de mort. J'ai fait deux tentatives de suicide. Aujourd'hui, je suis la preuve vivante que la vie vaut la peine d'être défendue.

Lorsque je parle de lutter pour les sans-voix et que je m'inquiète des propos de Mme Long, je ne crois pas qu'il soit possible de prévoir suffisamment de mesures de sauvegarde pour faire en sorte qu'une personne qui, comme c'était mon cas, traverse une période sombre et cherche une solution permanente à un problème temporaire...

Je vous suis reconnaissant de vos commentaires et de vos témoignages. Je respecte toutes les interventions. Ce qui m'inquiète, si nous élargissons les dispositions aux individus qui sont aux prises avec la maladie mentale, c'est que beaucoup de personnes qui disent vouloir mourir ne veulent pas, en fait, être mortes. C'est un geste tellement définitif.

J'ai également un proche qui a récemment choisi l'aide médicale à mourir. Même si on nous parle des mesures de sauvegarde qui sont en place — une période de réflexion, et tout cela —, je sais aussi que si cet être cher voulait obtenir tout de suite l'aide médicale à mourir, il l'obtiendrait.

Je m'inquiète pour les personnes en situation de maladie mentale et qui veulent mourir, à cause de la situation qu'elles traversent. Si seulement nous pouvions donner de l'espoir aux personnes désespérées et leur offrir des soins au lieu du désespoir, je pense que nous pourrions vraiment changer les choses.

Merci de votre témoignage.

• (2045)

**Dr K. Sonu Gaiind:** Je vous remercie sincèrement de nous avoir confié cela. Ce n'est pas facile, et il faut aussi beaucoup de courage.

Je crois également que cela transmet un profond message d'espoir; merci encore.

**Le président:** Monsieur Cooper, vous avez une minute et demie.

**M. Michael Cooper:** Merci, monsieur le président.

Docteur Gaiind, je reviens sur un commentaire formulé à plusieurs reprises par la Dre Gupta et d'autres personnes au sujet de la suicidalité, à savoir que c'est un sujet auquel les psychiatres et les autres professionnels de la santé sont constamment confrontés, et qu'il n'y a pas à craindre que les personnes qui invoquent un seul problème de santé mentale obtiennent l'aide médicale à mourir.

Pouvez-vous commenter?

**Dr K. Sonu Gaiind:** En ce qui concerne la Dre Gupta et d'autres intervenants, y compris le sénateur Kutcher, ils diront à une salle remplie de psychiatres opposés à ce point de vue qu'il s'agit d'une de leurs compétences fondamentales.

Nous sommes formés pour évaluer et traiter la suicidalité. M. Gagnon n'était pas confus quand il a dit qu'on ne peut séparer la suicidalité des demandes d'aide médicale à mourir pour maladie mentale parce que nous ne savons pas comment le faire. Ce sont des choses différentes. Quiconque donne ce genre d'assurance frôle à mon avis le charlatanisme.

**Le président:** Merci, docteur Gaiind.

M. Naqvi posera la dernière série de questions, pour cinq minutes.

**M. Yasir Naqvi (Ottawa-Centre, Lib.):** Merci beaucoup, monsieur le président.

De toute évidence, nous discutons aujourd'hui d'une question éminemment sensible, émotionnelle et, pour beaucoup, personnelle.

Je n'ai pas la prétention de connaître cet enjeu aussi profondément que beaucoup de mes collègues du Comité, considérant le travail considérable déjà effectué par le Comité, notamment en ce qui concerne l'aide médicale à mourir pour les personnes ayant des troubles mentaux. Ma participation au dossier de l'aide médicale à mourir remonte à 2016 et 2017, époque où la décision Carter a été mise en application. À titre de procureur général de la province de l'Ontario, j'ai alors travaillé avec le ministre de la Santé de l'époque pour appliquer la loi fédérale dans l'espace provincial.

Ce que cette expérience m'a appris, c'est que le réseau de la santé était loin d'être prêt à appliquer l'aide médicale à mourir d'une manière qui protège les droits des personnes sur le plan juridique, tout en garantissant du point de vue sanitaire que soit donnée une formation adéquate et que soient mis en place le programme d'études et les garanties nécessaires pour prévenir tout abus.

C'est ce que je pense. Pour moi, le débat entourant le projet de loi C-62 consiste à savoir si le réseau est prêt à appliquer les lois adoptées par le Parlement. Le gouvernement est d'avis, d'après ce que nous ont dit les experts et d'après les demandes que nous avons reçues des provinces et des territoires, que le système n'est pas prêt et que nous avons besoin de plus de temps; d'où la prolongation de trois ans.

Je m'adresserai d'abord au Dr L'Espérance, puis à Mme Long.

À votre avis, le réseau de la santé est-il prêt à administrer dès le 17 mars de cette année l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de troubles mentaux, ou bien serait-il bon et prudent d'attendre d'avoir l'assurance que le réseau de la santé partout au pays, et j'insiste, partout au pays et pas seulement dans certaines parties des provinces, est suffisamment prêt pour administrer l'aide médicale à mourir aux personnes ayant des troubles mentaux?

Je commencerai par le Dr L'Espérance.

• (2050)

[Français]

**Dr Georges L'Espérance:** Je vous remercie de votre question.

Je vais y répondre simplement: ce n'est pas le système qui administre l'aide médicale à mourir, ce sont les cliniciens.

Tous les cliniciens qui font partie de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, soit l'ACEPA, ont travaillé très fort, depuis deux ans, pour établir des balises. Pour ce faire, au cours de la dernière année, ils ont suivi les recommandations du rapport d'experts, entre autres. Nous sommes d'accord sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une question simple. Toutefois, déjà trois années se sont écoulées, et ce n'est pas en reportant cela de trois autres années qu'on sera plus avancé, à mon avis.

La question repose sur un élément de décision clinique, avec toutes les balises nécessaires, comme le recommande le rapport d'experts. Cependant, je répète qu'il ne s'agit pas d'une question simple. À mon avis, reporter cela de trois ans ne changera absolument rien à la situation. Cela ne fera que reporter indéfiniment la décision, comme on l'a mentionné plus tôt.

[Traduction]

**M. Yasir Naqvi:** Merci.

Madame Long, à vous la parole.

**Mme Helen Long:** Je n'ai pas grand-chose à ajouter, je pense que le Dr L'Espérance a très bien répondu à la question.

Il est certain, à la lueur de toutes les conversations que nous avons eues avec les évaluateurs et les prestataires de l'aide médicale à mourir, avec les psychiatres, avec les instances de réglementation de la santé et avec les membres des équipes de santé provinciales, que nous sommes prêts. Je pense que si une province ne se sent pas en mesure d'aller de l'avant, pour quelque raison que ce soit, elle n'a pas à le faire. Je pense également que celles qui sont prêtes devraient pouvoir le faire sans tarder, c'est-à-dire le 17 mars pour certaines d'entre elles.

**M. Yasir Naqvi:** Madame Long, je m'adresserai d'abord à vous.

Je reviens sur ce dont parlait M. MacGregor, lorsqu'il citait la lettre signée par la plupart des provinces et tous les territoires qui indique explicitement que leur système de santé respectif — et dont ils sont ultimement responsables — n'est pas prêt, et où les signataires demandent au gouvernement fédéral, ou à ce Parlement, d'accorder une prolongation.

Cela ne nous indique-t-il pas — et encore une fois, comme le disait M. Maloney, mettez-vous à notre place pour ce qui est des options disponibles — la nécessité d'une prolongation d'au moins trois ans, pour que les provinces et les territoires soient prêts à dispenser ces soins de santé particuliers aux individus qui pourraient en avoir besoin?

• (2055)

**Mme Helen Long:** Encore une fois, je pense que les personnes qui administrent l'aide médicale à mourir sont prêtes. C'est essentiellement ce que me disent celles à qui je parle dans le réseau de la santé. Je ne sais pas ce que les ministres cherchent pour continuer à se préparer. Je pense qu'il serait très utile de comprendre ce qui manque dans le système, d'après eux.

**Le président:** Merci, madame Long.

Cela conclut trois tours de questions complets. Il est neuf heures moins cinq. Comme nous attendons les ministres pour neuf heures, nous allons suspendre la séance pour passer à l'autre groupe de témoins.

Au nom du Comité, je tiens à remercier ce groupe de témoins pour ses passionnantes contributions. Nous apprécions au plus haut point votre expertise et la célérité avec laquelle vous avez répondu à notre invitation. Nous vous avons donné le meilleur préavis possible, ce qui était beaucoup moins que d'habitude, mais vous avez répondu présents. Vous avez fait preuve de beaucoup de patience et de professionnalisme tout au long de la soirée dans vos réponses, et nous vous en sommes profondément reconnaissants.

Sur ce, nous allons suspendre la séance et attendre l'arrivée des deux ministres.

Encore une fois merci à nos témoins. Vous pouvez rester, mais vous êtes libres de partir si vous le préférez.

La séance est suspendue.

• (2055)

(Pause)

• (2100)

**Le président:** La séance est ouverte.

Avant de commencer, j'aimerais souhaiter la bienvenue à l'honorable Mark Holland, ministre de la Santé, ainsi qu'à l'honorable Arif Virani, ministre de la Justice.

Nous souhaitons également la bienvenue aux fonctionnaires qui les accompagnent, à savoir, du ministère de la Santé, Mme Jocelyne Voisin, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, et Mme Katarina Pintar, directrice, Direction des programmes et des politiques de soins de santé; et du ministère de la Justice, M. Robert Brookfield, directeur général et avocat général principal, Section de la politique en matière de droit pénal, et Mme Jeanette Ettel, avocate-conseil, Section des droits de la personne.

Avant de vous inviter à présenter vos exposés, je dirai simplement, monsieur le ministre Virani, que je sais qu'il s'agit aujourd'hui de votre première comparution devant ce comité. Dans ce comité, nous avons adopté une convention qui à mon avis fonctionne bien pour nous, et je tiens à vous en informer. En bref, vous aurez autant de temps pour répondre à la question que la personne qui la pose en a pris pour la formuler. L'auteur de la question a la prérogative de vous autoriser à continuer plus longtemps, mais s'il pose une ques-

tion de quatre secondes et que vous parlez pendant dix secondes, il vous interrompra probablement et je ne l'en empêcherai pas.

Sur ce, nous allons commencer les exposés liminaires, d'abord avec celui du ministre Holland. Je sais que la soirée a été longue pour vous deux, après quelques heures au Sénat. Nous vous sommes reconnaissants de votre présence.

Alors vous avez la parole, monsieur le ministre Holland.

• (2105)

**L'hon. Mark Holland (ministre de la Santé):** Merci beaucoup, monsieur le président. Je suis content d'être de retour devant le comité de la santé.

Nous venons effectivement d'avoir une rencontre très productive avec le Sénat, où nous avons parlé d'une question très délicate et sensible qui mérite d'être abordée avec beaucoup de calme et de patience.

Je remercie les membres du Comité pour leur contribution et leur travail. J'apprécie le travail réalisé par le comité mixte dans la discussion de cet enjeu très difficile.

Tout d'abord, je commencerai par faire une distinction très claire et très importante entre santé mentale et maladie mentale. La santé mentale, non seulement au Canada, mais dans le monde entier, est en état de crise. Au sortir d'une pandémie et face au déclenchement de guerres très dévastatrices, à une incertitude économique mondiale et à la crise existentielle du changement climatique, la condition d'être humain est aujourd'hui difficile.

Cependant, la santé mentale nous pose des défis complètement distincts des enjeux de maladie mentale dont il est question dans le projet de loi C-62. C'est là une distinction importante, car il serait à la fois dangereux et d'après moi irresponsable d'amalgamer les deux notions.

Quand on parle de santé mentale, il faut prendre en compte les investissements historiques que nous y consacrons dans tout le pays, en collaboration avec les gouvernements de toutes tendances. Hier encore, j'ai eu l'occasion de me rendre dans les Territoires du Nord-Ouest pour annoncer nos accords bilatéraux Vieillir dans la dignité et Travailler ensemble. La veille, j'étais en Colombie-Britannique pour annoncer notre accord Vieillir dans la dignité. Bien sûr, j'ai déjà annoncé la conclusion d'accords Travailler ensemble avec la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard, et bien d'autres à venir, des accords assortis de plans précis et détaillés sur la façon dont nous allons relever les défis de santé mentale qui nous confrontent.

Lorsqu'il s'agit de maladie mentale, nous devons reconnaître que certaines personnes sont piégées dans un état irréversible auquel aucune intervention médicale ne peut remédier. Nous devons donc, en tant que société et au Parlement, nous poser la question suivante: à quel moment devons-nous permettre à un individu, de son propre chef, s'il est atteint d'une maladie irrémédiable, de faire le choix d'obtenir l'aide médicale à mourir.

Lorsqu'une personne a souffert pendant 10, 20, 30 ou 40 ans, qu'elle a absolument tout essayé, qu'elle a consulté médecin après clinicien après expert sans jamais pouvoir échapper à cette maladie mentale — et non à une crise passagère de santé mentale —, que faisons-nous en tant que société? C'est cet enjeu que nous essayons de décortiquer.

La décision qui nous est soumise maintenant, c'est de demander plus de temps pour préparer le système. J'ai eu l'occasion de m'entretenir avec les ministres de la Santé. Lors de ma rencontre avec tous les ministres de la Santé à Charlottetown, monsieur le président, dans votre province, nous avons eu une conversation très constructive sur la manière de naviguer parmi cet enjeu et de préparer le système.

Franchement, nous avons besoin de plus de temps.

Nous avons besoin de plus de temps pour consulter les populations autochtones. Nous avons besoin de plus de temps pour travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin de nous assurer qu'ils disposent des mesures de sauvegarde appropriées. Avec le Conseil des ministres des sciences et de la technologie, nous voulons nous assurer que, s'il fallait établir des lignes directrices cliniques garantissant une uniformité nationale, nous aurions l'occasion d'explorer cette question. Nous avons besoin de plus de temps pour travailler avec la communauté des personnes handicapées et avec la communauté des personnes ayant une expérience vécue. Il convient donc d'opérer une pause de trois ans pour pouvoir discuter de la maladie mentale, qui est une notion distincte et séparée.

J'apprécierais grandement avoir la conversation sur la santé mentale, mais j'espère que ce soir, nous ne ferons pas l'amalgame, car il s'agit de deux conversations distinctes.

Nous avons besoin de temps, et je remercie le Comité de m'accueillir ce soir pour avoir cette conversation et répondre à vos questions.

Je vous remercie.

**Le président:** Je remercie le ministre Holland.

Nous allons maintenant entendre le ministre Virani. Bienvenue au comité de la santé. Vous avez cinq minutes.

**L'hon. Arif Virani (ministre de la Justice):** Merci beaucoup, monsieur le président. Je suis heureux de prendre la parole au sujet du projet de loi C-62, qui propose de reporter de trois ans, soit jusqu'au 17 mars 2027, l'élargissement de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour les personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale. Et comme vous le savez, le projet de loi prévoit également l'examen de la question par un comité parlementaire mixte de sénateurs et de députés environ une année après la nouvelle date fixée pour l'élargissement.

Je tiens d'abord à exprimer ma sympathie aux personnes affligées par des souffrances intolérables. Il est clair à mes yeux que la maladie mentale peut causer des souffrances aussi intenses que la maladie physique, et que les personnes atteintes d'un trouble mental ne sont pas forcément incapables de prendre des décisions. Tout le monde a droit à la dignité et au respect.

Les membres du comité de la santé savent aussi que l'arrêt Carter de la Cour suprême du Canada a conduit à la légalisation de l'aide médicale à mourir au Canada. Dans cet arrêt, la Cour suprême a statué que la prohibition absolue du recours à l'aide d'un médecin pour mourir est inconstitutionnelle, et que cette aide devrait être accessible à toute personne adulte capable qui consent clairement à mettre fin à sa vie et qui est affectée de problèmes de santé graves et irrémediables. C'est cet arrêt qui a mené à la première loi canadienne sur l'aide médicale à mourir, en 2016. Tout comme moi, plusieurs membres du Comité étaient présents lors de l'adoption de la

loi de 2016, qui limitait l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes dont la mort naturelle était « raisonnablement prévisible ».

• (2110)

[Français]

Quelques années plus tard, dans la décision Truchon, un tribunal de première instance du Québec a jugé inconstitutionnelle l'exigence d'une mort naturelle raisonnablement prévisible.

Le gouvernement fédéral n'a pas interjeté appel de cette décision. Il a plutôt pris la décision de politique générale de déposer le projet de loi C-7 afin d'élargir l'admissibilité de l'aide médicale à mourir aux personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Lors de son dépôt, ce projet de loi excluait de façon permanente à l'admissibilité à l'aide médicale à mourir les personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale.

Pendant l'étude du projet de loi, le Sénat a apporté un amendement afin de rendre cette exclusion temporaire. La Chambre des communes a appuyé l'amendement, et le projet de loi, tel qu'adopté, aurait automatiquement annulé l'exclusion visant la santé mentale deux ans plus tard.

[Traduction]

Je tiens à ce qu'il soit bien clair que la décision du gouvernement d'aller de l'avant et d'élargir les critères d'admissibilité relevait d'une politique sociale. Cela dit, je sais que d'aucuns estiment que nous étions tenus par la Charte de prendre des mesures à l'égard de la maladie mentale, et je voudrais aborder directement ce point.

L'aide médicale à mourir est un sujet complexe et extrêmement sensible, qui met en cause des droits garantis par la Charte d'une grande importance. D'une part, il faut protéger l'autonomie et la dignité des personnes eu égard à leur décision de fin de vie et, de l'autre, il faut protéger les personnes vulnérables, qui risquent d'être mises en danger par un régime permissif. Dans l'arrêt Carter, la Cour suprême reconnaît à quel point il est complexe de légiférer en la matière et elle fait valoir que les solutions avancées par le Parlement pour concilier ces intérêts opposés commandent une grande déférence.

La complexité est encore plus grande lorsque la maladie mentale entre en ligne de compte. Comme il a été abondamment répété dans les énoncés concernant la Charte relatifs à l'aide médicale à mourir, ces complexités inhérentes servent de fondement à l'exclusion de la maladie mentale. Parmi ces complexités se trouvent la plus grande difficulté de prédire l'évolution d'une maladie mentale que celle d'une maladie physique, de même que la possibilité d'amélioration malgré un pronostic pessimiste, du moins pour ce qui a trait aux souffrances qui peuvent altérer ou influencer la volonté de mourir d'une personne. Il est de plus particulièrement difficile de faire une distinction entre la suicidabilité courante et la suicidabilité comme symptôme d'une maladie mentale pour laquelle une demande d'aide médicale à mourir serait légitime.

L'exclusion de la maladie mentale des critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir n'est pas fondée sur des présomptions pernicieuses ou des stéréotypes concernant la santé mentale. Nous reconnaissons, comme le ministre Holland vient de l'expliquer, que les souffrances attribuables à la maladie mentale et à la maladie physique sont comparables. L'exclusion n'est pas le fruit d'un déni de cette réalité. Nous reconnaissons aussi, comme je l'ai dit d'entrée de jeu et comme je tiens à le répéter, qu'il a été bien établi que les personnes atteintes d'une maladie mentale peuvent être aptes à prendre des décisions.

Comme nous l'avons dit, nous sommes d'avis que l'exclusion pourra être levée lorsque le système de santé sera prêt à composer avec les complexités et les risques inhérents à l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir motivées uniquement par la maladie mentale. Nos partenaires provinciaux et territoriaux estiment comme nous que plus de temps sera nécessaire. Les experts en médecine sont du même avis. L'absence de consensus sur la question est un autre motif pour prendre plus de temps.

L'approche de prudence adoptée dans ce projet de loi vise à protéger les Canadiens et à nous assurer de faire les choses correctement. Monsieur le président, compte tenu de l'importance des intérêts en jeu et du caractère permanent des conséquences, nous n'avons pas droit à l'erreur.

Merci beaucoup.

• (2115)

**Le président:** Merci à vous, monsieur le ministre.

Nous allons amorcer les séries de questions. Nous commençons par les conservateurs, pour six minutes.

Monsieur Ellis, c'est à vous.

**M. Stephen Ellis:** Merci, monsieur le président.

Je remercie les deux ministres d'être avec nous.

Monsieur Holland, à votre avis, est-ce qu'il est inéluctable qu'à un moment ou un autre, l'aide médicale à mourir sera accessible aux personnes qui invoquent uniquement une maladie mentale? Est-ce que c'est couru d'avance?

**L'hon. Mark Holland:** J'estime que toute personne atteinte d'une maladie mentale irréversible et irrémédiable, qui s'est prêtée à tous les traitements offerts et qui malgré tout n'a pas trouvé de soulagement à ses souffrances, dans certains cas depuis des dizaines d'années, devra avoir droit à l'aide médicale à mourir quand le système sera prêt.

**M. Stephen Ellis:** Merci pour cette réponse.

Et à votre avis, comment les systèmes sont-ils censés se préparer dans un contexte où les considérations de la suicidabilité et de l'irrémediabilité ne sont pas encore réglées?

**L'hon. Mark Holland:** La suicidabilité est un enjeu entièrement distinct. Si une personne qui a des pensées suicidaires consulte un clinicien spécialisé et demande de l'aide, cette personne peut être aidée.

En revanche, si une personne atteinte d'une maladie mentale ne voit jamais le bout du tunnel même si elle a sollicité de l'aide, pendant des dizaines d'années parfois, parce que son état est irrémédiable et en constante détérioration, c'est une situation tout à fait différente et il faut faire la distinction.

**M. Stephen Ellis:** Merci, monsieur le ministre.

Vous avez parlé de la suicidabilité comme étant une condition passagère alors que, en réalité, elle fait partie du diagnostic de bon nombre de maladies mentales. N'êtes-vous pas de cet avis?

**L'hon. Mark Holland:** J'ai moi-même eu des problèmes de santé mentale qui m'ont beaucoup fait souffrir, ce dont j'ai parlé publiquement, et je ne crois pas du tout que la suicidabilité est passagère. J'essaie de bien établir la distinction entre les personnes visées par le projet de loi C-62 et celles qui ont une crise de santé mentale.

**M. Stephen Ellis:** Monsieur le ministre, vous n'avez pas répondu à ma question.

Je vous ai demandé si les pensées suicidaires font partie du diagnostic de bon nombre de maladies mentales. C'est un fait, non?

**L'hon. Mark Holland:** C'est...

**M. Stephen Ellis:** La question est simple.

**L'hon. Mark Holland:** Oui. Une personne atteinte d'une maladie mentale peut avoir ce genre de pensées, effectivement.

**M. Stephen Ellis:** Merci beaucoup.

Dans ce cas, monsieur le ministre, comment pouvez-vous penser que les systèmes seront prêts un jour alors que, dans les faits, les pensées suicidaires font partie de la maladie? C'est tout à fait insensé.

**L'hon. Mark Holland:** Les personnes visées ne sont pas celles qui ont des pensées suicidaires lors d'une crise de santé mentale. Les personnes visées sont celles qui, parfois depuis des dizaines d'années... C'est pour cette raison que nous devons prendre le temps nécessaire pour nous assurer que nous parlons des mêmes cas.

Je suis certain que si je vous posais...

**M. Stephen Ellis:** En tout respect, monsieur le ministre, quand on lit le diagnostic...

**L'hon. Mark Holland:** Permettez-moi de vous poser la question pour voir si nous parlons de la même chose.

**M. Stephen Ellis:** Je suis désolé, mais c'est moi qui pose les questions, pas vous. Merci.

**Le président:** Poursuivez, monsieur Ellis.

**M. Stephen Ellis:** Dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, qui décrit les maladies mentales, l'idéation suicidaire fait partie intégrante du diagnostic de la dépression et d'autres troubles.

**L'hon. Mark Holland:** Vous avez vous-même de l'expérience dans le milieu médical. Si vous rencontrez quelqu'un qui a littéralement tout essayé pour soulager les souffrances engendrées par une maladie mentale pendant des dizaines d'années, à quel moment... Est-ce que ce sera après 10, 20, 30 ans? Combien de temps doit-on demander à cette personne d'attendre avant de pouvoir exercer son autonomie et de décider pour elle-même?

N'êtes-vous pas d'accord qu'il faut faire une distinction entre une personne qui souffre depuis des dizaines d'années et qui essaie d'avoir accès à des services et une autre qui a une crise de santé mentale?

**M. Stephen Ellis:** Monsieur le ministre, je ne parle pas de l'irrémediabilité. Je parle de la suicidabilité qui, d'après ce que vous avez dit, est quelque chose de soudain. J'ai oublié vos mots exacts, mais c'est clair que ce n'est pas la réalité.

Le deuxième élément à considérer est celui de l'irrémediabilité. Ce qui est clair concernant l'irrémediabilité des maladies mentales, c'est que c'est impossible de le prouver. Il existe de nombreux exemples — vous en faites peut-être partie — de gens qui se sont rétablis après avoir souffert d'une maladie mentale. Nous parlons d'irrémediabilité alors que nous savons très bien que ces deux choses, l'irrémediabilité et la suicidabilité, n'ont absolument rien à voir avec les systèmes.

**L'hon. Mark Holland:** On dit que quelque chose est irrémediable quand il n'existe pas de remède. Il n'y a pas d'amélioration possible. C'est impossible de s'en sortir. Cela signifie qu'une personne est prisonnière d'une maladie qui l'empêche...

Je reviens à ce que j'ai dit au sujet de la souffrance physique ou mentale, qui est très différente selon qu'elle est engendrée par une maladie ou par une crise de santé mentale. Il est possible de se sortir d'une crise de santé mentale. Dans le cas d'une maladie mentale irrémediable, il n'y a pas de remède, aucune guérison possible.

**M. Stephen Ellis:** C'est vous qui le dites, monsieur le ministre. Pas moi.

Est-ce que le diabète est une maladie irrémediable?

**L'hon. Mark Holland:** Je crois...

**M. Stephen Ellis:** C'est une question simple.

**L'hon. Mark Holland:** Non. Le diabète est une maladie qui se gère. C'est...

**M. Stephen Ellis:** La maladie mentale ne peut pas être gérée. Est-ce que c'est ce que vous nous dites?

**L'hon. Mark Holland:** Vous avez discuté avec des médecins. J'ai discuté avec des médecins. Dans certains cas, une personne qui souffre d'une maladie mentale n'arrive pas à s'en sortir, de la même manière que...

**M. Stephen Ellis:** Est-ce que le cancer...

• (2120)

**Mme Sonia Sidhu:** Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Je rappelle que durant la partie précédente avec l'autre groupe de témoins, nous avons établi que les règles doivent être respectées et qu'il faut éviter de couper la parole aux autres.

**L'hon. Mark Holland:** Il n'y a pas de problème, monsieur le président. Je vais répondre très brièvement.

Le cancer est irrémediable.

**M. Stephen Ellis:** Monsieur le ministre, c'est moi qui pose les questions.

**L'hon. Mark Holland:** Il mène à la mort, et il est irrémediable.

**Le président:** Monsieur Holland, s'il vous plaît. Monsieur le ministre...

**M. Stephen Ellis:** C'est reparti. C'est exactement...

**L'hon. Mark Holland:** Je ne vois pas l'intérêt de chercher à établir une équivalence entre plusieurs maladies différentes.

**M. Stephen Ellis:** ... ce qui s'est produit la dernière fois, monsieur Casey.

**Le président:** D'accord.

Allez-y, monsieur Ellis. Il vous reste 20 secondes.

**M. Stephen Ellis:** Merci, monsieur le président.

Permettez-moi de vous rappeler, monsieur le ministre, que je suis celui qui pose les questions. Si je vous pose une question en tant que membre de ce comité, vous devez y répondre.

Le deuxième élément dont il faut absolument parler, de toute évidence, concerne l'insuffisance des mesures de sauvegarde dans le programme que vous proposez. Les problèmes de toxicomanie, de santé mentale, de stress post-traumatique — pour lesquels votre gouvernement a proposé l'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour les vétérans — sont tous des troubles de santé mentale, au même titre que l'autisme.

Pour ces maladies, comment comptez-vous résoudre la quadrature du cercle pour ce qui concerne l'irrémediabilité?

**L'hon. Mark Holland:** Je me rends compte que nos objectifs et notre discours semblent différer. Je pose des questions pour obtenir des précisions et m'assurer que nous sommes sur la même longueur d'onde. Nous cherchons des solutions à un enjeu très complexe.

Quand vous me posez une question sur l'irrémediabilité, ce que j'essaie de vous dire, c'est que si une personne a un problème de santé irrémediable — je précise que nous ne parlons pas d'une autre maladie, mais d'une maladie mentale dont une personne est prisonnière —, la question que je vous pose... Vous me dites que ce n'est pas à moi de poser les questions. Le but de ma question n'a rien de politique. Elle vise à obtenir des précisions.

Si une personne endure une situation depuis 20, 30 ou 40 ans, à quel moment, si elle demande elle-même...

**M. Stephen Ellis:** Merci.

**L'hon. Mark Holland:** ... à être soulagée et affirme que son problème est irrémediable...

**M. Stephen Ellis:** Pour ce qui concerne l'irrémediabilité, vous continuez d'affirmer que les systèmes doivent être prêts. Or, c'est impossible de prouver qu'une maladie est irrémediable. Jamais un système ne permettra de prouver l'irrémediabilité. C'est impossible. Il faudra toujours le jugement clinique d'un médecin devant le patient. Peu importe les changements apportés au système, il ne permettra jamais d'établir l'irrémediabilité.

De nombreux experts nous ont affirmé que c'est à eux que reviennent les décisions concernant l'irrémediabilité, pas à un système.

**L'hon. Mark Holland:** Ce que je veux dire, et c'est pour cela que j'ai posé la question, parce que je crois que c'est important de bien préciser les choses... Si une personne qui est prisonnière d'une maladie mentale dit clairement qu'elle veut en finir, et cela depuis 5, 10, 15 ou 20 ans, après avoir essayé tous les traitements auxquels elle a accès, à quel moment selon vous faut-il respecter son autonomie par rapport à cette décision? Si la réponse est « jamais », il s'agit d'une posture idéologique et il n'y a pas grand-chose à ajouter.

Par contre, si la réponse est que cette personne doit, après de longues souffrances, bénéficier de l'autonomie voulue à l'égard de sa propre vie, alors c'est un débat important, qui va au-delà de l'idéologie.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

Nous passons à M. Hanley. Vous disposez de six minutes.

**M. Brendan Hanley:** Merci beaucoup.

Merci à vous deux, messieurs les ministres, et merci également à vos collaborateurs de comparaître devant le Comité. Merci pour vos déclarations liminaires.

J'aimerais poursuivre brièvement sur les thèmes de l'irréversibilité et de la suicidabilité.

Selon ce que vous en comprenez, monsieur le ministre, la détection de l'idéation suicidaire et la distinction avec la suicidabilité ne font-elles pas déjà partie de l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir, même actuellement si la personne présente à la fois une maladie physique et une maladie mentale?

**L'hon. Mark Holland:** Oui, tout à fait. Dans nos discussions avec les provinces et les territoires, il a été question entre autres de la nécessité pour les personnes qui expriment des idées suicidaires d'avoir accès à des soins et d'être dirigées vers un parcours thérapeutique. Même dans une situation où une personne a essayé... Même si une personne pour qui la maladie mentale est l'unique problème sous-jacent souhaite avoir accès à l'aide médicale à mourir... Si ce régime est adopté, la personne devra donner la preuve qu'elle a essayé par tous les moyens de s'en sortir, et deux médecins devront attester que c'est bel et bien le cas et que son problème est véritablement irrémédiable.

**M. Brendan Hanley:** Je suis désolé de vous interrompre, mais j'ai vraiment beaucoup de questions.

Est-ce que, à la lumière de vos nombreuses discussions avec des praticiens, vous êtes d'avis que seul un médecin peut juger du caractère irrémédiable de certaines maladies physiques?

**L'hon. Mark Holland:** Oui. Dans beaucoup de cas, c'est le médecin qui parlera au patient du caractère terminal et irrémédiable d'un problème de santé physique.

**M. Brendan Hanley:** Dans ce genre de décisions, ce n'est pas forcément tout noir ou tout blanc, ou comme dans les manuels. Un jugement est nécessaire...

**L'hon. Mark Holland:** C'est exact.

**M. Brendan Hanley:** ... et il peut aussi être nécessaire dans le cas d'une maladie mentale.

C'est une question éminemment complexe, nous en sommes tous conscients. Est-ce que vous cherchez à pelleter un problème épineux par en avant?

**L'hon. Mark Holland:** Non. Si nous voulions faire du pelletage, nous aurions voté en faveur du projet de loi que M. Fast a présenté, projet de loi qui ne proposait pas de date fixe, et qui donc reportait l'application à une date indéterminée. Ce que nous avons dit... Je pourrais vous l'expliquer, mais je ne veux pas dépasser le temps que vous avez pris pour poser la question. Je peux toutefois parler plus exactement de ce qui selon moi est nécessaire.

Nous avons besoin de plus de temps pour poursuivre notre collaboration avec les provinces et les territoires afin d'assurer que les systèmes sont prêts, ce qui n'est pas le cas actuellement.

• (2125)

**M. Brendan Hanley:** Merci.

La mesure prévoyant une prolongation d'un an est entrée en vigueur il y a un an. À ce moment, quatre critères ont été établis: la mise sur pied d'un système national de déclaration; l'établissement de normes de pratiques à l'intention des organismes de réglementation provinciaux et territoriaux; la production de la version définitive d'un programme national de formation accrédité sur l'aide mé-

dicale à mourir, et l'examen du rapport final du comité mixte de la Chambre et du Sénat. À votre avis, parmi ces quatre critères, lesquels n'ont pas encore été remplis?

**L'hon. Mark Holland:** Je crois que nous avons fait d'excellents progrès. Nous avons établi des normes de pratique sur l'aide médicale à mourir, de même qu'un programme d'études accrédité à l'échelle nationale. Quelque 1 100 cliniciens s'y sont inscrits. Je pourrais continuer, mais je trouve important de souligner que 2 % seulement des psychiatres ont reçu une formation à ce jour. Sur les 1 100 cliniciens qui se sont inscrits à la formation, seulement 40 l'ont terminée. Durant nos discussions avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale, il a été question d'établir des lignes directrices cliniques. C'est quelque chose qui prendrait un certain temps.

Pour terminer, j'ajouterai un petit mot sur la collaboration avec les dirigeants autochtones. J'ai eu des rencontres trilatérales au cours desquelles ils m'ont demandé plus de temps, et plus précisément jusqu'en 2025. C'est la même chose pour ce qui concerne les personnes ayant une expérience concrète au sein de la communauté des personnes handicapées.

**M. Brendan Hanley:** Merci.

Une lettre a été signée par sept provinces et trois territoires. Nous en avons tous entendu parler. Quelle a été l'incidence exacte de cette lettre eu égard aux recommandations du Comité? Dans quelle mesure chacune a-t-elle influencé vos décisions?

**L'hon. Mark Holland:** Je vais être très honnête. Quand j'ai été nommé ministre de la Santé, j'ai commencé à discuter avec les intéressés et, considérant les réalisations que vous avez mentionnées et les progrès énormes accomplis en une année, j'avais vraiment espoir que le système serait prêt. À Charlottetown, tous les ministres de la Santé m'ont dit qu'ils n'étaient pas prêts et qu'ils avaient besoin de plus de temps. J'ai donc demandé une suspension à ce moment. Par la suite, j'ai eu beaucoup d'autres discussions qui ont alimenté ma réflexion sur diverses choses qui se sont produites. J'ajouterai que les témoignages et le travail du comité mixte ont aussi été très déterminants dans la décision.

Le point de vue des provinces et des territoires a pesé dans la balance, c'est indéniable.

**M. Brendan Hanley:** Si la lettre avait été signée par une ou deux provinces et un seul territoire, disons, quelle différence cela aurait-il fait? Autrement dit, si des provinces jugent qu'elles sont prêtes, comment pouvons-nous justifier de leur demander d'attendre? Que dites-vous à ces provinces si elles estiment qu'elles sont prêtes et que les systèmes requis sont en place?

**L'hon. Mark Holland:** Je vais vous présenter la situation sous l'angle inverse, si vous me le permettez, en affirmant qu'aucune province et aucun territoire n'est prêt. Les 13 provinces et territoires m'ont dit qu'ils ne sont pas prêts. J'ai eu des discussions très fructueuses avec plusieurs ministres de la Santé concernant l'équivalence entre la souffrance mentale et la souffrance physique. Ils sont tout à fait d'accord, mais ils m'ont demandé plus de temps pour préparer leurs systèmes. J'ai senti leur volonté sincère.

**L'hon. Arif Virani:** Je me permets de souligner, pour la gouverne de M. Hanley, que le Québec a pris une mesure législative qui n'autorise pas l'accès lorsque la maladie mentale est seule en cause. Le Québec est allé plus loin que ce qui est demandé dans la lettre.

**M. Brendan Hanley:** Merci.

**Le président:** Merci, monsieur Hanley.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

**M. Luc Thériault:** La structure du projet de loi reprend la recommandation sur laquelle les membres du comité spécial mixte ont voté à la majorité, sauf en ce qui concerne la question des trois années. À part les députés du Parti conservateur, tout le monde considèrerait qu'on n'était pas prêt. Nous pensions que, en un an, il était plus judicieux d'essayer de travailler à cet échéancier.

Il me semble qu'on a fait preuve de laxisme. Comment se fait-il qu'au moment où le Comité dépose son rapport et qu'une décision doit être prise quelques semaines avant l'échéance, les provinces nous présentent une lettre dont on n'avait pas entendu parler au cours de la dernière année? Vous permettez que le Comité vous fasse une recommandation qui devient un projet de loi et vous parlez du droit constitutionnel des gens qui souffrent, mais que faites-vous de Sandra Demontigny? Que faites-vous de la principale recommandation votée à la majorité par ce comité, il y a un an, et qui disait qu'il fallait mettre en avant les demandes anticipées? Comment se fait-il qu'on n'ait pas un projet de loi qui contient ce volet, alors que vous aviez un an pour le préparer? Le dernier volet sur la question des troubles mentaux aurait pu apparaître à la fin. Pourquoi laissez-vous tomber des gens comme Sandra Demontigny, alors qu'il y a un consensus d'un océan à l'autre là-dessus?

• (2130)

**L'hon. Mark Holland:** C'est une bonne question, et je l'apprécie beaucoup.

Il est certain que des personnes souffrent beaucoup. Je déteste cela, et cela m'inquiète beaucoup.

En même temps, il est indéniable que nous devons nous assurer que le système en général est prêt pour un changement relatif à l'aide médicale à mourir. En effet, si le système n'est pas prêt, les conséquences seront très graves.

Au cours de la dernière année, nous avons fait beaucoup de progrès. C'est remarquable, comme je l'ai expliqué à M. Hanley, mais ce n'est pas suffisant.

La question des demandes anticipées est extrêmement complexe. Par exemple, si une personne est dans un mauvais état et qu'un membre de sa famille considère que c'est le temps d'administrer l'aide médicale à mourir alors qu'un autre membre de famille considère que ce n'est pas le temps de la faire, ce sont des médecins qui devront prendre une décision. La personne elle-même ne sera pas capable de prendre sa décision. Alors il y a beaucoup de complexité, et nous allons parler avec les autres...

**M. Luc Thériault:** Non, je vous arrête ici. Arrêtez cela, vous faites de la mésinformation. Arrêtez cela!

Lisez la loi québécoise. Vous n'êtes pas rigoureux. Je vais me calmer, mais votre réponse n'a pas d'allure.

Il n'est pas question d'un membre de la famille ou d'un autre membre de la famille. Dans la loi québécoise, il y a l'évaluation par un tiers. Un tiers sera nommé, et ce tiers n'aura pas le pouvoir de dire à l'équipe de soins d'administrer l'aide médicale à mourir. Ce tiers sera le garant de la volonté de la personne, en fonction des critères qu'elle aura établis, et ce tiers dira à l'équipe de soins qu'il pense que la personne est rendue là et il demandera qu'on fasse une évaluation.

De quoi parlez-vous? Nous vous avons fait cette recommandation il y a un an, et vous me servez une réponse vraiment farfelue ce soir. Je vais me calmer, mais je comprends pourquoi il n'y a pas de projet de loi si c'est ainsi que vous comprenez les demandes anticipées au Québec. L'Assemblée nationale du Québec est unanime à cet égard et il y a un taux d'approbation de 85 % d'un océan à l'autre. Les gens attendent cela, parce que les gens souffrent.

Qu'attendez-vous? Allez-vous au moins vous engager, ce soir, à ce qu'il y ait un projet de loi avant la fin de cette législature?

Allez vous informer.

**L'hon. Mark Holland:** Je comprends les raisons pour lesquelles les personnes veulent avoir accès à un système qui permet les demandes anticipées. C'est logique. Cependant, mon point, c'est que c'est totalement différent de la situation actuelle et de ce que propose le projet de loi.

Il est possible aujourd'hui de dire à l'avance ce qu'on veut qu'il se passe dans une situation donnée à venir. Toutefois, si, à ce moment-là, la personne n'est pas capable d'expliquer elle-même ce qu'elle souhaite, une autre personne devra faire le faire. C'est un changement majeur, parce que quelqu'un d'autre devra faire un choix à la place de cette personne.

Je suis très ouvert à en discuter. Nous allons parler avec toutes les provinces et tous les territoires...

**M. Luc Thériault:** Non, mais, écoutez...

**L'hon. Mark Holland:** C'est une situation complexe.

**M. Luc Thériault:** Les maladies neurodégénératives sont des maladies physiquement dégénératives où le caractère irrémédiable et les phases de développement vers la fin, vers la déchéance, sont objectivement déterminés. À partir de là, on ne peut pas penser que c'est plus compliqué que les troubles mentaux où, en quelque sorte, les gens sont un peu tiraillés sur le caractère irrémédiable. Donc...

[Traduction]

**M. James Maloney:** J'invoque le Règlement, monsieur le président. Avec le groupe précédent...

[Français]

**M. Luc Thériault:** Pourquoi fait-on un rappel au Règlement? Qu'on me laisse parler.

[Traduction]

**M. James Maloney:** ... M Doherty a soulevé une objection, avec laquelle j'étais d'accord. Nous ne sommes pas ici pour parler de demandes anticipées. Nous débattons du projet de loi C-62, une mesure législative dont l'objectif est très clair.

Je salue la passion de M. Thériault, mais c'est hors sujet.

• (2135)

**Le président:** Merci de cette intervention, mais nous n'avons rien dit jusqu'ici. Je ne suis pas enclin à changer d'idée maintenant. Les ministres semblent ouverts à en discuter.

[Français]

Monsieur Thériault, veuillez poser votre question, puis nous allons donner au ministre 30 secondes pour y répondre, parce que votre tour de parole est presque terminé.

**M. Luc Thériault:** D'accord. Va-t-il y avoir un projet de loi? Allez-vous vous informer pour qu'on puisse avoir ce volet qui couvrirait les personnes qui souffrent? Allez-vous aller lire la loi québécoise pour vous en inspirer et faire en sorte qu'on puisse régler ce problème une fois pour toutes? Selon un sondage d'Ipsos, le taux d'approbation est de 85 % d'un océan à l'autre. C'est un vrai sondage.

**Le président:** Il vous reste 30 secondes.

**L'hon. Arif Virani:** Nous sommes tout à fait au courant du projet de loi qui a été adopté au Québec.

Je peux vous dire, monsieur Thériault, que dès le début, en 2016, nous avons procédé de façon prudente, mais toujours à l'échelle nationale, pour tout le pays. Il en va de même lorsque nous répondons à la décision Truchon. Il en va aussi de même lorsque nous traitons des dossiers de demande anticipée. Nous allons le faire en considération de l'étude et du leadership du Québec, mais nous allons faire une étude qui s'applique partout au Canada.

**M. Luc Thériault:** Quand la prudence fait souffrir des gens, elle n'est pas la bienvenue.

**Le président:** Votre temps est écoulé, monsieur Thériault. Je vous ai même laissé un peu de temps additionnel.

[Traduction]

Monsieur MacGregor, vous avez la parole pour six minutes.

**M. Alistair MacGregor:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci, messieurs les ministres.

Monsieur Holland, je vais commencer par vous. Je vais poursuivre sur le sujet de la lettre qui a été signée par 7 des 10 provinces et les 3 territoires.

Des témoins du premier groupe ont parlé de l'état de préparation du système. J'imagine que les ministres concernés n'auraient pas signé la lettre s'ils avaient reçu l'assurance de leurs sous-ministres ou de leurs sous-ministres adjoints qu'en fait, leur système était prêt.

Vous avez eu des discussions approfondies avec ces personnes, et probablement aussi avec leurs sous-ministres. Quelles conditions auriez-vous exigées pour apposer votre signature sur cette lettre? Vous auriez probablement consulté votre sous-ministre pour obtenir ce genre de certitudes au sujet du système de santé dont vous êtes responsable?

**L'hon. Mark Holland:** Faites-vous référence à la lettre qui demande une prolongation indéterminée plutôt qu'une prolongation des trois ans?

**M. Alistair MacGregor:** Quelles conditions auriez-vous exigées pour signer la lettre? Auriez-vous commencé par consulter votre sous-ministre?

**L'hon. Mark Holland:** Dans tous les cas, je consulterais mon sous-ministre.

**M. Alistair MacGregor:** D'accord. C'est un bon point de départ.

Par ailleurs, ces ministres ont fait preuve d'une grande prudence en demandant une suspension indéterminée. Pour quelle raison avez-vous opté pour une suspension de trois ans plutôt que d'écouter les ministres responsables des systèmes de santé?

**L'hon. Mark Holland:** Il y a eu des discussions très détaillées avec les ministres de la Santé. Un des sujets abordés était le temps requis pour assurer la préparation de leurs systèmes.

Certains ministres ont exprimé leur inquiétude quant à l'état de préparation de leurs systèmes. Même s'ils conviennent que la souffrance mentale est similaire à la souffrance physique, quelques-uns s'opposent à toute éventuelle mesure qui irait en ce sens pour des raisons idéologiques.

Je pense qu'une suspension indéterminée nuirait aux progrès du système, sur les plans par exemple de l'adoption du programme d'études ou même de la confiance que nous allons y arriver un jour. Les personnes qui endurent des souffrances indicibles se sentiraient... On parle d'un très petit nombre de personnes qui ont tout essayé et qui vivent un véritable enfer mental. Après des dizaines d'années de demandes répétées dans bien des cas, elles réclament l'aide médicale à mourir. Il faut les entendre.

**M. Alistair MacGregor:** Merci.

Je voudrais revenir sur deux de vos déclarations avec lesquelles je ne suis pas d'accord.

Je pense, contrairement à vous, que la question a été pelletée par en avant. Elle a été pelletée par en avant pendant deux ans à cause de l'amendement du Sénat. Elle a été pelletée par en avant pendant un an à cause du projet de loi C-39. Et aujourd'hui, il est question de trois autres années de pelletage par en avant.

Je ne suis pas d'accord non plus... J'ai fait partie du comité mixte spécial dès le début. Je suis d'accord avec la recommandation que nous avons formulée, mais le temps qui nous a été accordé pour étudier ce sujet en profondeur était ridiculement insuffisant. En tout et pour tout, nous avons eu trois réunions de trois heures chacune.

Comment pouvez-vous affirmer que ce n'était pas du pelletage par en avant? Comment pouvez-vous affirmer que le comité mixte spécial a eu suffisamment de temps alors que c'est tout à fait faux?

**L'hon. Mark Holland:** Comme nous le savons, c'était la deuxième fois que le comité mixte se saisissait du dossier. Lors de son premier mandat, il a consacré énormément de temps au sujet. C'était une deuxième ronde pour le comité mixte spécial, si on peut dire. Nous sommes très satisfaits du travail accompli. Le comité a abattu un travail colossal durant la première ronde, il n'y a pas si longtemps.

Par ailleurs, il semblait y avoir unanimité parmi les membres du comité mixte quant à la nécessité de prendre plus de temps. Je ne sais pas combien de temps il faut pour étudier... Une fois qu'il a été établi que plus de temps est nécessaire, je ne vois pas vraiment l'intérêt de prolonger les travaux.

Pour ce qui est du pelletage par en avant, ou peu importe la manière dont vous voulez décrire... Ce qu'il faut retenir, c'est que nous devons absolument nous assurer que le système est prêt. Si on m'en donne la possibilité, je pourrais énumérer tout ce qui a été réalisé au cours de cette année et expliquer pourquoi nous avons eu l'impression que c'était suffisant. Nous nous sommes trompés. Ce n'était pas suffisant et nous avons besoin de plus de temps. Si j'avais eu un don de clairvoyance, je m'en serais aperçu, mais ce n'est pas le cas.

● (2140)

**M. Alistair MacGregor:** Merci.

J'aimerais m'adresser au ministre Virani, si vous le permettez.

Vous avez mentionné, pour paraphraser la Cour suprême, que celle-ci allait faire preuve d'une grande déférence à l'endroit du Parlement lorsqu'elle légiférerait dans ce domaine en raison de la sensibilité de la question. Lorsque le projet de loi C-7 a été présenté pour la première fois, j'ai pensé qu'une déclaration de charte très raisonnable avait été publiée pour expliquer les raisons initiales du gouvernement d'exclure cette question. Puis, à la dernière minute, un amendement sénatorial très important a été accepté. Je pense que c'est vraiment l'origine de tous les ennuis qui nous accablent aujourd'hui.

En tant que ministre, regrettez-vous cette décision?

Je crois vraiment que cette décision a mis la charrue devant les boeufs — et je parle en tant que membre du comité mixte spécial. Depuis lors, nous faisons du rattrapage. La loi a été modifiée avant l'importante consultation et avant les auditions du Comité. Par conséquent, nous avons dû constamment modifier le calendrier.

Encore une fois, pourquoi le gouvernement ne s'est-il pas prévalu, en premier lieu, de la marge de manœuvre que lui accordait cette grande déférence, comme vous dites, que la Cour suprême lui a accordée, pour agir?

**L'hon. Arif Virani:** Je pense qu'il y a deux aspects, monsieur MacGregor. L'un concerne la déférence accordée par la Cour suprême, et l'autre est votre condamnation de notre réponse entre 2019 et 2021 en ce qui concerne la maladie mentale.

Est-ce que je regrette cette décision? Pas du tout, car je pense que le Sénat a incité une discussion active sur la maladie mentale, l'évolution de cette loi et son éventuel élargissement. La conception du programme d'aide médicale à mourir, les normes et les mécanismes de surveillance qui sont en cours d'élaboration sont tous des sous-produits de cette fonction. Je pense que c'est adéquat pour ce qui est de démontrer que la souffrance mentale est tout aussi éprouvante que la souffrance physique et arrêter la perpétuation de stéréotypes négatifs comme l'opinion que la souffrance mentale ne mérite pas le même degré de traitement ou même d'être traitée, et arrêter aussi la perpétuation de suppositions péjoratives quant à la mesure dans laquelle les personnes souffrant de troubles mentaux sont capables de prendre des décisions.

En ce qui concerne la déférence, monsieur MacGregor, la Cour a déclaré qu'une certaine déférence est due dans le dialogue entre les tribunaux et le Parlement. Il y a une déférence supplémentaire dans le cas d'une politique sociale complexe, et la Cour l'a souligné dans la décision Carter, précisant que, lorsqu'il s'agit d'aide médicale à mourir, cette déférence est directement applicable.

Ce qu'elle veut dire par là, c'est qu'elle laissera une marge de manœuvre au Parlement pour qu'il puisse tenter de faire les choses correctement pour ce qui est d'équilibrer des intérêts sensibles. Je vous répète ce que j'ai dit au début. Lorsqu'il est question de l'imprévisibilité de l'évolution d'une maladie mentale et de la possibilité que les idées suicidaires soient un symptôme de l'état d'une personne — même si je suis fermement convaincu qu'il est possible de faire la distinction entre les idées suicidaires et une demande d'aide médicale à mourir mûrement réfléchie —, il faut veiller à ce que cette différence et cette distinction puissent être faites. Il faut également s'assurer que tous les professionnels de la santé, les prestataires de l'aide médicale à mourir et les évaluateurs sont en mesure de le faire.

Si seules 40 personnes ont reçu cette formation, je crois que ce n'est pas suffisant.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

Nous passons à M. Cooper, pour cinq minutes.

**M. Michael Cooper:** Merci, monsieur le président.

Monsieur Holland, vous avez affirmé à plusieurs reprises ce soir que les seules personnes qui seraient concernées par cet élargissement de l'aide médicale à mourir pour inclure les maladies mentales sont celles qui souffrent d'un trouble mental irrémédiable et irréversible depuis très longtemps — des décennies — et qui ont cherché toutes les possibilités de traitement. C'est faux, et vous savez que c'est faux.

Monsieur le ministre, sur quoi vous fondez-vous pour colporter une affirmation aussi fautive?

**L'hon. Mark Holland:** J'espère que toute personne en crise de santé mentale se présentera et demandera des soins de santé mentale, et bien sûr, sous le régime que nous envisageons ici aujourd'hui, cela signifierait que la personne obtiendrait de l'aide. Elle n'aurait pas accès à l'aide médicale à mourir. Ce que je veux dire, monsieur, c'est que pour les personnes à qui je parle, et ce sont des cas très réels de personnes qui sont prisonnières...

**M. Michael Cooper:** Monsieur le ministre, c'est mon temps de parole et ma question.

**Le président:** Allez-y, monsieur Cooper.

**M. Michael Cooper:** Il n'y a aucune mesure de sauvegarde législative, aucune, dans le cas de l'aide médicale à mourir pour cause de maladie mentale. Tout ce qui serait requis, c'est une signature — deux cliniciens, même pas un psychiatre, même pas forcément un médecin — et la personne requérante aurait alors le feu vert et serait admissible aux 90 jours.

De quoi parlez-vous lorsque vous évoquez les mesures de sauvegarde, car il n'y en a pas?

• (2145)

**L'hon. Mark Holland:** Ce n'est tout simplement pas vrai, et le ministre Virani peut également en parler.

Tout d'abord, inversons les choses. Vous m'accusez et vous adressez à moi comme si je ne me souciais pas des gens et de leur santé mentale.

**M. Michael Cooper:** Vous avez fait une déclaration très précise à plusieurs reprises...

**L'hon. Mark Holland:** Vous êtes extrêmement agressif avec moi et vous ne me donnez pas l'occasion d'exprimer... Je comprends que vous ayez un argument politique à faire valoir. La question est de savoir si vous voulez ou non entendre ma réponse.

**Le président:** Monsieur Cooper, vous le tenez un peu trop serré dans le temps.

Prenez encore 10 ou 12 secondes pour répondre à cette question, puis nous passerons à l'intervenant suivant.

Allez-y.

**L'hon. Arif Virani:** Les mesures de sauvegarde sont que la personne « doit avoir été informée des moyens appropriés qui sont disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs... »

**M. Michael Cooper:** Monsieur le ministre, c'est mon temps de parole. Je réclame mon temps.

**L'hon. Arif Virani:** De plus, les praticiens doivent avoir discuté avec la personne des moyens raisonnables et disponibles...

**M. Michael Cooper:** Je réclame mon temps.

**Le président:** Allez-y, monsieur Cooper.

**M. Michael Cooper:** Je reviens au ministre Holland.

Si ce à quoi il est fait référence est le soi-disant modèle de norme de pratique, il n'a pas de mordant. Il est très loin de mesures de sauvegarde régies par le Code criminel. En ce qui concerne ce soi-disant modèle de norme de pratique, il n'y a rien qui donne des conseils sur la durée, le nombre et la nature des traitements. Il n'y a rien sur le fait que le patient doit avoir épuisé toutes les possibilités de traitement.

Face à cela, comment pouvez-vous prétendre que seules seront touchées quelques personnes qui ont souffert pendant une période prolongée? C'est tout simplement faux, et vous le savez, monsieur le ministre.

**L'hon. Mark Holland:** Vous pouvez le dire, mais cela n'en fait pas une vérité. Deuxièmement, vous ne nous permettez pas d'énumérer les mesures de protection. Vous dites qu'il n'y a pas de mesures de sauvegarde, puis vous me coupez agressivement la parole lorsque je tente d'en parler.

Je vous dirais simplement que les critères d'admissibilité sont extraordinairement stricts et que le modèle de normes de pratique incorporé par les organismes de réglementation provinciaux sera tout aussi strict. Quant au Code criminel, si quelqu'un y contrevient, c'est une infraction pénale. Ce n'est pas une affaire légère et...

**M. Michael Cooper:** Monsieur le ministre, c'est mon tour.

**L'hon. Mark Holland:** ... mon intérêt pour cette question, comme cela a été exprimé...

**M. Michael Cooper:** C'est mon temps, et je citerais...

**L'hon. Mark Holland:** Vous indiquez certainement avec clarté la nature de votre temps, monsieur.

**M. Michael Cooper:** Voici un fait. Selon une enquête publiée il y a deux semaines par l'Association des psychiatres de l'Ontario, 78 % des psychiatres de l'Ontario sont d'avis que les soi-disant mesures de sauvegarde actuelles sont insuffisantes et qu'elles entraîneront un recours inapproprié à l'aide médicale à mourir par les personnes aux prises avec une maladie mentale — en d'autres termes, des décès injustifiés.

Pourquoi les Canadiens vous croiraient-ils et vous feraient-ils confiance plutôt qu'à 78 % des psychiatres de l'Ontario?

**L'hon. Mark Holland:** Tout d'abord, mon intérêt, comme le vôtre, est de protéger la vie et de veiller à ce que les personnes qui souffrent aient toutes les chances d'obtenir l'aide dont elles ont besoin.

Deuxièmement, dans la situation actuelle, nous demandons un délai supplémentaire parce que nous pensons qu'il existe des mesures de sauvegarde. J'ai parlé de certaines d'entre elles, mais nous pensons qu'il faut aller encore plus loin pour veiller à ce que ces mesures de sauvegarde soient bien établies. Les personnes qui sont prisonnières... Soit dit en passant, nous parlons de personnes qui sont pleinement conscientes qu'elles sont dans une situation de maladie mentale irrémédiable...

**M. Michael Cooper:** Monsieur le ministre, il n'y a pas de mesures de sauvegarde législatives.

**L'hon. Mark Holland:** Vous pouvez dire cela. C'est votre théâtre, et vous continuez à jouer...

**M. Michael Cooper:** Vous n'en avez pas cité une seule. Vous n'en avez cité aucune, et vous n'avez pas répondu au fait que 78 % des psychiatres de l'Ontario estiment que les soi-disant mesures de sauvegarde qui seront mises en place sont tout à fait insuffisantes.

Nous parlons de décès injustifiés en cas d'application inappropriée de l'aide médicale à mourir. C'est de cela qu'il s'agit.

**L'hon. Mark Holland:** Nous parlons ici et nous voyons dans ce projet de loi...

**M. Michael Cooper:** Ce dont nous parlons, monsieur le ministre, c'est de ce que vous avez démontré: que vous êtes idéologique et imprudent.

**L'hon. Mark Holland:** Tout d'abord, je vais simplement dire que je réfute cette...

**M. Michael Cooper:** Vous jouez avec la vie des gens, et c'est absolument honteux.

**L'hon. Mark Holland:** Non. Ce qui est honteux, c'est de mal interpréter ma position ou de mal interpréter la position de n'importe quel député, monsieur. Dire qu'un député ne se soucie pas de la vie humaine est une chose honteuse que je ne tolérerai pas.

Que vous interveniez au Comité et accusiez un député de ne pas se soucier de la vie d'un autre être humain est absolument irréprochable, monsieur. J'ai passé toute ma vie, comme vous, à me battre pour le bien dans ce monde. Accuser une bonne personne de ne pas se soucier de la vie humaine... c'est une honte.

**L'hon. Arif Virani:** Monsieur le président, je voudrais simplement souligner que les mesures de sauvegarde que j'ai mentionnées se trouvent dans le Code criminel du Canada. Ce sont des sauvegardes que la loi établit. Nous avons également des mesures de protection, sauf dans des circonstances exceptionnelles, contre le traitement forcé dans ce pays. Cette protection est prévue par la Charte.

Je vous remercie de votre attention.

**Le président:** Nous passons maintenant à M. Naqvi, pour cinq minutes. Allez-y, monsieur, je vous en prie.

• (2150)

**M. Yasir Naqvi:** Merci beaucoup, monsieur le président.

J'aimerais revenir sur les mesures de sauvegarde, car je pense que c'est une conversation très importante.

En commençant par vous, monsieur Virani, pourquoi ne pas décrire les mesures de sauvegarde législatives qui sont en place?

Peut-être, monsieur, que vous pourrez ensuite nous parler des sauvegardes prévues pour la collectivité médicale afin que celle-ci puisse administrer l'aide médicale à mourir comme il se doit.

**L'hon. Arif Virani:** Permettez-moi de commencer par les mesures de sauvegarde prévues dans la loi appelée le Code criminel du Canada. Nous parlons de la deuxième voie, c'est-à-dire lorsque la mort n'est pas raisonnablement prévisible.

La demande doit être faite par écrit. Deux médecins ou infirmiers praticiens indépendants doivent procéder à une évaluation. La personne doit être renseignée sur le fait qu'elle peut retirer sa demande n'importe quand et de n'importe quelle manière. La personne doit être informée, comme le disait M. Cooper, des moyens disponibles et appropriés pour soulager ses souffrances, notamment les services de conseils, les services de santé mentale et d'aide aux personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs, et elle doit se voir offrir des consultations auprès des professionnels qui fournissent ces services. La personne et les praticiens doivent avoir parlé des moyens raisonnables et disponibles pour soulager la souffrance de la personne et convenir que la personne a sérieusement envisagé ces moyens. Cette évaluation doit durer au moins 90 jours et la personne peut la suspendre. D'après ce que j'ai entendu dire, dans le cas où la maladie mentale est le seul problème médical invoqué, il est probable que cela prenne beaucoup plus que 90 jours. Enfin, la personne doit donner un dernier consentement immédiatement avant que l'aide médicale à mourir ne soit administrée.

Toutes ces mesures de sauvegarde sont prévues par la loi. Ce ne sont pas des directives, des normes de pratique ou d'autres choses du genre. Elles figurent dans le Code criminel du Canada, dans les dispositions relatives à l'aide médicale à mourir.

Je laisse la parole au ministre Holland.

**M. Yasir Naqvi:** Très rapidement, pour terminer cette partie, le terme « législatives » signifie que, étant donné que ces mesures de sauvegarde sont énoncées dans le Code criminel, elles s'appuient sur la pleine force de la loi qu'est le Code criminel du Canada.

**L'hon. Arif Virani:** C'est exact.

**M. Yasir Naqvi:** Merci.

Allez-y, monsieur Holland.

**L'hon. Mark Holland:** Merci beaucoup.

Lorsque j'ai l'occasion de parler avec des cliniciens, des médecins et des infirmiers dans tout le pays, je vois qu'ils essaient tous de faire ce qu'il faut et sont profondément préoccupés par le sort de leurs patients. Voilà pourquoi je suis si contrarié, car je pense qu'en tant que parlementaires, il est profondément irresponsable de dénigrer les motivations des gens et d'essayer d'insinuer que, d'une manière ou d'une autre, quelqu'un ne se préoccupe pas de la vie humaine.

D'après mon expérience, les personnes qui ont élaboré le programme de formation sur l'aide médicale à mourir, celles qui ont élaboré les normes de pratique et celles qui sont dans le système essaient profondément de travailler avec des personnes dont la souffrance est extraordinaire. Lorsqu'un médecin reçoit un patient qu'il voit depuis des dizaines d'années dans des souffrances indicibles et qu'il dit: « Je ne peux rien faire pour ce patient; nous avons tout essayé », et que ce patient demande une issue, c'est extraordinairement douloureux de l'entendre.

On peut avoir la position idéologique de ne pas vouloir s'occuper de cela, mais il est important, à mon avis, de comprendre et d'explorer cette question et d'essayer de travailler avec les provinces et les territoires pour qu'ils aient les mesures de sauvegarde appropriées, et de prendre connaissance des directives cliniques que recommande le Centre de toxicomanie et de santé mentale, parce que nous devons nous assurer que ces mesures de sauvegarde sont aussi

solides que possible et que nous ne visons que les cas les plus exceptionnels et les plus inhabituels.

**M. Yasir Naqvi:** Il est très difficile pour nous, en tant que parlementaires, de nous assurer que ceux qui sont chargés de gérer le programme ont la certitude que tous les systèmes sont en place. Pour ma part, j'estime qu'il est prudent d'accorder cette prolongation afin qu'il n'y ait aucun doute sur le fait que le système est offert dans tout le pays avec l'équité que nous voulons garantir.

J'accorde beaucoup de crédit à la lettre qui nous est présentée, que vous avez reçue de sept provinces et de trois territoires. La partie qui a attiré mon attention est la suivante: « Il est crucial que toutes les administrations, toutes les autorités sanitaires, tous les règlements et tous les praticiens de l'aide médicale à mourir disposent de suffisamment de temps pour mettre en œuvre ces mesures de sauvegarde et pour répondre aux préoccupations en matière de capacité qui devraient résulter de l'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir. L'échéance actuelle du 17 mars 2024 ne laisse pas suffisamment de temps pour préparer pleinement et de manière appropriée toutes les provinces et tous les territoires du Canada. »

Dans quelle mesure cela a-t-il influencé votre décision de présenter ce projet de loi en particulier?

**L'hon. Mark Holland:** C'était certainement un facteur important, comme je l'ai mentionné précédemment. J'ai de très bonnes relations de travail et communique presque tous les jours avec mes homologues provinciaux et territoriaux, alors quand ils disent que leur système a besoin de plus de temps, je prends cela très au sérieux. Ils nous l'ont fait savoir dans une lettre. Il était clair qu'ils voulaient examiner d'autres mesures de sauvegarde, en disant peut-être vouloir la présence et la participation d'un psychiatre dans chaque cas et en posant à nouveau la question des lignes directrices cliniques.

Il est extrêmement important d'écouter les provinces; elles ont la responsabilité d'administrer ces programmes, et cela a certainement joué un rôle important dans la décision de tenir compte également du travail du comité mixte.

• (2155)

**M. Yasir Naqvi:** Merci beaucoup.

**Le président:** Nous passons maintenant à M. Thériault.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

**M. Luc Thériault:** Effectivement, il y a les balises légales et les balises cliniques dont il faut tenir compte.

Dans le règlement qui va suivre la loi ou dans la loi, n'y aurait-il pas lieu de spécifier la recommandation 10 du rapport du Groupe d'experts? Il me semble qu'il serait important de le faire. Je sais que ce que nous allons adopter éventuellement n'a rien à voir avec ce que nous avons présentement, parce que nous ne sommes pas rendus au projet de loi définitif. Toutefois, il me semble que si nous voulons avoir une discussion et faire un travail intéressant à court terme, il faudrait mentionner la recommandation 10.

L'autre recommandation qui me semble importante en matière de troubles mentaux est la recommandation 16, qui porte sur une surveillance prospective et non pas une surveillance rétrospective. Le Québec a mis en place une commission pour surveiller les actes d'aide médicale à mourir et en faire rapport annuellement d'une manière rétrospective.

Or, dans le cas des troubles mentaux, il faudrait qu'il y ait une disposition prospective, donc une étape de plus avant d'agir. Admettons que la demande est admissible et que le patient a franchi toutes les étapes, il y aurait un comité qui reverrait le processus pour voir s'il est adéquat et s'il respecte toutes les balises, les balises cliniques comme les balises légales. Il m'apparaît important de le faire strictement dans les cas de troubles mentaux, compte tenu du fait que les experts sont divisés sur cette question. Si nous voulons implanter un système de manière sereine, il va falloir procéder ainsi.

La question que je vous poserais est la suivante.

C'est beau de dire qu'on va reporter l'adoption de ce projet de loi, mais, dès son adoption, quand il aura été adopté par le Sénat, quelles seront les étapes immédiates à suivre? Que devons-nous faire tout de suite après l'adoption de ce projet de loi? C'est le problème que nous avons depuis le début de la présente étude sur l'aide médicale à mourir. Nous avons tardé, tardé et encore tardé à agir, et nous sommes arrivés avec des délais trop courts et des demandes de reports.

Qu'allez-vous faire au lendemain de la sanction royale pour que nous puissions poursuivre notre travail?

**L'hon. Mark Holland:** Il ne s'agit pas seulement de ce qui va se passer au lendemain de l'adoption de ce projet de loi au Sénat. Il s'agit d'une situation que nous étudions actuellement; nous travaillons tous les jours avec chaque province et territoire pour améliorer les capacités de notre système.

Nous continuons de discuter de questions comme les demandes anticipées et les autres aspects de l'aide médicale à mourir. Il faut certainement continuer la formation pour s'assurer d'avoir un système qui sera prêt pour ces changements.

Ce n'est pas un sujet facile à aborder. C'est un sujet qui est chargé d'émotions, comme nous le voyons aujourd'hui.

**Le président:** Monsieur Thériault, votre première question a duré au-delà de deux minutes. Vous n'avez plus de temps de parole.

Monsieur le ministre, si vous avez quelques réflexions à partager, allez-y rapidement.

**L'hon. Mark Holland:** Non, ce n'est pas un problème. Je suis prêt à répondre à d'autres questions.

**Le président:** Malheureusement, le temps de parole de M. Thériault est déjà écoulé.

[Traduction]

**Le président:** Monsieur MacGregor, vous avez deux minutes et demie. Allez-y, je vous en prie.

**M. Alistair MacGregor:** Merci, monsieur le président.

J'aimerais poser une question à chacun d'entre vous pendant les deux minutes et demie qui me sont imparties, alors je vous prie de respecter le temps dont je dispose.

Je m'adresserai d'abord à vous, monsieur Virani.

J'ai entendu les arguments constitutionnels avancés des deux côtés de l'équation. En tant que ministre de la Justice et procureur général du Canada, votre ministère voudrait-il soumettre cette question à la Cour suprême du Canada?

**L'hon. Arif Virani:** Les questions de politique sociale complexe sont du ressort du Parlement et les tribunaux doivent les évaluer après coup. Il n'y a aucun intérêt à poursuivre un renvoi maintenant, et il est même possible que la Cour refuse de répondre à une question abstraite.

**M. Alistair MacGregor:** Merci d'avoir répondu à cette question.

Monsieur Holland, je comprends la différence entre santé mentale et maladie mentale, mais lorsque je me rends dans ma circonscription de Cowichan—Malahat—Langford, dans des sections et des collectivités particulières, il est tout à fait évident que de nombreuses personnes souffrent d'une maladie mentale. On peut le voir jusque dans les rues.

Je comprends l'argument des mesures de sauvegarde législatives qui existent dans le Code criminel, mais il y a toujours le problème très réel de la possibilité que, en raison des circonstances d'une personne, comme le fait qu'elle peut venir d'une population défavorisée et peut ne pas avoir eu le même accès aux services tout au long de sa vie, cette personne peut encore être en mesure de satisfaire aux mesures de sauvegarde législatives du Code criminel, mais peut avoir été aiguillée sur cette voie en raison des circonstances de la vie dans lesquelles elle se trouve.

En tant que ministre de la Santé, compte tenu des besoins considérables que nous avons et qui sont très évidents dans tout le pays, comment résolvez-vous ce problème en tant que ministre et compte tenu du fait qu'il s'agit d'une question très sensible?

● (2200)

**L'hon. Mark Holland:** Merci beaucoup pour cette question. Je reconnais que c'est vrai. Il y a souvent une corrélation directe entre ceux qui ont le plus souffert et ceux qui sont dans le pire état de santé mentale. Parfois, lorsqu'une personne souffre d'une maladie mentale — ce qui, encore une fois, est différent —, celle-ci peut certainement être fortement exacerbée par un traumatisme ou par les circonstances très difficiles dont vous parlez.

Une des raisons pour lesquelles je pense que nous avons besoin de temps, c'est que nous devons nous assurer que nous faisons correctement la part des choses. Comme vous le dites, nous ne voulons pas nous retrouver dans une situation où quelqu'un qui souffre d'une maladie mentale pousse, et où nous aurions pu faire quelque chose.

Nous devons tout épuiser, et cela ne peut être qu'au bout du chemin, après avoir tout essayé. Si nous n'avons pas pu trouver de solution, je pense qu'il nous reste la question de savoir ce que nous pouvons faire en tant que société si quelqu'un a absolument tout essayé, qu'il est au bout du rouleau sur le plan de la douleur et qu'il souhaite, de son plein gré, y mettre un terme. C'est une question compliquée et difficile. C'est pourquoi je pense que nous devons disposer de temps.

Cependant, je reconnais les circonstances dont vous parlez. C'est une des raisons pour lesquelles j'ai dit d'emblée qu'il est indispensable d'avoir de telles conversations avec un grand nombre de collectivités défavorisées, afin de nous assurer qu'elles sont pleinement convaincues que les contrôles sont en place et que nous procédons de la manière appropriée.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

Merci, monsieur MacGregor.

Nous en sommes presque à une heure exactement. Je propose une question pour les conservateurs et une pour les libéraux. Je vous prie de faire en sorte que les questions et les réponses sont brèves. La journée a été longue pour tout le monde.

Je donne la parole aux conservateurs pour une question.

**M. Todd Doherty:** Monsieur le ministre, je voudrais commencer par ceci. J'estime que votre emportement de tout à l'heure était inapproprié. Je crois qu'il était très chargé. Je crois que vous devez des excuses non seulement aux membres du Comité ici présents, mais aussi à ceux qui étaient assis à vos côtés. Si vous aviez pu voir l'expression de choc sur leurs visages lorsque vous vous êtes emporté...

**Le président:** Veuillez en venir à la question, monsieur Doherty.

**M. Todd Doherty:** La question que j'ai à vous poser est de savoir si les troubles liés à l'utilisation de substances sont des maladies mentales. Allez-vous y répondre?

**L'hon. Mark Holland:** En ce qui concerne le premier point, je me suis laissé emporter par l'émotion et je m'en excuse. Je pense que c'est terrible. Je n'ai jamais fait cela. Jeter l'opprobre et, en particulier, accuser un autre député de prôner la mort et de ne pas se soucier de la vie humaine, je pense qu'à un moment donné, nous devons avoir des balises dans notre discours. À un moment donné, nous devons dire qu'il y a des limites...

**M. Todd Doherty:** Monsieur, allez-vous répondre à ma question?

**L'hon. Mark Holland:** ... et qu'il y a des choses qui sont inappropriées. Je dirais que le fait que M. Cooper laisse entendre que moi ou tout autre député ne nous soucions pas de la vie humaine est irresponsable et que certes, à un moment donné, cela provoquera une réponse intempestive.

**Le président:** D'accord.

M. Doherty a également posé une question pour savoir si quelque chose était...

**M. Todd Doherty:** Les troubles liés à l'utilisation d'une substance sont-ils une maladie mentale?

**L'hon. Mark Holland:** Je pense que nous traversons absolument une crise en ce qui concerne la toxicomanie dans ce pays. Dans de nombreux cas, la toxicomanie est à l'origine d'un problème de santé mentale.

**M. Todd Doherty:** Est-ce toutefois une maladie mentale?

**Le président:** Je vous remercie tous les deux.

La dernière question va aux libéraux.

Monsieur Maloney, allez-y.

**M. James Maloney:** Merci, monsieur le président.

Merci aux deux ministres.

Ma question s'adresse au ministre Holland. C'est un débat chargé d'émotion. Je ne crois pas que quiconque doive s'excuser de faire preuve de passion lorsqu'il parle de cette question.

Je participe à ce processus depuis le début, avec M. MacGregor, M. Cooper et d'autres. Nous traitons d'une question très précise, à savoir s'il convient de reporter la mise en œuvre de l'aide médicale

à mourir demandée uniquement pour cause de maladie mentale. Nous ne sommes pas ici pour débattre de la constitutionnalité. Nous ne sommes pas ici pour débattre des demandes anticipées. Nous pouvons débattre de la moralité, mais ces débats se dérouleront dans un autre contexte.

Ma question est la suivante, et je l'ai posée à un témoin tout à l'heure. J'estime que, quel que soit mon point de vue, la seule chose responsable que je puisse faire en tant que législateur en l'absence d'un consensus de la part des professionnels — et je crois que les gens autour de cette table seraient d'accord avec moi —, c'est de reporter la question pour permettre un débat plus approfondi.

Ma question comporte deux parties. C'était la première partie. Êtes-vous d'accord avec moi? La deuxième partie concerne le calendrier. Vous avez présenté un projet de loi qui reporte la question de trois ans au lieu d'une durée indéterminée. Monsieur le ministre, vous avez brièvement abordé cet aspect tout à l'heure, mais la raison de cette démarche n'est-elle pas, non pas de faire avancer un programme, mais de le maintenir à l'ordre du jour, car sinon, il pourrait tout simplement disparaître à jamais dans les nues?

Je vous remercie.

• (2205)

**L'hon. Mark Holland:** Je pense que c'est une façon tout à fait appropriée de décrire la situation. Le problème avec le report indéfini est que nous laissons ces personnes qui sont dans des états intraitables et horribles — il n'y en a pas beaucoup, mais elles existent — prisonnières de la torture mentale sans aucune perspective de solution possible, ce qui crée un impératif d'agir et de poursuivre la démarche.

Dans deux ans, le Parlement aura à nouveau l'occasion de procéder à un examen parlementaire et d'évaluer l'état de préparation à ce moment-là.

**Le président:** Merci...

[Français]

**M. Luc Thériault:** J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le projet de loi qui est devant nous a fait l'objet de plusieurs motions du Bloc québécois pour introduire la question des demandes anticipées. Je n'accepte pas qu'on dise que nous ne devons pas en parler ici parce que cela ne concerne pas ce que l'on fait ce soir.

**Le président:** Ce n'était pas un rappel au Règlement, mais l'expression de votre point de vue.

[Traduction]

Tout d'abord — et je sais que vous le savez —, la motion qui a donné lieu à cette réunion indiquait que nous pourrions avoir un ministre, et deux ministres se sont présentés.

Je sais que la journée a été longue pour vous. Elle a été difficile pour tout le monde. Il est clair que cette question est importante et difficile, mais il est également évident qu'elle vous tient à coeur. Nous vous sommes reconnaissants de votre présence et de votre travail.

Le comité souhaite-t-il lever la séance?

**Des députés:** D'accord.

**Le président:** La séance est levée.

---





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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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 des communes.

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 de la Chambre des communes à l'adresse suivante :  
<https://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of  
the House of Commons

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the Copyright Act. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the Copyright Act.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

---

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>