



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

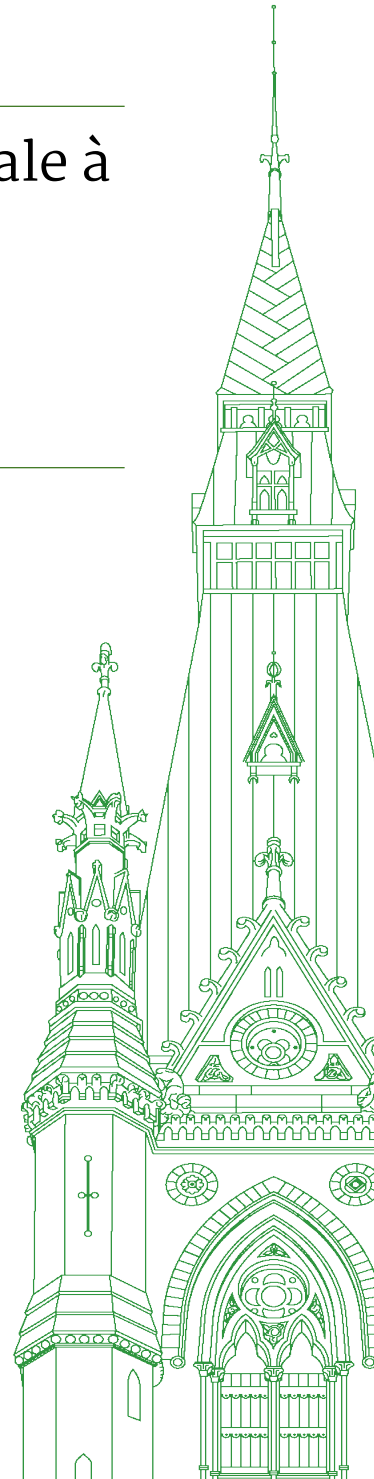
Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 006

Le mardi 28 avril 2026

Coprésidents : Marcus PowlowskiYonah Martin



Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Le mardi 28 avril 2026

• (1830)

[Traduction]

Le coprésident (Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la sixième réunion du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.

Conformément à l'ordre de renvoi du Sénat adopté le 26 février 2026 et à l'ordre de renvoi de la Chambre des communes adopté le 13 février 2026, le Comité mixte spécial se réunit pour étudier l'admissibilité à l'aide médicale à mourir de toute personne dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale.

La réunion d'aujourd'hui se déroule sous forme hybride, conformément au Règlement. Des membres du Comité sont présents dans la salle et d'autres participent à distance à l'aide de l'application Zoom.

J'aimerais confirmer que les tests de son ont été effectués avec succès. Avant que nous poursuivions, je demanderais à toutes les personnes qui participent à la réunion de consulter les consignes figurant sur les cartes qui se trouvent sur la table. Ces mesures ont été mises en place pour aider à prévenir les incidents acoustiques et pour protéger la santé et la sécurité de tous les participants, y compris des interprètes. Vous remarquerez également qu'il y a un code QR sur la carte. Il renvoie à une courte vidéo de sensibilisation.

J'aimerais formuler quelques observations à l'intention des témoins et des membres du Comité. Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Les personnes qui participent par vidéoconférence doivent cliquer sur l'icône du microphone pour activer leur micro et elles sont priées de le mettre en sourdine lorsqu'elles ne parlent pas. Les personnes qui utilisent Zoom peuvent sélectionner, au bas de leur écran, le canal d'interprétation approprié: parquet, anglais ou français. Les gens qui sont dans la salle peuvent utiliser l'oreillette et sélectionner le canal désiré.

Tous les commentaires doivent être adressés à la présidence. Pour les membres du Comité présents dans la salle, si vous souhaitez prendre la parole, veuillez lever la main. Je demande à ceux qui participent sur Zoom de bien vouloir utiliser la fonction « lever la main ». Le greffier et moi-même ferons de notre mieux pour bien gérer l'ordre des interventions. Nous vous remercions de votre patience et de votre compréhension à cet égard.

Ce soir, j'aimerais souhaiter la bienvenue à tout un groupe de nouveaux libéraux: M. Fergus, M. Grant, Mme Brière et M. Schiefke. Bienvenue au Comité.

Certains membres du Comité sont ici en permanence, et d'autres non. Cela devient trop compliqué, alors je vais simplement renoncer à tout expliquer.

Pour la première partie de la réunion, nous accueillons deux témoins.

Nous accueillons dans la salle M. Brian Mishara, directeur du Centre de recherche et d'interventions sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie, à l'Université du Québec à Montréal. En ligne, nous accueillons le Dr Sanjeev Sockalingam, vice-président principal de l'éducation et médecin-chef du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Vous aurez chacun la parole pendant environ cinq minutes, puis nous passerons aux questions. Comme il n'y a que deux témoins, il sera possible de dépasser un peu le temps imparti. Je lèverai une feuille de papier lorsqu'il vous restera environ 30 secondes pour que vous sachiez que votre temps est presque écoulé.

Sur ce, nous allons commencer par M. Mishara.

Monsieur Mishara, la parole est à vous.

Brian Mishara (directeur, Centre de recherche et d'interventions sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie, Université du Québec à Montréal, à titre personnel): Honorables membres du Comité, j'ai consacré ma vie à la prévention du suicide. J'ai été président de l'Association canadienne pour la prévention du suicide et de l'association internationale. J'ai co-fondé l'Association québécoise de prévention du suicide. Je collabore également avec l'Organisation mondiale de la santé dans les domaines de la formation, de la recherche et des politiques.

Je considère que l'aide médicale à mourir devrait être accessible lorsque la souffrance ne peut être soulagée par d'autres moyens. Cependant, dans le cas d'une maladie mentale, il est impossible de le déterminer. Je crois que les suicides sont évitables, même dans des situations apparemment désespérées. Je suis du même avis que l'Association internationale pour la prévention du suicide, qui estime que le chevauchement entre les demandes d'aide médicale à mourir et le suicide rend impossible toute distinction entre les deux et que l'aide médicale à mourir pour cause de maladie mentale compromettra la prévention du suicide en laissant entendre que la mort est une solution de rechange viable au traitement.

Je ne pense pas avoir grand-chose à ajouter sur le caractère irrémédiable. D'autres gens ont déjà souligné qu'il est impossible de l'établir dans le cas des maladies mentales. Personne ne peut prédire avec précision si un patient qui n'a pas bien répondu à plusieurs traitements antérieurs répondra ou non au traitement suivant. Les diagnostics en santé mentale changent. Malheureusement, ils ne sont pas fiables. Pour des diagnostics courants comme la schizophrénie, si vous demandez à deux psychiatres de poser un diagnostic indépendamment l'un de l'autre, ils aboutiront à des diagnostics différents pour environ un patient sur sept. Cela signifie que de nombreuses personnes reçoivent un traitement incorrect à moins que leur diagnostic ne soit corrigé ou jusqu'à ce qu'il le soit. Sur une période de 34 ans, 86 % des patients en santé mentale ont reçu au moins deux diagnostics. Selon les recherches, pratiquement personne ne reçoit et ne conserve un seul type de diagnostic.

Nous avons l'obligation de garantir l'accès aux traitements de santé mentale avant de permettre l'accès à l'aide médicale à mourir. En 2025, l'Institut canadien d'information sur la santé a constaté que 41 % des adultes atteints d'une maladie mentale déclaraient que leurs besoins n'étaient pas satisfaits du tout, ou seulement partiellement, tandis que 52 % des jeunes adultes indiquaient qu'ils ne pouvaient obtenir aucune aide ou qu'ils ne pouvaient obtenir qu'une aide limitée pour leur maladie mentale. Un Canadien sur trois a déclaré ne pas avoir accès aux services de santé mentale parce qu'il n'est pas en mesure d'en payer les frais.

Certains estiment qu'une demande d'aide médicale à mourir est plus raisonnable ou rationnelle et qu'elle peut être distinguée du suicide. Toutefois, il n'existe aucune différence discernable entre le raisonnement qui motive les demandes d'aide médicale à mourir pour cause de maladie mentale et les justifications avancées pour le suicide. Dans les deux cas, les personnes ont le sentiment que leur souffrance est interminable et intolérable. De plus, la plupart des décisions humaines importantes sont émotionnelles, et non rationnelles ou raisonnées. Quelles sont les décisions les plus importantes que nous prenons? Il s'agit des décisions concernant la personne que l'on épouse, le choix de carrière, voire le type de voiture que l'on achète. Nous ne pouvons pas nous attendre à ce que lorsque nous souffrons d'une maladie mentale, qui est susceptible d'altérer notre jugement, les choses soient différentes par rapport aux autres décisions importantes que nous prenons.

J'ai bénéficié de la Bourse nationale canadienne Bora Laskin pour la recherche en droits de la personne afin d'étudier l'euthanasie aux Pays-Bas, où l'aide médicale à mourir pour cause de maladie mentale a été légalisée en 2002. Chaque année, seules une ou deux demandes étaient approuvées. Cependant, récemment, à la suite de reportages sur des personnes souffrant de dépression qui ont bénéficié de l'euthanasie, les demandes ont explosé en 2023, avec 138 décès. En 2024, les chiffres ont augmenté de 60 %, avec 7 000 demandes et 219 décès. La plupart des personnes qui sont décédées et qui avaient fait la demande étaient des femmes âgées de moins de 24 ans qui souffraient de dépression et qui vivaient seules.

● (1835)

Alarmés, des psychiatres ont adressé une demande au gouvernement pour qu'il mette fin à cette pratique. Ils ont déclaré qu'introduire l'euthanasie comme option autorisée recadre la suicidalité, la faisant passer d'un symptôme nécessitant une prise en charge à un objectif thérapeutique potentiel, un « plan de traitement » acceptable. Je ne veux pas que cela se produise au Canada.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, monsieur Mishara.

Docteur Sockalingam, vous disposez de cinq minutes.

● (1840)

Dr. Sanjeev Sockalingam (vice-président principal, Éducation et médecin-chef, Centre de toxicomanie et de santé mentale): Monsieur le président, mesdames et messieurs, je vous remercie de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui.

Je m'appelle Sanjeev Sockalingam. Je suis médecin-chef, vice-président principal de l'éducation et scientifique principal au Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale est le plus grand hôpital d'enseignement en santé mentale au Canada et l'un des principaux centres de recherche au monde dans le domaine. De plus, je supervise notre service d'aide médicale à mourir ici, à notre centre.

Au cours des dernières années, le Centre de toxicomanie et de santé mentale a présenté plusieurs mémoires à des comités gouvernementaux sur la maladie mentale et l'aide médicale à mourir. Notre position n'a pas changé: nous sommes préoccupés par l'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale.

Nous tenons à préciser que notre point de vue ne repose pas sur l'idée que les souffrances causées par une maladie mentale ne sont pas comparables à celles causées par une maladie physique. La gravité d'une maladie est subjective et nul doute que, pour certaines personnes, une maladie mentale peut être grave et entraîner des souffrances physiques et psychologiques.

Toutefois, le caractère irrémédiable d'une maladie doit être déterminé de manière objective, sur la base des meilleures données médicales disponibles. Il n'existe actuellement aucun critère établi ni aucun consensus parmi les psychiatres sur la question de savoir si une maladie mentale doit être considérée comme irrémédiable ou à quel moment elle doit l'être. En effet, à l'heure actuelle, aucune donnée dans le domaine de la santé mentale ne nous permet de prédire la trajectoire de la maladie mentale d'une personne ou de déterminer si elle souffre d'une maladie mentale irrémédiable. La question a déjà été débattue. Par conséquent, toute décision établissant qu'une personne souffre d'une maladie mentale irrémédiable aux fins de l'aide médicale à mourir serait intrinsèquement subjective et arbitraire.

Afin de tenter de résoudre ce problème, l'ACP, soit l'Association des psychiatres du Canada, a publié récemment des recommandations cliniques initiales destinées à aider les évaluateurs de l'aide médicale à mourir à déterminer si une personne souffre d'une maladie mentale irrémédiable. Je sais que votre comité en a également discuté. Nous saluons les efforts déployés par l'Association pour clarifier le processus d'évaluation. Toutefois, les recommandations ne répondent pas à notre appel en faveur de la création de lignes directrices résumant les lacunes dans les données probantes. Plus précisément, dans ses recommandations, l'ACP ne propose pas aux évaluateurs de l'aide médicale à mourir des critères fondés sur des données probantes qui pourraient être utilisés pour déterminer la trajectoire de la maladie mentale d'une personne. L'ACP se limite à fournir des recommandations sur la procédure à suivre pour évaluer la maladie mentale d'une personne. Cela laisse les recommandations ouvertes à l'interprétation de chacun et pourrait exposer les personnes atteintes d'une maladie mentale au risque d'avoir accès à l'aide médicale à mourir alors qu'elles ne remplissent pas réellement les critères d'admissibilité.

Le manque de données probantes permettant de déterminer de façon objective que la maladie mentale d'une personne est irrémédiable est la principale raison pour laquelle nous demeurons préoccupés par la possibilité que l'aide médicale à mourir soit élargie aux personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale.

Cette préoccupation est exacerbée par le désaccord qui règne parmi les médecins quant à savoir si l'on peut faire une distinction entre une demande d'aide médicale à mourir et une intention suicidaire, et de quelle manière, ce qui constitue une tâche extrêmement difficile pour les psychiatres. En fait, selon une nouvelle analyse des travaux de recherche, rien n'indique qu'il est possible de différencier de manière fiable les facteurs sous-jacents à une demande d'aide médicale à mourir de ceux sous-jacents à une intention de suicide.

Bien que la première édition des recommandations cliniques sur l'aide médicale à mourir de l'Association des psychiatres du Canada contienne une section sur la gestion du risque suicidaire à toutes les étapes du processus d'aide médicale à mourir, elle ne fournit pas de méthodes qui aideraient les cliniciens à déterminer si la demande d'aide médicale à mourir résulte d'une détresse aiguë, d'un symptôme d'un trouble mental...

Le coprésident (Marcus Powlowski): Je suis désolé, docteur Sockalingam, mais je crois qu'il y a un problème du côté de l'interprétation.

[Français]

L'hon. Greg Fergus (Hull—Aylmer, Lib.): Oui, monsieur le président. J'aimerais que le témoin ralentisse un peu, parce que les interprètes ont de la difficulté à suivre le rythme.

[Traduction]

Le coprésident (Marcus Powlowski): Pourriez-vous ralentir un peu, s'il vous plaît, docteur Sockalingam?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Je suis désolé. Je vais ralentir un peu.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci. Nous vous accorderons quelques secondes supplémentaires à la fin.

Dr. Sanjeev Sockalingam: Merci. Voulez-vous que je résume le dernier paragraphe? Est-ce que ce serait utile? D'accord.

Comme je le disais, la recherche n'a mis au jour aucun élément pouvant indiquer qu'il est possible de faire une distinction fiable entre les facteurs à l'origine d'une demande d'aide médicale à mourir et ceux incitant une personne à songer au suicide. Bien que les lignes directrices cliniques de l'Association des psychiatres du Canada comprennent une section sur la gestion du risque de suicide à toutes les étapes du processus d'aide médicale à mourir, elles ne fournissent aucun moyen concret pour aider les cliniciens à déterminer si la demande est attribuable à une détresse aiguë, à un symptôme d'un trouble mental ou à un désir persistant de mourir.

Le dernier point est de la plus haute importance si l'on veut étendre l'aide médicale à mourir aux personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est la maladie mentale. Il concerne l'état des soins de santé mentale au Canada. Tout indique que les soins en santé mentale ont été et continuent d'être considérablement sous-financés par rapport aux soins de santé physique dans notre pays, ce qui fait qu'il est difficile pour les gens d'obtenir des soins adéquats au moment et à l'endroit où ils en ont besoin.

La demande de soins continue d'augmenter, mais la capacité de service n'en fait pas autant. Un Canadien sur trois déclare que ses besoins en matière de soins en santé mentale ne sont pas satisfaits ou ne le sont que partiellement. En Ontario seulement, les volumes de service en santé mentale ont augmenté de 66 % au cours des quatre dernières années. L'accès aux traitements en santé mentale demeure également inéquitable. C'est pourquoi il faut accorder la priorité à l'investissement dans les soins et le soutien en santé mentale avant d'envisager la mise en œuvre d'une voie d'accès à l'aide médicale à mourir.

En résumé, ce n'est que lorsque nous disposerons de critères fondés sur des données probantes et s'appuyant sur un consensus pour déterminer le caractère irrémédiable de la maladie mentale d'une personne et pour faire la distinction entre une demande d'aide médicale à mourir et des visées suicidaires — et seulement lorsque de tels critères pourront être intégrés à un système de santé mentale bien doté en ressources — qu'il sera possible d'offrir des services d'aide médicale à mourir sûrs, adéquats et équitables aux personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est la maladie mentale. C'est pourquoi notre centre recommande que le gouvernement fédéral reporte indéfiniment l'élargissement de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir à ces personnes.

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale est heureux d'offrir son expertise au gouvernement, notamment en lui faisant part de sa récente synthèse des données probantes sur l'irrémédiable, le suicide et l'aide médicale à mourir, ainsi que des lacunes dans la base de données probantes, lorsqu'elles sont disponibles.

Merci.

• (1845)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Permettez-moi de dire que si vous voulez nous soumettre cette synthèse, je pense que nous serions heureux de la recevoir.

Nous passons maintenant à notre première série de questions, avec M. Lawton, du Parti conservateur, pour une période de cinq minutes.

Andrew Lawton (Elgin—St. Thomas—London-Sud, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie nos invités de leurs témoignages fascinants et bien étayés.

Je vais consacrer mon temps de parole à vous poser des questions, docteur Sockalingam. Je tiens à revenir sur votre conclusion. Votre position, ou plutôt celle du Centre de toxicomanie et de santé mentale, est que nous devrions retarder indéfiniment l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux cas où la maladie mentale est le seul critère sous-jacent. Est-ce exact?

Dr. Sanjeev Sockalingam: C'est exact.

Andrew Lawton: Nous avons entendu des témoignages — de psychiatres en grande majorité — qui nous ont indiqué, tout comme vous venez de le faire, qu'il n'existe pas de moyen fiable de faire la distinction entre les idées suicidaires en tant que symptôme d'une maladie mentale et une demande d'aide médicale à mourir formulée de bonne foi. On nous a aussi dit qu'il était impossible d'élaborer un cadre normalisé pour évaluer l'irrémediabilité de la maladie mentale.

D'après votre expérience, diriez-vous que nous ne serons jamais aussi près de dégager un consensus sur ces questions parmi les professionnels de la santé mentale?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Je dirais que oui. Encore une fois, nous avons fait nos propres évaluations au sein de notre établissement, et ce sont les principales préoccupations qui en sont ressorties.

Je réitérerais que c'est attribuable au manque de données probantes pouvant nous permettre d'établir la distinction entre l'intention de se suicider et une demande d'aide médicale à mourir. De plus, comme vous l'avez expliqué, notre capacité de prédire l'irrémediabilité est considérablement limitée, compte tenu de la variabilité des diagnostics, de la diversité dans l'accès aux soins en fonction de la région géographique ou des facteurs sociodémographiques, mais aussi de la difficulté à prédire les réponses aux traitements.

Andrew Lawton: De toute évidence, il peut être très difficile de dégager un consensus autour d'un sujet aussi délicat, mais nous avons en fait suffisamment de voix s'opposant à ce que l'on procède maintenant à un tel assouplissement.

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale a indiqué que 2024 était trop tôt, et le gouvernement a reporté le tout, deux fois plutôt qu'une. Voici que nous nous retrouvons encore une fois aujourd'hui avec un report jusqu'en 2027. Vous nous dites que nous devrions repousser cela indéfiniment. Êtes-vous d'avis que ces questions ne pourront jamais être résolues? Devrions-nous envisager de renoncer pour de bon à cette pratique, mettre fin à ces reports incessants et simplement constater que cela ne pourra jamais fonctionner?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Vous me demandez de faire des pronostics sur la recherche scientifique en matière de santé mentale. Je ne pense pas pouvoir dire avec certitude à partir de quel moment nous pourrions véritablement articuler des solutions claires à l'égard des principaux obstacles, comme la question du caractère irrémediable.

En ce qui concerne l'irrémediabilité, je dirais que nous n'avons pas suffisamment d'éléments probants pour établir un pronostic. Il y a encore des débats sur la différenciation des diagnostics entre les psychiatres, et l'évaluation... Tant que nous n'aurons pas de recherches solides nous permettant de cerner les trajectoires et les biomarqueurs des personnes touchées et d'améliorer nos outils de diagnostic et d'évaluation clinique, la perspective de fournir des mesures de protection pour l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale demeurera très restreinte. Nous suggérons de repousser

le tout pour de bon parce qu'il faudra beaucoup de temps pour que les différents éléments probants soient établis de façon stable et sécuritaire.

Je ne pense pas que le fait de remettre encore les choses — trois ans de plus, comme vous l'avez indiqué — fera une grande différence, parce que nous devons investir considérablement dans la recherche.

● (1850)

Andrew Lawton: Merci.

Certains des témoignages que nous avons entendus provenaient de gens qui, contrairement à vous, ne sont pas présents en première ligne pour traiter des patients atteints de maladies mentales graves. Certains témoins nous ont présenté davantage les choses sous l'angle de la théorie juridique, en faisant valoir que nous ne pouvions pas faire de distinction entre la maladie physique et la maladie mentale.

Dans son mémoire de 2023, le Centre de toxicomanie et de santé mentale a déclaré que les soins de santé pour la maladie mentale ne sont pas comparables aux soins pour les maladies physiques. Je ne déduis pas de cela que les deux sont inégaux sur le plan moral. Il y a plutôt des différences importantes sur le plan pratique.

Dans les 30 secondes qu'il me reste, pourriez-vous nous en dire plus à ce sujet dans ce contexte?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Je serai très bref.

Pour certains problèmes de santé physique, il y a des marqueurs de diagnostic et des tests en laboratoire que nous pouvons faire pour confirmer un diagnostic et prédire la manière dont une personne réagira aux traitements.

Nous n'en sommes pas là en ce qui concerne la santé mentale. Pour la maladie mentale, les difficultés se manifestent davantage dans les différences quant à l'accès aux traitements, de telles iniquités étant probablement plus répandues, compte tenu de la nature de la maladie et des facteurs sociaux et démographiques qui entrent en jeu.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, monsieur Lawton.

Nous passons maintenant à Mme Tesser Derksen pour une période de cinq minutes.

Kristina Tesser Derksen (Milton-Est—Halton Hills-Sud, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci beaucoup aux témoins qui sont des nôtres aujourd'hui.

J'aimerais revenir sur ce que disait le Dr Sockalingam au sujet du guide de l'Association canadienne des psychiatres dont j'ai pris connaissance.

Je veux parler en particulier de la section 2, « Recommandations cliniques pour l'évaluation et la gestion du risque suicidaire chez le demandeur ». J'ai noté ici un extrait de ce document.

On peut y lire ceci:

Les pays qui autorisent l'aide médicale à mourir pour les personnes dont le seul problème médical sous-jacent est un trouble mental ont constaté que la plupart des demandeurs ont des antécédents d'idéation suicidaire et/ou de tentatives de suicide. Toutefois, la présence de ces antécédents n'empêche pas le demandeur d'être admissible.

J'aimerais connaître votre avis, docteur Sockalingam. Vous en avez parlé un peu. Ma question est la suivante: les cliniciens et les pourvoyeurs de soins ont-ils les outils nécessaires pour effectuer ces évaluations avec un degré suffisant de précision, en particulier dans un contexte où il y a des antécédents suicidaires?

Dr. Sanjeev Sockalingam: C'est une excellente question.

Une grande partie de notre évaluation vise à faire la rétrospective des problèmes de santé mentale et à établir un pronostic en conséquence. Du point de vue des tentatives de suicide passées ou des idées suicidaires, je pense qu'il est difficile de faire la part des choses entre une demande légitime d'aide médicale à mourir et une démarche découlant d'une intention suicidaire, étant donné qu'il s'agit d'une caractéristique intrinsèque à certaines des principales maladies mentales, comme la dépression. Les taux de suicide sont élevés chez les patients schizophrènes ou atteints d'une maladie psychotique.

Je dirais qu'il n'est pas évident pour nous de tirer tout cela au clair en première ligne, en déterminant si la demande d'aide médicale à mourir d'une personne est liée à une intention de suicide passée ou à des tendances suicidaires actuelles. C'est vraiment difficile en première ligne, et cela est confirmé par l'expérience dans nos milieux cliniques.

Kristina Tesser Derksen: Je vous remercie.

Vous avez mentionné que, pour ce qui est de déterminer le caractère irrémédiable ou de faire la part des choses entre une question de suicidalité et une demande plus raisonnable, la recherche n'est pas encore terminée.

Y a-t-il des travaux en cours? Y a-t-il un plan? Les chercheurs s'intéressent-ils à ces biomarqueurs et à d'autres éléments? Dans quelle mesure la recherche est-elle avancée à l'heure actuelle? Est-ce quelque chose que nous ne verrons pas aboutir avant des décennies?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Cela nous ramène un peu à la question précédente. Je pense que nous avons une idée des enjeux sur lesquels la recherche devrait porter. Nous continuons de demander plus de financement et de ressources pour faire progresser ces recherches, mais elles en sont encore à l'étape préliminaire, en attendant un déploiement à grande échelle dans la pratique clinique. C'est en raison du temps nécessaire pour que ces recherches soient menées à terme que nous recommandons de suspendre indéfiniment cette initiative.

Kristina Tesser Derksen: Vous avez parlé de financement. Souvent, certaines de ces discussions se résument à cela. Il a été particulièrement important pour le Comité de déterminer si les provinces et les territoires sont prêts à offrir ces services et à procéder aux évaluations requises lorsqu'ils ont la capacité de le faire. Sur cette base, le financement mis à part, avez-vous constaté une volonté chez les provinces et les territoires, y compris l'Ontario, où vous avez de l'expérience, de s'attaquer à ce problème, ou est-on encore loin de la mise en œuvre des systèmes et des lignes directrices nécessaires pour que les cliniciens et les fournisseurs puissent prendre des décisions adéquates?

• (1855)

Dr. Sanjeev Sockalingam: Parlez-vous de décisions adéquates concernant l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale?

Kristina Tesser Derksen: Oui.

Dr. Sanjeev Sockalingam: J'ai coprésidé notre comité provincial qui s'est penché sur cette question en réunissant notre gouvernement, le Centre d'excellence en santé mentale et en toxicomanie et un réseau local regroupant nos principaux hôpitaux. Il y a quelques années, nous avons exprimé nos préoccupations concernant la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de maladie mentale alors qu'il y avait une forte probabilité que cela se concrétise, ou tout au moins de fortes pressions en ce sens. Nous préconisons vivement le déploiement de mesures de protection et de ressources, compte tenu de ces inquiétudes que j'exprime encore aujourd'hui. Il n'y avait pas de volonté de fournir les ressources nécessaires à cette fin.

Nous craignons notamment que cette éventuelle voie d'accès puisse devenir un moyen pour les gens de contourner les longues listes d'attente pour un traitement en santé mentale afin d'obtenir une évaluation. Dans certains cas, on aurait droit à cette évaluation plus rapidement que les autres patients en santé mentale qui doivent parfois attendre des années pour une évaluation et un traitement. Nous devons vraiment réfléchir aux pressions qui s'exercent sur notre système de soins de santé. Comment pouvons-nous accorder la priorité à une initiative semblable, plutôt que de mettre en place et fournir des traitements efficaces contre la dépression résistante au traitement, par exemple, qui présente vraiment un caractère irrémédiable? Voilà le genre de considérations éthiques, mais aussi financières, que nous devons prendre en compte au sein du système.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

[Français]

Madame DeBellefeuille, vous avez la parole pour cinq minutes.

Claude DeBellefeuille (Beauharnois—Salaberry—Soulanges—Huntingdon, BQ): Merci beaucoup, monsieur le président.

Mes questions s'adresseront à vous, monsieur Mishara. J'imagine que vous allez comprendre un peu ce que j'essaie d'exprimer.

Si j'ai une maladie chronique, incurable et persistante, je peux faire le choix de mourir en toute dignité en demandant l'aide médicale à mourir. Si je reçois un diagnostic de démence ou de maladie d'Alzheimer et que je suis Québécoise, je peux rédiger mes demandes anticipées pour demeurer et mourir dans la dignité, plutôt que dans un CHSLD, en ne reconnaissant pas mon mari et mes enfants, en étant incontinente et en ayant une très mauvaise qualité de vie, même dans un milieu très encadré comme un CHSLD. J'ai le droit de choisir ça, la loi me le permet.

Cependant, si je suis schizophrène, que je bénéficie des services d'un psychiatre, que je suis bien médicamentée, que je bénéficie d'un suivi intensif en santé mentale de la part de mon CLSC, que mes proches sont à côté de moi et que, malgré tout ça, je souffre depuis de nombreuses années, j'arrive à la conclusion que je n'ai pas les mêmes droits que les autres citoyens qui sont dans une situation de souffrance, parce que les psychiatres et les médecins ne s'entendent pas sur un cadre clair pour déterminer si ma guérison est encore probable et s'il y a encore des essais à faire pour que je puisse moins souffrir.

Ce qui me dérange, monsieur Mishara, c'est qu'on crée des catégories de citoyens qui n'ont pas les mêmes droits. Je comprends qu'il est plus difficile de décider si une personne, selon ses antécédents, peut obtenir l'aide médicale à mourir si son seul problème de santé sous-jacent est son trouble de santé mentale. Cependant, il y a des personnes, au moment où on se parle, qui pourraient l'obtenir, parce qu'elles répondent à tous les critères, mais qui n'ont pas le même droit que les autres. Ça, ça me dérange.

Qu'est-ce que vous pouvez me dire pour essayer de me convaincre que ces personnes ne sont pas discriminées?

Brian Mishara: Ce n'est pas vrai qu'il n'y a pas de recherches, actuellement. Il y a plein de recherches, mais toutes les recherches jusqu'à maintenant indiquent que personne n'est capable d'affirmer que, dans six mois ou un an, ou avec un autre traitement, cette personne ne va pas être bien contente d'être en vie. De plus, étant donné l'accès très difficile aux traitements en santé mentale, on a une obligation de tout faire en matière de prévention du suicide. Toute personne qui fait une tentative de suicide pense exactement comme la personne que vous décrivez. La personne pense qu'elle ne peut pas continuer à supporter sa souffrance, que la mort est la seule façon d'y mettre fin et qu'il n'y a rien à faire. Cependant, on est presque toujours capable de prévenir des suicides.

• (1900)

Claude DeBellefeuille: Je ne vous parle pas de cas de suicide, je vous parle d'une personne atteinte de schizophrénie, par exemple, qui consulte depuis 25 ans, qui est médicamentée et qui est bien entourée. Comme législatrice, je me sens mal de ne pas tenir compte de sa volonté et de ne pas l'écouter quand elle dit qu'elle en a assez et qu'elle souffre tous les jours, malgré toute l'aide qu'elle reçoit. Je me demande quoi répondre à ces gens.

Brian Mishara: Cette personne a besoin qu'on lui dise qu'on va tout faire pour l'aider. Cette personne a besoin d'avoir accès aux bons services de diagnostic et aux bons traitements...

Claude DeBellefeuille: Excusez-moi de vous interrompre, mais je dispose de cinq minutes seulement.

Vous tenez certaines choses pour acquis. J'ai moi-même reçu, à mon bureau, des personnes qui avaient consulté et qui avaient bénéficié d'un suivi intensif en santé mentale pendant 20 ou 25 ans, mais qui demeuraient souffrantes. Pourquoi n'autorise-t-on pas ces personnes à être considérées comme des personnes à part entière qui peuvent faire leurs propres choix, des choix qui les regardent?

Quand ça fait 25 ans qu'une personne est traitée par un psychiatre, qu'elle prend des médicaments, qu'elle bénéficie d'un suivi intensif à domicile, qu'elle a des proches qui l'entourent et qu'elle demeure dans la souffrance, quels mots d'espoir puis-je donner à cette personne pour l'avenir?

Brian Mishara: Cette personne pourrait parler à plusieurs personnes qui ont témoigné devant une commission parlementaire, au Québec, avant que le Québec décide de ne pas permettre l'aide médicale à mourir pour les personnes qui souffrent seulement d'une maladie mentale. On a entendu des témoignages d'individus qui étaient exactement dans la situation que vous décrivez. Ils ont dit au comité que, si l'aide médicale à mourir avait été accessible aux gens ayant un problème de santé mentale, ils seraient morts, parce qu'ils répondaient à toutes les exigences trois ans auparavant. Ils ont dit qu'ils étaient maintenant bien contents d'être en vie et qu'ils avaient eu de bons traitements.

Si on pouvait prédire qui sera content d'être en vie dans un an ou deux et qui continuera à souffrir, ce serait différent. Cependant, jusqu'à maintenant, toutes les recherches indiquent que ce n'est pas le cas. Même les recherches sur la schizophrénie indiquent que les symptômes diminuent en vieillissant.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci beaucoup.

Sénateur Dalphond, vous avez la parole pour trois minutes.

L'hon. Pierre Dalphond (sénateur, Québec (De Lorimier), GSI): Bonsoir.

Je remercie les témoins d'être avec nous.

Professeur Mishara, vous avez terminé votre présentation en mentionnant certaines données sur les Pays-Bas. Vous avez parlé d'une croissance exponentielle après un, deux, trois ou quatre cas par année. Maintenant, il y a peut-être des nombres beaucoup plus importants. Pourriez-vous nous donner plus de détails et fournir au Comité la source de vos informations?

Brian Mishara: Je vous ferai parvenir les sources.

Aux Pays-Bas, il y a un long processus d'évaluation. Des fois, ça dure jusqu'à deux ans. Ils acceptent 3 % des demandes, et même ça, c'est controversé.

Cela dit, il y a un phénomène lié au suicide qui est bien démontré depuis longtemps et qui s'appelle l'effet Werther. Il tire son nom du livre de Goethe qui s'intitule *Les souffrances du jeune Werther*. Quand ce livre a été publié il y a plus de 200 ans, il y a eu une épidémie de suicides en Europe, dans tous les pays où le livre avait été publié. C'étaient de jeunes personnes qui...

• (1905)

L'hon. Pierre Dalphond: Excusez-moi, professeur Mishara, mais le temps file. J'aimerais que vous reveniez aux données dont vous avez parlé.

Brian Mishara: D'accord.

L'hon. Pierre Dalphond: Je comprends le phénomène, je veux juste que vous nous parliez concrètement de l'expérience des Pays-Bas.

Brian Mishara: D'accord.

À cause de ce phénomène, lorsqu'on fait de la publicité sur une méthode de suicide dans un pays donné, le nombre de suicides augmente chez les personnes atteintes de maladies mentales, qui sont particulièrement vulnérables et qui utilisent cette méthode. Ce n'est pas seulement un effet de substitution; ce sont des personnes qui ne seraient pas mortes s'il n'y avait pas eu cette publicité.

Ce qui s'est passé, c'est qu'il y avait des photos et des descriptions du cas d'une jeune femme qui avait reçu l'aide médicale à mourir pour une dépression, et, comme on avait publicisé des suicides dans le métro de Montréal, sur le pont Jacques-Cartier ou dans le métro de Vienne...

L'hon. Pierre Dalphond: Encore une fois, pouvez-vous nous donner les chiffres et l'âge des personnes? Les chiffres augmentent et l'âge diminue...

Brian Mishara: Subitement, au lieu d'un...

L'hon. Pierre Dalphond: Il vous reste 15 à 20 secondes.

Brian Mishara: D'accord. Selon les chiffres que j'ai donnés, en un an, le nombre de morts est passé de 2 à 138. L'année d'après, il y en a eu 219.

L'hon. Pierre Dalphond: Avez-vous dit que certaines personnes étaient jeunes?

Brian Mishara: La majorité des personnes qui ont fait ces demandes étaient des femmes vivant seules qui avaient reçu un diagnostic de dépression clinique.

Le message qu'on envoie aux personnes suicidaires, c'est que c'est une façon de traiter leur dépression.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Nous vous serions reconnaissants de nous envoyer cette étude.

[Traduction]

La parole est maintenant à la sénatrice Moodie pour une période de trois minutes.

L'hon. Rosemary Moodie (sénatrice, Ontario, GSI): Merci, monsieur le président.

Monsieur Mishara, je dois revenir sur un point, car ce que j'entends me laisse perplexe. J'aimerais vous présenter un scénario.

Le Comité a entendu des témoignages suivant lesquels, ici au Canada, nous ne devrions pas permettre aux personnes dont la maladie mentale est le seul problème de santé d'avoir accès à l'aide médicale à mourir. Cela s'applique même lorsqu'elles souffrent de façon intolérable, même si elles satisfont aux critères établis et même si elles souhaitent mettre fin à leurs jours et le feraient et le feront si elles n'ont pas accès à l'aide médicale à mourir.

Partagez-vous ce point de vue, monsieur Mishara?

Brian Mishara: Je ne partage pas du tout ce point de vue.

J'ai passé ma vie à travailler dans le domaine de la prévention du suicide. J'ai mis sur pied des lignes d'aide dans différents pays ainsi qu'à Montréal. J'ai travaillé...

L'hon. Rosemary Moodie: J'ai une autre question pour vous, monsieur Mishara.

Brian Mishara: J'étais...

L'hon. Rosemary Moodie: Vous aurez l'occasion de répondre.

Êtes-vous d'avis, monsieur Mishara, que les personnes qui souffrent de façon intolérable et pour lesquelles on a tenté toutes les formes de traitement et de soutien recommandées sans parvenir à alléger leurs souffrances, devraient continuer de se prêter à ces traitements qui ont échoué en attendant que les efforts de recherche en viennent à se concrétiser? Êtes-vous d'avis qu'ils doivent continuer à endurer cette souffrance intolérable? Est-ce votre point de vue, monsieur Mishara?

Brian Mishara: Je crois que le traitement de l'idéation suicidaire doit passer, d'abord et avant tout, par la main tendue d'un être humain qui se soucie du patient, qui croit qu'il peut retrouver de l'espoir, quelle que soit la situation désespérée dans laquelle il estime se trouver, et qui s'engage à l'aider à obtenir l'assistance et le soutien dont il a besoin.

Si l'on considère les raisons évoquées par les gens, on constate qu'elles ne sont pas liées aux symptômes de leur maladie. C'est souvent à cause de la solitude, de l'incapacité d'être en relation ou d'avoir un emploi et de la stigmatisation découlant d'une maladie mentale et de ses répercussions. Si vous regardez les rapports sur les motifs pour lesquels les gens demandent l'aide médicale à mourir, et ce, pas nécessairement pour une maladie mentale, il ne s'agit presque jamais de douleur physique. C'est une souffrance morale.

C'est la même souffrance que l'on peut ressentir dans notre société lorsqu'on est aux prises avec une maladie mentale qui nous empêche d'obtenir un bon emploi et qui incite les autres à nous abandonner à notre triste sort.

• (1910)

L'hon. Rosemary Moodie: Je vous remercie.

J'ai une autre question...

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, madame la sénatrice. Vos trois minutes sont écoulées.

Sénatrice Osler, vous avez trois minutes.

L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler (sénatrice, Manitoba, GSC): Merci, monsieur le président.

Je remercie nos deux témoins d'être des nôtres aujourd'hui. Je vais commencer par le Dr Sockalingam, puis m'adresser à M. Mishara s'il reste du temps.

Le Comité a entendu les témoignages de différents experts qui ont exprimé leur point de vue sur ce que les patients devraient faire. Nous avons moins souvent eu l'occasion d'entendre des patients nous faire part de leur expérience vécue, en particulier parmi ceux qui sont en faveur de l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est le seul problème de santé sous-jacent.

J'ai une question à deux volets.

Premièrement, docteur Sockalingam, savez-vous que des personnes ayant une expérience vécue de troubles mentaux ont déclaré publiquement qu'elles étaient prêtes à apporter un point de vue différent de celui des spécialistes qui ont été invités à comparaître devant le Comité?

Deuxièmement, seriez-vous d'accord pour dire qu'en faisant comparaître des personnes ayant une expérience vécue, une diversité de points de vue, d'expériences et d'expertise, le Comité serait mieux à même de s'acquitter de son mandat consistant à formuler des recommandations sur cette question délicate?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Encore une fois, je dirais que, dans le cadre de notre propre parcours au Centre de toxicomanie et de santé mentale aussi bien que dans nos recommandations et nos déclarations, nous avons toujours essayé de consulter l'éventail le plus diversifié possible de patients, y compris des personnes qui ont déclaré, à la lumière de leur vécu, qu'elles étaient en faveur de l'aide médicale à mourir pour cause de maladie mentale.

Ces choses-là ne sont jamais faciles. Dans ce contexte, il ne s'agit pas pour nous de remettre en question la gravité de la maladie, mais plutôt de s'interroger sur son caractère irrémédiable tout en cherchant à déterminer si la personne demande l'aide médicale à mourir en raison de sa maladie mentale ou bien si elle a des intentions suicidaires découlant directement de cette maladie?

Pour répondre à votre question quant à savoir s'il convient de consulter les personnes concernées, je dirais que nous devrions toujours le faire, et que nous avons sans cesse essayé de le faire au Centre de toxicomanie et de santé mentale. Je suis donc en faveur.

Je suis moi-même évaluateur pour l'aide médicale à mourir, et il m'est toujours difficile, en raison du manque d'éléments probants, d'orientation ou d'objectivité, de me sentir à l'aise de prendre une telle décision sans pouvoir prédire l'avenir à long terme d'une personne. C'est ce qui complique les choses.

La réponse est oui; nous devrions entendre une diversité de points de vue.

L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler : Merci.

Ce que je comprends de vos propos, c'est que vous êtes conscient que des personnes ont un vécu et des opinions diverses, et que, au Centre de toxicomanie et de santé mentale, vous avez essayé d'entendre une diversité de points de vue chez vos patients.

Dr. Sanjeev Sockalingam : Tout à fait.

L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler : Monsieur Mishara, je vais vous poser la même question.

Le coprésident (Marcus Powlowski) : Monsieur Mishara, il ne vous reste qu'environ cinq secondes, alors veuillez répondre brièvement.

Brian Mishara : Je comprends à quel point on se soucie de la souffrance, mais je peux dire que la prévention du suicide fonctionne. Toutes les personnes suicidaires à qui j'ai parlé se sentaient exactement comme dans la description donnée, et la plupart d'entre elles ont retrouvé l'espoir.

L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler : Je comprends, et je ne veux pas vous interrompre. Je sais que nous n'avons plus de temps.

Ma question portait sur le fait de centrer les patients...

Le coprésident (Marcus Powlowski) : Merci, sénatrice Osler. Votre temps est écoulé.

Sénateur Wells, vous avez la parole pendant trois minutes.

L'hon. Kristopher Wells, sénateur, Alberta, GPS) : Merci.

Monsieur Mishara, dans votre témoignage précédent devant le Comité en 2022, vous avez déclaré que, « [a]ux Pays-Bas, seulement 5 % des demandes d'aide médicale à mourir pour des troubles mentaux sont approuvées. » Vous avez ajouté que « même dans les cas de maladie en phase terminale, 40 % des demandes sont refusées parce que le médecin croit qu'il existe un traitement pour soulager les souffrances [...], et presque aucune personne dont la demande a été refusée ne réitère sa demande après avoir essayé le traitement. »

Savez-vous si ces statistiques reflètent toujours la situation aux Pays-Bas? Je pense que vous en avez quelque peu parlé. Le cas échéant, cela ne montrerait-il pas que les Pays-Bas se sont dotés d'un solide système de protection pour l'AMM MM-SPMI dont le Canada pourrait s'inspirer?

Brian Mishara : Les statistiques ont légèrement diminué. À l'heure actuelle, 3 % des demandes d'AMM pour cause de maladie mentale sont approuvées. Une clinique reçoit 85 % des demandes et en approuve 13,6 %.

Le problème, c'est que cette situation est en quelque sorte passée sous le radar. Il y a eu quelques cas...

• (1915)

L'hon. Kristopher Wells : Je ne veux pas trop entrer dans les détails. La situation là-bas n'est peut-être pas pertinente pour la nôtre, ici, au Canada.

Je demandais si vous pensez que nous pouvons tirer des leçons de l'expérience néerlandaise — vous avez dit que les demandes d'AMM sont en baisse — pour la situation au Canada.

Brian Mishara : Les statistiques pour les cas de maladie mentale montent en flèche. Le pourcentage approuvé a diminué d'environ

40 %. On en est arrivé au point où il s'agit d'une épidémie, surtout chez les jeunes.

L'hon. Kristopher Wells : Mon temps est limité.

Vous ne pensez pas que le Canada devrait tirer des leçons de l'expérience des Pays-Bas. Est-ce exact?

Brian Mishara : Il y a un danger à offrir l'AMM en cas de maladie mentale, parce que cela envoie le message à une population vulnérable — chez qui, bien souvent, la suicidabilité est un symptôme de la maladie... Le désir de mourir est symptomatique de la maladie, et l'AMM a créé un phénomène où les patients ne se font pas traiter puisqu'elle est considérée comme une solution de rechange au traitement.

L'hon. Kristopher Wells : Dites-vous que le fait de parler d'AMM peut faire boule de neige, puisqu'un nombre croissant de patients en fera la demande?

Brian Mishara : Le fait de montrer le décès par suicide ou par AMM de toute personne atteinte d'une maladie mentale à des personnes vulnérables atteintes d'une maladie mentale qui ont envisagé de se suicider augmentera le nombre de personnes qui mourront ainsi et le nombre de personnes qui ne seraient pas mortes si elles n'avaient pas choisi l'AMM. Ce phénomène se produit lorsqu'on parle d'un suicide sur un pont ou dans le métro, ou d'une personne atteinte d'une maladie mentale...

L'hon. Kristopher Wells : Y a-t-il des recherches qui se penchent précisément sur l'AMM?

Le coprésident (Marcus Powlowski) : Sénateur, vos trois minutes sont écoulées depuis fort...

L'hon. Kristopher Wells : Pourriez-vous nous faire parvenir cette information?

Le coprésident (Marcus Powlowski) : Oui, si vous pouviez nous envoyer toutes ces études hollandaises, comme on l'a déjà mentionné, nous vous en serions reconnaissants.

Brian Mishara : Je n'y manquerai pas.

Le coprésident (Marcus Powlowski) : Nous allons maintenant entamer la deuxième série de questions.

Monsieur Cooper, vous avez trois minutes.

Michael Cooper (St. Albert—Sturgeon River, PCC) : Merci, monsieur le président.

Docteur Sockalingam, à l'instar d'autres psychiatres qui ont comparu devant le Comité, vous avez indiqué que la science ne permet pas de prédire l'évolution future des maladies mentales. Sachant cela, serait-il juste de dire que toute prédiction se résumerait à une simple intuition clinique?

Dr. Sanjeev Sockalingam : À l'heure actuelle, nous fondons toutes nos prédictions sur le jugement clinique. Comme je l'ai déjà dit, des recherches sont en cours depuis plusieurs années pour essayer d'explorer des indicateurs qui nous aideraient à améliorer les pronostics, mais nous sommes loin du compte.

Michael Cooper : Serait-il juste de dire que les psychiatres s'entendent rarement sur l'évolution future des maladies mentales?

Dr. Sanjeev Sockalingam : Je dirais que oui, et c'est même vrai pour les diagnostics en tant que tels. Comme d'autres l'ont souligné, des études montrent — y compris les études de terrain initiales du DSM-5, par exemple — que différents diagnostics sont posés et qu'ils changent au fil du temps.

Michael Cooper: Étant donné qu'il est difficile de prédire l'irrémédiabilité et qu'il n'existe aucune méthode scientifiquement objective de le faire, serait-il juste de dire que, si on élargissait la loi comme il l'est proposé, il y aurait un taux d'erreur élevé? Par conséquent, des personnes qui pourraient se porter mieux et mener une vie saine et heureuse verraient leurs jours se terminer prématurément.

Comme l'a dit le Dr Sonu Gaind, ce serait comme tirer à pile ou face. Arrivez-vous au même constat?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Oui. Nous nous fierions à notre jugement clinique. Si le changement est adopté, il y aura des cas où il aurait été possible de fournir des traitements auxquels les patients n'auront peut-être pas eu accès ou dont ils n'étaient pas au courant. Par ailleurs, il y aura peut-être des cas où la maladie d'une personne aurait pu s'améliorer, mais nos prédictions se seront avérées erronées.

• (1920)

Michael Cooper: Vous avez dit que les recommandations de l'Association des psychiatres du Canada, ou APC, ne fournissent aucun critère scientifique pour prédire l'irrémédiabilité, probablement parce que de tels critères n'existent pas.

Les recommandations de l'APC s'appuient sur la norme de pratique de Santé Canada, qui est cependant rétrospective. Je suppose que vous conviendrez que la norme est insuffisante. Est-ce exact?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Elle est insuffisante.

Je félicite l'APC d'avoir essayé de formuler des recommandations, mais les publications scientifiques et les données probantes sont limitées, et ces dernières sont rétrospectives. L'APC a rédigé un document sur le processus plutôt que des critères ou une évaluation objective.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Monsieur Maloney, vous avez la parole pendant trois minutes.

James Maloney (Etobicoke—Lakeshore, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à nos deux témoins.

Docteur Sockalingam, je vais poursuivre avec vous.

Vous avez dit à un moment donné que tout diagnostic de ce genre est entièrement subjectif dans les cas de maladie mentale. Dans une certaine mesure, faites-vous cette affirmation parce que les symptômes sont subjectifs?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Les symptômes ne sont pas subjectifs, et je ne dirais pas que les diagnostics le sont entièrement. Nous nous servons de critères de diagnostic qui s'appuient sur les symptômes et qui ont évolué au fil du temps.

Nous n'avons pas de marqueurs objectifs. Il n'existe pas de test, et ces marqueurs n'ont pas de limites que pour les diagnostics; ils sont même limités pour les pronostics. Par exemple, dans le cas de certaines maladies neurologiques et de certains cancers, nous pouvons établir des pronostics plus précis quant à savoir qui réagira bien à quel traitement, pendant combien de temps, et quelle sera la durée de la maladie.

James Maloney: Je pense que nous disons la même chose.

Dr. Sanjeev Sockalingam: Oui.

James Maloney: Vous avez simplement été beaucoup plus éloquent que je n'aurais pu l'être.

Lorsque des patients vous consultent, vous ou un autre psychiatre, au sujet d'un problème de santé mentale, vous vous fiez à l'information qu'ils vous transmettent verbalement. Vous pouvez vous servir de certains indicateurs et marqueurs, mais contrairement à un problème de santé physique où on peut se référer à une IRM, une radiographie ou un autre outil semblable, il n'y a pas autant de preuves physiques à votre disposition pour poser un diagnostic.

Est-ce exact?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Oui. Nous avons des données, mais nous n'avons pas d'outils auxquels nous fier pour l'enjeu à l'étude aujourd'hui.

James Maloney: Voilà pourquoi on se retrouve avec les diagnostics contradictoires auxquels M. Cooper faisait allusion. Si un patient a un cancer du poumon en phase terminale et que 10 médecins l'examinent, ils vont tous conclure que le patient souffre d'un cancer du poumon. Si 10 psychiatres examinent un patient souffrant d'un problème de santé mentale, ils poseront différents diagnostics.

Dr. Sanjeev Sockalingam: C'est exact. Nous le voyons dans nos soins cliniques lorsque les patients sont admis dans différents hôpitaux.

James Maloney: Il est très rare que 10 psychiatres soient unanimes. Cela pourrait arriver, mais c'est l'exception, et non la règle.

Est-ce juste?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Oui.

James Maloney: D'accord.

Je veux aborder un autre sujet. Il a beaucoup été question de consensus au Comité, et je pense que l'on confond parfois le consensus éthique et le consensus médical.

Dans mon exemple du cancer du poumon, on parvient à un consensus. S'il y a absence de consensus dans la communauté médicale ou dans le grand public pour déterminer s'il faut offrir ou non l'AMM, c'est essentiellement une question morale et d'éthique. Or, lorsqu'il est question de santé mentale, le consensus auquel on ne peut pas parvenir est le consensus médical.

Est-ce exact?

Dr. Sanjeev Sockalingam: C'est ce à quoi je faisais allusion dans ma déclaration. C'est exact.

Il est question du consensus sur l'irrémédiabilité, et du consensus sur la distinction entre l'intention suicidaire et une demande d'AMM ou un désir persistant de mourir.

James Maloney: Cela m'amène à mon troisième point.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Soyez bref.

James Maloney: D'accord.

Nous débattons de l'égalité des droits à l'AMM pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et pour les personnes ayant des problèmes de santé physique. Tout le monde convient qu'elles devraient avoir les mêmes droits, mais comme il est impossible de poser un diagnostic irréfutable, il est difficile de garantir que ces droits sont sécuritaires pour les patients.

Est-ce juste?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Exactement. C'est une question de sécurité... et je soulignerais simplement l'accessibilité...

James Maloney: « Protection » serait un meilleur mot dans ce contexte.

Dr. Sanjeev Sockalingam: Oui, et l'accessibilité à des traitements efficaces est une autre préoccupation.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, monsieur Maloney.

[Français]

Madame DeBellefeuille, vous avez la parole pour deux minutes.

Claude DeBellefeuille: Merci, monsieur le président.

Professeur Mishara, on convient que ce ne sont pas toutes les personnes dont le seul problème de santé est une maladie mentale qui ont des pensées suicidaires ou qui veulent se suicider. Depuis tantôt, j'ai le sentiment qu'on fait un lien étroit entre un problème de santé mentale et un désir de mettre fin à ses jours. Dans ma pratique, j'ai rencontré des personnes dont le seul problème de santé était une maladie mentale et qui ne pensaient pas au suicide. Ils veulent que leur souffrance s'arrête, ils veulent un bon traitement et ils veulent recevoir de bons soins. Ce n'est donc pas nécessairement une relation de cause à effet.

Parfois, j'ai l'impression que, pour empêcher que l'aide médicale à mourir soit offerte aux personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale, on relie automatiquement la maladie mentale au suicide. Est-ce que j'ai tort de penser que ce ne sont pas toutes les personnes ayant un problème de santé mentale qui pensent au suicide?

Est-il normal qu'une personne qui a tenté plusieurs choses, qui a suivi des traitements, qui a écouté son psychiatre et qui a pris ses médicaments puisse avoir le choix de mourir dans la dignité?

Ce n'est pas la même chose, professeur Mishara. On semble confondre beaucoup de choses et faire des liens qui m'apparaissent un peu étroits.

• (1925)

Brian Mishara: Excusez-moi, mais je vais encore mettre mon chapeau de chercheur. Les recherches indiquent qu'au Canada, plus de 90 % des personnes qui meurent par suicide ont reçu ou auraient pu recevoir un diagnostic de maladie mentale.

Claude DeBellefeuille: Donc, il y a 10 % des personnes qui n'ont pas de maladie mentale et qui ont des droits.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci beaucoup, madame DeBellefeuille.

[Traduction]

Sénatrice Osler, nous vous écoutons pendant deux minutes.

L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler : Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à M. Mishara.

Convenez-vous qu'un comité parlementaire chargé de formuler des recommandations sur cette question importante et complexe devrait voir comparaître devant lui non seulement tous les experts pertinents, mais aussi des patients...

Andrew Lawton: J'invoque le Règlement.

Monsieur le président, je m'appuie sur le chapitre 20 de *La procédure et les usages de la Chambre des communes*. Le Comité a

établi, grâce au travail du Sous-comité, un plan très solide, qui inclut des personnes ayant une expérience vécue. Le mandat de ce comité n'est pas d'examiner la structure des comités parlementaires ou de demander à des témoins de se prononcer sur cette structure. Or, la sénatrice est en train de consacrer sa deuxième intervention à ce sujet.

La question dépasse la portée du sujet à l'étude, en plus de présenter sous un faux jour les faits qui sous-tendent le fonctionnement du Comité.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Je dirais — et le président a un certain pouvoir discrétionnaire à cet égard — que l'angle de la question est vaguement lié au sujet à l'étude. Il lui reste une minute et 35 secondes. Je ne pense pas qu'il soit exagéré de la laisser poser une question.

L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler : Merci, monsieur le président.

Pour faire court, monsieur Mishara, et pour vous donner le plus de temps possible pour répondre, pouvez-vous nous décrire, d'après votre expérience de chercheur, la pertinence d'écouter des patients ayant vécu diverses expériences?

Brian Mishara: Leurs récits nous aident certainement à mieux comprendre la façon de procéder et à mieux aider les patients. Leurs témoignages nous renseignent sur l'intégralité de leur vie et sur toutes les complications qu'ils ont connues et qui sont associées à leur souffrance.

Je conviens que la souffrance d'une personne atteinte d'une maladie mentale peut être tout aussi aiguë ou pire que celle d'une personne atteinte d'une maladie physique, mais ce n'est pas à cause des symptômes. Ces patients souffrent habituellement en raison de toute une série de circonstances qui vont de pair avec la maladie mentale — comme les frustrations et l'obtention d'aide, notamment.

Leur situation est plus compliquée, parce que l'un des symptômes de la dépression dans de nombreux diagnostics est le désespoir. C'est un symptôme de la maladie, alors même si les perspectives d'avenir semblent bonnes, le patient pense qu'il n'y a pas d'espoir et se dit: « Je ne me sentirai jamais mieux. » Ces pensées sont liées à la maladie, qui n'est pas traitée correctement à ce moment-là. Ce débat peut certainement mettre en lumière des éléments qui s'éloignent un peu des discussions scientifiques techniques: comment la société peut-elle mieux venir en aide aux personnes atteintes d'une maladie mentale afin qu'elles ne s'enfoncent pas dans un tel désespoir?

Ce n'est pas seulement une question liée aux traitements en santé mentale, qui sont très difficiles à obtenir au Canada. Cela nous ramène aussi à tous les autres pans de la vie d'une personne atteinte d'une maladie mentale qui influencent profondément sa capacité à vivre dans le bonheur au Canada malgré sa maladie.

• (1930)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, monsieur Mishara.

Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC): J'invoque moi aussi le Règlement, juste avant que nous poursuivions.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Nous écoutons votre rappel au Règlement.

Tamara Jansen: Je tiens simplement à rectifier le compte rendu.

Hier soir, nous avons reçu un témoin qui avait une expérience vécue, alors nous devons rectifier le compte rendu à la suite des propos que la sénatrice vient de tenir.

Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Je prends note de votre remarque.

Sénateur Wells, vous avez deux minutes.

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Ma question s'adresse au Dr Sockalingam.

Étant donné que la Société canadienne de psychologie n'a pas été invitée à comparaître devant le Comité pour discuter de ses recommandations, j'aimerais vous poser la question suivante: que fait le Centre de toxicomanie et de santé mentale pour élaborer des marqueurs objectifs permettant de déterminer l'état de santé mentale requis?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Je vais scinder ma réponse en quelques volets. Premièrement, l'un des examens cités a été mené par le Centre de toxicomanie et de santé mentale. Puis, le récent examen est en cours de publication et porte sur la difficulté de faire la distinction entre les tendances suicidaires et les demandes d'AMM. Nous avons, parmi nos différents projets, entrepris ces examens au cours des dernières années. Nous avons réalisé un autre examen et une autre synthèse des recherches sur l'irrémediabilité; nous nous en sommes inspirés pour notre déclaration.

Deuxièmement, je souligne que notre hôpital en est un de recherche universitaire. Nous menons de nombreuses études, notamment sur les jeunes en les suivant au fil du temps pour examiner les trajectoires des personnes et distinguer les maladies. En outre, nous nous penchons sur les soins plus personnalisés pour évaluer les réactions aux traitements.

Enfin, pas plus tard qu'hier, nous avons publié un article sur les traitements contre la dépression pour les personnes résistant aux autres traitements et sur ce qui peut être efficace pour ces patients. Nous allons poursuivre ces recherches et ces efforts pour élaborer des options de traitement pour les patients chez qui bon nombre de nos formes de traitement traditionnelles ont été infructueuses.

L'hon. Kristopher Wells: Docteur Sockalingam, dans un article du *New York Times* publié en 2023, vous avez dit que le Centre de toxicomanie et de santé mentale avait clairement exprimé ses préoccupations quant à l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale.

D'après votre témoignage d'aujourd'hui, pensez-vous toujours que nous ne sommes pas prêts pour cet élargissement? Si oui, pensez-vous que le Canada sera un jour prêt?

Dr. Sanjeev Sockalingam: Je vais simplement répéter ce que j'ai dit. Je ne pense pas que nous soyons prêts à l'heure actuelle, et je ne pense pas que nous le serons dans un avenir prévisible, pour être honnête, parce que nous devons faire plus de recherches, recueillir des données probantes et faire évoluer notre approche en matière d'évaluation et de traitement de la santé mentale, tant pour les personnes que pour le système dans son ensemble. Est-ce que je le dirai un jour? Je n'irai pas aussi loin. Je dis que nous ne pouvons pas prédire l'évolution de la maladie mentale. Je ne vais pas prédire l'avenir de la recherche psychiatrique.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, docteur Sockalingam et monsieur Mishara, pour vos précieux témoignages. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir été avec nous ce soir.

Sur ce, nous allons suspendre la séance et attendre l'arrivée du prochain groupe de témoins.

● (1930)

(Pause)

● (1935)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Nous reprenons nos travaux.

Permettez-moi de présenter les témoins de la deuxième partie de la réunion. Nous avons avec nous dans la salle M. Neil Belanger, qui est le directeur général d'Indigenous Disability Canada. Nous accueillons également le professeur Rod McCormick, qui se joint à nous avec Zoom.

Monsieur McCormick, vous êtes ici à titre personnel. Est-ce exact?

Roderick McCormick (professeur, à titre personnel): C'est exact.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Nous pourrions peut-être commencer par M. Belanger, qui est dans la salle.

Vous disposez de cinq minutes. Lorsqu'il restera environ 30 secondes, je montrerai le papier et, comme nous en avons discuté, vous pourrez dépasser un peu le temps imparti.

Neil Belanger (directeur général, Indigenous Disability Canada): Merci, monsieur le président.

Merci...

L'hon. Rosemary Moodie: J'invoque le Règlement.

Monsieur le président, pouvons-nous en apprendre un peu plus sur notre témoin? Nous avons devant nous un professeur. Y a-t-il autre chose que vous pouvez nous dire au sujet de cet estimé témoin qui est devant nous? Ce n'est pas mon travail.

Le coprésident (Marcus Powlowski): M. Belanger est le directeur général d'Indigenous Disability Canada. Est-ce de cela que vous parlez?

L'hon. Rosemary Moodie: Oui.

Le coprésident (Marcus Powlowski): C'est tout ce que je sais au sujet de M. Belanger. Si M. Belanger souhaite ajouter quelques observations au sujet de sa biographie, cela se fera au détriment d'autres parties de son discours.

L'hon. Rosemary Moodie: Pouvez-vous le demander, monsieur le président?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Non. C'est son temps de parole. Ces cinq minutes lui appartiennent, et il peut en faire ce qu'il veut.

Ce sont vos cinq minutes; ce n'est pas le moment pour la sénatrice de poser des questions.

Neil Belanger: Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Elle pourra poser des questions pendant les trois minutes qui lui sont accordées.

Neil Belanger: Je remercie encore une fois les membres du Comité de m'avoir invité.

Je m'appelle Neil Belanger. Je suis membre du clan Lax Seel de la maison des Nikateen au sein de la nation Gitksan. Je suis également le directeur général d'Indigenous Disability Canada, ou IDC, une organisation autochtone nationale qui offre du soutien et des services liés aux handicaps partout au Canada depuis 35 ans.

Avant de commencer, j'aimerais saluer et remercier le peuple algonquin anishinabe, sur le territoire duquel nous nous réunissons aujourd'hui.

IDC était l'organisation principale qui travaillait avec plus de 55 groupes nationaux de personnes handicapées à la deuxième et à la troisième révisions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. À la suite de cet examen, le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies a recommandé au Canada, en vertu de l'article 10, qui porte sur le droit à la vie, d'abroger la voie 2 de l'aide médicale à mourir, y compris la disposition visant à étendre l'aide médicale à mourir aux personnes dont « le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale ». À ce jour, malgré le fait qu'un an se soit écoulé, le Canada n'a pas réagi.

IDC travaille au quotidien avec des personnes et des familles de partout au Canada en situation de handicap, y compris celles qui souffrent de maladie mentale. Notre travail consiste à les aider à obtenir le soutien et les services nécessaires en matière d'invalidité et de santé. Nous voulons veiller à ce que les personnes et les familles puissent bien vivre et à ce que l'on réponde à leur handicap et à leurs besoins en matière de santé.

IDC travaille avec des milliers de personnes chaque année, y compris celles dont la demande d'aide médicale à mourir de la voie 2 a été approuvée, celles qui en ont fait la demande et celles qui envisagent de la demander.

Parmi les personnes avec lesquelles nous avons travaillé, il y a des personnes sourdes dont la demande d'aide médicale à mourir de la voie 2 a été approuvée. Elles ont demandé l'aide médicale à mourir uniquement parce qu'on leur a refusé l'accès à la technologie et aux mesures d'adaptation pour les personnes handicapées dans le système correctionnel. Ce refus les a empêchées de participer à des séances et à des activités de groupe ou de communiquer avec leurs représentants juridiques, ce qui a entraîné un stress mental et un isolement accru, et a érodé leur volonté de continuer.

D'autres personnes avec lesquelles IDC a travaillé et travaille actuellement ont fait part de leur intention de demander l'aide médicale à mourir en raison de logements inadéquats, de la discrimination et du racisme subis dans les soins de santé, et du manque général de services et de soutien aux personnes handicapées à la plupart des niveaux — ou des services inadéquats —, ce qui a eu une grande incidence sur leur santé mentale et leur désir de vivre.

IDC a été en contact avec des personnes dont la demande d'aide médicale à mourir de la voie 2 a été approuvée, mais qui n'ont pas reçu d'aide pour obtenir leur crédit d'impôt pour personnes handicapées, ou CIPH. Le CIPH est une prestation qui ouvre la voie à d'autres prestations, y compris le régime enregistré d'épargne-invalidité, la prestation canadienne pour les personnes handicapées, le supplément pour personnes handicapées de l'Allocation canadienne pour les travailleurs et le Régime canadien de soins dentaires, etc. Ce sont toutes des prestations qui pourraient grandement alléger les souffrances d'une personne.

Il semble inimaginable que l'euthanasie assistée par l'État puisse être facilitée et approuvée alors qu'en même temps, la personne n'a reçu aucune aide pour accéder à son CIPH avant, pendant ou après son évaluation de l'aide médicale à mourir.

La voie 2 de l'aide médicale à mourir, y compris l'aide médicale à mourir lorsque la seule condition médicale sous-jacente est une maladie mentale, a été présentée par des groupes favorables à l'euthanasie et au suicide assisté comme un soi-disant « droit à l'égalité ». Cependant, ce droit à l'égalité est réservé uniquement à ceux qui sont considérés comme étant inégaux. Aucun autre groupe n'a accès à cette euthanasie assurée par l'État, sans égard à ses souffrances. Non, ce droit à l'égalité ne s'applique qu'aux personnes qui sont souvent dépeintes comme étant inférieures, défectueuses et... des personnes que personne ne voudrait être.

La très grande majorité des membres actuels et passés du Comité ont entendu des témoins experts — des personnes en situation de handicap, des dirigeants autochtones, des cliniciens et des représentants d'organisations de personnes en situation de handicap — qui ont tous dit que la raison pour laquelle de nombreuses personnes en situation de handicap et de maladie mentale demandent ou envisagent même l'aide médicale à mourir de la voie 2 est le manque ou l'insuffisance de services et de soutien.

Ces lacunes dans les services placent les personnes handicapées et atteintes de maladie mentale dans l'isolement, la frustration et le désespoir. La vie devient trop difficile pour bien des gens. Encore une fois, ce n'est pas à cause de leur handicap ou de leur maladie mentale, mais à cause des systèmes qu'ils sont forcés d'endurer et de la souffrance qu'ils infligent.

Nous pourrions corriger ces systèmes et veiller à ce que les personnes handicapées et atteintes de maladie mentale aient le soutien nécessaire pour bien vivre, mais au Canada, nous choisissons de leur offrir l'euthanasie assistée par l'État comme une solution de rechange acceptable et normalisée.

Les personnes handicapées et les personnes atteintes d'une maladie mentale qui demandent ou envisagent l'aide médicale à mourir en raison de l'absence ou du refus de soutien et de services nécessaires et adéquats ne le font pas volontairement ni librement, comme certains pourraient le laisser entendre. Il s'agit, en fait, d'une réponse aux omissions tactiques au sein de nos systèmes de soutien aux personnes handicapées, de santé et de services sociaux. C'est le résultat de pressions externes, et c'est la définition de la coercition.

Au cours de la séance précédente et de la séance actuelle du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, vous avez entendu des cliniciens experts qui ont témoigné en très grande majorité que la maladie mentale ne peut jamais être considérée comme étant irrémédiable et qu'il n'existe pas de tests médicaux normalisés ni de critères cliniques précis pour déterminer l'irrémédiabilité.

● (1940)

En termes simples, si cet élargissement est autorisé, il n'y a aucun moyen de prédire que la personne euthanasiée n'aurait pas pu mener une bonne vie et une vie pleine et entière une fois que des mesures de soutien et des traitements appropriés auraient été mis en place. Il n'y a pas de mesures de protection, de politiques ou de procédures qui peuvent être instaurées pour corriger cela.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Monsieur McCormick, vous avez cinq minutes.

Roderick McCormick: *Shé:kon.*

Je m'appelle Rod McCormick. Je suis Mohawk et professeur et titulaire d'une chaire de recherche en santé autochtone à l'Université Thompson Rivers. Je tiens à remercier le Comité de m'avoir invité à donner mon avis sur ce projet de loi imminent qui représente littéralement une question de vie ou de mort.

Pour mettre les choses en contexte, je vous parle depuis ma maison, dans la réserve de Tkemlúps te Secwépemc, à Kamloops, en Colombie-Britannique, où je suis directeur d'un centre de recherche autochtone appelé All My Relations. Je suis également chercheur universitaire émérite et membre de la Société royale du Canada. Je suis aussi clinicien en santé mentale et j'ai près de 40 ans d'expérience en tant que fournisseur de services de santé mentale et consultant pour les peuples autochtones. L'un des projets de consultation sur lesquels je travaille et qui est pertinent aux fins de l'aide médicale à mourir est l'élaboration d'une stratégie provinciale de prévention du suicide chez les Autochtones et de promotion de la vie pour la Colombie-Britannique au nom de la Régie de la santé des Premières Nations.

L'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de maladie mentale va à l'encontre de tous les efforts que j'ai déployés au cours de ma carrière pour la prévention du suicide et la promotion de la vie. Dans le cadre de mon travail auprès de personnes qui souffrent de maladie et d'angoisse mentales, j'ai accompagné de nombreux clients suicidaires. Après s'être rétablis, bon nombre d'entre eux m'ont fait part de ce qu'ils ont appris de cette épreuve de vie. Ils se sont rendu compte que le suicide était une solution permanente à ce qui s'est avéré être un problème temporaire. Ils se sont rendu compte qu'ils ne pensaient pas clairement au moment où ils étaient suicidaires, et qu'ils s'étaient isolés de leurs amis, de leur famille et de ceux qui pouvaient les aider. Ils ont réalisé qu'ils cherchaient une solution facile, et qu'ils n'étaient pas au courant des nombreuses options de traitement qui avaient fonctionné pour les autres. Ils ont réalisé en rétrospective à quel point leur suicide aurait été dévastateur pour leurs amis et leurs familles.

D'après une étude que j'ai menée auprès de 25 Autochtones qui se sont rétablis après avoir été suicidaires, j'ai constaté que la responsabilité envers les autres était un grand facteur de protection. Bien que je ne puisse évidemment pas parler au nom de tous les Autochtones, la tendance que je vois dans l'élargissement de l'aide médicale à mourir est une abdication de responsabilité de la part du gouvernement du Canada. Au lieu de faire tous les efforts possibles pour fournir la gamme de services de santé mentale dont les Autochtones ont besoin pour surmonter leur douleur, le Canada leur impose plutôt le fardeau de décider s'ils devraient ou non choisir une solution permanente sanctionnée par le gouvernement et par la médecine à ce qui pourrait facilement être un problème temporaire.

De nombreux Canadiens ne se rendent peut-être pas compte que les peuples autochtones constituent une population vulnérable. En raison de notre histoire de colonisation et de l'oppression continue, nous avons des taux très élevés de traumatismes et de deuils non résolus. Nous voyons nos proches mourir sous la garde des services sociaux et du système judiciaire. Nous voyons les membres de nos communautés mourir de maladies complexes et présenter des taux de maladie plus élevés que la population générale. Nos taux de suicide sont, en moyenne, trois fois plus élevés que ceux de la population générale. De nombreuses communautés autochtones sont affectées par les faibles possibilités économiques et d'emploi, l'éloignement, les obstacles à l'accessibilité, les problèmes de transport et

l'accès limité aux services pour les personnes handicapées, aux services de santé et aux services sociaux nécessaires, et à leurs professionnels connexes. Alors que les Autochtones sont l'un des segments les plus vulnérables de la société canadienne, il semble immoral de leur offrir une voie facile vers la mort par opposition à l'aide en santé mentale que d'autres Canadiens reçoivent.

À mon avis, l'aide médicale à mourir est biaisée sur le plan culturel, en ce sens qu'elle met l'accent sur le droit de l'individu à l'autonomie et au choix sans prendre les autres en considération. D'autres cultures n'accordent pas une aussi grande valeur à l'individualisme et à l'autonomie. En encourageant les peuples autochtones à faire passer les droits individuels avant les responsabilités collectives, le Canada perpétue, en quelque sorte, la colonisation.

Qu'est-ce que j'entends par une abdication de responsabilité? Si nous ne fournissons pas les soins dont les gens ont besoin, nous ne devrions pas leur offrir la mort comme solution de rechange. On ne semble pas comprendre qu'une aide appropriée et opportune est la clé de la survie. Au lieu de faire tous les efforts possibles pour fournir la gamme de services de santé mentale dont les Canadiens ont besoin pour surmonter leur douleur, le Canada leur impose le fardeau de décider individuellement de choisir la mort.

Il est difficile et coûteux de trouver une façon d'aborder la maladie mentale des personnes vulnérables, mais le recours à la solution facile que sont les injections mortelles est, à mon avis, irresponsable et immoral. La responsabilité, c'est la capacité de pouvoir répondre aux besoins. Il semble que les gouvernements, les provinces et les collectivités ne se sentent pas en mesure de répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé mentale s'ils se tournent maintenant vers le suicide assisté par un médecin.

● (1945)

Comment pouvons-nous, en tant que citoyens canadiens, habiliter nos collectivités et nos gouvernements afin qu'ils se sentent en mesure d'intervenir? D'ici à ce que nous le sachions, j'exhorte le gouvernement canadien à continuer d'interdire le recours à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de maladie mentale et à prendre plutôt la voie responsable en améliorant les services de santé mentale offerts aux Autochtones et à tous les Canadiens.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci. Vous avez pris cinq minutes pile, ou presque.

Madame Jansen, vous disposez de cinq minutes. Allez-y.

Tamara Jansen: Merci, monsieur McCormick.

Vous faites le travail difficile d'élaborer une stratégie de prévention du suicide et de promotion de la vie dans les communautés autochtones, où vous mettez l'accent sur les liens, la culture et le maintien en vie des gens. En même temps, le système se dirige vers l'offre de l'aide médicale à mourir pour ces mêmes problèmes de santé mentale. Dans les communautés où les décisions sont profondément liées à la famille, à la culture et aux générations futures, cela semble être un message très confus.

Comment expliquez-vous cela aux communautés que vous servez? D'un côté, vous travaillez à prévenir le suicide, et de l'autre, le gouvernement élargit l'accès à la mort sanctionnée par l'État pour les problèmes de santé mentale que votre stratégie vise à traiter.

• (1950)

Roderick McCormick: Oui, vous avez raison. Il y a là un message contradictoire. Je n'ai pas de réponse. Je n'ai pas de réponse facile pour expliquer pourquoi un système préconise une chose et l'autre... La culture n'est pas... Ce n'est tout simplement pas ainsi que nous fonctionnons sur une base individuelle.

C'est un bon point. Je n'ai pas vraiment de réponse.

Tamara Jansen: De nombreux dirigeants autochtones ont parlé de la façon dont les systèmes antérieurs imposaient des valeurs et des décisions extérieures à leur communauté, souvent sans respecter pleinement les cadres culturels relatifs à la vie, à la responsabilité et aux soins. L'aide médicale à mourir repose en grande partie sur l'autonomie individuelle et les choix personnels, mais ce n'est pas ainsi que de nombreuses communautés autochtones comprennent la prise de décisions. Elle est souvent relationnelle et liée à la famille, à la communauté et aux générations futures.

Voyez-vous un risque que l'élargissement de l'aide médicale à mourir, en particulier pour la maladie mentale, reflète une tendance semblable à imposer un cadre individualiste aux communautés autochtones?

Roderick McCormick: Oui, tout à fait. Vous avez bien compris.

Ce conflit culturel axé sur l'individualisme est l'une des raisons pour lesquelles cela provoque chez les gens des séquelles psychologiques et des problèmes de santé mentale. Cela ne fait qu'ajouter aux messages qu'envoient les médias, le système de santé et le système d'éducation: « Il faut être maître de soi, être maître de son propre environnement. »

C'est une vision très biaisée et ancrée dans la culture de la façon dont les gens devraient agir dans la vie, et cela va à l'encontre de beaucoup de valeurs communautaires, familiales et traditionnelles.

Tamara Jansen: J'ai assisté à un exposé de la nation métisse de la Colombie-Britannique, au cours duquel Mourir dans la dignité présentait l'aide médicale à mourir essentiellement comme une approche thérapeutique, qu'on décrivait comme empreinte d'amour et de compassion. Cependant, lors des discussions, Sheryl Sullivan, une infirmière praticienne métisse, s'est opposée à cette idée et a dit clairement que l'aide médicale à mourir ne devrait pas être la solution de rechange à un manque de services, parce que lorsqu'on présente la mort comme une solution dans des communautés qui se battent encore pour avoir un accès de base à des soins de santé, ce n'est pas un choix, mais une mesure qu'on introduit pour combler une lacune.

Selon vous, y a-t-il un risque en présentant l'aide médicale à mourir de cette façon — en particulier dans des communautés où les services font défaut — qu'on reproduise ainsi le modèle typique qui consiste à appliquer des systèmes et des valeurs externes aux communautés autochtones au lieu de répondre à leurs besoins sous-jacents?

Roderick McCormick: Absolument. Lorsqu'on entend ces messages, il semble que ce soit du pareil au même.

Je suis désolé. J'aimerais pouvoir donner des réponses plus optimistes à vos questions, mais je suis tout à fait d'accord avec ce que vous avez dit.

Tamara Jansen: À votre avis, combien de Canadiens autochtones souffrent d'une maladie mentale et pourraient être à risque de recevoir l'aide médicale à mourir en raison de cet élargissement?

Roderick McCormick: Je n'ai pas de statistiques sous les yeux, mais en général, nous avons des taux plus élevés de maladie mentale, et cela se reflète certainement d'ailleurs dans divers symptômes, la toxicomanie et l'incarcération. Les taux de suicide sont trois fois plus élevés. Ils sont beaucoup plus élevés dans les communautés nordiques et éloignées, chez les Inuits et chez les hommes par rapport aux femmes. Il y a un écart choquant avec ce qu'on observe dans le reste de la population canadienne.

Tamara Jansen: Oui, et les professionnels nous disent que c'est vraiment un problème régional. Dans certaines régions, on peut avoir accès à des soins, mais dans de nombreuses autres, ce n'est pas le cas.

Je vous suis reconnaissante de tout le travail que vous faites. Merci.

Roderick McCormick: Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Nous allons passer à M. Grant, pour cinq minutes.

Wade Grant (Vancouver Quadra, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier tous les membres permanents du Comité pour le travail qu'ils accomplissent. C'est un sujet très important.

Je remercie les témoins d'être avec nous.

Monsieur Belanger et monsieur McCormick, je m'appelle Wade Grant. Je viens de la Colombie-Britannique. J'ai déjà été président du Conseil de la santé des Premières Nations, et je sais que vous avez tous les deux eu des échanges avec l'Autorité sanitaire des Premières Nations. J'ai grandi dans une réserve des Premières Nations, où beaucoup de membres de ma famille sont morts bien trop jeunes à cause du suicide ou pour d'autres raisons. Nous savons que, bien trop souvent, les Premières Nations et les communautés autochtones déclarent l'état d'urgence en raison du nombre effarant de personnes, en particulier les jeunes, qui sont... Selon vos statistiques, le suicide est la principale cause de décès chez les jeunes Autochtones et les moins de 44 ans. Il est neuf fois plus élevé chez les Inuits, trois fois plus élevé chez les Premières Nations et deux fois plus élevé chez les Métis que dans le reste de la population.

J'ai connu cela en grandissant, et cette situation montre que les gens n'obtiennent pas les soins dont ils ont besoin. Vous l'avez dit dans votre déclaration aujourd'hui, monsieur Belanger. Je me demande si vous pouvez nous en dire un peu plus sur leurs besoins non comblés ou partiellement comblés, et sur ce qui se passe lorsque les gens ne demandent pas d'aide parce qu'ils ne font pas confiance au système de santé.

• (1955)

Neil Belanger: Dans une vie antérieure, j'ai été directeur exécutif de la santé pour les Premières Nations du Nord. Nous avons mis en place des programmes. Nous avons eu une épidémie de crises de suicide dans le Nord de la Colombie-Britannique. Nous avons travaillé avec des nations étrangères pour mettre en place des programmes visant à régler ces problèmes.

Ce qui est malheureux, c'est que le financement au sein des communautés des Premières Nations est souvent insuffisant pour traiter les problèmes de santé mentale et offrir des soins à domicile. Le financement lié à l'invalidité est très limité, et il est très difficile d'avoir accès à des cliniciens. Il faut attendre de six mois à un ou deux ans de plus dans les communautés du Nord, et parfois même plus longtemps.

La méfiance à l'égard du gouvernement et des organismes gouvernementaux est présente encore aujourd'hui. Le racisme envers les Autochtones au Canada a augmenté de façon exponentielle au cours des dernières années, et le racisme dans les soins de santé est endémique. On a beaucoup entendu parler du cas de Joyce Echaquan et de celui de Keegan Combes. On connaît le rapport *In Plain Sight*. Ils ont beaucoup d'appréhensions à quitter leur communauté où se trouve leur famille et leurs soutiens pour se rendre dans une autre collectivité afin de demander des soins, dans un système où il se peut qu'ils ne soient pas les bienvenus.

Comme on l'a fait remarquer, les possibilités économiques sont limitées au sein des communautés et l'infrastructure est aussi limitée. Certaines communautés sont aux prises avec d'énormes problèmes de logement. Tout cela est lié à l'absence de services de santé mentale, et c'est un besoin depuis longtemps.

Wade Grant: Merci, monsieur Belanger.

Monsieur McCormick, vous avez mentionné que les droits autochtones sont des droits collectifs. Bien trop souvent, on voit les choses du point de vue des droits individuels. Lorsque je siégeais au Conseil de la santé des Premières Nations, nous avons publié la stratégie décennale sur les déterminants sociaux de la santé, qui a été adoptée en 2023 par 84 % des 176 chefs. Nous avons parlé d'une approche communautaire et nationale. C'est l'approche « à double perspective » qui fait en sorte que ce sont les Premières Nations qui doivent veiller à la santé et au bien-être de leurs membres.

Vous pourriez peut-être nous en dire un peu plus sur le travail que vous avez fait à ce sujet et sur les méthodes de guérison traditionnelles et adaptées à la culture des Premières Nations qui sont maintenant utilisées.

Roderick McCormick: Les guérisseurs, les méthodes de guérison et les cérémonies traditionnelles gagnent en popularité. Quelques centres de santé en Colombie-Britannique comptent des guérisseurs traditionnels parmi leur personnel. Les cérémonies aident beaucoup les gens dans leur processus de guérison. Elles sont de nouveau utilisées. Il y a de l'espoir pour l'avenir, mais il faut que cela vienne en grande partie des communautés autochtones elles-mêmes. Je suis chercheur, et je dis souvent que « la recherche, c'est la quête renouvelée de ce qu'on savait autrefois », parce que nous avions de très bons systèmes en place avant la colonisation. Depuis des années, nous essayons d'obtenir l'aide des gouvernements et des organismes fédéraux et provinciaux. Beaucoup d'argent a été dépensé, mais il semble que l'aide ne se soit pas beaucoup rendue.

En ce qui concerne les services de santé mentale, je crois que le secret réside bien souvent dans l'autonomisation des communautés, leur mobilisation, l'appropriation et l'autodétermination. De toute évidence, nous aurons besoin de fonds pour le faire, mais nous devons trouver les solutions nous-mêmes, parce que le gouvernement n'a pas été en mesure de le faire pour nous.

• (2000)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, monsieur McCormick.

[Français]

Madame DeBellefeuille, vous avez la parole pour cinq minutes.

Claude DeBellefeuille: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leur témoignage.

Monsieur Belanger, je suis une députée qui représente Akwesasne, la communauté mohawk de ma circonscription. Pour avoir été sensibilisée par le grand chef, je sais qu'il y a effectivement un manque de services sociaux et de services de santé, non seulement en santé mentale, mais dans tout le grand champ de la santé, dans les communautés. Il y a surtout des problèmes de toxicomanie dus à la dépendance aux opioïdes. Ce sont quand même des problèmes très aigus. Dans notre coin, dans notre communauté, nous en avons discuté, et nous déplorons le fait que les communautés autochtones ne soient pas mieux soutenues pour faire face à ces problèmes de santé importants.

De plus, dans toutes les provinces, le Québec y compris, il y a un manque de financement et de soutien dans tous les secteurs de la santé. C'est pourquoi nous aurions aimé voir aujourd'hui dans l'énoncé économique de nouveaux investissements dans la santé pour les gens qui en ont besoin dans les communautés, ainsi que dans les services publics des provinces. Nous avons été déçus de constater qu'il n'y en avait pas. On nous a même annoncé pour les prochaines années des réductions dans les transferts aux provinces en matière de santé et de services sociaux.

Alors, je ne peux pas être en désaccord avec vous sur le fait qu'il y a un manque de services, mais il faut quand même aborder l'aide médicale à mourir. Je pense que vous utilisez le mot « euthanasie ». Je ne sais pas si c'est une mauvaise interprétation, mais dans notre langage clinique, sur le plan juridique, nous parlons d'aide médicale à mourir et non d'euthanasie. L'aide médicale à mourir est une demande qui provient d'un individu à part entière qui choisit un moyen de mourir en toute dignité. Il y a les soins palliatifs, entre autres. L'aide médicale à mourir comporte plusieurs soins. L'injection létale n'est qu'un des soins offerts dans le cadre de l'aide médicale à mourir. Ce n'est donc pas imposé. Moi, je ne vois pas cela comme un soin imposé à une communauté, mais plutôt comme une offre que les individus à part entière peuvent accepter.

J'en viens maintenant à mes questions. Vous m'excuserez de ne pas avoir écouté tous les témoignages précédents, puisque je ne suis pas une membre permanente du Comité, mais j'ai vraiment un désir de mieux comprendre et d'apprendre.

Y a-t-il beaucoup de personnes dans vos communautés qui sont atteintes d'une maladie incurable et persistante, comme le cancer ou la sclérose en plaques, par exemple? Dans vos communautés, est-ce que les gens font appel à l'aide médicale à mourir pour se soulager de leur souffrance et mourir en toute dignité, ou est-ce un soin que vous ne demandez pas en raison de votre culture ou de votre manière d'aborder la vie?

[Traduction]

Neil Belanger: Notre organisme, et moi-même en tant que directeur général, travaillons sur les handicaps et sur la voie 2. Je ne sais pas à quelle fréquence, au sein de la nation Gitksan ou de toute autre nation, des personnes demandent l'aide médicale à mourir ou y ont recours en vertu de la voie 1. Ni mon chef ni les membres de ma famille ne m'ont fait part de ce type de cas. Il se peut qu'il y en ait, mais je ne dispose tout simplement pas de cette expertise.

Permettez-moi de revenir sur un point. J'ai écouté vos remarques et je les comprends, mais l'aide médicale à mourir est un euphémisme qui a été inventé pour... Dans le Code criminel, il s'agit d'un homicide non coupable. C'est exactement ce dont il s'agit. Elle fait partie d'un processus dans lequel des personnes handicapées, qu'elles soient autochtones ou non, sont accablées et subissent des pressions — notamment en raison du manque de services que vous venez de décrire — qui les amènent à prendre une décision qui, selon moi, est le fruit d'une contrainte. Bien que les gens disent qu'ils font ce choix de leur propre chef, quand on subit toutes ces pressions et autre...

[Français]

Claude DeBellefeuille: Monsieur Belanger, je ne veux pas être impolie, mais je dois vous interrompre. Actuellement, l'aide médicale à mourir n'est pas accessible pour les personnes qui ont un trouble de santé mentale. On ne peut donc pas parler de coercition. Nous discutons de la possibilité d'en élargir l'accès. Actuellement, l'aide médicale à mourir existe pour des problèmes de santé physique, comme le cancer, lorsque la fin de vie est prévisible.

La question que je vous ai posée est la suivante: les gens font-ils appel à ce soin dans vos communautés?

● (2005)

[Traduction]

Le coprésident (Marcus Powlowski): Vous disposez de très peu de temps pour répondre à la question, monsieur Belanger.

Neil Belanger: D'accord.

Encore une fois, en ce qui concerne la voie 1, je ne peux pas vous fournir ces renseignements.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Nous passons maintenant la parole au sénateur Dalphond, qui dispose de trois minutes.

L'hon. Pierre Dalphond: Merci beaucoup aux témoins.

Tout d'abord, monsieur Belanger, je tiens à rappeler que vous avez comparu devant nous en 2022. Nous avons travaillé ensemble pour faire reconnaître le Mois de la sensibilisation aux personnes handicapées autochtones il y a près de 12 ans. Vous œuvrez pour cette cause depuis longtemps.

Lorsque vous avez comparu devant nous en 2022, vous avez déclaré que le gouvernement fédéral n'avait pas consulté les groupes et les nations autochtones avant de tenter de faire adopter un projet de loi sur l'aide médicale à mourir. Vous avez dit qu'il n'avait pas vraiment respecté ce qu'on appelle désormais la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones. Depuis 2022, des consultations ont-elles eu lieu entre le gouvernement du Canada ou Santé Canada et les groupes autochtones?

Neil Belanger: Oui. Je crois qu'elles ont commencé en 2023 ou 2024. Je ne connais pas les dates exactes. Santé Canada a lancé une consultation en ligne et a accordé des subventions à divers groupes de personnes handicapées afin de recueillir le point de vue des Autochtones sur les soins de fin de vie.

Vous savez certainement, monsieur le sénateur, que ce programme a duré un an. Il a fallu le prolonger en raison d'un manque de participation. Au final, ils ont recueilli 250 réponses provenant de tout le Canada, dont 50 ont été écartées. En 2024, environ 1,8 million de personnes au Canada s'identifiaient comme autochtones; le taux de réponse a donc été de 0,001222 %. J'imagine que

l'on pourrait considérer qu'il s'agissait d'une consultation. Je ne sais pas si ces données sont vraiment utiles.

Nous nous sommes réunis avec Santé Canada pour discuter de cette question. Nous leur avons remis un document de six pages décrivant nos préoccupations relatives à la consultation en ligne. Nous avons également eu une réunion avec eux pour discuter de nos préoccupations. Je ne peux pas dire que cette réunion ait été productive, mais elle s'est déroulée dans une ambiance cordiale. Ils nous ont proposé un contrat pour la tenue de consultations supplémentaires. Nous avons répondu que si nous acceptions, nous parlerions alors des antécédents du comité AMAD. Nous parlerions des recommandations. Nous aborderions la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir, y compris les recommandations formulées par les mineurs matures et les directives anticipées. Je sais que ces éléments ne relèvent pas du thème de la réunion d'aujourd'hui, mais nous tenions à présenter une vue d'ensemble à nos communautés et aux personnes que nous servons, afin qu'elles puissent disposer de tous les renseignements nécessaires et fournir des réponses plus éclairées aux questions du sondage. Nous n'avons jamais reçu de réponse.

L'hon. Pierre Dalphond: Je suis désolé de vous interrompre, mais le temps est presque écoulé.

À l'époque, vous aviez également souligné que vous aviez du mal à accéder à des services de soutien en santé mentale. La situation s'est-elle améliorée pour les communautés autochtones?

Neil Belanger: Vous voulez dire pour accéder aux services de santé mentale?

Le sénateur Pierre Dalphond: Oui.

Neil Belanger: Je ne pense pas, non, d'après notre expérience en tant que fournisseur de services.

L'hon. Pierre Dalphond: Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, sénateur Dalphond.

Sénatrice Moodie, vous disposez de trois minutes.

L'hon. Rosemary Moodie: Merci, monsieur le président.

Je tiens à vous remercier, monsieur McCormick, de nous avoir parlé de vos domaines de recherche et de nous avoir aidés à comprendre tout ce que vous avez accompli par le passé. J'aimerais vous poser une ou deux questions à propos de ces travaux.

Tout d'abord, pour que je comprenne bien, êtes-vous d'accord pour dire que l'opinion sur l'aide médicale à mourir varie considérablement au sein des communautés autochtones... que des Autochtones en ont fait la demande, ont été jugés admissibles et en ont bénéficié; que cela se produit dans les réserves et au sein des communautés; et qu'il existe au Canada des évaluateurs et des prestataires autochtones de l'aide médicale à mourir?

Le savez-vous et êtes-vous d'accord pour dire que c'est ce qui se passe actuellement au sein des communautés autochtones ici au Canada?

Roderick McCormick: Oui. Comme l'a indiqué mon collègue tout à l'heure, le rapport sur les expériences des peuples autochtones et l'aide médicale à mourir a révélé que beaucoup de gens ne connaissaient pas ou très peu cette procédure, ce qui, je pense, pouvait facilement créer de la confusion. C'était l'une des conclusions de ce rapport.

Bien sûr, cela existe. Je connais...

• (2010)

L'hon. Rosemary Moodie: Ma question portait sur vous et vos connaissances. Vous le savez. Est-ce exact?

Roderick McCormick: Oui.

L'hon. Rosemary Moodie: D'accord. Je veux juste faire le point. Savez-vous que certains Autochtones et certains prestataires de soins estiment qu'il est injuste d'exclure de l'aide médicale à mourir les personnes souffrant uniquement de troubles mentaux, et qu'ils se voient ainsi privés d'un service? Le savez-vous?

Roderick McCormick: Non, mais c'est logique. Comme vous le dites, les opinions divergent beaucoup.

L'hon. Rosemary Moodie: Ma dernière question — et vous n'aurez aucun mal à y répondre — est la suivante: avez-vous mené des recherches spécifiques pour étudier la question et consulter des personnes autochtones qui souhaitaient bénéficier de l'aide médicale à mourir, ou encore des évaluateurs ou des prestataires qui fournissent ce service? Avez-vous déjà mené des études démographiques? Vous êtes-vous déjà intéressé à ce domaine de recherche?

Roderick McCormick: Non. J'ai déjà mené des travaux sur le rétablissement après une tentative de suicide chez les patients autochtones, mais pas spécifiquement en lien avec l'aide médicale à mourir.

L'hon. Rosemary Moodie: Merci.

Je n'ai plus de question. Je vais céder mon temps.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, sénatrice Moodie.

C'est maintenant au tour de la sénatrice Osler, qui dispose de trois minutes.

L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler: Merci, monsieur le président.

Merci aux deux témoins d'être présents aujourd'hui.

Ma question s'adresse à M. Belanger. Elle fait suite aux questions posées par la sénatrice Dalphond au sujet des consultations auprès des communautés autochtones.

Je retiens de votre témoignage que le niveau de consultation auprès des communautés autochtones n'était pas suffisant. Ma question est la suivante: Quelles mesures recommanderiez-vous au gouvernement du Canada pour respecter les normes énoncées dans la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones et mener une consultation significative auprès des communautés autochtones sur l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes dont la maladie mentale est la seule condition médicale sous-jacente?

Neil Belanger: La Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones préconise l'abrogation totale de la voie 2 de l'aide médicale à mourir, y compris lorsque la maladie mentale est la seule condition sous-jacente. Je n'ai donc aucune recommandation à formuler à qui que ce soit, car si nous voulons respecter nos obligations internationales, nous devrions supprimer cette voie. Nous n'aurions pas à avoir cette conversation.

Je recommande que nous fournissions des services de qualité, adaptés et en temps opportun aux personnes dont la maladie mentale est la seule condition sous-jacente, ainsi qu'aux personnes, notamment aux populations autochtones, en situation de handicap. C'est la seule recommandation que je puisse faire. Je ne peux pas formuler de recommandations alors que les avis des cliniciens divergent autant sur la question de l'irrémediabilité, et dire: « Com-

ment pouvons-nous adapter cette procédure à votre culture et à votre communauté? » Cela n'aurait aucun sens.

Nous devons donner suite aux recommandations des Nations unies. Nous devons éliminer cette voie, y compris dans les cas où la maladie mentale est la seule condition sous-jacente, et offrir à chacun, sans exception, le soutien dont il a besoin pour s'épanouir au sein de sa communauté. Nous devons régler un grand nombre de problèmes. Il ne s'agit pas seulement de l'accès aux services de santé mentale, mais aussi du logement, des conditions de pauvreté et de l'isolement.

Tous ces éléments s'accumulent sans cesse... Non, je ne vois pas ce que je pourrais dire pour que... enfin, je ne vois pas comment je pourrais souhaiter que cela se concrétise.

L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler: Si j'ai bien compris, vous dites que nous ne devrions plus mener de consultation à ce stade.

Neil Belanger: Je dis simplement que j'espère que ce comité formulera des recommandations — en s'appuyant sur les déclarations des Nations unies, sur les renseignements recueillis lors de la réunion précédente et sur les témoignages présentés ici — afin que nous respections les engagements pris envers les Nations unies, et qu'il proposera la suppression de la voie 2 de l'aide médicale à mourir, notamment dans les cas où la maladie mentale est la seule condition sous-jacente.

Je ne peux pas faire de recommandations pour des choses qui vont se produire dans l'avenir. Nous devons attendre de voir quelles seront les recommandations de ce comité et ce que nous ferons par la suite. Je pourrai alors émettre des recommandations, mais je ne préconiserai jamais l'euthanasie pour des personnes dont la seule condition sous-jacente est la maladie mentale, ni pour des personnes handicapées dont les besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits. De plus, avec tout le respect que je vous dois, ce comité ne devrait en aucun cas approuver ce genre de choses.

Nous devons nous attaquer aux problèmes actuels et aux lacunes des systèmes. Ce n'est pas une nouveauté. Nous menons ce combat depuis des années, tout comme d'autres organismes. Ce que l'on qualifie de « mort dans la dignité » ne devrait pas être la récompense d'une vie marquée par l'insuffisance et le manque d'accès aux services. Nous devons pouvoir mener nos vies dans la dignité, en bénéficiant du soutien nécessaire pour nous épanouir.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, monsieur Belanger.

C'est maintenant au tour du sénateur Wells, qui disposera de trois minutes.

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Ma question s'adresse à M. McCormick.

Pourriez-vous me fournir quelques éclaircissements? Je ne suis pas sûr d'avoir bien entendu lors de votre introduction. Faites-vous partie de Indigenous Disability Canada?

• (2015)

Roderick McCormick: Non. Je suis professeur à l'Université Thompson Rivers et titulaire d'une chaire de recherche.

L'hon. Kristopher Wells: Merci de ces éclaircissements.

Je vais peut-être revenir à notre témoin.

Je crois que vous avez déjà fourni des précisions à ce sujet. Votre position est que nous devrions renoncer complètement à la voie 2.

Neil Belanger: Ma position est que toute loi qui cible un groupe protégé par la Charte ne devrait pas exister.

L'hon. Kristopher Wells: Votre organisation figure-t-elle actuellement parmi les plaignants dans la contestation fondée sur la charte de la voie 2?

Neil Belanger: Oui.

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Monsieur McCormick, je pense que nous pouvons raisonnablement affirmer que toutes les personnes autour de cette table s'accordent à dire que chaque Canadien devrait bénéficier d'un soutien adéquat, qu'il soit financier ou émotionnel, pour l'aider à faire face à la maladie mentale. Cependant, la plupart des témoins qui se sont présentés devant ce comité ont établi un faux parallèle entre le fait de demander l'aide médicale à mourir et le fait d'avoir des idées suicidaires. Le fait d'être autorisé à bénéficier de l'aide médicale à mourir et le fait d'avoir des pensées suicidaires sont deux choses différentes.

Monsieur McCormick, si une personne atteinte d'une maladie mentale souhaite sincèrement recourir à l'aide médicale à mourir ou obtenir des renseignements supplémentaires sur la procédure de l'aide médicale à mourir, comment conseillez-vous aux intervenants de première ligne en prévention du suicide de répondre à ces questions?

Je tiens à préciser que, pour bénéficier de l'aide médicale à mourir au Canada, une personne doit remplir les critères d'admissibilité définis par la loi, qui sont très stricts, et se soumettre à un processus rigoureux mené par plusieurs professionnels de santé avant d'être jugée admissible.

Roderick McCormick: À propos du dernier point que vous avez évoqué — je n'ai pas les chiffres sous les yeux —, d'après ce que j'ai lu, aucune mesure de protection n'est prévue. Vous pourriez peut-être me corriger, mais d'après ce que j'ai compris, c'est aux personnes concernées de déterminer si elles ont épuisé toutes les possibilités de traitement. Ils peuvent prendre leurs propres décisions et dire: « Non, je ne veux pas de thérapie axée sur la communication, ni de ceci ni de cela. »

Je travaille dans le domaine du rétablissement après un traumatisme. Il existe aujourd'hui tant de nouvelles approches, comme le déconditionnement émotionnel par les mouvements oculaires, la psychothérapie assistée par la psilocybine... Nous trouvons constamment de nouvelles approches.

L'hon. Kristopher Wells: Si une personne s'adresse à votre organisme dans le cadre de la prévention du suicide et pose des questions sur l'aide médicale à mourir, comment conseillez-vous à vos intervenants de première ligne de répondre à ces questions?

Roderick McCormick: Je travaille dans le domaine de la psychologie clinique. Nous passerions beaucoup de temps à discuter avec cette personne des différentes options qui s'offrent à elle. Ce serait un processus de longue haleine. Le temps que les évaluateurs de l'aide médicale à mourir passent à se renseigner sur le parcours de la personne, à déterminer ce qu'elle a déjà essayé ou non, à évaluer ses ressources et à cerner ses facteurs de risque et de protection varie d'un cas à l'autre. Il y a énormément de facteurs à prendre en compte lorsque l'on travaille avec une personne qui souhaite mourir.

L'hon. Kristopher Wells: Les orienteriez-vous vers des prestataires autochtones de l'aide médicale à mourir?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Monsieur le sénateur, vos trois minutes sont écoulées. Merci.

Nous passons maintenant à la deuxième série de questions, avec M. Patzer qui disposera de trois minutes.

Jeremy Patzer (Swift Current—Grasslands—Kindersley, PCC): Merci beaucoup.

Avant de commencer, monsieur le président, je tiens à souligner qu'il me semble tout à fait déplacé que le sénateur Wells accuse les personnes avec lesquelles il est en désaccord de mentir devant ce comité, alors que nous avons eu...

L'hon. Kristopher Wells: J'invoque le Règlement. Je n'ai pas prononcé ces mots.

Jeremy Patzer: Si, vous l'avez dit. Vous avez dit que la majorité des témoins qui ont comparu devant ce comité ont menti au sujet des tendances suicidaires...

L'hon. Kristopher Wells: [*Inaudible*]

Le coprésident (Marcus Powlowski): M. Patzer utilise ses trois minutes comme bon lui semble. Son temps s'écoule.

Allez-y, monsieur Patzer.

Jeremy Patzer: Merci, monsieur le président. Je maintiens mes propos.

Monsieur Belanger, en ce qui concerne vos remarques sur les Nations unies, le Canada a-t-il répondu officiellement à la recommandation à laquelle vous faisiez allusion?

Neil Belanger: Non.

Jeremy Patzer: Des témoins nous ont parlé de l'effet Werther et de la contagion du suicide. Nous avons établi des lignes directrices sur la couverture médiatique des suicides, que respectent tous les acteurs du secteur de la prévention du suicide.

Quel est le risque de contagion au sein des communautés autochtones, plus particulièrement lorsque la législation du gouvernement stipule que la mort constitue une réponse médicale valable à la maladie mentale?

Neil Belanger: Je crois que le risque est assez élevé.

Je vais revenir sur mon expérience professionnelle dans le secteur de la santé et sur la crise liée au suicide que nous avons traversée. Nous avons travaillé avec quatre nations distinctes qui vivaient des situations similaires. L'une d'entre elles a déclaré qu'elle n'organiserait plus de cérémonies de célébration de la vie, car cela mettait l'accent sur le suicide de la personne. Les jeunes et d'autres membres des communautés organisaient ces cérémonies parce qu'ils les considéraient comme une célébration — des gens qui se réunissaient pour rendre hommage à cette personne —, mais ils ont décidé de ne plus le faire.

Les voies 1 et 2 s'entremêlent constamment. Ce que l'on voit en ligne, où les gens disent « j'étais là, je buvais du champagne et je faisais tout ce que je voulais », ne correspond pas à la réalité de la plupart des gens et des personnes handicapées vivant dans la pauvreté. Cependant, cela donne l'impression qu'il s'agit d'une bonne échappatoire, de la voie à suivre. Cela joue comme une espèce de justification selon laquelle la fin est en quelque sorte digne après avoir passé une vie dans le besoin, mais sans jamais obtenir de soutien. Je ne crois pas que ce soit vrai, mais il ne fait aucun doute que ce raisonnement les influence.

• (2020)

Jeremy Patzer: Merci de cette observation.

Cela fait maintenant environ trois ans que nous assistons aux réunions de ces comités.

Que souhaitez-vous que ce comité inscrive dans son rapport afin que, dans deux ans, nous ne nous retrouvions pas à cette table à nous demander pourquoi davantage d'Autochtones en situation de handicap ou atteints de troubles mentaux sont décédés parce que nous avons étendu la portée d'un système que nous savions défaillant?

Neil Belanger: J'espère que le Comité dira: « Nous avons examiné la question et nous avons examiné la loi. »

Cela vise les personnes handicapées et les personnes atteintes de troubles mentaux comme seule condition sous-jacente. Regardez l'énoncé économique du printemps publié aujourd'hui et le manque de services et de financement qu'on peut y constater. Si nous devons apporter des changements au Canada, nous devons nous assurer de soutenir les personnes handicapées et les personnes atteintes de troubles mentaux comme seule condition sous-jacente.

Ce n'est pas une mesure progressiste. Ce n'est pas un droit à l'égalité. C'est une façon de faire l'impasse sur nos responsabilités envers les plus vulnérables. Nous normalisons cela. Or, une fois que cela deviendra plus normal, nous ne pourrons plus jamais revenir en arrière. Nous savons que le gouvernement reviendra là-dessus et qu'il dira « assurons-nous qu'ils financent cela avec détermination », car c'est devenu une alternative acceptable à des traitements proactifs, opportuns et adéquats accompagnés de mesures de soutien et de services. C'est là où nous en sommes. Nous devons mettre un terme à cela, car si la tendance se poursuit, elle ne s'arrêtera pas. Par le passé, nous avons vu des lois visant les Autochtones rester en vigueur pendant 50 ans, avec toutes les conséquences que cela implique. Il a fallu 50 ans pour les dépasser. Même après leur abrogation... Nous y sommes encore confrontés aujourd'hui. Nous ne devrions pas être dans cette situation. Faites marche arrière et insistez plutôt sur la nécessité d'apporter votre soutien aux personnes dans le besoin.

[Français]

Le coprésident (Marcus Powlowski): Madame Brière, vous avez la parole pour trois minutes.

L'hon. Élisabeth Brière (Sherbrooke, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je souhaite la bienvenue aux deux témoins.

Monsieur Belanger, j'ai entendu votre réponse à la question précédente, et je suis d'accord avec vous qu'il y a certainement beaucoup de choses sur lesquelles on peut travailler pour améliorer la situation des gens dans leur vie quotidienne. On peut améliorer l'accès aux soins et les conditions de logement, par exemple.

Quand on demande l'aide médicale à mourir, est-ce qu'on l'obtient automatiquement?

[Traduction]

Neil Belanger: Je suis désolé. Parlez-vous du fait d'obtenir l'aide médicale à mourir automatiquement?

L'hon. Élisabeth Brière: Oui. Si vous demandez l'aide médicale à mourir, pensez-vous qu'on vous l'accordera automatiquement?

Neil Belanger: Cela dépend de la voie que vous suivez. Dans le cadre de la voie 2, il y a une période d'attente de 90 jours. Pendant ce temps, la personne passe par une période d'évaluation, ce qui lui permet d'y réfléchir. On espère qu'elle bénéficie de programmes et de services ou qu'on lui recommande l'aide de différentes disciplines, mais cela ne se matérialise pas vraiment. C'est ça le problème. Dans mon cas, concernant la personne dont l'aide médicale à mourir a été approuvée, mais qui n'a reçu aucun renseignement sur la façon d'obtenir son crédit d'impôt pour personnes handicapées...

Je ne crois pas que cela se fasse immédiatement. Dans certains cas, les délais peuvent être...

L'hon. Élisabeth Brière: Je suis désolée. Je ne parle pas d'un délai.

Je vous pose la question suivante: si quelqu'un demande l'aide médicale à mourir, pensez-vous qu'il l'obtiendra?

Neil Belanger: Vous voulez savoir si je crois qu'une personne qui demande l'aide médicale à mourir l'obtient automatiquement?

L'hon. Élisabeth Brière: Oui, c'est ce que je demande.

Neil Belanger: J'espère que non. Je ne crois pas que cela se passe de cette façon.

L'hon. Élisabeth Brière: Pensez-vous que ce sera le cas?

Neil Belanger: Non. Si vous demandez l'aide médicale à mourir, je ne pense pas que vous l'obtiendrez automatiquement.

[Français]

L'hon. Élisabeth Brière: D'accord.

Alors, j'aimerais vous entendre sur l'intégrité des médecins évaluateurs qui analysent un dossier et qui donnent leur aval, ou pas, à une demande d'aide médicale à mourir.

[Traduction]

Neil Belanger: Je ne suis en aucun cas un clinicien. Je m'en remettrais aux cliniciens qui se sont exprimés ici, tant ceux qui y sont favorables que ceux qui s'y opposent.

Il n'y a pas de consensus à ce sujet. S'il n'y a pas de consensus... Je ne sais pas quel pourcentage serait acceptable. Peut-être que 80 % croient que ce n'est pas irrémédiable. Est-ce 40 %? Quel est le nombre acceptable de personnes qui pourraient être euthanasiées alors qu'elles auraient pu avoir une vie meilleure? Pour moi, c'est zéro. À moins qu'il n'y ait un accord à 100 % sur ce point, nous courons le risque d'euthanasier des personnes qui auraient pu mener une bonne vie. Ce n'est pas un risque que je prendrais, personnellement, car je sais le mal que cela fait aux familles et comment les gens vivent cette épreuve.

Je ne mets pas en cause la crédibilité des cliniciens, mais le fait qu'ils soient si divisés devrait inciter ce comité à réfléchir, à se poser la question: « De quoi parlons-nous? Il n'y a pas de consensus ici, alors comment pouvons-nous faire avancer une loi — on en élargit la portée — au sujet de laquelle nous n'arrivons pas à nous mettre d'accord? » Ce n'est pas comme si...

• (2025)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci. Nous devons passer à autre chose.

Neil Belanger: Je vous remercie.

[Français]

Le coprésident (Marcus Powlowski): Madame DeBellefeuille, vous avez la parole.

Claude DeBellefeuille: Merci, monsieur le président.

Monsieur Belanger, vous excuserez ma méconnaissance de la question autochtone, mais je suis curieuse de nature et je veux comprendre et apprendre.

Quand vous parlez, vous représentez votre groupe, mais j'aimerais savoir d'où vient la revendication que vous avez exprimée, qui consiste à exclure les communautés autochtones de l'aide médicale à mourir. Est-ce que c'est une motion ou une décision de toutes les nations autochtones et des Inuits? Est-ce une revendication pour laquelle on fait pression sur le gouvernement actuellement, ou s'agit-il plutôt de votre opinion comme représentant du groupe pour lequel vous êtes ici aujourd'hui?

Comme députée, mon grand chef n'a jamais fait de démarches ou communiqué avec moi pour me parler de ce désir d'exclure sa communauté.

Est-ce que toutes les nations, y compris les Inuits, font cette demande?

[Traduction]

Neil Belanger: Je ne parle pas au nom de toutes les Premières Nations. Je ne parle au nom d'aucune Première Nation. Je ne parle au nom d'aucune des 53 communautés inuites. Je parle au nom de notre organisme et en lien avec notre expérience auprès des personnes que nous aidons, qui sont des Autochtones en situation de handicap. Notre point de vue est, bien sûr...

[Français]

Claude DeBellefeuille: Excusez-moi de vous interrompre, mais il est important pour moi de comprendre si c'est votre opinion et celle de votre organisme ou une revendication des Premières Nations et des Inuits que vous relayez à notre comité. Je vous remercie de votre réponse.

Professeur McCormick, je voulais savoir s'il y a des personnes dans les communautés autochtones qui demandent l'aide médicale à mourir, qui est légale, actuellement, mais M. Belanger n'avait pas de données à me fournir. Est-ce que vous avez des chiffres? Est-ce qu'il y a une tendance? Est-ce que les personnes autochtones utilisent ce soin, qui est offert et légal?

[Traduction]

Roderick McCormick: Non, je n'ai pas cette information. Je ne suis pas certain que de telles données soient disponibles. Elles devraient l'être, mais je ne les ai pas.

[Français]

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci beaucoup, madame DeBellefeuille.

[Traduction]

La parole est maintenant à la sénatrice Moodie, pour deux minutes.

L'hon. Rosemary Moodie: Je voudrais poser cette question au professeur McCormick. Disposez-vous de données, quelles qu'elles soient, qui pourraient nous éclairer de manière plus générale sur le recours à l'aide médicale à mourir dans vos communautés?

Roderick McCormick: Non, je n'ai pas fait de recherches à ce sujet. J'ai lu le rapport qui a été rédigé, celui sur la consultation. Ce sont les données dont je dispose. Encore une fois, l'enquête s'est limitée à une ville par province.

L'hon. Rosemary Moodie: Vous n'êtes pas le seul à pouvoir juger de la validité de ce type de données ni à disposer d'une base comparative. Vous l'avez lu, tout comme moi ou n'importe qui d'autre. Est-ce exact?

Roderick McCormick: C'est exact.

L'hon. Rosemary Moodie: Est-il raisonnable de dire que vous apportez aujourd'hui une certaine expertise à ce comité, mais qu'elle n'est pas directement liée à l'aide médicale à mourir ou à son utilisation dans les communautés?

Roderick McCormick: J'apporte 40 ans d'expérience en tant que clinicien auprès de personnes autochtones atteintes de maladie mentale. C'est ce que j'apporte à ce comité.

L'hon. Rosemary Moodie: Vous n'avez toutefois pas d'expérience directe sur ce qui lie la maladie mentale à l'aide médicale à mourir, car vous n'êtes pas en mesure de nous fournir de renseignement sur ce que ce lien pourrait être.

Roderick McCormick: Je ne...

L'hon. Rosemary Moodie: Peut-être que je ne me suis pas bien fait comprendre. Avez-vous un lien?

Roderick McCormick: Non, je ne dispose pas de ces données. Je ne sais même pas s'il y en a.

L'hon. Rosemary Moodie: Je vous remercie.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Nous donnons la parole au sénateur Wells pour les deux dernières minutes.

L'hon. Kristopher Wells: Monsieur Belanger, le rapport de Santé Canada publié en décembre 2025, intitulé *Perspectives autochtones sur les soins de fin de vie, y compris l'aide médicale à mourir* : *Ce que nous avons entendu*, rapporte avoir recueilli les témoignages suivants auprès des aînés des Premières Nations, des Inuits et des Métis:

Nous devons nous réapproprier nos processus de mort et de fin de vie.

Lorsque nos proches meurent, nous devrions avoir le droit de les ramener à la maison.

Je crains de perdre la capacité de décider par moi-même.

Il est inquiétant de constater qu'il y a beaucoup de désinformation au sujet de l'aide médicale à mourir.

Monsieur Belanger, je conviens que le colonialisme, par l'exclusion systémique des peuples autochtones au Canada, a conduit à des taux de suicide inadmissibles dans les communautés autochtones. Si c'est ce que nous entendons — comme en font foi ce que je vous ai cité du gouvernement du Canada et des peuples autochtones eux-mêmes —, comment devrions-nous concilier ces points de vue avec la suppression de la voie 2 de l'aide médicale à mourir que vous défendez ici aujourd'hui?

• (2030)

Neil Belanger: Eh bien, j'aimerais savoir si cela provient des 200 personnes qui ont répondu au sondage?

L'hon. Kristopher Wells: Cela provient de la consultation menée par Santé Canada.

Neil Belanger: Cela pourrait représenter 200 personnes sur une population de 1,8 million de personnes.

Encore une fois, comme nous l'avons entendu, je ne nie pas qu'il puisse y avoir des membres de la communauté qui appuient la voie 2 de l'aide médicale à mourir ou l'aide médicale à mourir dans son ensemble, mais si vous vous souvenez des comités précédents, la majorité des témoins autochtones, les dirigeants et les personnes handicapées se sont tous prononcés contre. Je ne peux pas me prononcer sur un sondage mené auprès de 200 personnes sur une population de 1,8 million de personnes et affirmer qu'il s'agit là d'un document concret qui mérite notre appui.

L'hon. Kristopher Wells: Est-ce à dire que vous ne croyez pas que le document produit par Santé Canada soit crédible?

Neil Belanger: Je pense qu'il a des lacunes.

L'hon. Kristopher Wells: D'accord.

Neil Belanger: Pour qu'il puisse se faire une bonne idée de la situation, je crois que le gouvernement doit mener une consultation de nation à nation, comme il est censé le faire.

L'hon. Kristopher Wells: Croyez-vous que le Comité devrait écouter les points de vue des Autochtones qui souhaitent avoir accès à l'aide médicale à mourir?

Neil Belanger: Je pense que ce comité devrait convoquer tout témoin qu'il juge pertinent.

L'hon. Kristopher Wells: Merci, monsieur le président.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Sur ce, je tiens vraiment à remercier les témoins d'avoir apporté une perspective culturelle intéressante à cette discussion.

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>