



PARLEMENT | PARLIAMENT
CANADA

Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

PDAM • NUMÉRO 007 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 28 janvier 2016

Coprésidents

**L'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie
M. Robert Oliphant**

Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Le jeudi 28 janvier 2016

• (1730)

[Traduction]

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie (sénateur, Nouvelle-Écosse (Vallée de l'Annapolis - Hants), C): Chers collègues, le quorum est atteint. La séance est ouverte.

[Français]

J'aimerais vous souhaiter la bienvenue à la septième réunion du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.

[Traduction]

Je suis Kevin Ogilvie, un sénateur de la Nouvelle-Écosse et coprésident du comité en compagnie de mon collègue, M. Robert Oliphant, député de Don Valley Ouest.

Je vous souhaite la bienvenue à la présente séance. Au cours de la première heure, nous accueillerons trois groupes de témoins. D'abord, à titre personnel, l'honorable Stephen Fletcher; par vidéoconférence, de Winnipeg, au Manitoba, M. Dean Richert et Mme Rhonda Wiebe, du Conseil des Canadiens avec déficiences; et aussi par vidéoconférence, de Waterloo, en Ontario, Mme Linda Jarrett, de Dying With Dignity Canada — Mme Jarrett siège également au Conseil consultatif des personnes handicapées.

Je vous souhaite la bienvenue à tous.

Je vous rappelle que vous disposerez de 10 minutes pour nous présenter votre exposé. Les représentants du Conseil partageront leur temps de parole. Je vous rappelle également que les membres du comité disposeront de cinq minutes chacun pour vous poser leurs questions.

Dans le cadre des séances des comités sénatoriaux, j'ai l'habitude de laisser d'abord la parole aux témoins qui participent par vidéoconférence au cas où il y aurait des problèmes techniques. Puisque nous sommes « informatisés » pendant que nous sommes ici, nous allons commencer par les témoins qui participent par vidéoconférence.

Madame Jarrett, vous avez la parole.

Mme Linda Jarrett (membre, Conseil consultatif des personnes handicapées, Dying With Dignity Canada): D'abord, je tiens à vous remercier de m'avoir donné l'occasion de venir témoigner devant le comité. Je vous en suis reconnaissante.

Mon nom est Linda Jarrett. J'ai 67 ans. Je suis une conjointe, une mère, une grand-mère et, bien entendu, une belle-mère. Il y a 17 ans, j'ai reçu un diagnostic de sclérose en plaques progressive secondaire. À l'époque, je me suis considérée chanceuse, d'une certaine façon, d'avoir reçu ce diagnostic à l'âge de 50 ans. Contrairement à de nombreuses personnes qui reçoivent un diagnostic de sclérose en plaques alors qu'ils sont dans la vingtaine ou la trentaine, j'ai eu la chance de vivre une vie très active. J'ai eu une très belle carrière à titre d'enseignante et j'ai pu participer activement à l'éducation de nos deux enfants.

À cet égard, je suis chanceuse, mais aussi malchanceuse, car la sclérose en plaques est une maladie très insidieuse. Personne n'a encore découvert la cause de la sclérose en plaques et aucun remède contre cette maladie n'est envisagé dans un avenir rapproché, surtout pour le type de sclérose en plaques dont je souffre.

À la lumière de ce diagnostic, il y a cinq ou six ans, je me suis mise à réfléchir sur ce à quoi ressemblerait ma vie. Je ne veux pas vivre mes dernières années à recevoir des soins jour et nuit dans un centre de soins de longue durée, peu importe la qualité de l'établissement. C'est à ce moment que j'ai commencé à étudier mes options.

Il y a six ou sept ans, une des options était de précipiter ma mort alors que j'en étais encore capable physiquement, sans impliquer les membres de ma famille ou mes amis. Avec l'arrivée du concept de l'aide médicale à mourir et l'incroyable annonce faite en février dernier, j'ai compris que je pourrais continuer d'aimer ma vie sachant qu'il pourrait y avoir une solution qui me permettrait d'éviter le genre de fin de vie que je ne souhaite pas.

Peu importe, ce n'est là qu'un aperçu de ce qui m'amène ici aujourd'hui à témoigner à titre de membre du Conseil consultatif des personnes handicapées de Dying With Dignity Canada. Nous sommes un groupe de personnes atteintes de handicaps qui nous empêchent de participer aux routines de la vie quotidienne. Parmi les membres du Conseil consultatif des personnes handicapées, on retrouve Margaret Birrell, une militante sociale; le Dr Greg Robinson, ancien médecin en soins palliatifs et responsable de la santé publique; et Jim Sanders, ancien président de l'Institut national canadien pour les aveugles.

En 2014, Dying With Dignity Canada a commandé un sondage auprès d'Ipsos Reid qui a été envoyé à un échantillon statistiquement significatif de personnes handicapées. Les participants devaient répondre, notamment, à la question suivante: Êtes-vous atteint d'un handicap permanent ou sévère qui vous empêche de participer, sans aide, aux activités de base de la vie quotidienne?

Quatre-vingt-quatre pour cent des participants, ce qui est extraordinaire, ont répondu à la question suivante: Pourvu que des mesures de protection soient adoptées, dans quelle mesure êtes-vous d'accord qu'un médecin devrait pouvoir aider une personne à mettre fin à sa vie si cette personne est un adulte en phase terminale, endure des souffrances insupportables et a demandé à maintes reprises l'aide médicale à mourir?

•(1735)

Je ne saurais trop insister sur le fait que 84 % des personnes handicapées ayant participé au sondage se sont dit en faveur ou fortement en faveur du droit à l'aide médicale à mourir. Le sondage a une marge d'erreur de plus ou moins 11,5 %. Un autre sondage, celui-ci mené au Royaume-Uni par YouGov, a été envoyé à un groupe plus large de personnes handicapées. Parmi les personnes sondées, 79 % se sont dit en faveur ou fortement en faveur du droit à l'aide médicale à mourir. Ils ont répondu dans l'affirmative à la question suivante: Que vous souhaitiez ou non recourir à l'aide médicale à mourir pour vous-même, dans quelle mesure appuyez-vous ou vous opposez-vous à la loi sur l'aide médicale à mourir pour les adultes sains d'esprit atteints d'une maladie terminale?

Le Conseil consultatif des personnes handicapées a contribué à informer les sept principes législatifs proposés par Dying With Dignity Canada. J'espère que ce document vous a été remis à l'avance. Je ferai référence à certains de ces principes, mais le document vous a été envoyé avant la tenue de cette séance. Vous pourrez donc l'examiner plus tard.

J'aimerais souligner le deuxième principe, qui porte sur la demande avancée. Selon les membres du Conseil, comme c'est le cas en ce qui concerne d'autres décisions importantes de fin de vie, nous devrions avoir la possibilité de faire connaître nos décisions lorsque nous sommes saints d'esprit et pouvoir espérer que celles-ci soient respectées si nous ne le sommes plus. J'ai moi-même signé une ordonnance de non-réanimation, car je sais pertinemment que je ne veux pas être réanimée si je meurs. Disons que je subis un accident vasculaire cérébral qui me laisse complètement paralysée et incapable de communiquer. Dans une telle situation, je sais que je souhaiterais que l'on m'aide à mourir et, à mon avis, je devrais pouvoir faire cette demande alors que je suis encore saine d'esprit et espérer qu'elle soit respectée si jamais je ne le suis plus.

Afin de nous assurer que l'aide médicale à mourir n'est offerte qu'aux patients qui souhaitent réellement mourir, nous appuyons l'ajout de procédures qui n'existent pas actuellement en matière de soins médicaux de fin de vie. Nous procédons avec prudence, sachant que l'ajout de procédures peut parfois se transformer en obstacles. Par exemple, les deux procédures que nous appuyons sont que deux médecins s'assurent auprès du patient du consentement libre et éclairé de sa demande et que chaque cas soit examiné après le décès du patient et que les données regroupées soient compilées et rendues publiques.

En tant que personnes handicapées, nous sommes conscients que les ressources et le soutien peuvent parfois être déficients. C'est pourquoi nous avons étoffé notre politique sur l'aide médicale à mourir et y avons inclus la déclaration suivante: toute personne, y compris celles ayant une incapacité, devrait avoir accès au soutien et aux ressources nécessaires pour profiter pleinement de la vie.

Nous sommes conscients qu'une personne peut se trouver dans une position vulnérable en raison de facteurs n'ayant aucun lien avec sa maladie. Par exemple, les personnes handicapées sont plus susceptibles de se sentir isolées ou d'avoir des difficultés financières. C'est pourquoi nous croyons que les médecins devraient être formés de façon à pouvoir évaluer si les patients se trouvent dans une position vulnérable, tant en ce qui concerne l'aide médicale à mourir qu'en ce qui concerne les décisions de fin de vie.

•(1740)

Les membres du Conseil consultatif des personnes handicapées croient fermement que la loi doit assurer un équilibre entre protéger les personnes vulnérables contre une aide à mourir qu'elles ne

souhaitent pas et, de mon point de vue et du point de vue du conseil, assurer l'accès à l'aide à mourir pour ceux qui le souhaitent vraiment.

À cette fin, nous proposons deux autres principes clés. D'abord, même s'ils ont le droit de refuser d'administrer ou de prescrire un médicament mortel, les médecins doivent fournir des renseignements aux patients et assurer le transfert de leurs soins de façon à ce que les patients ne soient pas abandonnés. Nous voulons éviter qu'une personne gravement malade, en grande douleur, se voie donner une adresse courriel, un numéro de téléphone ou un bottin téléphonique et qu'on lui dise de se trouver un autre médecin.

Nous croyons également que les établissements financés par le public, qu'il s'agisse d'hôpitaux, d'hospices et d'établissements de soins de longue durée, devraient offrir l'aide médicale à mourir au sein de leur établissement aux patients qui le demandent. Par exemple, certains de nos membres en Colombie-Britannique s'inquiètent d'être transportés dans un des hôpitaux catholiques de la province s'ils ont besoin de soins médicaux d'urgence. Ils ne veulent pas renoncer à leur droit à une aide à mourir simplement parce que l'hôpital où ils se trouvent respecte un point de vue religieux en matière d'aide à mourir.

Il est important de noter que certains des défenseurs les plus connus de l'aide médicale à mourir sont handicapés: Kay Carter, Sue Rodriguez, Gloria Taylor et Joe Arvay, l'avocat principal pour les plaingnants dans une cause portée devant la Cour suprême du Canada il y a un peu plus d'un an, affaire qui nous a donné le droit — possible — à l'aide médicale à mourir. Il a mené cette cause de son fauteuil roulant.

Nos maladies et handicaps nous privent de beaucoup de choses. Je vous demande de ne pas compromettre nos choix et notre autonomie. Je le répète, 85 % des personnes handicapées ayant participé à un sondage valide et reconnu se sont dit fortement en faveur de l'aide médicale à mourir.

De grâce, ne nous faites pas paraître comme des opposants à ce choix humain. Encore une fois, j'insiste: il s'agit d'un choix. Personne ne demande à être mis à mort contre son gré, mais ne retirez pas aux membres de la communauté des personnes handicapées le droit de choisir l'aide médicale à mourir.

Merci beaucoup de m'avoir écoutée, malgré mes balbutiements.

•(1745)

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci, madame Jarrett.

Nous entendrons maintenant le Conseil des Canadiens avec déficiences.

Vous avez la parole.

Mme Rhonda Wiebe (coprésidente, Comité sur l'éthique en fin de vie, Conseil des Canadiens avec déficiences): Merci, monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité.

Mon nom est Rhonda Wiebe. Je suis accompagnée de Dean Richert qui assure avec moi la coprésidence du Comité sur l'éthique en fin de vie du Conseil des Canadiens avec déficiences.

Le Conseil des Canadiens avec déficiences, le CCD, est une organisation nationale de défense des droits des personnes handicapées qui travaille à la réalisation d'un Canada inclusif et accessible. Le CCD défend depuis longtemps l'égalité, les droits de la personne, la citoyenneté, l'autoreprésentation et le partenariat et travaille à l'élimination des obstacles. Au cours de sa riche histoire, le CCD a représenté les intérêts de Canadiens handicapés devant la Cour suprême du Canada et déployé des efforts afin d'assurer un accès égal à l'éducation et au transport, entre autres, y compris la question que nous abordons aujourd'hui.

Dans le contexte de la structure organisationnelle du CCD, le Comité sur l'éthique en fin de vie cherche à attirer l'attention des gens sur les interventions privées et sociétales qui mènent au décès prématuré de personnes handicapées en raison des inégalités qui existent en matière de soins de santé, de la négligence sociétale, de préjugés sociaux fondés sur la crainte et de la perception négative de la vie avec un handicap et il cherche à prévenir ces interventions.

J'ai travaillé pendant plus de 20 ans à défendre les droits des personnes handicapées à l'échelle locale, provinciale, nationale et internationale. J'ai également travaillé pendant cinq ans à titre de chercheuse à examiner les questions de fin de vie à la faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Mais, surtout, je sais personnellement ce que c'est que de vivre avec un trouble médical qui limite la qualité de vie et qui peut parfois être mortel. Ce trouble touche presque tous mes organes vitaux et a entraîné chez moi une perte considérable de la vue et des problèmes de mobilité.

Le CCD sait qu'il est difficile de s'ajuster à la vie avec un handicap. J'ai subi 20 chirurgies. À chaque fois, je doute des avantages de la chirurgie ou je crains de perdre une partie de ma capacité. Lorsque je perds une partie de ma capacité à voir, à bouger, à me vêtir seule, à marcher et à travailler, je dois ajuster non seulement la perception des autres à mon égard, mais aussi la perception que j'ai de moi-même. Bien qu'il s'agisse de mon expérience personnelle, elle représente l'expérience type des gens que le CCD représente. C'est une des choses qu'ont en commun les personnes handicapées.

Il y a quelques années, j'ai animé un groupe de soutien pour des jeunes qui se sont soudainement retrouvés handicapés, soit à la suite d'un accident ou en raison de l'apparition d'une maladie. Au cours des deux premières années suivant ce changement dans leur vie, chacun a eu des idées suicidaires. Toutes les personnes handicapées ont eu de telles idées sombres.

Les propos de Wanda Morris, de Dying With Dignity Canada, sont encourageants. Elle a dit que son organisation n'aidera pas ceux qui se retrouvent soudainement handicapés à mourir. Nous savons qu'avec un soutien approprié, nous pouvons vivre une vie bien remplie, même si elle ne ressemble pas à celle que nous espérons. Stephen Fletcher, l'ancien député du Manitoba, a dit que s'il avait eu cette option, il aurait mis fin à ses jours peu de temps après son accident. Il lui a fallu plusieurs années avant de se forger une nouvelle vision pour lui-même, une vision qui l'a amené à devenir parlementaire.

Ces expériences communes ont mené le CCD à étudier attentivement sa réponse à la décision récente de la Cour suprême du Canada d'autoriser l'aide médicale à mourir. Nous vous demandons aujourd'hui de prendre en considération trois points dans vos efforts visant à établir un cadre. Tous nos points s'appuient sur notre expertise organisationnelle et la position de la Cour suprême selon laquelle la protection des personnes vulnérables constitue une priorité. Le tribunal a conclu que la mise en place de

mesures de protection qui imposent « des limites strictes scrupuleusement surveillées et appliquées » apporterait un certain équilibre, soit permettre aux patients d'avoir accès à l'aide médicale à mourir tout en protégeant les personnes vulnérables et qui pourraient être persuadées à se suicider.

La vulnérabilité et la souffrance vont souvent de pair. Un examen de la recherche clinique sur la prévention du suicide et la vulnérabilité dans le contexte des soins de santé montre qu'il existe un large éventail de facteurs associés à la souffrance qui peuvent mener les patients à avoir des idées suicidaires et à demander l'aide médicale à mourir. Vous trouverez dans notre mémoire une liste de facteurs dressée par l'American Psychiatric Association qui augmentent les risques d'avoir des idées suicidaires. Nous ne les examinerons pas en détail ici.

● (1750)

Les trois points que nous souhaitons porter à votre attention découlent de nos inquiétudes à l'égard de la vulnérabilité.

M. Dean Richert (coprésident, Comité sur l'éthique en fin de vie, Conseil des Canadiens avec déficiences): Tout d'abord, le Conseil des Canadiens avec déficiences, ou CCD, demande qu'une évaluation de la vulnérabilité soit obligatoire pour s'assurer que la personne qui désire une aide médicale à mourir remplit les critères de la demande. Dans l'arrêt Carter, le tribunal a reconnu que tout ensemble de mesures de protection doit tenir compte des facteurs complexes, et parfois subtils et subconscients qui entourent une demande d'aide médicale à mourir. À nos yeux, voilà qui confirme la nécessité d'un processus permettant d'évaluer la vulnérabilité, le consentement éclairé et la capacité. Un des critères: il ne faut pas que la personne soit sensible aux incitations.

En ce qui a trait au consentement éclairé, il faut que les personnes qui demandent une aide médicale à mourir aient de l'information sur les soutiens offerts dans le milieu qui s'attaquent aux problèmes entourant la pauvreté, l'isolement, la discrimination et la défavorisation. Nous nous demandons si un médecin de famille peut fournir tous ces renseignements. Il se pourrait qu'une personne plus qualifiée doive intervenir pour informer le patient de ces mesures de soutien. Aux yeux du CCD, il est tout à fait pertinent de savoir la mesure dans laquelle de tels renseignements sont fournis pour déterminer si une personne est vulnérable à l'incitation.

Comme il a été dit plus tôt, Dying With Dignity semble être en accord avec le CCD sur le fait que les personnes qui viennent de recevoir un diagnostic de handicap sont vulnérables et ne devraient pas pouvoir obtenir d'aide médicale à mourir. Aussi, deux sondages nationaux se sont penchés sur la question de l'aide médicale à mourir; l'un a été réalisé par l'Association canadienne des individus retraités, et vient d'être publié, alors que l'autre provient d'un groupe externe. Fait important, les sondages ont révélé qu'une majorité de Canadiens s'opposent à une aide médicale à mourir sans examen préalable. Dans le cas des personnes aux prises avec des troubles mentaux, très peu de Canadiens sont d'avis que l'aide médicale à mourir est une solution.

En deuxième lieu, nous recommandons la mise en place d'un processus préalable de comité d'examen. Les documents afférents — comme l'évaluation de la vulnérabilité, de la capacité et de la compétence, de même que les évaluations de deux médecins — accompagneraient la demande d'un patient cherchant à obtenir une aide médicale à mourir auprès d'un comité d'examen. C'est donc un comité d'examen ou un groupe, et non pas un médecin, qui déterminerait ultimement si une demande d'aide médicale à mourir est acceptée ou non.

Nous estimons que le groupe d'examen devrait être présidé par un juge nommé par le fédéral pour assurer l'uniformité des motifs de décision et favoriser des normes pancanadiennes. C'est important. Il s'agit d'une norme pancanadienne. Il ne devrait incomber ni aux médecins ni aux provinces de définir des critères qui ont déjà été établis par la Cour suprême du Canada.

• (1755)

Mme Rhonda Wiebe: En dernier lieu, le CCD fait valoir le besoin de mettre en place des moyens permettant à tous les Canadiens qui en ont besoin de recevoir des soins palliatifs adéquats.

Le Canada se trouve maintenant dans une étrange situation où nous avons le droit, en tant que citoyens, de demander l'aide d'un médecin pour mettre fin à nos jours, alors qu'il n'y a aucune obligation légale concernant le droit aux soins palliatifs. Le sujet n'est pas abordé dans la Loi canadienne sur la santé, et on sait que de tels soins ne sont offerts qu'à une minorité des Canadiens qui en ont besoin. Il est inadmissible que des personnes choisissent la mort au moyen de l'aide médicale à mourir par manque de choix et de soins palliatifs.

Il est vrai que les soins palliatifs nécessiteront une volonté politique nationale, des services de santé et de l'argent, mais il ne faut pas fonder nos stratégies relatives aux soins de santé sur l'option la moins chère plutôt que d'opter pour la meilleure chose à faire.

Dans son rapport sénatorial de 2010 qui s'intitule *Monter la barre: Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada*, l'honorable Sharon Carstairs recommandait la mise en place d'une stratégie pancanadienne sur les soins palliatifs qui prendrait la forme d'un partenariat entre les instances fédérales, provinciales et territoriales et le milieu. Une telle stratégie préparerait le terrain pour des normes et des balises minimales uniformes en matière de services de soins palliatifs à l'échelle nationale. Elle recommandait la création d'un fonds pour le renforcement des capacités en matière de soins palliatifs au Canada, de même que la couverture des soins palliatifs dans tous les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Le CCD souscrit d'ailleurs pleinement aux recommandations de Mme Carstairs.

En résumé, le CCD estime que de nombreux facteurs sociaux, économiques et environnementaux accroissent la vulnérabilité des personnes avec déficiences, surtout de celles qui viennent de recevoir un tel diagnostic. Un examen minutieux est nécessaire pour vérifier qu'aucune autre solution que la mort ne peut diminuer la souffrance et l'atteinte à la dignité de ces personnes.

En deuxième lieu, il faut un processus d'évaluation qui soit facilement accessible, mais qui n'exige pas nécessairement la tenue d'une audience, et qui rende une décision rapide, comme David Baker l'a dit, disons en tout au plus 45 jours. Il s'agit là d'une protection tant pour les médecins que pour les patients.

Enfin, le CCD reconnaît un chevauchement évident entre la demande d'aide médicale à mourir et le manque d'accès aux soins palliatifs. Il doit y avoir des options convenables afin de proposer de véritables choix à tous les Canadiens qui souhaitent mourir dans la sérénité.

Merci.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci beaucoup.

J'invite maintenant Steven Fletcher à prendre la parole.

L'hon. Steven Fletcher (As an Individual): Merci beaucoup.

[Français]

Je suis heureux d'être ici ce soir.

[Traduction]

Comme bien des parlementaires ici présents pourront le confirmer, y compris le coprésident, nous ne pensons jamais que nous deviendrons un jour des ex-parlementaires...

Des voix: Oh, oh!

L'hon. Steven Fletcher: ... mais nous sommes pourtant ici. Je suis donc très reconnaissant d'avoir la chance de m'adresser à vous et d'ajouter mon grain de sel à propos de mesures législatives fort importantes. J'irai très vite, car il y a bien des choses à dire en peu de temps.

Tout d'abord, à l'âge de 23 ans, tout allait bien dans ma vie. Je venais d'obtenir mon diplôme d'ingénieur. Je roulais vers une mine d'or dans le nord du Manitoba. J'avais une belle copine, et j'étais en pleine forme. Tout allait très bien, et puis *boum*, j'ai heurté un orignal avec ma voiture. L'orignal a traversé le pare-brise et la voiture s'est retrouvée dans le fossé. Il a fallu beaucoup de temps avant que je n'arrive à l'hôpital puisque c'était en 1996, avant l'époque des cellulaires.

J'avais 23 ans, et en un instant, je me suis retrouvé complètement paralysé à partir du cou. Qu'est-ce que cela signifie? En fait, je ne peux rien bouger sous le cou. Je ne sens ni le toucher, ni la douleur, ni le plaisir. Je n'ai aucunement le contrôle de mes fonctions physiologiques. Évidemment, j'ai besoin de soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et ce, pour le restant de mes jours.

On m'a dit que si je survivais, je finirais dans une institution. Personne ne veut entendre cela. Remarquez, lorsque j'ai été élu, je suis retourné leur dire que je ne crois pas qu'ils parlaient du Parlement du Canada.

Des voix: Oh, oh!

L'hon. Steven Fletcher: J'étais complètement paralysé et intubé. C'est très important. Des tubes entraient dans mon nez pour se rendre à mes poumons. Vu que mes poumons étaient essentiellement affaiblis — je n'avais aucun diaphragme pour m'aider à respirer comme tout le monde —, j'ai été branché à un appareil pendant environ trois mois, pleinement conscient, alors que le mucus était siphonné hors de mes poumons chaque minute, chaque heure, jour après jour, semaine après semaine, mois après mois.

Aucun analgésique ne soulage ce genre de douleur. C'est terrifiant. Il est impossible de dormir. J'ai pensé devenir fou. Il m'était impossible de parler à qui que ce soit. La douleur était très intense, de sorte que ma tête voulait exploser, mais je n'y pouvais rien. J'appelle cela une « torture qui part d'une bonne intention ». C'est ce que les médecins faisaient.

Lorsque j'ai enfin pu respirer et parler, j'ai fait deux choses. J'ai réuni ma famille. J'ai dit à ma mère et à mon père — mon père est avec moi ce soir — de même qu'à mon frère et à ma soeur que je les aimais plus que tout. Puis je leur ai demandé d'appeler mon avocat. Je ne voulais plus jamais vivre une chose semblable. L'avocat m'a averti que ma demande était probablement illégale, mais je voulais tout de même la consigner par écrit, au cas où. C'était il y a 20 ans.

Faisons un saut dans le temps. Sue Rodriguez est un exemple de personne pour qui toutes les ressources du monde n'auraient rien pu à la fin. Je le sais; je l'ai vécu. J'allais me porter mieux, et j'avais 23 ans. De toute façon, je n'ai pas cru le pronostic des médecins avant bien plus tard, mais Sue Rodriguez allait se noyer, désespérée, dans la douleur et la terreur. On lui a refusé ce que chacun ici présent aurait voulu: cesser de souffrir.

● (1800)

Je préconise depuis longtemps la liberté de l'individu, l'autonomie personnelle et la non-ingérence du gouvernement dans la vie des gens, autant que possible. J'ai énormément écrit sur la question. J'ai rédigé des articles partout au pays. Même le magazine *The Economist* a demandé des textes. En fait, j'ai ici un livre qui s'intitule *Master of My Fate*. Je ne peux pas le distribuer puisqu'il n'est pas traduit, mais vous le trouverez dans vos boîtes aux lettres. Il aborde toute la saga politique.

Je vais passer, en ajoutant que vous serez saisis de trois projets de loi d'initiative parlementaire: j'en ai proposé deux, et Nancy Ruth et Larry Campbell en ont déposé un au Sénat. Le premier projet de loi vise à modifier le Code criminel. Il compte environ cinq pages, et comporte certaines protections que vous devriez selon moi envisager. Le deuxième fait référence à un groupe ou à une sorte de comité d'examen qui étudierait les pratiques exemplaires. Après cinq ans, disons, il devrait rendre des comptes au Parlement. Il réunirait des données empiriques dans le but de déterminer pourquoi les gens présentent des demandes, et ce que nous pouvons faire pour donner vraiment le pouvoir aux gens afin qu'ils choisissent la vie. Mais il faut aussi reconnaître que les gens choisissent parfois la mort. En fait, si vous lisez le serment d'Hippocrate, vous constaterez qu'il reconnaît ce fait.

Le Parlement s'est montré étrangement silencieux en réponse aux projets de loi. Harold rit, car il sait que tout le monde était... Ce n'était pas agréable d'y être — en revanche, tous les médias de pratiquement partout au pays les ont acceptés, qu'ils soient de la gauche ou de la droite, comme les émissions de radio et de télévision. Il se trouve que plus de 80 % des Canadiens appuient l'aide médicale à mourir, même les personnes handicapées. La réaction que j'ai obtenue par courriel était écrasante. J'ai reçu des milliers de messages de gens qui me racontaient leurs histoires les plus intimes.

Revenons à aujourd'hui. Ce qui est essentiel dans cette affaire, c'est que le demandeur doit être un Canadien ou un résident permanent, avoir 18 ans ou plus et avoir des capacités cognitives. Ne compliquez pas les choses. C'est tout. Voilà les critères. Tout ce que vous avez à faire est de copier-coller cette partie de la décision dans le Code criminel.

Je suis tout à fait d'accord avec le CCD sur le fait que nous devons fournir des ressources et multiplier celles-ci pour que les gens choisissent la vie. Mais encore une fois, il y a des situations pour lesquelles toutes les ressources du monde ne suffiront pas. Je pense que c'est pourquoi bien des membres de la communauté des personnes handicapées dans son ensemble appuient l'aide médicale à mourir. Je demande toutefois aux gens du milieu qui ont des réserves à ce sujet de faire preuve de plus d'empathie envers ceux qui souffrent. Laisser une personne souffrir, mourir de faim, ou connaître une douleur ou une souffrance terrible, qu'elle soit au bout du couloir ou de la rue, dans une résidence pour personnes âgées, un hôpital ou à la maison, et la laisser vivre dans la douleur et la terreur... Rien de cela n'améliore mon sort en tant que Canadien handicapé. Cela ne fait que m'attrister.

● (1805)

Il faut reconnaître que les gens souffrent, et quand nous imposons notre point de vue ou que n'importe quel groupe impose son point de vue à qui que ce soit, cela va à l'encontre des valeurs canadiennes et je dirais même de la Constitution, car cela empiète sur les droits à la liberté et à l'autodétermination.

Au sujet des médecins, j'ai entendu beaucoup d'entre eux témoigner qu'il faudra faire preuve de « fermeté affectueuse ».

Aux médecins et à la profession médicale, je dis: soyez professionnels, soyez fermes. Vous n'êtes pas au cœur de la question. La profession médicale non plus. C'est la personne et ses choix. Si la personne est un adulte capable, pourquoi donc lui imposer notre façon de voir sa qualité de vie? Je ne parle pas de quelqu'un qui s'est levé du mauvais pied. Il faudra évidemment qu'il y ait des raisons et il faudra faire preuve de bon sens.

Le fait que le Comité présente une mesure législative me préoccupe beaucoup, parce que toute mesure issue d'Ottawa est vouée à l'échec quand cela vient aux questions de partage des compétences dans les domaines du droit criminel et des soins de santé. Je recommande au Comité de rester aussi près que possible de l'arrêt Carter et de permettre aux provinces de décider elles-mêmes de leur avenir. C'est ce qui se passe déjà au Québec. En fait, le Québec doit aller plus loin. Il doit modifier la loi pour permettre plus de cas.

Enfin, au sujet des directives de soins anticipées, après la période de quatre mois, je pense qu'il y aura un changement de paradigme par rapport à ce qui est permis concernant la vie [*Note de la rédaction: difficultés techniques*]. À mon avis, les gens doivent pouvoir décider que si, dans 20 ans, ils sont atteints de démence ou d'une maladie du genre ou s'ils ont un grave accident de voiture ou autre, ils ne voudront pas continuer à vivre. Je pourrais en dire plus. Je vais vous donner le livre.

Mesdames et messieurs, permettez-moi de citer un poème bien connu, *Invictus*: « Je suis le maître de mon destin, Je suis le capitaine de mon âme. » Allons de l'avant avec espoir, compassion, empathie et pitié.

● (1810)

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci beaucoup.

Madame Shanahan.

Mme Brenda Shanahan (Châteauguay—Lacolle, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins des exposés très émouvants qu'ils nous ont présentés ce soir. Ils nous rappellent les concepts qui sont en jeu. L'autonomie, la capacité et même le droit de refus sont des concepts que nous tenons pour acquis, nous qui avons tous nos moyens.

Ma question s'adresse à M. Fletcher.

Pouvez-vous nous en dire plus sur ces concepts et sur la signification de ces mots pour les personnes handicapées?

L'hon. Steven Fletcher: La raison pour laquelle des gens se sont enlevés la vie prématurément — les représentants de Dying With Dignity ont nommé des cas très médiatisés —, c'est qu'ils ont terriblement peur de ce qui pourrait arriver. S'ils perdent la capacité, par exemple, de se rendre en Suisse ou d'obtenir qu'on leur administre une dose fatale, ils seront prisonniers de leur corps et à jamais misérables.

La Cour suprême a déclaré qu'elle était consciente de cela. Elle a reconnu que les gens mettent fin à leur vie prématurément pour cette raison et que, sous sa forme actuelle, la loi fait souffrir les gens. Cela faisait partie des témoignages. Le gouvernement du Canada a approuvé ces deux points.

La mesure législative — ou l'absence de mesure, car selon moi, il n'en faut même pas — réconfortera les gens comme Sue Rodriguez ou comme moi quand j'avais 23 ans. Et si j'avais eu 53 ou 73 ans? Vous voyez, les choses changent. À mon avis, nous devons faire preuve d'empathie, non seulement en tant que personnes handicapées qui examinent la situation, mais aussi évidemment le contraire. Tout dépend d'où vous en êtes dans votre vie, de vos valeurs, de votre religion et de votre âge.

Si Ottawa devait adopter une solution universelle ou si un comité devait prendre la décision, vous feriez aussi bien de maintenir la loi dans son état actuel parce que le résultat serait le même. Les gens n'auraient pas accès à l'aide médicale à mourir, ils agiraient d'eux-mêmes et entre-temps ils souffriraient.

• (1815)

Mme Brenda Shanahan: Merci.

J'ai une question pour le Conseil des Canadiens avec déficiences. Avez-vous songé à l'accès? Est-ce une préoccupation dans les mesures que vous avez proposées?

M. Dean Richert: Monsieur le président, si vous le permettez, je vais répondre à la question.

Oui, nous y avons songé. C'est pour cette raison que nous avons pensé à une structure comme la Commission du consentement et de la capacité de l'Ontario, qui donne aux gens un accès presque immédiat, en moins de 24 heures. C'est aussi la raison pour laquelle nous avons déclaré dans notre exposé qu'il ne serait pas nécessaire de tenir une audience. On pourrait présenter une déclaration écrite sous serment ou simplement la documentation préparée par le médecin du patient et deux médecins. Un médecin ferait l'évaluation de la vulnérabilité et il la présenterait à un comité. Ce serait, si je me souviens bien, comme la situation de Dr Low. Le tout pourrait se faire très rapidement, sans que personne ait à se présenter devant un comité.

Nous avons songé à l'accès, et c'est un véritable enjeu. Écoutez, le CCD sait très bien que les gens doivent avoir accès. L'accès a toujours compté parmi les préoccupations du CCD. Dans le cas présent aussi, nous voulons faire en sorte que l'accès soit rapide, mais nous comprenons également qu'il ne faut pas forcer les médecins à prendre une décision. Si le médecin de famille a une objection de conscience à l'arrangement ou à la préparation des documents, cette démarche lui permet de tout de même de continuer à accompagner son patient et à être auprès de lui.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci beaucoup.

Je donne maintenant la parole à Mme Harder.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Ma première question s'adresse à Linda.

Linda, j'aimerais que vous clarifiez la question posée dans le sondage Ipsos Reid. Avez-vous la question exacte en main?

Mme Linda Jarrett: Oui. Voici la question posée dans le sondage Ipsos Reid: « Pourvu que de solides garanties soient en place, dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec l'énoncé selon lequel un médecin devrait pouvoir aider une personne à mettre fin à sa vie si cette personne est un adulte apte qui est en phase

terminale, qui souffre insupportablement et qui demande plusieurs fois de l'aide à mourir? »

Mme Rachael Harder: Aidez-moi à comprendre quels étaient les choix de réponses à cette question.

Mme Linda Jarrett: Selon les renseignements qu'on m'a donnés, 85 % des gens dans cette catégorie, c'est-à-dire les personnes handicapées, appuyaient ou appuyaient fortement le droit à l'aide médicale à mourir. C'est l'information qu'on m'a donnée.

• (1820)

Mme Rachael Harder: Merci.

Mme Linda Jarrett: De rien.

Mme Rachael Harder: J'ai une autre question, pour le Conseil, cette fois.

Dean et Rhonda, votre organisation a déclaré qu'elle s'oppose, en fait, aux conclusions du sondage Ipsos. Pouvez-vous nous expliquer très brièvement ce qui vous préoccupe dans les conclusions du sondage?

M. Dean Richert: C'est un sondage qui a été effectué avant que l'arrêt Carter soit rendu, n'est-ce pas? Le sondage a été fait à l'automne 2014.

Mme Rachael Harder: Je crois que c'est exact.

M. Dean Richert: D'accord.

Le sondage a été commandé à Ipsos Reid par Dying With Dignity, je crois. Comme je ne l'ai pas en main, je ne peux pas en parler précisément. Je sais que nous avons de la documentation sur les raisons pour lesquelles nous nous opposons à ces conclusions.

Si vous voulez cette documentation parce qu'elle vous serait utile, nous pouvons la fournir au Comité.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Ce serait très bien.

M. Dean Richert: Je ne peux pas répondre maintenant, simplement parce que je n'ai pas la documentation en main.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Vous pouvez faire un suivi auprès de la greffière. Merci.

Madame Harder.

Mme Rachael Harder: Dean et Rhonda, j'ai une autre question pour vous. Votre organisation a déclaré à plusieurs reprises qu'elle n'était pas d'accord avec le groupe consultatif provincial-territorial d'experts. Je voudrais que vous me parliez de ce que vous avez vécu.

Ma question comporte deux volets. Premièrement, j'aimerais que vous parliez brièvement de la façon dont le groupe vous a traités et dont il a communiqué avec vous. Deuxièmement, j'aimerais que vous me disiez quelles garanties doivent être mises en place, selon vous, pour les personnes handicapées.

M. Dean Richert: Ni Rhonda ni moi n'avons parlé au groupe, mais nous pouvons certainement obtenir des renseignements à ce sujet pour vous.

Je crois que John Hicks ou Amy Hasbrouck se sont entretenus avec le groupe.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Vous pourrez fournir ces renseignements à la greffière.

Pouvez-vous répondre au deuxième volet de la question?

M. Dean Richert: Pouvez-vous répéter la question, s'il vous plaît?

Mme Rachael Harder: Je voudrais que vous décriviez les garanties que les gens de votre organisation demandent aux parlementaires.

M. Dean Richert: Nous demandons entre autres que les critères soient définis. Nous demanderions que les critères qui se trouvent dans la loi soient définis, en particulier ceux établis par l'arrêt Carter. Nous voudrions connaître la définition d'un problème grave et irrémédiable causant des souffrances persistantes. Nous déclarerions que la mesure devrait seulement toucher les adultes capables qui sont affectés de problèmes graves et irrémédiables.

Nous sommes aussi d'avis que les soins palliatifs, ou du moins les systèmes de soutien, et l'aide médicale au suicide font partie des garanties. Nous demanderions donc de les inclure, en étant conscients que le financement des soins palliatifs n'est peut-être pas du ressort du Comité. Si vous comptez présenter des recommandations, ce point en serait une.

Nous demanderions que les demandes d'aide médicale au suicide soient examinées et approuvées par un comité d'examen indépendant ayant assez d'information pour établir si les critères nécessaires sont remplis. Pour prendre sa décision, le comité examinerait la demande de la personne et les raisons de la demande.

Comme nous le savons tous, l'affaire Carter portait précisément sur la question de la vulnérabilité. C'est indiqué très clairement dans le paragraphe 76, je crois, de la décision, où l'on appuie la déclaration faite par le juge Sopinka dans l'affaire Rodriguez, lorsqu'il écrit que l'objectif des articles 14 et 241 du Code criminel est « fondé sur l'intérêt de l'État à la protection de la vie » et « traduit la politique de l'État suivant laquelle on ne devrait pas dévaloriser la valeur de la vie humaine en permettant d'ôter la vie ».

Voilà pourquoi nous voudrions examiner les raisons des demandes.

Merci.

• (1825)

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci.

Monsieur Rankin.

M. Murray Rankin (Victoria, NPD): J'aimerais beaucoup vous dire, monsieur Fletcher, à quel point j'ai apprécié votre exposé si sincère et touchant. J'ai hâte de recevoir votre livre.

Il y a un conflit, je crois, entre votre avis sur les garanties nécessaires et les propos du Conseil des Canadiens avec déficiences. Je veux que nous nous penchions là-dessus. Vous demandez que ce soit très simple et qu'on suive simplement le langage employé par la Cour suprême dans l'arrêt Carter. Vous dites: « n'en faites pas un processus compliqué », tandis que le CCD a affirmé qu'il fallait un processus de commission d'examen, un juge nommé par le fédéral, 45 jours, etc.

Je voudrais d'abord entendre votre réponse à cette proposition, puis j'aimerais que le CCD nous parle de la notion d'examen.

L'hon. Steven Fletcher: Retarder l'accès, c'est refuser l'accès. Les restrictions et obstacles sont nombreux, dans ce qu'a décrit le CCD, un excellent organisme, soit dit en passant. Ils ont fait de l'excellent travail, mais à ce sujet... Je ne suis pas au Parlement en ce moment, mais j'y ai passé assez de temps pour savoir qu'Ottawa pourrait

vraiment tout rater en imposant trop de formalités administratives et en présument de la façon dont les gens voient la vie et la qualité de vie.

On ne peut appliquer une solution unique quand on traite avec des personnes. Les docteurs traitent des cas particuliers tout le temps. Je crois que le président du comité est oncologue. Est-ce qu'il y a deux cas identiques? Bien sûr que non.

Plus vous vous éloignez de l'arrêt *Carter*, plus vous risquez d'empiéter sur la compétence des provinces. Quand vous en serez là, je prédis que vous allez vous enfoncer dans les ténèbres constitutionnelles et qu'on ne vous retrouvera plus jamais. C'est la réalité.

Pour ce qui touche la santé et les soins palliatifs, bien sûr que nous devrions y consacrer autant de ressources... mais c'est un secteur de compétence provinciale, et les provinces doivent déterminer comment elles vont utiliser les fonds qu'elles perçoivent des contribuables et prendre les décisions nécessaires.

M. Murray Rankin: Vous rejeteriez l'idée d'une commission d'examen telle que celle décrite par le CCD.

L'hon. Steven Fletcher: Oui, bien que dans mon projet de loi... Bien sûr, vous pourriez toujours utiliser le libellé de mon projet de loi et l'insérer. Il est très bien formulé.

Des voix: Oh, oh!

L'hon. Steven Fletcher: Il comporte un examen permettant de mettre de côté toute personne qui aurait grandement intérêt à ce que la personne meure. Cela englobe la famille ou l'établissement où se trouve la personne. Vous ne voulez pas que l'établissement dise: « Nous avons besoin du lit numéro 15. » Le processus doit se faire sans lien de dépendance, d'après moi, mais je ne pense pas qu'il appartient à Ottawa de décider. Ce sont les provinces qui devraient le faire.

En effet, ce sera disparate et il n'y aura pas d'uniformité, mais notre système de soins de santé est ainsi fait.

M. Murray Rankin: Merci.

Compte tenu du temps qu'il nous reste, je me demande si le CCD voudrait répondre à ce que M. Fletcher a dit, en particulier à propos de la nécessité d'une commission d'examen.

M. Dean Richert: Un processus fondé sur une commission d'examen respecterait les différences et ne représenterait pas une solution unique. L'accès peut être très rapide. Comme nous le savons avec la commission relative aux soins et au consentement en Ontario, l'accès est possible en 24 heures. Nous disons qu'il n'est pas nécessaire que la preuve soit orale, alors ce peut être très rapide. Il ne s'agit pas du tout d'une solution unique.

Nous admettons que pour un cas semblable à celui du Dr Low, il ne faut pas que l'attente soit de 45 jours. C'est un cas rapide où le médecin dira qu'en effet, la personne n'est pas vulnérable. Il l'a demandé et deux médecins ont accepté. Ils ont réalisé une évaluation de sa capacité. Ils ont soumis son consentement à une évaluation. Ils l'ont envoyée à la commission. Le médecin, malgré une objection de conscience, ne peut s'opposer à cela. Le cas est soumis à une commission d'examen.

Je peux voir comment cela pourrait prendre très peu de temps.

•(1830)

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci beaucoup.

Chers collègues, acceptez-vous deux autres questions? Je peux vous dire que notre groupe de témoins suivant a accepté une légère prolongation de leur temps. Êtes-vous prêts à accepter deux autres questions?

Des voix: Oui.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci beaucoup.

Sénatrice Nancy Ruth.

L'hon. Nancy Ruth (sénatrice, Ontario (Cluny), C): Je m'adresse au Conseil des Canadiens avec déficiences. Vous dites que l'évaluation de la vulnérabilité doit être exigée.

Parmi les pays qui recourent à une forme d'aide médicale à mourir, qu'il s'agisse des États-Unis ou de pays d'Europe, pouvez-vous nous dire si certains exigent une évaluation de la vulnérabilité ou une autorisation anticipée de la part d'une partie indépendante? Existe-t-il des modèles de cela ailleurs dans le monde?

M. Dean Richert: David Baker pourrait vous parler de cela. Je pense que la cour suprême de la Colombie a récemment indiqué... Ils avaient l'aide médicale à mourir sans processus d'examen préalable. David Baker, qui va prendre la parole tout à l'heure, peut vous parler de cela.

En ce qui concerne l'évaluation de la vulnérabilité, les médecins le font en ce moment. C'est ce que je comprends, du moins. Si une personne veut refuser ou cesser un traitement de survie, un docteur doit réaliser une évaluation de la vulnérabilité de cette personne et se pencher sur sa capacité. La capacité et le consentement, cela vise la vulnérabilité. Nous ne disons pas qu'un expert indépendant et qualifié doit venir chaque fois et évaluer la vulnérabilité. Nous disons que s'il y a de la fumée, il y a une raison profonde. Si un docteur dit qu'il n'y a pas de fumée, c'est qu'il n'y en a pas. Il a mené l'évaluation de la vulnérabilité.

L'hon. Nancy Ruth: Ce que vous avez dit, cependant, c'est qu'outre des dispositions législatives qui pourraient être adoptées en Colombie, il n'existe pas de modèle de cela. Ce que je demande, c'est pourquoi il faut faire porter le poids de cela aux Canadiens?

Pour ce qui est du consentement éclairé, vous avez bien dit qu'il pourrait être nécessaire qu'une autre personne que le médecin s'en occupe, même si vous venez de dire que les médecins le font maintenant. Pourquoi faudrait-il un autre...

M. Dean Richert: Si vous me le permettez, monsieur le président, j'aimerais répondre à cette question.

La raison de cela, c'est pour vérifier que les idées suicidaires ne découlent pas de l'incapacité. Par exemple, si je souffre du diabète de type 1 et que je dois maintenant prendre de l'insuline cinq fois par jour, que mes organes cibles sont touchés, que je suis aveugle au sens de la loi et que c'est pour cela que je veux mourir, quel est le soutien offert? Quel médecin de famille peut me dire où trouver toute l'aide? Sur la question du consentement éclairé, qui est nécessaire dans cette situation particulière, je pense qu'il doit englober toutes ces questions de soutien.

En fin de compte, je peux toujours dire qu'en tant que diabétique de 55 ans, je veux mourir et me prévaloir de l'aide médicale à mourir. J'ai peut-être des problèmes de santé graves et irrémédiables, je souffre constamment, et je ne veux plus vivre ainsi. Je peux résoudre ce problème de cette façon. Un médecin peut dire: « Je pense qu'il y

a de la fumée, dans ce cas-ci. Je pense que vous devriez envisager d'autres options. » Un médecin peut aussi dire: « Oui. D'accord. »

C'est ce que nous demandons. Le médecin n'a peut-être pas nécessairement à sa portée tous les éléments lui permettant de comprendre et de gérer ces situations.

L'hon. Nancy Ruth: Je suis sûre que c'est toujours le cas. J'ai le diabète de type 2, je deviens aveugle, et je peux vous assurer que mes divers médecins me disent à quelles cliniques aller pour ma basse vision, ainsi que toutes sortes d'autres choses, comme ce que je dois manger et ce que je dois éviter de manger. Il y a du soutien. En ce qui concerne l'exemple que vous avez donné, les personnes qui prennent de l'insuline ont les services de médecins consultants.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci.

M. Arseneault va poser la dernière question.

[Français]

M. René Arseneault (Madawaska—Restigouche, Lib.): Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à l'hon. Steven Fletcher.

[Traduction]

Ma question sera brève.

L'hon. Steven Fletcher: Vous obtiendrez une meilleure réponse.

M. René Arseneault: Selon mon interprétation du projet de loi C-581, 14 jours s'écouleraient, si j'ai bien lu, entre la présentation d'une demande d'aide médicale à mourir et l'acte lui-même. Pourriez-vous nous donner des précisions à cet égard?

•(1835)

L'hon. Steven Fletcher: Ce à quoi le député fait allusion, c'est que j'ai prévu un délai de 14 jours entre la demande et l'acte, de sorte que si la personne exprime le désir de continuer à vivre, la demande d'aide médicale à mourir serait annulée. Certains voulaient un délai de sept jours ou de 24 heures, tandis que d'autres voulaient des années. C'est l'un des principaux enjeux. Combien de temps à l'avance peut-on présenter une demande? Que considérera-t-on comme acceptable, dans le Code criminel, en ce qui concerne les testaments biologiques?

Il s'agit d'une question de droit pénal. Si le Comité pouvait en arriver à un consensus —qui serait présenté, à mon avis, sous une forme qui permettrait son examen dans quelque 10 ans —, la plupart des Canadiens y seraient favorables et seraient rassurés, en particulier quand on entend parler de toutes ces choses terribles comme la démence, les traumatismes cérébraux, les accidents vasculaires cérébraux, etc.

Ce serait une proposition constructive de la part du Comité, mais dicter aux provinces ce qu'elles peuvent ou ne peuvent pas faire serait s'engager en terrain glissant.

Permettez-moi d'ajouter une dernière chose. Afin de souligner l'importance du cadre défini par la Cour suprême dans sa décision, le Comité pourrait proposer d'augmenter la peine. Ainsi, une personne qui ne respecterait pas le critère de la personne adulte capable serait passible d'une longue peine d'emprisonnement. Ce serait un excellent contrepois qui inciterait les gens à respecter l'esprit de la mesure proposée par la Cour suprême.

M. René Arseneault: J'ai une question, mais sans revenir pour autant sur la question exacte qui vous a été posée précédemment par mon collègue, M. Rankin. Vous avez recommandé que le gouvernement fédéral joue un rôle minimal et qu'il laisse les provinces se charger des détails. Le plus éminent spécialiste du droit constitutionnel au Canada, le professeur Hogg, qui a témoigné au Comité, nous a prévenus qu'il ne fallait pas tenir pour acquis que toutes les provinces prendraient des mesures à cet égard, et il a recommandé que le gouvernement fédéral établisse un régime détaillé qui s'appliquerait uniquement à une province qui n'aurait pas légiféré.

Êtes-vous d'accord pour dire que ce serait préférable à une situation où des patients ou des médecins choisiraient la province qui aurait des règles qui leur plaisent davantage?

L'hon. Steven Fletcher: Une mesure législative n'est pas nécessaire. La décision de la Cour suprême suffit: la personne doit avoir 18 ans et être apte à consentir. Lorsqu'elle a rendu son jugement, la Cour suprême a aussi tenu compte de divers enjeux. Je suggère à tous les membres du Comité de lire l'arrêt de la Cour suprême ainsi que les références. Vous constaterez que l'enjeu principal est la définition d'un adulte capable.

Ce que je considère comme une souffrance intolérable n'est peut-être pas acceptable pour vous, et mes convictions religieuses pourraient ne pas être compatibles avec les vôtres, mais nous sommes tous des personnes. Grâce à cette mesure, nous permettrons aux gens de vivre une vie pleine et entière jusqu'à leur dernier souffle, et l'État fournira les ressources jusqu'au dernier instant. Voilà l'objectif. Je vous prie donc de ne pas essayer de dicter aux gens ce qu'ils peuvent ou ne peuvent pas faire de leur vie, ni de juger de la qualité de vie dont ils jouissent ou non. Laissez simplement les gens... Fiez-vous au jugement des Canadiens.

Je souligne au passage que tout ce que vous déciderez ici aura une incidence sur tous les Canadiens actuellement en vie et sur toutes les générations futures, et servira probablement de cadre pour le monde occidental. Je vous invite donc à y réfléchir.

• (1840)

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci beaucoup.

Je tiens à exprimer ma gratitude aux remarquables Canadiens qui ont comparu au Comité ce soir. Au nom de mes collègues, je vous remercie d'être venus et d'avoir discuté avec nous.

Cela dit, je vais suspendre la séance pour deux minutes, le temps de nous préparer pour la prochaine partie de la séance.

• _____ (Pause) _____

•

• (1845)

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Reprenons. Veuillez retourner à vos places respectives. Nous allons commencer.

M. Lemmens était ici il y a une minute. Je sais qu'il est dans l'immeuble. Par conséquent, nous ne commencerons pas par cette paire; nous entendrons d'abord l'exposé de Mme Downie.

Je tiens à rappeler aux deux groupes que vous disposez de 10 minutes chacun. M. Baker et M. Lemmens auront 10 minutes en tout. Madame Downie, vous avez 10 minutes.

Commençons. La séance doit se terminer à 19 h 45. Merci.

Mme Jocelyn Downie (professeure, Facultés de droit et médecine, Dalhousie University, à titre personnel): Bonsoir. Je

vous remercie de m'avoir invitée à discuter avec vous aujourd'hui. Je suis reconnaissante d'avoir l'occasion de participer à cette importante discussion.

J'aimerais d'abord souligner que j'ai joué plusieurs rôles dans diverses initiatives visant l'avancement de la réforme du droit sur les questions de fin de vie au Canada. Cependant, je témoigne aujourd'hui uniquement à titre personnel en tant que professeure de droit ayant fait des recherches et écrit des articles, pendant plus de 20 ans, sur l'aide médicale à mourir au Canada et à l'étranger.

Comme nous avons peu de temps, j'entrerai immédiatement dans le vif du sujet.

Je dirais que pour avoir le régime de réglementation bien appliqué pour l'aide médicale à mourir exigé par la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter*, les lois fédérales, provinciales et territoriales ainsi que la réglementation adoptée par les professionnels de la santé doivent notamment traiter des enjeux suivants: la définition de termes clés incontestables; les critères d'accès à la mort assistée médicalement; les mécanismes visant à s'assurer du respect des critères; l'accès aux services dans les régions rurales et éloignées; l'accès en dépit des objections de conscience de la part d'institutions et de fournisseurs de soins; la surveillance.

Il faut également aborder les sujets suivants: l'assurance responsabilité, l'assurance-vie, les certificats médicaux de décès, l'immunité pour les mesures prises de bonne foi et — ce qui est peut-être l'élément le plus important de tous — l'accès aux soins palliatifs.

Évidemment, le Parlement fédéral ne peut traiter de toutes ces choses. Vous devez donc vous concentrer sur ce qui relève de votre compétence. Encore une fois, compte tenu des contraintes de temps, je vais me concentrer sur ce que vous pouvez faire et, à mon sens, sur ce que vous devez faire en vertu des pouvoirs fédéraux en matière de droit pénal. Vous pouvez et devez — à mon avis — exercer le pouvoir fédéral en matière de droit pénal afin de concevoir et d'appliquer un cadre réglementaire rigoureux qui, premièrement, respecte l'autonomie des personnes aptes à prendre des décisions libres et éclairées sur la mort assistée médicalement; deuxièmement, empêche que les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse; troisièmement, améliore l'accès à la mort assistée médicalement; quatrièmement, assure une surveillance adéquate du régime canadien de mort assistée médicalement.

Permettez-moi de proposer certains éléments clés d'un tel cadre. Le premier élément est la définition des termes.

D'abord, la mort assistée médicalement. Je définirais cette expression ainsi: le suicide assisté médicalement et l'euthanasie volontaire effectués par un médecin, un autre fournisseur de soins de santé agissant sous la direction d'un médecin ou d'un infirmier praticien. On précise ainsi que l'exception prévue au Code criminel vise à la fois le suicide assisté et l'euthanasie volontaire, comme il est exigé dans l'arrêt *Carter*, et on règle la question de savoir quelles personnes sont protégées aux termes du Code criminel d'une façon qui permet le maintien d'un niveau adéquat de compétence professionnelle et de reddition de comptes, tout en assurant l'accès aux services, en particulier dans les collectivités rurales et éloignées qui n'ont peut-être pas de médecin.

Aide: je définirais explicitement l'aide comme étant l'acte consistant à donner une ordonnance pour une dose mortelle de médicament ou une injection mortelle afin de causer la mort assistée médicalement. Cela permet de préciser que l'offre de services connexes — un pharmacien qui exécute une ordonnance, par exemple — pendant l'administration de l'aide médicale à mourir n'est pas considérée comme telle et n'enfreint pas les dispositions du Code criminel. Cela permet de prémunir les personnes qui offrent de tels services contre les poursuites pénales et d'éviter que des gens refusent d'offrir de tels services par crainte d'être tenus responsables.

Grave: je vous recommande la définition utilisée en droit et dans la langue courante, soit « très sévère ou sérieux ». L'adoption de cette définition permet d'en préciser le sens et d'éviter que les assemblées législatives des provinces et des territoires ou les ordres réglementaires n'adoptent une définition plus restreinte de façon non uniforme ou inappropriée. Je vous invite à ne pas définir ce terme par le recours à une liste de problèmes de santé. D'abord, il est pratiquement impossible de les nommer tous, ensuite, de nombreux problèmes de santé ne sont graves que dans certains cas.

Irrémédiable: je reprendrais l'aspect subjectif évoqué par la Cour suprême, qui a indiqué qu'on entend par là un problème de santé qui ne peut être soulagé par des traitements acceptables pour la personne.

Mineur mature: se dit d'une personne qui n'a pas l'âge de majorité, mais qui peut prendre une décision éclairée sur la mort assistée médicalement et est suffisamment indépendante pour prendre une décision volontaire. Il s'agit d'un concept qui est bien établi et compris en droit et en politique de la santé au Canada.

Passons maintenant des définitions de la terminologie au deuxième élément clé: les critères d'accès. L'accès devrait être limité à une personne qui « est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition », selon l'évaluation de sa situation personnelle. C'est l'arrêt *Carter*.

Souffrir d'une maladie terminale ne devrait pas être un critère d'admissibilité. D'ailleurs, la Cour suprême n'en fait pas mention dans l'arrêt *Carter*. C'est trop vague et ambigu. C'est un critère arbitraire qui, en tant qu'obstacle à l'accès, ne se justifie pas sur le plan moral.

On ne devrait pas lier l'accessibilité à un âge précis. Même si la Cour suprême a employé « adulte », elle ne l'a pas défini, intentionnellement. En droit, la définition du mot « adulte » utilisée dans diverses lois et la common law ne se limite pas aux personnes de 18 ou 19 ans.

• (1850)

Il est également important de souligner qu'au Canada, il est clairement établi que les mineurs ont le droit de prendre des décisions relatives aux soins de santé qui leur sont prodigués, même si la conséquence pourrait être la mort. Il est aussi important de souligner que la Cour suprême, dans *A.C.*, a statué qu'une « présomption irréfragable d'incapacité » fondée sur l'âge pour la prise de décisions médicales enfreint la Charte. Premièrement, dans ce cas, l'inclusion des mineurs matures n'est pas contraire à l'arrêt *Carter*. Deuxièmement, même si l'arrêt *Carter* a uniquement invalidé les interdictions prévues au Code criminel pour les personnes ayant dépassé l'âge de la majorité, on y établit un plancher et non un plafond. De plus, la Cour n'a pas été saisie de la question des mineurs. Le troisième point — le plus important —, c'est que l'exclusion de certaines personnes en fonction d'un âge précis va

manifestement à l'encontre des lois, des politiques et de la pratique en matière de santé, et à l'encontre de la Charte.

Ensuite, la santé mentale ne devrait pas être un critère d'exclusion. La Cour suprême ne l'a pas exclu, et les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas toutes inaptes. Les médecins déterminent déjà, sur une base régulière, si une personne est apte, même dans le cas de personnes atteintes d'une maladie mentale. De plus, la souffrance associée à la maladie mentale peut être aussi insoutenable que la souffrance associée à une maladie physique. Enfin, je dirais que l'exclusion d'une personne fondée sur la maladie mentale irait à l'encontre de la Charte.

Avant de passer aux garanties procédurales, je devrais parler brièvement du moment où la personne doit satisfaire aux critères d'accès. C'est ce que vous avez appelé, dans vos discussions, la question des « directives médicales anticipées ». Les questions qui se posent sont les suivantes: quels sont les critères pour qu'une demande d'aide à la mort soit considérée comme valide? Quels critères doivent toujours être satisfaits au moment où l'aide est offerte?

Selon moi, la meilleure approche à adopter à ce moment-ci est la suivante: il faut exiger qu'au moment de présenter la demande, le patient ait un problème de santé grave et irrémédiable, et qu'il soit capable; au moment de la prestation de l'aide, il doit toujours avoir un problème de santé grave et irrémédiable, et il doit être affligé de souffrances intolérables, selon les critères qu'il aura lui-même établis au moment de présenter la demande ou avant de perdre sa lucidité.

Cette approche permet d'éviter des cas tragiques où une personne se verrait refuser l'aide médicale à mourir parce qu'elle serait devenue inapte avant la prestation de l'aide. Cela permet aussi d'éviter qu'une personne se suicide plus tôt qu'elle ne l'aurait fait, par crainte de devenir inapte avant d'avoir atteint le seuil de souffrance intolérable. À titre d'exemple, cela pourrait être le cas d'une personne atteinte de démence progressive.

Enfin, grâce à cette approche, le processus de consentement peut avoir lieu avant que le patient ne soit affligé de souffrances intolérables. Il semble cruel d'exiger qu'une personne subisse des souffrances intolérables tout au long de l'évaluation des critères, ce qui pourrait comprendre une période d'attente.

Passons des critères au troisième élément, les garanties procédurales. On parle des règles qui s'appliquent au consentement, des évaluations des capacités, de la documentation, de la production de rapports et d'autres garanties procédurales. Il s'agit évidemment de l'aspect pour lequel on observe le plus de chevauchements de compétences avec les provinces et les territoires. Toutefois, pour plusieurs raisons, j'invite le gouvernement fédéral à prendre des mesures à cet égard, mesures qui seraient étroitement liées aux interdictions pénales et aux exceptions.

La première raison, c'est qu'il faut assurer l'uniformité des approches au Canada. La récente conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ne semble pas porter à croire qu'ils s'entendent sur une approche harmonisée. Deuxièmement, il faut éviter les lacunes quant à l'offre de services si certaines provinces ou certains territoires décident de ne pas légiférer. Il existe un risque réel que des provinces ou des territoires décident de ne pas légiférer et de s'en remettre aux ordres professionnels, qui ont déjà montré qu'ils ne sont pas prêts à adopter une approche harmonisée. Les normes qu'ils ont récemment adoptées sont un ensemble de mesures disparates.

Le quatrième élément est la surveillance.

La surveillance doit se faire à deux niveaux. Le premier est l'examen rétrospectif des cas. Je propose à cet égard la création d'un comité d'examen régional chargé d'examiner de façon rétrospective tous les cas de mort assistée médicalement afin de déterminer leur conformité aux nouvelles règles. Le deuxième est la surveillance du cadre réglementaire lui-même. À titre d'exemple, on veillerait à la collecte, à l'analyse et à la communication des données. On pourrait exiger la tenue d'études visant l'établissement continu de politiques fondées sur des données probantes, et on présenterait des recommandations au ministre sur la réforme possible des lois et des politiques canadiennes en matière d'aide médicale à mourir. Je propose, à cet égard, la création d'une commission nationale de surveillance sur l'aide médicale à mourir.

En terminant, il y a la disposition sur la similarité importante, qui permettrait aux provinces et aux territoires qui le souhaitent de créer et de mettre en oeuvre — ou de conserver, dans le cas du Québec — leur propre régime, pourvu que ces régimes ressemblent au régime fédéral. On tient ainsi compte du chevauchement des compétences entre le fédéral et les provinces et les territoires, on assure une certaine harmonisation à l'échelle du pays en ce qui concerne les aspects fondamentaux des exceptions à l'interdiction prévue au Code criminel et on prévient les lacunes si certaines provinces ou certains territoires décident de ne pas légiférer. En droit canadien, il s'agit d'une méthode éprouvée pour le règlement des problèmes de chevauchement des compétences avec les provinces, comme dans le cas présent.

• (1855)

Sur ce, mon temps est écoulé. Je vous remercie de votre attention, et je répondrai avec plaisir à vos questions après les autres exposés.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci beaucoup.

Messieurs Baker et Lemmens, vous avez la parole.

Je crois comprendre que vous ferez l'exposé, monsieur Baker.

M. David Baker (avocat, Bakerlaw, à titre personnel): Je ferai des commentaires avant de céder la parole au professeur Lemmens qui parlera brièvement de la situation en Belgique et aux Pays-Bas, à savoir le modèle que vient de recommander la professeure Downie. Ensuite, je discuterai du projet de loi, qui se trouve dans le dossier bleu avec des onglets. J'espère que vous l'avez tous sous la main. Je soulignerai très brièvement les différences entre ce que la professeure Downie vient de mentionner et nos recommandations.

J'aimerais d'abord dire que M. Gilbert Sharpe était l'une des trois personnes qui ont présenté ensemble une demande pour témoigner devant votre comité. Il n'est pas présent. Il est véritablement le père du droit dans le domaine de la médecine au pays. Il a rédigé la majorité des principales lois canadiennes en matière de santé. Il a rédigé les articles du Code criminel sur les troubles mentaux, qui sont à bien des égards connexes à ce dont il est question ici. C'est une dérogation du Code criminel. Il a une vaste expérience. Il vous aurait expliqué que la commission d'examen signifierait que les médecins, y compris les médecins de famille, ne se récuseraient pas du processus pour des raisons morales, parce qu'ils ne prendraient pas la décision. C'est la raison que font valoir les médecins pour ne pas rédiger de rapports, ce qui est la fonction des médecins. Il y a au moins 18 fonctions de production de rapports pour lesquelles il n'y a aucune objection morale possible.

Je cède la parole au professeur Lemmens.

M. Trudo Lemmens (professeur, Faculté de droit, École Dalla Lana de santé publique, Université de Toronto, à titre

personnel): Dans l'arrêt *Carter*, la Cour affirme en fait explicitement que le Canada pourrait éviter tous les problèmes avec lesquels est prise la Belgique concernant l'aide médicale à mourir en adoptant un régime réglementaire sévère qui accorde moins de latitude. J'ai constaté avec une certaine déception que le groupe consultatif provincial-territorial recommande maintenant un régime plus flexible, moins contraignant et plus ouvert que même le système belge. Je vous invite donc à examiner en détail les cas documentés et les renseignements concernant les problèmes du système belge, ce que j'ai fait dans mon document, pour bien comprendre le risque associé à un système flexible et ouvert. J'ai également un chapitre plus détaillé dont je pourrai vous faire part plus tard.

Je tiens seulement à parler des éléments essentiels, parce que je veux laisser plus de temps pour le projet de loi, mais voici l'essentiel. Même si en Belgique les demandes d'aide médicale à mourir sont seulement accordées si des conditions précises sont respectées, les critères vagues et flexibles, en combinaison avec les pouvoirs considérables conférés aux médecins, ont créé ce que je considère comme un régime passablement ouvert.

Les médecins sont les principales sentinelles, mais leurs outils concernant l'évaluation de la capacité décisionnelle et le consentement éclairé sont discutables et difficiles. Il y a des cas documentés qui expliquent comment cela peut ne pas fonctionner dans le système belge. Plus de 70 % des demandes d'aide médicale à mourir sont maintenant accordées en Belgique, ce qui est une hausse considérable.

En Belgique, l'aide médicale à mourir s'est étendue au-delà de ce qui était prévu au départ, à savoir offrir un accès pour des raisons humanitaires et des soins exceptionnels. Les chiffres vous en donnent une idée. En 2004, nous avions 347 cas, tandis qu'il y en a eu 2 021 en 2015, mais les données ne nous disent pas tout. Évidemment, ce sont peut-être tous des cas justifiés, mais les données semblent indiquer une normalisation de la pratique.

Comme je l'ai fait dans le document, j'aimerais souligner qu'il est en fait plus intéressant d'examiner les domaines dans lesquels il y a eu une augmentation de l'aide médicale à mourir. Je ne dis pas que c'est la majorité des cas, mais le Comité doit en être au courant. L'aide médicale à mourir a connu une hausse dans des domaines plus problématiques de nature un peu plus existentielle, comme les cas de souffrance ainsi que de plus en plus la santé mentale. Cette croissance touche les gens qui vivent des déficiences qui bouleversent leur vie; des épisodes de solitude, d'isolement, de stigmatisation sociale et de rejet; des difficultés à gérer leurs activités quotidiennes et des difficultés à fonctionner de manière autonome. Dans ces situations, des mesures et des structures en vue d'offrir un soutien efficace peuvent prévenir un décès prématuré, tandis qu'un accès trop facile à l'aide médicale à mourir peut inciter ces personnes à présenter des demandes en ce sens.

Je ne vais pas discuter des nombreux cas très médiatisés inclus dans le document que vous avez devant vous, mais j'aimerais dire que ce ne sont pas seulement des cas anecdotiques. Ce sont de véritables expériences d'aide médicale à mourir, qui ont dans certains cas été documentées en détail. Ce sont les cas médiatisés.

Dans mon document principal, je discute davantage d'un aspect moins médiatisé: l'euthanasie dans le contexte de la santé mentale. Je vous invite à lire en détail cette discussion. Lorsque l'aide médicale à mourir est défendue dans le contexte de la santé mentale, il est souvent mentionné que l'aide médicale à mourir est seulement nécessaire et qu'elle sera accordée seulement dans des cas exceptionnels de dépression chronique non traitable où l'aide médicale à mourir est la seule option d'ordre humanitaire, mais des renseignements provenant de la Belgique pourraient vous surprendre. De plus, des recherches sur les pratiques aux Pays-Bas montrent que cela touche maintenant des personnes vivant avec des troubles de la personnalité, un état de stress post-traumatique, de l'anxiété, des troubles alimentaires, de la schizophrénie, des dépendances, de l'autisme ou même un profond chagrin. Dans la majorité des cas, selon les recherches en cours, cela inclut des personnes seules et isolées socialement. Dans certains cas, des personnes dépressives ont été euthanasiées sans même aviser un proche de la demande d'euthanasie.

Des rapports ont soulevé des questions concernant les mesures de sécurité en place. Je vous rappelle que vous avez de la documentation à ce sujet. Je mentionne pourquoi c'est bien connu que l'évaluation de la capacité décisionnelle est un outil problématique, en particulier, dans des secteurs très complexes de la santé mentale, mais également dans le domaine des déficiences, parce que c'est influencé par les valeurs des médecins, par exemple.

En Belgique, il y a un petit groupe de médecins engagés à l'égard de l'aide médicale à mourir qui pourraient naturellement être tentés de conclure plus facilement que les patients qui présentent des demandes en ce sens sont capables d'y consentir; nous voyons ainsi leur vie prendre fin.

Il y a aussi des questions dans bon nombre de cas sur la manière dont la résistance au traitement a été déterminée. Des médecins peuvent facilement présumer que des personnes résistent au traitement, mais c'est bien connu que c'est un aspect difficile à évaluer dans le contexte de la santé mentale. Cet aspect est en fait grandement remis en question.

Je discute aussi des limites du système de déclaration en ce qui concerne les manquements continus à cet égard, et je mentionne aussi que cela peut en fait donner un faux sentiment de sécurité. Les gens n'examinent pas suffisamment ce qui se passe exactement dans les divers cas, comme je l'explique dans mon document. Je ne vais pas m'y attarder davantage.

• (1900)

Je cède maintenant la parole à mon collègue.

M. David Baker: J'aimerais répéter un point qu'a fait valoir le CCD devant votre comité. Même si dans les sondages la population est fortement favorable à l'aide médicale à mourir — ce n'est pas la question; la Cour suprême a tranché —, il y a seulement deux sondages à ma connaissance qui abordent la question des mesures de sécurité. Il y a le sondage CARP, dont il a été question récemment dans les médias, dans lequel la majorité des répondants affirmait qu'un comité et un examen préliminaire, au lieu d'un examen *ex post facto* ou après la mort, étaient appropriés. Il y a aussi le comité fédéral qui a réalisé sa propre enquête et qui a rapporté que plus de la moitié des répondants appuyait la tenue d'un examen par un comité avant la mort plutôt qu'après, comme c'est le cas en Belgique, par exemple.

La sénatrice Nancy Ruth voulait avoir une idée de ce qui se passe sur la scène internationale. L'expérience américaine n'est pas pertinente pour vous, parce que cela s'applique seulement aux

Américains qui n'ont que six mois à vivre. C'est une tout autre question.

Il y a des exemples, et l'exemple de la Colombie est le meilleur. La Cour constitutionnelle de Colombie a affirmé en décembre 2014 qu'elle avait tort en 1997 de dire que la décision devait seulement inclure la participation des médecins. Elle exige maintenant la tenue d'un examen préliminaire. Cela date de mai 2015. Les conseillers du ministère de la Justice en ont parlé. Le modèle du Royaume-Uni inclut également la tenue d'un examen préliminaire, comme les conseillers du ministère de la Justice vous l'ont également mentionné.

J'aimerais souligner deux éléments avant de passer à vos questions. Pourriez-vous vous rendre au premier onglet du document bleu? C'est un projet de loi qui a été rédigé par Gilbert Sharpe et moi-même pour vous aider. Il est en fait disponible depuis juin dernier. Je serai ravi de répondre à vos commentaires ou à vos questions à ce sujet.

J'aimerais d'abord souligner les définitions de « décision éclairée » et de « qualité de vie ».

Pour ce qui est de la décision éclairée, comme le CCD l'a mentionné, dans les cas où il est question de l'arrêt d'un traitement essentiel au maintien en vie de la personne, comme dans le cas de M. Fletcher, le processus ne se limite pas tout simplement à « deux médecins ». Cela inclut des travailleurs sociaux et des gestionnaires de cas. Des professionnels qui ne sont pas médecins participent au processus pour informer les gens au sujet des éléments qui les inquiètent le plus, comme c'était probablement le cas de M. Fletcher.

En ce qui concerne la définition de « soins de qualité de vie » à la page suivante, au milieu de la page 3, le libellé des alinéas a) à g) est tiré de la décision de première instance de la juge Smith. C'est le seul endroit dans la décision *Carter* où des gens qui ont eu accès à l'aide médicale à mourir ont indiqué pourquoi ils voulaient mourir. Voici les problèmes: la perte d'autonomie; la capacité de mener des activités qui rendent la vie agréable; la perte de dignité; la perte de la maîtrise de fonctions corporelles; l'impression de représenter un fardeau pour la famille, les amis ou les fournisseurs de soins; le soulagement de la douleur, y compris l'accès à des soins palliatifs proportionnels et les inquiétudes quant aux conséquences financières des soins qui ne relèvent pas des services assurés.

C'est un libellé important, parce que ce sont des problèmes qui poussent les gens à demander de l'aide. Ce ne sont pas des problèmes liés au traitement. Ce ne sont pas des problèmes qui concernent les médecins. Ce sont des problèmes qui relèvent des conseillers et des gestionnaires de cas. Où vais-je vivre? Comment vais-je pouvoir me déplacer? Comment vais-je pouvoir aller aux toilettes?

Ce sont les problèmes que nous proposons d'inclure dans le concept du consentement éclairé, parce que ce sont les raisons pour lesquelles les gens demandent l'aide médicale à mourir. Les médecins ne sont pas en mesure de traiter de ces questions, et ils seront les premiers à le reconnaître. Nous ne disons pas que c'est quelque chose qui doit être imposé aux personnes en fin de vie lorsque les options ou les choix sont peu nombreux.

•(1905)

J'aimerais mettre l'accent sur un dernier élément, à savoir que le projet de loi traite de la question de l'accès. Le projet de loi impose au médecin traitant ou au médecin de famille qui se fait demander d'enclencher le processus de s'assurer que le processus fait l'objet d'un examen. Le processus ne sert pas à trier les demandes, et les demandes peuvent être traitées, comme dans le cas du Dr Low, de manière accélérée en quelques jours, selon les commissions d'examen. Le projet prévoit un délai maximal de 45 jours pour le traitement. Ce n'est pas un problème. L'accès n'est pas un problème dans ce projet de loi.

•(1910)

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci beaucoup.

Madame Dabrusin, vous avez la parole.

Mme Julie Dabrusin (Toronto—Danforth, Lib.): Madame Downie, j'ai une question pour vous.

Il a été plusieurs fois question aujourd'hui des personnes en transition. Lorsqu'une personne devient paraplégique ou paralysée, il s'en suit une période traumatisante immédiatement après la blessure au cours de laquelle cette personne peut présenter une demande d'aide médicale à mourir. Pourriez-vous nous expliquer comment, selon vous, s'appliquerait le test de Carter dans un tel scénario?

Mme Jocelyn Downie: Absolument. Je suis d'avis que les inquiétudes qu'expriment les gens sont compréhensibles, mais je crois que cela peut se faire en examinant le test de Carter dans le cadre de la pratique de la médecine.

Pensez à ce qu'exige un « consentement éclairé ». Selon le test de Carter, la personne doit en avoir la capacité, ce qui signifie qu'elle comprend la nature et les conséquences de la décision à prendre. Immédiatement après un trauma, les médecins diront qu'une personne n'a pas encore cette capacité. Être conscient d'une telle situation est un critère du test.

Dans le même ordre d'idées, il faut disposer de toute l'information. Nous pourrions encore une fois dire qu'immédiatement après une blessure une personne ne dispose pas encore de toute l'information concernant ce que ce sera de vivre ainsi. Nous pourrions donc encore une fois considérer que cette personne ne dispose pas de toute l'information.

Selon le test de Carter, les souffrances doivent également être persistantes. Dans les jours suivant un accident, aucun médecin n'est susceptible de dire que les souffrances sont persistantes et qu'une personne satisfait donc à ce critère du test.

Enfin, j'aimerais ajouter en réponse à cela que les médecins doivent déjà composer quotidiennement avec de tels scénarios en ce qui concerne les patients qui refusent des traitements. Une personne qui a subi un trauma peut tenir le même genre de propos qu'a peut-être tenus Steven Fletcher: « Je refuse le traitement. Je ne veux pas de respirateur. Je refuse l'alimentation et l'hydratation artificielles. » Nous devons respecter les principes établis du consentement éclairé et déterminer que la personne en a la capacité et dispose de toute l'information, et cela peut prendre du temps.

Nous ne retirons pas le respirateur des gens qui viennent de subir un trauma ou nous n'arrêtons pas de leur donner des antibiotiques. Je maintiens que c'est gérable dans la pratique actuelle. Nous demandons aux médecins de le faire actuellement, et la juge Smith l'a reconnu dans sa décision de première instance.

M. David Baker: Puis-je dire...

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Non.

Madame Dabrusin, c'est vous qui posez la question. Si vous voulez que M. Baker y réponde, vous pouvez lui adresser la question. C'est votre choix.

Mme Julie Dabrusin: J'aimerais en fait poser une question complémentaire. Vous avez mentionné que la juge Smith en a parlé dans sa décision. Pouvez-vous me donner plus de détails à ce sujet, s'il vous plaît?

Mme Jocelyn Downie: Oui, c'est important par rapport à ce que M. Lemmens a dit.

Les preuves au sujet des remises en question de l'évaluation des compétences ont été présentées à la juge Smith et examinées en cour. Elle a établi que nous faisons maintenant systématiquement confiance aux médecins lorsqu'il s'agit de prendre ces décisions complexes concernant les refus de traitement. Elle a précisé que rien ne nous permet de décider s'ils sont aptes à faire ces évaluations dans le contexte du maintien ou de la suppression d'un traitement de survie, mais pas dans celui de l'aide médicale à mourir. Elle conclut que ce système en vertu duquel nous faisons confiance aux médecins pour prendre ces décisions complexes concernant le maintien ou la suppression d'un traitement s'applique de la même manière à l'aide médicale à mourir, et que nous devrions continuer sur cette voie.

Cela ne signifie pas que les évaluations des compétences sont parfaites, mais plutôt qu'en ce qui concerne la capacité, il n'existe pas de différence défendable sur le plan moral entre, d'un côté, le maintien ou la suppression et, de l'autre, l'aide médicale à mourir. Nous devons simplement nous efforcer de faire mieux pour l'un comme pour l'autre. Néanmoins, nous faisons confiance aux médecins et nous devrions rester avec le système que nous avons maintenant.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Vous avez une minute.

Mme Julie Dabrusin: Je crois que M. Aldag aimerait poser une autre question à ce sujet.

M. John Aldag (Cloverdale—Langley City, Lib.): Je ne sais pas si cela peut se faire en une minute, mais nous allons essayer. Si nous n'y arrivons pas, nous pourrions y revenir plus tard.

J'aimerais qu'on examine le terme « irrémédiable », notamment lorsqu'il qualifie une maladie mentale. Nous avons appris hier soir qu'une maladie mentale est irrémédiable. Je crois que c'est un terme qui va nous donner du fil à retordre.

Dans votre article, vous parlez d'une terminologie qui va du plancher au plafond. J'aimerais savoir si, selon vous, les maladies mentales sont sous le plancher, à la hauteur du plancher ou plutôt à la hauteur du plafond. Y a-t-il des aspects des maladies mentales qui...

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Je crois qu'elle n'a pas besoin d'autres précisions.

M. John Aldag: D'accord.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Vous êtes sur la liste pour tout à l'heure.

Mme Jocelyn Downie: Premièrement, pour ce qui est d'établir si la santé mentale a des critères d'exclusion qui sont sous le plancher, je crois que cela serait effectivement le cas par rapport au plancher exigé par Carter. La chose lui a été présentée, et ces questions et préoccupations au sujet des maladies mentales ont été présentées au juge en première instance. Toute la preuve utilisée en Belgique était là aussi. La cour n'a pas établi que la maladie mentale puisse constituer un critère d'exclusion. Je crois donc qu'elle serait tout à fait en dessous du plancher de Carter. Alors, je pense que c'est à l'extérieur de votre...

En fait, vous ne pouvez pas vous aventurer de ce côté-là, car cela signifierait que vous allez faire moins que ce que l'arrêt Carter vous dit de faire, ce qui serait inconstitutionnel.

En ce qui concerne le terme « irrémédiable », j'ai écouté ce qui s'est dit hier soir à ce sujet. Je dois signaler que les conversations qui portent là-dessus omettent un article. La cour n'a pas terminé avec « irrémédiable »; elle a dit que le terme servait à décrire un problème de santé qui ne peut être soulagé par des traitements acceptables pour le patient. Par conséquent, bien qu'une affection donnée puisse être traitée, il se peut qu'elle soit irrémédiable si le traitement est inacceptable pour le patient. C'est exactement ce que l'on voit dans le contexte des maladies mentales. Beaucoup d'autres problèmes sont aussi dans cette dynamique, mais cela s'applique irréfutablement aux maladies mentales.

Je crois que cela permettrait de mettre fin à la confusion occasionnée par la conversation d'hier avec l'association des psychiatres.

• (1915)

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci beaucoup.

Monsieur Deltell, vous avez la parole. Vous partagez votre temps avec M. Cooper.

M. Gérard Deltell (Louis-Saint-Laurent, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Messieurs, madame, soyez les bienvenues dans votre Parlement.

[Français]

Nous sommes ici pour aider le gouvernement à définir sa loi.

[Traduction]

Lorsqu'il s'agit de comparer le Code criminel et les pouvoirs des provinces, nous devons savoir exactement ce que nous cherchons à cerner. Les systèmes de santé appartiennent aux provinces et le Code criminel appartient au gouvernement fédéral.

Ma question est très précise, et j'aimerais que vous répondiez rapidement afin que mon collègue, M. Cooper, puisse vous poser une meilleure question que la mienne. J'aimerais savoir quelle est la limite. Le gouvernement fédéral doit-il indiquer clairement ce que les provinces peuvent faire ou laisser les provinces décider d'elles-mêmes?

Madame Downie.

Mme Jocelyn Downie: Je ne pense pas que le gouvernement fédéral devrait laisser les provinces aller de l'avant maintenant, car je ne crois pas qu'elles ont clairement signifié leur intention de faire les choses en harmonie avec les autres, voire de faire quoi que ce soit. Je crois que cela signifie que les bases doivent être jetées par le gouvernement fédéral. J'estime que vos pouvoirs constitutionnels vous en donnent le droit, puisque la prohibition fait partie du Code criminel. Il vous est donc possible d'avoir une réglementation à ce chapitre.

Vous devez absolument réglementer ce secteur. Vous ne pouvez pas en réglementer tous les aspects, mais vous devez au moins réglementer ceux qui se trouvent dans l'avant-projet de loi que je vous ai présenté.

M. David Baker: Nous sommes d'accord avec vous. C'est un refus de ce qui se trouve dans le rapport provincial-territorial — ce qui est un heureux changement —, et le texte est en accord avec les conseils que M. Hogg vous a donnés concernant la division constitutionnelle des pouvoirs. De plus, l'avant-projet de loi incorpore tous les éléments langagiers du projet de loi 52 afin d'éviter d'avoir à y apporter des amendements.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Monsieur Cooper.

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

Monsieur Baker, M. Sharpe et vous avez recommandé que l'entité chargée d'autoriser la surveillance soit les commissions d'examen qui ont été constituées au titre de l'article 672.38 du Code criminel et qui sont opérationnelles dans chacune des 10 provinces.

Pouvez-vous nous donner des précisions sur les caractéristiques de ces commissions d'examen, que vous estimez être les mieux à même de prendre des décisions à cet égard?

M. David Baker: Tout d'abord, contrairement à toute autre structure à fonction semblable, ces commissions sont les seules qui sont présentes dans toutes les provinces et tous les territoires. C'est une exigence du Code criminel.

Deuxièmement, nous discutons de la nécessité de respecter le fait que ces décisions sont très différentes de celles que les commissions d'examen prévues par le Code criminel doivent prendre. C'est la province qui donne son nom à la commission, et c'est probablement elle qui la renommera afin de rendre compte de cet ajout à son mandat. Les commissions sont présidées par un juge d'une cour supérieure. À l'instar du Code criminel, nous estimons que cela est essentiel. Pourquoi? Parce qu'il existe des raisons écrites qui tiennent lieu de précédent, ce qui signifie que les affaires n'ont pas besoin d'être entendues par une cour et une commission d'examen. Les lignes directrices en place permettent aux médecins de présenter de façon appropriée les situations pour lesquelles une décision est nécessaire en vertu de l'arrêt Carter.

L'uniformité existe déjà. Les provinces nomment tous les membres. La province choisit le nom de la commission. La commission est disponible et elle peut aller à la rencontre de la personne pour laquelle il faut une audience, le cas échéant. En outre, la commission a bien entendu satisfait le critère constitutionnel d'avoir fait partie du Code criminel depuis de nombreuses années sans avoir été contestée, et elle s'attaque à des questions importantes, comme celle du traitement.

Monsieur Lemmens.

•(1920)

M. Trudo Lemmens: Je tiens à dire que c'est un aspect de cette proposition qui m'a séduit, moi aussi. En examinant la situation belge, on s'aperçoit que l'un des problèmes qu'ils ont dans certains domaines de la pratique de l'aide médicale à mourir est qu'il y a une petite concentration de quelques praticiens qui militent activement pour l'accès à cette aide. Par exemple, dans le rapport que j'ai cité sur les cas d'euthanasie en Belgique, il est question d'une étude publiée dans *BMJ Open* — une revue de médecine britannique — dont la première auteure est une docteure qui a été appelée à agir comme conseillère dans probablement la majorité des cas d'aide médicale à mourir qui se sont produits durant la période visée par l'étude et qui visaient des patients psychiatriques. Autrement dit, dans un système qui dépend fortement des médecins, vous pouvez vous retrouver avec trois ou quatre médecins qui se donnent la liberté d'offrir un accès à l'aide médicale à mourir, mais d'une façon que la plupart des Canadiens jugeraient inappropriée.

Dans ce système particulier, il y a de l'uniformité, de la surveillance judiciaire, et même des restrictions sur la façon dont pourraient répondre certains médecins. Il y a beaucoup de bons médecins, mais n'importe lequel d'entre eux vous dira qu'il y en a aussi des nonchalants, des praticiens qui ne font pas assez attention et qui pourraient être négligents dans leur façon d'offrir l'aide médicale à mourir. Il se peut aussi que certains soient à ce point convaincus, que cette solution leur apparaîtra comme la meilleure qui soit pour tous ceux qui souffrent d'une très grave maladie mentale.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci.

Monsieur Rankin.

M. Murray Rankin: Merci, monsieur.

Merci aux témoins pour leurs excellents exposés.

Je n'ai que deux minutes, alors je vais faire vite et commencer par une question à l'intention de Mme Downie.

Le document fourni par M. Baker et M. Lemmens fait état de deux médecins: l'un est un médecin responsable et l'autre, un médecin-conseil qui doit être un spécialiste, si j'ai bien compris. J'aimerais savoir ce que vous pensez de cette proposition. Est-ce une bonne idée? Une mauvaise idée? Une idée nécessaire?

Mme Jocelyn Downie: Je crois que la proposition va trop loin, car vous n'aurez pas toujours besoin d'un spécialiste, surtout si ce dernier doit être un psychiatre. Certains cas nécessiteront un spécialiste. Cela sera nécessaire lorsque le médecin — que ce soit le médecin principal ou le deuxième médecin — n'aura pas la certitude d'être en mesure d'évaluer si les critères sont satisfaits et qu'il ressentira le besoin d'avoir l'opinion d'un collègue. C'est ce qu'ils font toujours de toute façon, alors je m'en remettrais pour cela à la pratique ordinaire de la médecine.

M. Murray Rankin: Ma question s'adresse à la fois à M. Baker et à Mme Downie.

Une personne qui vient d'apprendre qu'elle est condamnée — c'est M. Fletcher qui nous a parlé de cela — est très vulnérable. Il n'est pas rare qu'elle ait des idées suicidaires durant les deux ou trois premières années, voire pendant plus longtemps encore. On prétend par conséquent qu'une personne dans cet état ne devrait pas avoir droit à ce service, et ce, aussi longtemps que dure cet épisode.

J'aimerais que chacun de vous me dise ce qu'il pense de cela.

M. David Baker: D'entrée de jeu, j'aimerais attirer votre attention sur l'onglet 4 de notre document, le chapitre tiré de Tom Shakespeare

qui a été présenté en preuve par les demandeurs de l'affaire Carter. C'est ce qu'ils ont présenté concernant les mesures de protection. M. Shakespeare affirme que cette période de transition — je crois que c'est ce à quoi l'on faisait allusion tout à l'heure — n'est pas un moment approprié pour ce type de décision. C'est une période de vulnérabilité. C'est ce qu'évoque la cour. Elle cherche en cela à faire en sorte que la question de la vulnérabilité soit prise en compte.

En Belgique, elle ne l'est pas. Le modèle proposé par Mme Downie n'en tient pas compte non plus. La question est abordée avec tout le respect possible dans l'avant-projet de loi que nous avons présenté.

M. Murray Rankin: Madame Downie.

Mme Jocelyn Downie: Je dirais que cette question est abordée dans notre approche normalisée pour l'obtention du consentement, et qu'une personne qui aurait subi une blessure traumatique et qui aurait des idées suicidaires ne réussirait pas à passer le test de Carter, faute de satisfaire aux critères.

M. Murray Rankin: À titre provisoire, devrions-nous fixer des balises temporelles ou laisser le choix aux médecins?

Mme Jocelyn Downie: Laissez le choix aux médecins. L'inclusion de conditions temporelles signifierait deux choses: premièrement, cela voudrait dire que vous appliquez un traitement différent de celui accordé au refus de traitement, alors qu'il n'existe aucune justification pour cela. Du reste, l'arrêt Carter a rejeté l'idée que ces choses soient traitées différemment.

M. Murray Rankin: Madame Downie, vous avez parlé de démence progressive. Je me demande comment cela pourrait s'appliquer dans ces circonstances, étant donné que la décision Carter exige qu'il y ait une blessure causant des souffrances intolérables pour la personne. Qu'arrive-t-il si la personne est atteinte de démence et qu'elle ne souffre pas, dans le sens généralement reconnu du terme?

Mme Jocelyn Downie: Voilà pourquoi j'ai parlé du moment opportun où vous devez vous montrer apte. On suggère en cela que vous pourriez prendre une décision et présenter une demande avant l'arrivée concrète des souffrances intolérables, en précisant ce que vous considérez être des souffrances intolérables. En effet, si la personne attend d'avoir franchi ce point, comment qui que ce soit d'entre nous sera en mesure d'évaluer si elle vit des souffrances intolérables? La disposition s'adresse à la personne, alors c'est elle qui doit fixer ses conditions à l'avance.

•(1925)

M. Murray Rankin: J'aimerais que M. Baker et vous répondiez à ma prochaine question. Elle porte sur la possibilité d'avoir des mandataires autorisés dans le processus. Tout d'abord, monsieur Baker, accepteriez-vous le recours aux mandataires autorisés ou non?

M. David Baker: Non. Il est contraire à la décision de la Cour suprême que des décisions soient prises par des mandataires autorisés. Il est aussi contraire à la décision Carter de donner des directives préalables, comme le suggère Mme Downie...

M. Murray Rankin: À la fois les directives préalables et les mandataires autorisés.

Madame Downie...

M. David Baker: La Cour dit que c'est la personne au moment où la dose mortelle est administrée, c'est-à-dire au moment où le traitement est administré. Il y a une exigence de capacité à ce moment-là.

M. Murray Rankin: Bien entendu, vous diriez qu'il s'agit d'un plafond et non d'un plancher...

Mme Jocelyn Downie: Je dirais qu'ils n'ont pas dit que vous deviez être apte au moment où l'aide à mourir vous est donnée. Ceci n'est pas clair dans l'arrêt Carter, alors c'est quelque chose qu'il vous faudra établir.

Je crois qu'il ne devrait pas y avoir de mandataires autorisés. Je ne connais personne qui milite pour cela. Je dirais aussi que le type de directives préalables proposé ne va pas à l'encontre de la décision Carter. Si vous jetez un coup d'oeil à la définition provisoire d'euthanasie volontaire, vous remarquerez qu'elle contient la notion « d'avance ».

M. Murray Rankin: Maintenant, vous avez parlé, je crois...

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Madame la sénatrice Seidman.

L'hon. Judith G. Seidman (sénatrice, Québec (De la Duran-taye), C) : Merci, monsieur le président.

Madame Downie, dans votre avant-projet de loi, vous fournissez une définition des directives préalables. Hier, les représentants de l'Association médicale canadienne que nous avons reçus nous ont clairement dit qu'ils ne croyaient pas que des directives préalables puissent être facilement suivies.

Que répondez-vous à cela?

Mme Jocelyn Downie: Les directives préalables sont définies parce qu'elles ont trait au maintien ou à la suppression d'un traitement de survie en sédation palliative, et non à l'aide médicale à mourir. La définition ne fait qu'un renvoi à cela. Elle s'insère dans le modèle normalisé qui s'applique à l'ensemble du pays. Il y a des directives préalables partout.

Je dirais qu'il ne faut pas se servir du terme directives préalables lorsqu'il s'agit d'aide médicale à mourir, car il faut éviter d'empiéter sur tout ce régime provincial-territorial des directives préalables. Le but est de garder cela à l'échelon fédéral, donc vous pourriez dire que quelqu'un a fait une demande préalable, mais vous devez vous abstenir d'importer le régime des directives préalables qui existe au Canada à l'heure actuelle et de l'appliquer à l'aide médicale à mourir. Vous prépareriez une déclaration préalable, une demande préalable.

La raison pour laquelle cette définition est là, c'est que mon avant-projet de loi contient des dispositions qui portent sur autre chose que l'aide médicale à mourir.

L'hon. Judith G. Seidman: D'accord.

Dans le projet de loi fédérale que vous proposez, vous permettez aux fournisseurs de soins de santé, en plus des médecins, d'aider des patients à mourir sous la direction de médecins ou d'infirmières praticiennes. Pourriez-vous nous expliquer cette démarche, qui a suscité par ailleurs des réactions très négatives? En quoi la décision de la Cour suprême, qui porte précisément sur l'aide médicale à mourir, est-elle cohérente avec cette démarche?

Mme Jocelyn Downie: On examine premièrement la définition précisée dans l'affaire *Carter*, selon laquelle il s'agit d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé agissant sous la direction d'un médecin. Je pense que le tribunal envisage en fait d'aller au-delà des médecins. Il utilise les termes « aide à mourir apportée par un médecin », mais vous verrez que c'est la raison pour laquelle j'utilise les termes « aide médicale à mourir », qui, à mon avis, convient mieux et est conforme à la décision prise dans l'affaire *Carter*.

Je propose d'aller plus loin en ce qui concerne les infirmières praticiennes — autrement dit de nous diriger vers un plafond plutôt que sous un plancher. Je dis cela dans le contexte des consultations provinciales et territoriales qui se sont tenues à propos du Nord et des collectivités rurales et isolées. Je le dis aussi par rapport à la pratique qui est déjà la leur, étant donné que les provinces et les territoires font déjà des évaluations des capacités et des compétences, et ainsi de suite. Voilà pourquoi j'ai changé d'avis et proposé cette démarche.

L'hon. Judith G. Seidman: D'accord.

Nous avons en outre, madame Downie, entendu hier le témoignage de la Dre Monica Branigan, qui représente la Société canadienne des médecins de soins palliatifs. Celle-ci a parlé de l'importance d'un organisme de supervision nationale qui consisterait en un partenariat entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral. Parallèlement, votre proposition législative parle d'une commission sur les soins de fin de vie. Et nous venons tout juste d'entendre l'honorable Steven Fletcher, dont le projet de loi prévoit également une commission de surveillance.

Peut-être pourriez-vous nous aider à comprendre comment vous voyez le rôle de surveillance de cet organisme.

Mme Jocelyn Downie: Je pense qu'il peut jouer un rôle de collecte de données. Il est très important d'avoir de l'information nationale afin de savoir ce qui se passe, de suivre le système et d'apporter des modifications nécessaires en cas de problème. Nous avons besoin de données à l'échelle nationale.

Je pense que cet organisme peut également commander des recherches. Comme nous l'avons vu aux Pays-Bas, il y a tous les cinq ans un examen élargi des prises de décision en fin de vie, et pas seulement de l'aide à mourir. C'est un élément essentiel, dont pourrait s'occuper la commission.

S'il y a par ailleurs des problèmes d'accès, on pourrait demander à la commission de mettre sur pied un réseau de fournisseurs en matière d'éducation. L'appui des fournisseurs de soins de santé sera essentiel, tout comme un réseau, ce qui nous permettra en fait de faciliter l'accès. Dans cette optique, la commission peut également jouer le rôle d'assureur de la qualité du système réglementaire proprement dit. Je dirais également que dans le cas où les provinces ne participeraient pas, le comité d'examen régional serait dirigé par la commission de surveillance de façon à pouvoir suivre des cas particuliers ou procéder à des examens rétrospectifs des cas.

Si vous le permettez, je ferai un bref commentaire sur la question de la compétence provinciale et fédérale en la matière, car c'est une question délicate. Un des moyens d'éviter les contestations judiciaires serait que le gouvernement fédéral mette sur pied une commission indépendante à laquelle pourraient faire appel tous les paliers de gouvernement, qui leur servirait de mécanismes de délégation administrative réciproque et à laquelle on confierait tous les pouvoirs de surveillance. Tout le monde serait ainsi d'accord sur le mandat de cet organisme et personne ne pourrait reprocher au fédéral d'intervenir en outrepassant ses droits ou inversement.

Vous n'avez plus assez de temps et on n'a pas voulu collaborer à l'avance. Nous l'aurions souhaité, mais cela ne s'est pas fait. On pourrait toutefois atteindre notre but en intégrant la commission dans la législation fédérale et en proposant aux provinces et aux territoires de procéder de cette façon, par délégation administrative réciproque. C'est une technique dont on se sert dans le fédéralisme coopératif.

• (1930)

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci.

Je donne la parole au sénateur Joyal.

L'hon. Serge Joyal (sénateur, Québec (Kennebec), Lib.): J'aimerais tout d'abord vous remercier de nous avoir fourni deux modèles de législation qui sont très utiles. Je suis malheureusement avocat et notre fonction est de rédiger les lois. Nous sommes donc ravis que vous nous fournissiez le travail à l'avance.

Monsieur Baker, j'ai rapidement passé en revue votre proposition et je reconnais son bien-fondé. À première vue, je l'avais trouvée problématique parce qu'elle ne semblait pas correspondre à ce que j'appelle le cadre Carter.

Le premier problème porte sur votre interprétation ou définition des termes, si vous voulez. Quand vous dites par exemple qu'« adulte » se dit d'une personne ayant l'âge de la majorité dans la province ou le territoire où elle réside, cela relève de l'article 7 de la Charte. En tant qu'avocat, je sais qu'un droit est un droit quel que soit le lieu de résidence au Canada. On a un droit pour tout âge donné quel que soit le lieu de résidence au Canada, donc...

M. David Baker: Je ne le conteste pas, je veux simplement dire que cette définition est extraite de la décision prise dans l'arrêt *Carter*.

L'hon. Serge Joyal: Laissez-moi finir, monsieur.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Voudriez-vous ne pas interrompre, monsieur Baker, s'il vous plaît.

M. David Baker: Bien sûr, certainement.

L'hon. Serge Joyal: Laissez-moi finir, monsieur, je dispose de cinq minutes.

Vous définissez ensuite l'« aide au suicide », mais sans parler de l'euthanasie qui est pourtant mentionnée dans l'arrêt *Carter*. Il y a donc une omission dans votre définition.

Vous définissez par ailleurs le terme « grave » que le Comité trouve épineux. Vous limitez le terme à la « fin de vie ». Rien dans l'arrêt *Carter* ne dit que le terme « grave » doit s'appliquer à la fin de vie. Vous limitez le concept à la fin de vie, alors que l'arrêt *Carter* ne parle pas de ce critère précis.

Plus loin, sur le consentement éclairé, vous incluez le test du patient raisonnable et ce qu'un patient raisonnable déciderait dans les mêmes circonstances. L'arrêt *Carter* n'a jamais imposé ce test.

Vous parlez ensuite du test de la qualité de vie, dans lequel l'élément de souffrance personnelle n'est pas mentionné. C'est pourtant un élément clé de l'arrêt *Carter* et je cite:

... lui causant des souffrances persistantes qui lui étaient intolérables...

C'est la personne qui décide et non pas le citoyen moyen qui se retrouve dans la même situation, car l'élément de subjectivité est important dans la décision.

Enfin, vous judiciarisez ici la décision en créant une commission d'examen. Ce faisant, vous exposez toute décision à une contestation devant les tribunaux.

Selon l'avis que je soumetts au Comité, aller dans cette direction est une décision très importante, parce que cela change totalement la relation avec les médecins. Le fait que ces derniers puissent être nombreux ou pas dans cette situation importe peu, vous savez, mais nous avons dès lors affaire à une commission d'examen, à un processus de contestation et cette commission d'examen est assujettie à la surveillance et au contrôle de la Cour suprême de l'Ontario et de la Cour supérieure du Québec.

Par conséquent, je trouve votre modèle problématique. Il comprend certes de bons éléments, mais d'emblée, mon premier

objectif est de se conformer au moins à l'arrêt *Carter*. Le Parlement du Canada peut décider s'il souhaite renforcer les droits, parce que la Charte des droits représente une limite. Le Parlement peut augmenter ces droits et il l'a fait à maintes reprises.

Deuxièmement, le Parlement a le droit de décider si une infraction criminelle ne l'est plus désormais. Lorsque le Parlement a dépénalisé l'homosexualité en 1968, il a décidé que ce ne serait plus une infraction. Il y a dans l'aide médicale à mourir des éléments qui pourraient être dépénalisés, si tel est le souhait du Parlement.

Voilà pourquoi je ne pense pas que nous devrions aborder cette question en faisant valoir des éléments de judiciarisation qui seraient en deçà de l'arrêt *Carter* et qui, en fait, rendraient la décision beaucoup plus complexe pour le Canadien moyen pris dans des souffrances intolérables pour quelqu'un qui veut mettre fin à sa vie en raison d'un état grave ou irrémédiable.

● (1935)

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Vous avez dépassé votre temps de parole, sénateur. Je vais demander à M. Baker d'avoir l'amabilité de répondre par écrit. Les greffiers seraient prêts à vous transmettre les questions.

M. David Baker: C'est ce que je vais faire. Puis-je avoir une minute...

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Non, je suis désolé.

Il a dépassé son temps de parole. Nous passons donc à M. Aldag.

M. John Aldag: Merci. J'aimerais poursuivre brièvement la discussion avec Mme Downie et nous passerons ensuite à d'autres sujets.

Nous avons pris l'exemple de la maladie mentale. Je reviens au continuum qui va du niveau plancher au niveau plafond et à notre situation le long de ce continuum. Je n'ai pas posé de question précise à laquelle vous auriez répondu, mais si nous excluons la maladie mentale, est-ce que nous nous exposons à des contestations en vertu de la Charte ou à d'autres contestations du genre?

Pour développer la question, y a-t-il d'autres éléments à prendre en considération? Dans quelle mesure voulons-nous prescrire des normes plutôt que des limites? Si nous commençons à définir des termes tels qu'adulte ou mineur et qu'il y a d'autres conditions que nous voulons inclure ou pas, est-ce que cela nous amènerait à des contestations fondées sur la Charte auxquelles nous serions prêts à nous exposer ou pas?

Avez-vous des commentaires sur ce type de concept que nous envisageons le long de ce continuum?

Mme Jocelyn Downie: Premièrement, si vous me demandez s'il est possible d'avoir la maladie mentale comme critère d'exclusion, je pense que la réponse est non. Vous vous exposeriez certainement à une contestation en vertu de la Charte et vous perdriez car, à mon avis, vous ne respecteriez pas les articles 15 et 7.

Pour ce qui est de prescrire des normes, je pense que vous devriez le faire dans certains domaines. J'ai mentionné des termes qu'il faut vraiment définir de façon à ce que les provinces n'aillent pas en deçà des niveaux que vous souhaitez ou en deçà de l'arrêt *Carter*. C'est ce qu'elles pourraient faire en effet; elles pourraient aussi laisser des lacunes qui placeraient les gens dans l'incertitude. À la commission provinciale-territoriale, de nombreux médecins ont dit vouloir des certitudes. Ils ont déclaré: « Ne retenez pas le critère de gravité de l'arrêt *Carter* sans rien ajouter ». Nous leur avons demandé: « Que dites-vous du terme très grave? » Ils ont répondu: « Merci, cela nous convient », parce que cela exclut, par exemple, une liste de problèmes de santé.

Nous voulons éviter l'effritement des résultats obtenus dans l'arrêt *Carter* et des droits de la Charte qu'il consacre. Pour ce faire, certaines choses doivent être très claires sans pour autant s'aventurer dans les lignes directrices pour la pratique clinique. Ce n'est pas votre domaine, c'est celui des responsables de la réglementation, dont certains devraient comparaître devant vous, d'après ce que j'ai compris.

M. John Aldag: Merci.

Il y a un autre point que j'aimerais aborder et sur lequel j'aimerais avoir vos commentaires, madame Downie et monsieur Baker. C'est au sujet de la proposition de M. Baker concernant le groupe d'examen, parmi de nombreux autres éléments dont nous avons pris connaissance.

J'ai constaté qu'à propos de la composition du groupe, on recommandait qu'y soient représentés divers intervenants, dont du personnel médical et non médical, des administrateurs de soins de santé et autres. Si nous mettons sur pied un comité de révision judiciaire, est-ce que nous n'aboutirons pas à l'inaccessibilité, alors que le temps est un facteur?

Je me suis aussi posé des questions sur les qualifications générales. Nous savons que les médecins prennent déjà ces décisions complexes. Est-il donc opportun d'ajouter du personnel non médical, pour former un groupe de 10 personnes qui traiterait de toutes ces questions durant les six derniers mois de la vie ou dans d'autres situations. Quel est l'intérêt de ce groupe, par rapport à d'autres modèles dont nous avons pris connaissance, par exemple l'intervention de deux médecins, une période d'attente brève ou à déterminer, et une décision prise et exécutée?

Avez-vous des commentaires sur le groupe d'examen?

• (1940)

M. David Baker: Les comités d'examen sont le mécanisme par lequel, pendant un jour ou deux, on traite aujourd'hui de nombreuses questions dans le domaine de la santé. C'est un fait établi et cela n'aboutit pas à un examen judiciaire mené le matin, le midi et le soir, monsieur.

C'est un moyen flexible d'assurer la constance et l'orientation nécessaires découlant des raisons à donner. Et les raisons sont nécessaires à une surveillance réelle. Ces raisons n'existent pas en Belgique et n'existeraient pas selon le modèle proposé. Après la mort, aucune autre raison n'est fournie, si ce n'est les données embryonnaires des cases où l'on coche les mentions « grave », « irrémédiable » et « intolérable ». C'est là le problème que je vous soumetts et qui exige un comité d'examen.

Cela place en outre les médecins dans une position où ils n'ont pas à juger, alors que la plupart d'entre eux affirment qu'ils ne le feront pas, que c'est inapproprié et que ce n'est pas éthique. Ils veulent fournir — et fourniront — des informations sur leurs patients, des

gens qu'ils connaissent, dont ils connaissent les vulnérabilités et les situations familiales, et pour lesquels ils pourraient être au courant d'abus susceptibles de contribuer à la décision de donner la mort. Ils ne veulent pas qu'un petit groupe de médecins parcoure le pays et soit payé pour administrer une dose létale de médicaments. Ils veulent que le médecin de famille participe à la communication d'informations pertinentes à la décision.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Monsieur Albrecht.

M. Harold Albrecht (Kitchener—Conestoga, PCC): Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier les témoins d'être venus. Je ferai mon possible pour leur laisser un peu de temps pour répondre à mes questions.

J'ai aimé votre mémoire, monsieur Baker et monsieur Lemmens, mais je l'ai trouvé très troublant. Vous rapportez l'expérience belge et abordez brièvement la situation aux Pays-Bas.

Je pense que votre mémoire traite de nombre des préoccupations que beaucoup de Canadiens ont par rapport à ce que vous qualifiez, de façon très juste, de « dérive de la mission ». C'est ce qui me préoccupe également, surtout par rapport à ce que je considère être nos concitoyens les plus vulnérables, qui souffrent de problèmes de santé mentale et de dépression grave.

J'aimerais mentionner certaines des statistiques que vous citez dans votre mémoire. Vous dites qu'entre 2004 et 2014, les demandes d'aide médicale à mourir sont passées de 495 à 2 021. Et ce qui est encore plus troublant, c'est l'augmentation de ces demandes de la part de patients souffrant de maladie mentale. Comme je l'ai dit, je me soucie tout particulièrement de ces gens.

À la page 10 de votre document, vous écrivez et je cite:

Qu'il n'y ait aucun espoir d'amélioration, et donc lorsqu'une condition est incurable ou « irrémédiable », est particulièrement difficile à évaluer dans le contexte de la santé mentale. Le concept de « rétractation » ou de « dépression résistante au traitement », par exemple, est en soi très contesté. Les gens souffrent en effet énormément et souvent de dépression chronique. Pourtant, des études portant sur la dépression résistante au traitement indiquent que de nombreux patients, dans une étude, même à 60,2 %, se rétablissent complètement.

Vous poursuivez en affirmant que le traitement des maladies mentales prend du temps, en particulier parce qu'il est souvent difficile de trouver le bon diagnostic et encore plus difficile de trouver le traitement adéquat.

Je veux que le Comité se saisisse de ce qui est pour moi une immense responsabilité — à savoir d'être à 100 % certain, surtout dans les cas de maladie mentale, que l'on ne propose pas de solution permanente pour régler un problème temporaire.

Dans vos remarques liminaires, vous mentionnez en particulier que vous n'êtes pas d'accord avec les recommandations provinciales-territoriales. Pourriez-vous nous résumer certains des points sur lesquels vous n'êtes pas d'accord pour que le Comité puisse éviter les écueils qui pourraient être inhérents à ce modèle?

M. David Baker: Le rapport provincial-territorial vous recommande essentiellement d'adopter le modèle de la Belgique et des Pays-Bas, et je pense qu'il vous incombe de connaître la situation dans ces deux pays. Il s'est passé beaucoup de choses depuis que la juge Smith a recueilli les témoignages dans cette affaire. Le professeur Lemmens vous a donné des renseignements très détaillés.

Pour ce qui est de ne pas proposer une solution permanente à un problème temporaire, je suis d'accord avec la professeure Downie au sujet de la santé mentale. On ne peut pas exclure les troubles mentaux de cette mesure législative. Cependant, si vous vous souvenez bien, dans l'arrêt Carter, la Cour s'est demandé s'il était même possible de mettre en place des garanties suffisamment solides pour assurer la protection des personnes vulnérables.

De qui s'agit-il exactement? Qui sont ces personnes vulnérables? Nous avons défini la vulnérabilité, entre autres, comme un état de dépression temporaire face à la maladie. C'est la bonne façon, conformément à l'arrêt Carter, d'aborder les questions touchant la santé mentale. On ne parle pas d'une exclusion permanente à un droit. Tout ce qu'on dit, c'est que pendant que vous êtes vulnérable, vous ne pouvez pas prendre une telle décision.

C'est d'ailleurs ce que visent les garanties que vous devez adopter. La question de la vulnérabilité doit être abordée. Le rapport provincial-territorial n'en fait pas mention, pas plus que le modèle de la Belgique et des Pays-Bas. C'est donc extrêmement inquiétant.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Sénateur Cowan.

• (1945)

L'hon. James S. Cowan (sénateur, Nouvelle-Écosse, Lib.): Merci.

Madame Downie, vous avez eu l'occasion d'examiner les dispositions du projet de loi rédigé et distribué par MM. Baker et Sharpe. Pourriez-vous nous dire si, à votre avis, il satisfait aux critères établis dans l'arrêt Carter et s'il est conforme aux dispositions de la Charte canadienne des droits et libertés?

Mme Jocelyn Downie: Tout d'abord, il n'est pas conforme à l'arrêt Carter. Par exemple, il n'inclut pas l'euthanasie, qui figure clairement dans cette décision, ni la maladie en phase terminale, qui n'est pas du tout exclue.

Ensuite, il contrevient à la Charte. Vous n'avez qu'à penser à la divulgation de renseignements personnels à la famille d'une personne malade qui n'a pas donné son consentement. C'est une violation de la vie privée.

De plus, le projet de loi n'est pas cohérent lorsqu'il s'agit de l'autonomie. Vous avez 45 jours. Vous devez réunir 10 personnes. Vous devez tenir une audience, qui pourrait être exigée par une tierce partie qui n'a rien à voir avec l'affaire. Vous devez faire témoigner une personne extrêmement malade. Selon moi, cela va tout à fait à l'encontre de l'arrêt Morgentaler. Un groupe de 10 personnes et un délai de 45 jours: on va encore plus loin que ce qui a été établi dans l'affaire Morgentaler.

Il ne respecte pas non plus la répartition des pouvoirs, en ce sens qu'on demande au curateur public de faire certaines choses, et le gouvernement fédéral n'a pas le pouvoir de dire au curateur public des provinces et des territoires ce qu'il doit faire.

Enfin, je trouve profondément stigmatisant d'inclure l'aide médicale à mourir dans la section des troubles mentaux du Code criminel et de regrouper les personnes qui souhaitent avoir recours à l'aide médicale à mourir dans la même catégorie que les personnes qui ont commis des crimes, mais qui ont été reconnues non criminellement responsables tellement ils avaient une incapacité psychologique importante. C'est ce qui est au cœur de ce projet de loi, et je considère que c'est très troublant.

L'hon. James S. Cowan: Que pensez-vous de l'expérience belge dont le professeur Lemmens a parlé? Que savez-vous à ce sujet?

Mme Jocelyn Downie: Je pense qu'il faut manier les preuves avec circonspection. Il est important de souligner que ce qui vous dérange dans ce rapport a été examiné en cour dans l'affaire Carter. Les experts de ces pays ont été convoqués et contre-interrogés, et la juge Smith ne les a pas trouvés convaincants. Elle a conclu que ces régimes fonctionnent, que les risques sont gérables et qu'on n'exige pas d'autorisation préalable.

Ensuite, ce qu'il faut savoir, c'est que l'affaire Carter remonte à quelque temps déjà et que la Couronne a présenté de nouveaux éléments de preuve à la Cour suprême du Canada, ce qui est très inhabituel. On a déposé de nouvelles preuves sous la forme d'un affidavit du professeur Montero, y compris une bonne partie des éléments de preuve qui se trouvent dans ce document. La Cour n'était pas convaincue que cela changerait quoi que ce soit et a indiqué qu'il fallait être très prudent lorsqu'il s'agissait de preuves anecdotiques. Les preuves anecdotiques peuvent provenir de n'importe qui, et je n'ai pas besoin de vous dire que ces preuves ne sont pas nécessairement fiables.

En ce qui concerne le modèle belge, je pense que nous devons nous fier aux preuves qui ont été examinées en cour et aux données empiriques des chercheurs. Ces éléments de preuve ont été présentés dans l'affaire Carter et devant la Cour suprême.

Une voix: Si je puis me permettre...

• (1950)

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Je vous prierais de ne pas interrompre le témoin. Le sénateur a posé une question à laquelle la professeure répond, et c'est au sénateur de décider qui prend la parole.

L'hon. James S. Cowan: Merci, monsieur le président.

On nous a recommandé de ne pas aller trop loin, de nous en tenir à l'aspect fédéral et de laisser tout le reste aux provinces. Quel est votre avis, vous qui avez participé au groupe consultatif provincial-territorial? Est-ce la façon de procéder, ou est-ce que les provinces et les territoires s'attendent à un régime fédéral?

Mme Jocelyn Downie: Les provinces et les territoires ont indiqué qu'ils souhaitaient une approche harmonisée. Selon moi, ils sont allés de l'avant avec ce groupe consultatif en raison de la situation à l'échelle fédérale. Ils savaient qu'il y aurait des lacunes à combler en février, alors ils ont convenu de s'en occuper. Le groupe devait donc adopter une perspective plus globale, étant donné qu'il ignorait si le gouvernement fédéral allait prendre des mesures et il voulait prévenir les lacunes.

C'est pourquoi les recommandations sont aussi générales. Certaines s'appliquent au gouvernement fédéral, lorsqu'il est évident qu'elles ne peuvent relever de la compétence provinciale et territoriale, mais il ne faut pas croire que les recommandations qui s'adressent aux gouvernements provinciaux et territoriaux dans ce rapport ne peuvent être mises en oeuvre par le gouvernement fédéral. Ce sont les gouvernements provinciaux et territoriaux qui sont surtout visés par ces recommandations, étant donné qu'elles ont été formulées par un groupe consultatif provincial-territorial, mais il y a un chevauchement de compétences dans certains cas. Dans ce rapport, certains aspects sont confiés aux gouvernements provinciaux et territoriaux, mais pourraient très bien relever du gouvernement fédéral.

Pour l'instant, je vous dirais d'examiner tout ce qui se trouve dans ce rapport. Prenez tout ce qui est clairement et uniquement fédéral,

puis aussi ce qui est conjoint, pour éviter le manque d'uniformité et les lacunes, et parce que vous avez un mécanisme grâce auquel vous ne donnez pas l'impression d'imposer votre volonté aux provinces, en particulier au Québec, compte tenu des dispositions d'équivalence.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie): Merci. C'est ce qui met fin aux témoignages de ce soir. Nous remercions les témoins d'avoir été des nôtres et d'avoir répondu à nos questions.

Nous allons suspendre la séance très brièvement, après quoi nous reprendrons nos travaux à huis clos. Je demanderais donc aux personnes qui doivent quitter la salle de le faire rapidement.

Merci beaucoup. La séance est suspendue.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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 Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>