



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Comité permanent de la justice et des droits de la personne

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 007

Le jeudi 12 novembre 2020

Présidente : Mme Iqra Khalid



Comité permanent de la justice et des droits de la personne

Le jeudi 12 novembre 2020

• (1100)

[Traduction]

La présidente (Mme Iqra Khalid (Mississauga—Erin Mills, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à la septième réunion du Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes. Nous étudions le projet de loi C-7.

D'abord et avant tout, je crois savoir que M. Manly, du Parti vert, a demandé à se joindre à notre réunion d'aujourd'hui.

Monsieur le greffier, M. Manly est-il avec nous en ce moment?

Le greffier du Comité (M. Marc-Olivier Girard): Il demande en fait à être admis. Je serais en mesure de lui accorder l'accès sur-le-champ.

La présidente: Je vous remercie.

Pour permettre à M. Manly de se joindre à nous, il faut un consentement unanime du Comité. Veuillez lever le pouce si vous êtes d'accord avec cela.

Allez-y, monsieur le greffier, laissez-le entrer. Je vous remercie.

Pour assurer le bon déroulement de la réunion, permettez-moi de vous présenter ces quelques règles. Les membres du Comité et les témoins peuvent s'exprimer dans la langue officielle de leur choix. Des services d'interprétation sont à votre disposition. Pour répondre à vos besoins particuliers en la matière, vous pouvez choisir au bas de votre écran entre le parquet, le français ou l'anglais.

Je rappelle aux membres du Comité et aux témoins que toutes leurs interventions doivent se faire par l'intermédiaire de la présidence. Lorsque vous prenez la parole, veuillez attendre que je vous aie nommé. Assurez-vous alors d'avoir désactivé le mode discrétion pour votre micro et efforcez-vous de parler lentement et clairement pour faciliter l'interprétation. Lorsque vous ne parlez pas, votre micro doit être mis en mode discrétion.

En ce qui concerne l'ordre des intervenants, le greffier et moi-même ferons de notre mieux pour tenir une liste consolidée pour tous les membres. J'ai des cartons pour vous informer à l'avance du temps qu'il vous reste pour vos observations et vos questions. J'en ai un pour signaler qu'il reste une minute et un autre pour signaler qu'il reste 30 secondes.

M. Manly a également demandé s'il pouvait avoir un peu de temps pour poser des questions. Je demande s'il y a consentement unanime du Comité pour lui accorder à cette fin deux minutes et demie lors du premier groupe d'experts et deux minutes et demie lors du second. Vous pouvez indiquer votre position à ce sujet en me montrant un pouce vers le haut ou un pouce vers le bas, selon que vous soyez d'accord ou non.

Nous n'avons pas de consentement unanime, mais sachez que les membres qui le souhaitent peuvent partager leur temps de parole avec M. Manly. Sa visite au Comité et sa participation à nos travaux sont les bienvenues.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins. Nous avons devant nous, à titre personnel, la Dre Jennifer Gibson, directrice et chaire Financière Sun Life en bioéthique, University of Toronto Joint Centre for Bioethics. Nous accueillons également le Dr Alain Naud, médecin de famille et professeur clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval. Nous avons aussi l'honorable André Rochon, juge à la retraite de la Cour d'appel du Québec, et M. David Roberge, de l'Association du Barreau canadien.

Chaque témoin dispose de cinq minutes pour livrer sa déclaration liminaire. C'est Mme Jennifer Gibson que nous entendrons en premier.

Madame Gison, allez-y. Vous avez cinq minutes.

• (1105)

M. Arif Virani (Parkdale—High Park, Lib.): Madame la présidente, je suis désolé, mais avant que nous commençons, je dois vous signaler que je ne trouve pas très « parlementaire » d'autoriser M. Manly à assister à la réunion, mais de lui refuser deux minutes et demie à chacune des deux prochaines heures pour qu'il puisse poser des questions. Je demande la tenue d'un vote par appel nominal à cet égard.

Merci.

La présidente: Allez-y, monsieur Moore.

L'hon. Rob Moore (Fundy Royal, PCC): Je donnerais mon accord pour deux minutes et demie pour chaque groupe d'experts. Je croyais que vous aviez dit deux minutes et demie pour chaque série de questions, ce qui aurait fait cinq minutes.

La présidente: Non, monsieur, j'ai dit deux minutes et demie par heure: deux minutes et demie pour le premier groupe, et deux minutes et demie pour le deuxième.

L'hon. Rob Moore: Ça me va.

La présidente: Puis-je demander à nouveau s'il y a consentement unanime pour accorder deux minutes et demie à M. Manly? Puis-je voir les pouces levés de tout le monde? Alors, je confirme, je vois le pouce levé de tous les membres permanents du Comité.

Je vous remercie, monsieur Virani, d'avoir soulevé cette question. C'est très apprécié. Je vais ajouter M. Manly au bas de la liste des intervenants pour chaque heure.

Sur ce, madame Gibson, veuillez commencer. Vous avez cinq minutes.

[Français]

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Madame la présidente, il faudrait rappeler aux témoins de parler lentement et distinctement, même s'ils ont très peu de temps pour faire leurs présentations. Cela nous évitera de les interrompre et les interprètes pourront bien faire leur travail.

La présidente: Je vous remercie, monsieur Thériault.

[Traduction]

J'ai mentionné cela au début de la réunion, mais je rappellerai aux témoins de bien vouloir parler lentement et clairement afin que les interprètes puissent faire leur travail.

Allez-y, madame Gibson. Vous disposez de cinq minutes.

Dre Jennifer Gibson (directrice et chaire Financière Sun Life en bioéthique, University of Toronto Joint Centre for Bioethics, à titre personnel): Merci beaucoup de m'avoir invitée à me joindre à vous aujourd'hui. Comme on l'a dit, je suis affiliée à l'Université de Toronto, mais en 2015, j'ai coprésidé le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir. En 2017-2018, j'ai été coprésidente du Comité d'experts sur l'aide médicale à mourir du Conseil des académies canadiennes, et présidente du groupe de travail sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir. Je comparais aujourd'hui à titre personnel et je m'appuie pour ce faire sur l'expérience que j'ai acquise grâce aux rôles que je viens de nommer et sur ma feuille de route en matière d'éthique et de politique de santé.

J'ai eu le privilège de comparaître devant ce comité au printemps 2016 dans le cadre du projet de loi C-14. Au cours des dernières semaines, j'ai réfléchi à l'ampleur des changements survenus depuis quatre ans et demi et à la mesure dans laquelle nous sommes mieux préparés pour envisager avec une certaine confiance des modifications au cadre législatif de l'aide médicale à mourir au Canada. En 2016, nous n'avions pas d'expérience canadienne dont nous pouvions tirer parti et nous nous sommes appuyés sur celle d'autres pays. Nous n'avions pas encore les systèmes et les processus de soins nécessaires pour offrir le programme d'aide médicale à mourir aux personnes admissibles et nous devons les mettre en place. Nous ignorons l'effet concret qu'allait avoir cette nouvelle aide médicale à mourir sur les Canadiens. Cela allait-il se substituer aux soins palliatifs? Les gens allaient-ils devenir plus vulnérables plutôt que le contraire?

Avec les cinq ans ou presque d'expérience que nous avons aujourd'hui, nous avons appris que l'aide médicale à mourir peut être prodiguée en toute sécurité et avec compassion. Nous pouvons nous appuyer sur des preuves toutes canadiennes. Nous pouvons tabler sur l'expérience vécue des familles, soignants et cliniciens canadiens pour étoffer cette pratique. Nous avons entendu des groupes communautaires et des particuliers nous expliquer comment et dans quelle mesure l'aide médicale à mourir s'inscrit dans un continuum de soins destiné aux personnes qui souffrent.

Le projet de loi C-14 visait à définir un cadre législatif avec entre autres des critères d'admissibilité et des mesures de sauvegarde procédurales. Or, ce qui était recherché en fin de compte, c'était de répondre dans toute la mesure du possible aux souffrances des Canadiens tout en établissant un équilibre entre l'autonomie des personnes faisant appel au programme, d'une part, et les intérêts de la société et des personnes vulnérables ayant besoin de protection, d'autre part. Ce projet visant à trouver le juste équilibre entre ces engagements fondés sur des valeurs se poursuit aujourd'hui.

Bon nombre des observations formulées par les témoins et les organismes qui ont comparu devant ce comité ont attiré l'attention sur la pertinence et la justesse des principales mesures de sauvegarde, tant celles qui sont prévues dans le cadre législatif actuel que celles qui sont envisagées aux termes du projet de loi C-7. Les mesures de sauvegarde actuelles, telles que le délai de réflexion de 10 jours et l'exigence du consentement final, ont été enchâssées pour veiller à ce que seuls les Canadiens qui le souhaitent reçoivent effectivement l'aide médicale à mourir, ainsi que pour protéger et promouvoir l'autonomie des patients.

L'expérience des quatre dernières années et demie a montré que l'effet des mesures de sauvegarde n'a peut-être pas été celui que l'on avait prévu. D'une part, des cliniciens nous ont parlé de certains patients qui ont renoncé aux médicaments antidouleur et enduré des souffrances évitables dans le but de maintenir leur capacité à donner leur consentement final. D'autre part, nous avons également appris des cliniciens, des familles et des soignants que la plupart des personnes qui sollicitent une aide médicale à mourir ne sont pas ambivalentes quant à leur choix. Selon les mots d'un membre du public qui m'a envoyé un courriel en décembre 2015 et qui était confronté à une maladie limitant la durée de vie, « aucun patient ne prendra une telle décision et ne demandera cette aide à la légère ». Par conséquent, la suppression des 10 jours francs et du consentement final semblait être un pas dans la bonne direction vers un nouvel équilibre approprié pour protéger les Canadiens déjà jugés admissibles au programme d'aide médicale à mourir.

Il y a peu de doutes sur l'importance des mesures visant à protéger les personnes vulnérables qui, selon le préambule original du projet de loi C-14, pourraient être incitées à se donner la mort dans un moment de faiblesse. Une leçon que nous pouvons tirer de notre expérience des quatre dernières années et demie, c'est qu'au moment d'élaborer les mesures de sauvegarde, nous devons être particulièrement attentifs aux répercussions qu'elles peuvent avoir, nonobstant leur intention de protéger. Nous devons nous méfier tout particulièrement de mesures de sauvegarde raisonnablement susceptibles de rendre certaines personnes plus vulnérables. La protection des personnes vulnérables est axée sur la préservation de leur compétence, de leur volonté et de leur pouvoir de consentement. L'exclusion de personnes autrement compétentes peut être justifiée dans des circonstances limitées et à condition qu'il y ait de solides arguments à faire valoir du point de vue de la justice. Cependant, à défaut de cela, ces exclusions violent l'autonomie des personnes compétentes visées et obligent injustement ces dernières à rester dans un état de souffrance persistant et intolérable.

● (1110)

Pour ces raisons, nous pouvons nous demander si le délai de réflexion de 90 jours sera véritablement une protection ou si, au contraire, il contribuera à perpétuer la souffrance des personnes déjà reconnues comme étant admissibles à l'aide médicale à mourir.

La présidente: Merci, madame Gibson. Je vais devoir vous arrêter là. Nous en sommes à cinq minutes, et j'espère que le reste de votre témoignage pourra s'exprimer par le truchement de la période de questions.

Dre Jennifer Gibson: Merci.

La présidente: Merci beaucoup, madame Gibson.

Nous allons maintenant passer au Dr Alain Naud.

Monsieur, vous avez cinq minutes. Allez-y, je vous en prie.

[Français]

Dr Alain Naud (médecin de famille et professeur clinique titulaire, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université Laval, à titre personnel): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je tiens d'abord à remercier le Comité de son invitation à venir partager mon expérience avec ses membres.

Je suis médecin de famille et médecin en soins palliatifs depuis 35 ans. Je suis également professeur clinique titulaire. J'ai aussi agi comme expert médical en aide médicale à mourir et aux soins palliatifs lors du procès de Mme Gladu et de M. Truchon.

J'ai une expérience personnelle d'accompagnement de plus d'une centaine de malades qui ont reçu l'aide médicale à mourir, et de leurs proches. Après cinq ans d'expériences concrètes au Québec et pratiquement autant ailleurs au Canada, je pense qu'il est important d'ancrer nos réflexions et nos décisions dans la réalité du terrain ainsi que d'écouter les témoignages des malades, de leurs proches et des soignants impliqués.

Je vais vous présenter quelques constats.

L'aide médicale à mourir est un soin de compassion qui est prodigué par toute une équipe. Le choix pour une personne d'y recourir n'est jamais impulsif, mais plutôt l'aboutissement d'une longue réflexion ayant duré des semaines, des mois et parfois des années, ancrée dans la chair et les souffrances. Pour s'en rendre compte, il faut avoir rencontré ces malades, les avoir accompagnés, ainsi que leurs proches, et avoir été avec eux jusqu'au bout.

Il n'y a aucune opposition entre les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir. Ce sont des options légitimes et légales de fin de vie qui sont interreliées et se complètent mutuellement. Dans toutes nos unités de soins palliatifs, l'aide médicale à mourir est parfaitement intégrée comme un choix possible et une option.

Depuis cinq ans au Québec, l'aide médicale à mourir, ou AMM, est administrée de façon très rigoureuse et en tout respect des droits. Les dérapages qui ont été observés l'ont tous été dans l'obstruction par certains soignants et certains établissements à un accès légitime à l'AMM. C'est là qu'on retrouve les véritables malades vulnérables qui ne sont pas protégés. Au Québec, cela touche 33 % des demandes, un malade sur trois.

Voici les éléments du projet de loi qui doivent être conservés. Ce dernier comporte des améliorations majeures qui sont importantes pour les malades. La première amélioration est le besoin d'un seul témoin à la signature, qui peut être un soignant. La deuxième est l'abrogation de la période d'attente obligatoire de 10 jours qui, pour la plupart des malades, n'était que de la pure cruauté. La troisième amélioration est la possibilité de renoncer à l'avance à l'obligation d'être encore apte au moment de la procédure.

Voici maintenant les éléments du projet de loi qui doivent être modifiés. L'expression « mort naturelle raisonnablement prévisible » est le plus grand écueil de ce projet de loi pour plusieurs raisons que j'aborde dans le document que vous avez déjà reçu. Cette expression ne répond à aucun concept ni aucune définition médicale. Elle n'existe dans aucun manuel de médecine. Pourtant, ce sont les médecins qui ont la responsabilité d'évaluer l'admissibilité des malades.

Le fait de retirer cette expression des critères d'admissibilité pour en faire une mesure de sauvegarde ne lui donne pas plus de sens ni

de définition médicale normalisée reconnue. Le maintien de cette expression continuera de faire porter sur les épaules des médecins évaluateurs le poids intolérable et inacceptable de l'interprétation d'un critère qui n'a aucune signification médicale et pour lequel il n'y aura jamais de consensus. On devrait retirer cette expression. Les autres mesures sont largement suffisantes pour assurer la protection des malades vulnérables.

Si le législateur souhaite maintenir des mesures de sauvegarde différentes pour deux catégories distinctes, je suggère de remplacer cette expression par l'introduction d'un « pronostic de décès de moins de 12 mois » ou « de plus de 12 mois », ce qui éviterait l'aléatoire et la subjectivité de la réponse à donner. La notion de pronostic est très claire, bien définie et utilisée quotidiennement dans le monde médical.

En ce qui concerne la santé mentale et les maladies psychiatriques, j'ai détaillé mes observations dans le document. Il m'apparaît opportun de prévoir dans le projet de loi des indications qui permettraient à ces malades de voir la lumière au bout du tunnel, ce qui éviterait de nouvelles contestations juridiques de la loi et des suicides.

À mon avis, l'expression « suicide assisté » devrait être remplacée par « aide médicale à mourir par voie orale », ce dont il s'agit en réalité.

Parmi les éléments qui ne sont pas couverts dans le projet de loi se trouvent des directives médicales anticipées permettant l'accès à l'aide médicale à mourir après un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une autre démence. Dans le document, je propose des balises simples et claires qui permettraient de bien encadrer ce soin.

Enfin, en ce qui concerne l'examen des demandes d'aide médicale à mourir refusée ou non administrée, le projet de loi devrait prévoir des mécanismes beaucoup plus explicites et rigoureux pour documenter et examiner systématiquement les refus et la non-administration de l'AMM. Comme je l'ai mentionné, c'est là qu'on retrouve les dérapages et c'est là que sont les réels malades vulnérables qui ne sont pas protégés depuis cinq ans au Québec, et depuis quatre ans et demi au Canada.

Vous trouverez un sommaire de mes recommandations à la dernière page du document.

• (1115)

Je vous remercie, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Naud, d'avoir respecté très exactement les cinq minutes que vous aviez.

Nous passons maintenant à l'honorable André Rochon, pour cinq minutes.

Monsieur Rochon, vous avez la parole.

[Français]

L'hon. André Rochon (juge retraité de la Cour d'appel, à titre personnel): Mesdames et messieurs, je vous remercie de votre invitation et de l'occasion qui m'est donnée de vous faire part des réflexions de notre comité sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir.

Au nom d'un fort consensus au pays et dans le souci de protéger l'autonomie et la dignité de la personne, je vous propose d'amender immédiatement le projet de loi dont vous êtes saisis, afin d'accorder à toute personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer le droit à l'aide médicale à mourir. L'urgence m'apparaît manifeste. À cet égard, permettez-moi de faire un bref rappel des éléments qui nous a conduits ici.

En 2015, l'arrêt Carter énonce la règle cardinale que, dans l'exercice de son droit à la vie, à la liberté et à la sécurité, toute personne doit être libre de prendre ses propres décisions fondamentales, sans ingérence de l'État.

En 2016, le projet de loi C-14 est adopté. Il prévoit la formation d'un conseil d'experts pour étudier trois situations, dont celle des demandes anticipées d'aide médicale à mourir.

En 2018, ce comité d'experts énonce notamment ce qui suit en ce qui a trait aux demandes anticipées:

Avoir une certaine garantie que leur demande d'AMM sera honorée pourrait leur procurer du confort et soulager leur anxiété et leur détresse en fin de vie.

[...]

L'autorisation des demandes anticipées d'AMM reconnaîtrait la valeur que la société canadienne accorde au respect de l'autonomie et de l'autodétermination des patients, surtout pour les membres de cette société qui ont perdu ou prévoient perdre leur capacité décisionnelle

Devant la souffrance et la détresse de tous ceux qui reçoivent un tel diagnostic, la question n'est plus de savoir si la compassion de la société canadienne doit nous accorder l'aide médicale à mourir. Le temps est venu de définir les paramètres pour l'octroi de cette aide et de mettre en place des balises à la fois pour assurer la protection des gens potentiellement vulnérables et pour respecter la volonté clairement exprimée de la personne affectée.

Ainsi, lorsqu'une personne reçoit un tel diagnostic, qui risque de progresser vers une démence sévère, il doit lui être permis de donner un mandat anticipé pour requérir l'aide médicale à mourir lorsque sa situation aura atteint un stade grave et irréversible, dans la mesure où cette personne remplit les critères suivants: a) elle est admissible à des soins de santé de l'État; b) elle est âgée d'au moins 18 ans; c) elle doit être en mesure d'exprimer librement sa volonté, sans contrainte externe ou influence indue, et elle ne doit pas souffrir d'un état mental qui affecte son jugement; d) un médecin doit attester que la personne satisfait aux critères ci-haut mentionnés lors de la signature du mandat anticipé.

Pour être valable, ce mandat doit être renouvelé par écrit après une période d'attente de six mois de la signature du mandat initial, en s'assurant que les quatre conditions précédentes sont toujours satisfaites. Ce délai constitue une balise importante, laquelle procure une période de réflexion suffisante pour la personne affectée et permet de s'assurer que la décision n'a pas été prise sous le coup de l'impulsivité ou sans réflexion suffisante.

Il va de soi que ce mandat pourra être révoqué en tout temps par écrit, tant que la personne sera apte à le faire. Le mandataire pourra demander à l'équipe multidisciplinaire de commencer le processus d'évaluation dès qu'elle a des raisons de croire que le stade avancé de la maladie est atteint.

Par mesure de prudence additionnelle, le mandat doit être rédigé sous une forme prescrite. J'ai annexé à mon synopsis de présentation un modèle de ce mandat.

Ce qui vous est demandé aujourd'hui est de procurer un choix à toute personne qui reçoit un diagnostic de troubles neurocognitifs de type Alzheimer. Il ne s'agit pas d'imposer une ligne de conduite, il s'agit de mettre en place les balises nécessaires à l'exercice de ce choix.

Inspiré des valeurs qui sont les nôtres, ce citoyen demande à l'État de lui venir en aide et de lui procurer les soins nécessaires pour soulager sa souffrance, préserver sa dignité et respecter sa décision.

Je vous remercie.

• (1120)

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Rochon, d'être resté à l'intérieur de la limite de cinq minutes.

Enfin, nous allons passer à l'Association du Barreau canadien, représentée par David Roberge.

Commencez, je vous prie. Vous disposez de cinq minutes.

Me David E. Roberge (avocat, Le groupe de travail sur la fin de vie, Association du Barreau canadien): Madame la présidente, honorables membres du Comité, bonjour.

Je m'appelle David Roberge et je suis membre du Groupe de travail sur la fin de vie de l'Association du Barreau canadien, ou ABC. Je vous remercie d'avoir invité l'ABC à discuter du projet de loi C-7 aujourd'hui.

[Français]

L'Association du Barreau canadien, ou ABC, regroupe plus de 36 000 juristes de partout au pays. Les principaux objectifs de l'ABC sont l'amélioration du droit et de l'administration de la justice.

Notre mémoire a été préparé par le groupe de travail de l'ABC sur la fin de vie. Ce groupe est composé de représentants d'un grand nombre de domaines d'expertise, notamment le droit constitutionnel, les droits de la personne, le droit de la santé, le droit criminel, le droit des successions, le droit des aînés, le droit des enfants et le droit à la vie privée.

• (1125)

[Traduction]

Bien que nous saluons les efforts du gouvernement pour clarifier la loi sur l'aide médicale à mourir suite à la décision de la Cour supérieure du Québec dans l'affaire Truchon, nous avons plusieurs réserves au sujet du projet de loi C-7. J'aimerais profiter de cette déclaration liminaire pour en souligner quelques-unes.

L'admissibilité au programme d'aide médicale à mourir devrait être alignée sur les critères établis par la Cour suprême du Canada dans l'affaire Carter, lesquels tiennent compte de la protection des personnes vulnérables. L'ABC appuie le jugement du Québec dans l'affaire Truchon et souligne son interprétation de l'arrêt Carter, à savoir que l'essence de la décision de la Cour suprême n'est pas la proximité de la mort, mais plutôt la prévention de souffrances intolérables, ainsi que la dignité et l'autonomie de la personne, pour ceux qui sont capables de consentir clairement à la cessation de leur vie. Nous soutenons également une approche centrée sur le patient en matière de capacité et de consentement, telle qu'adoptée par le tribunal québécois dans l'affaire Truchon.

Pour en revenir au projet de loi C-7, nous estimons que la maladie mentale ne devrait pas être exclue du champ d'application des mesures législatives proposées, surtout au vu de l'examen exhaustif de l'aide médicale à mourir initialement prévu pour juin 2020 et actuellement en cours. Cette exclusion ferme la porte à tout examen approfondi de la question et met de l'avant une conclusion qui n'a été ni débattue ni recommandée. Dans Truchon, la Cour a affirmé qu'il faut prôner une approche individualisée de la vulnérabilité en évaluant la capacité de fournir un consentement éclairé. À notre avis, l'exclusion générale de l'ensemble des personnes atteintes de maladie mentale fera l'objet de contestations fondées sur la Constitution.

Le projet de loi C-7 propose deux séries de mesures de sauvegarde à respecter avant la prestation de l'aide médicale à mourir, chacune s'appliquant selon que la mort naturelle est raisonnablement prévisible ou non. Le critère de « mort raisonnablement prévisible » — qui a été déclaré inconstitutionnel dans Truchon — a été source de beaucoup d'incertitude et de difficultés, et le projet de loi C-7 ne fournit aucune orientation quant à la façon de l'appliquer. Si le gouvernement devait maintenir différents ensembles de mesures de sauvegarde, nous recommandons que des conseils soient donnés pour éviter toute confusion au sujet des mesures qui s'appliquent selon les cas et pour garantir un accès approprié à l'aide médicale à mourir.

Sur un autre sujet, l'Association du Barreau canadien émet des réserves quant à l'exigence selon laquelle une des deux personnes procédant à l'évaluation doit posséder une expertise au sujet de la condition à l'origine des souffrances de la personne. Il faut parfois plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste, et dans certaines collectivités, aucun spécialiste n'est disponible. Il n'existe actuellement aucune obligation de consulter un spécialiste lorsqu'une personne fait une demande d'aide médicale à mourir. Il appartient aux praticiens de déterminer leur propre niveau d'expertise lors de l'évaluation du consentement éclairé d'un patient et de fournir une orientation appropriée en conséquence. Même si certaines situations pourraient justifier le recours à l'opinion d'un médecin spécialiste, une obligation générale risque d'avoir un effet exagéré sur certaines personnes et de créer un obstacle important à l'aide médicale à mourir.

[Français]

Enfin, le projet de loi C-7 prévoit que la renonciation au consentement final à l'aide médicale à mourir ne s'applique que si la mort est raisonnablement prévisible. Nous sommes d'avis que la renonciation au consentement final devrait également être possible si la mort n'est pas raisonnablement prévisible, puisqu'il est possible de perdre la capacité de consentir dans les deux situations.

[Traduction]

Au nom de l'Association du Barreau canadien, je vous remercie encore une fois de m'avoir donné l'occasion de faire cette présentation aujourd'hui. Je serai heureux de répondre à toutes vos questions.

La présidente: Merci de votre exposé. Je l'ai bien aimé.

Nous allons maintenant passer à notre première série de questions, pour six minutes, en commençant par M. Lewis.

Allez-y, monsieur Lewis. Vous avez six minutes.

M. Chris Lewis (Essex, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci à tous les témoins d'aujourd'hui. Il est tellement essentiel que nous continuions à entendre des témoignages de partout au pays et que nous ayons ces discussions et ce dialogue ouvert. Nous en avons bien besoin.

Mme Catherine Frazee, une universitaire de renom, elle-même handicapée, et conseillère de la Norme sur la protection des personnes vulnérables, a témoigné mardi devant notre comité. Elle a posé la question suivante: pourquoi nous? Pourquoi pas les jeunes hommes autochtones ou ceux ayant des idées suicidaires, malgré leur bon état de santé, ou d'autres personnes marginalisées? Pourquoi est-il acceptable de cibler les personnes handicapées à titre de groupe protégé en leur offrant une voie spéciale d'accès au suicide, alors que d'autres groupes obtiennent de l'aide, de la protection et des ressources?

Mme Frazee a ajouté que le fait qu'une majorité de la population canadienne souhaite que les personnes handicapées puissent recourir à l'aide médicale à mourir ne signifie pas qu'elles doivent être mises en danger et que leur voix minoritaire doit être réduite au silence et ignorée.

Lors de notre dernière réunion, le député libéral Marcus Powlowski, dans sa question au Dr Ewan Goligher, a déclaré que si jamais son fils subissait un traumatisme médullaire et s'il sentait que celui-ci voulait mettre fin à sa vie, il appuierait son choix. Le député a dit cela à un témoin non handicapé, devant trois autres témoins qui vivent avec un handicap. J'ose croire que ces femmes brillantes ont interprété ces propos comme un exemple de discrimination fondée sur la capacité physique, et c'est justement pour cette raison que les Canadiens handicapés craignent pour leur vie lorsque le Parlement envisage une mesure législative comme le projet de loi C-7. Cela leur envoie le message que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

L'autorisation de l'aide médicale à mourir, qui est une option extrêmement peu coûteuse et rapide, en l'absence d'autres options, telles qu'un soutien financier, des spécialistes de la douleur, un bon logement et des services de soins à domicile qualifiés et suffisants, entraînera des contraintes, comme l'ont déjà signalé de nombreux témoins mardi, notamment Roger Foley et Taylor Hyatt.

Un récent communiqué publié aux Pays-Bas révèle que les personnes vulnérables, moins instruites, pauvres, isolées et solitaires s'intéressent de plus en plus à l'euthanasie, et les conclusions laissent entendre que bon nombre de ces gens ne demanderaient pas l'euthanasie si de bonnes mesures sociales étaient en place.

Ma question pour le Dr Naud est la suivante: que pensez-vous du fait que les groupes de personnes handicapées réclament unanimement des mesures de protection plutôt qu'une voie d'accès au suicide dans le projet de loi C-7?

• (1130)

La présidente: Allez-y, docteur Gibson.

Dre Jennifer Gibson: Toutes mes excuses, madame la présidente. Je croyais que la question s'adressait au Dr Naud.

La présidente: Oh, pardon.

Monsieur Lewis, à qui adressez-vous la question?

M. Chris Lewis: Au Dr Naud, madame la présidente.

La présidente: Nous vous écoutons, docteur Naud.

[Français]

Dr Alain Naud: Je vous remercie de la question.

On présente souvent les choses comme un choix entre l'aide médicale à mourir et des ressources pour les groupes vulnérables ou marginalisés. Il ne s'agit pas de faire un choix entre les deux, mais plutôt d'aider les groupes marginalisés et de leur donner tous les soins et toutes les ressources dont ils ont besoin. Cela n'empêche pas que certains malades peuvent exercer le choix libre et éclairé de recourir à l'aide médicale à mourir parce qu'ils jugent que leur vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Il faut retenir le message clair de la Cour suprême du Canada dans l'arrêt Carter, selon lequel le droit à la vie ne doit pas se transformer en obligation de vivre.

Tout cela tient aux concepts d'autonomie décisionnelle, de choix libre et éclairé et d'évaluation de l'aptitude à consentir d'un individu. Le jugement mettant en cause M. Truchon et Mme Gladu a mis en évidence que la vulnérabilité n'est pas intrinsèque à un groupe de personnes par leurs caractéristiques, et que cela doit être évalué au cas par cas.

Pourquoi devrait-on donner l'option de l'aide médicale à mourir à des gens qui sont lourdement handicapés? On a déjà posé la question à M. Truchon et à Mme Gladu. Le jugement rendu dans cette cause en fait état de façon très éloquent sur presque 200 pages. Ce n'est pas un choix entre l'aide médicale à mourir et l'accès à des ressources, mais bien tout cela en même temps, dans le respect du libre choix d'un individu en fonction de sa propre condition. En effet, l'individu est le seul témoin de sa souffrance et de ce qu'il est capable de tolérer ou non.

[Traduction]

M. Chris Lewis: J'ai une dernière question pour le Dr Naud, si vous me le permettez.

Que pensez-vous des histoires de coercition dont nous avons entendu parler au Comité et qui font les manchettes à la lumière de l'étude néerlandaise, qui est plus avancée depuis la mise en œuvre et qui contient déjà des éléments de preuve indiquant qu'il s'agit d'un véritable problème?

[Français]

M. Luc Thériault: Pardonnez-moi, madame la présidente.

L'interprétation n'a pas fonctionné pour cette question.

[Traduction]

La présidente: Monsieur le greffier, pouvez-vous simplement confirmer que l'interprétation fonctionne bien?

Le greffier: Cela fonctionne maintenant, madame la présidente.

• (1135)

La présidente: Merci, monsieur Thériault, de l'avoir signalé.

J'ai arrêté le compteur pour vous, monsieur Lewis.

Docteur Naud, vous avez 30 secondes pour répondre. Nous vous écoutons.

[Français]

Dr Alain Naud: Serait-il possible de traduire la question pour m'assurer de bien la comprendre?

M. Luc Thériault: Madame la présidente, j'aimerais que la question soit répétée. C'était l'objet de mon intervention. Je ne m'amuse pas à interrompre les témoins sans raison.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Monsieur Lewis, veuillez répéter votre question.

M. Chris Lewis: Merci, madame la présidente, et je vous remercie d'avoir été si juste à cet égard. C'est une question très importante.

Docteur Naud, que pensez-vous des histoires de coercition dont nous avons entendu parler au Comité et qui font les manchettes à la lumière de l'étude néerlandaise, qui est plus avancée depuis la mise en œuvre et qui contient déjà des éléments de preuve indiquant qu'il s'agit d'un véritable problème?

La présidente: Docteur Naud, vous avez 30 secondes.

[Français]

Dr Alain Naud: Je vous remercie de votre question, monsieur le député.

Il faut être très prudent quand on cite des études d'autres pays. Les Pays-Bas sont une juridiction différente, une société différente. Ce n'est pas parce qu'une étude démontre quelque chose qu'elle est véridique et qu'on peut s'y fier.

La coercition que nous observons depuis cinq ans, au Québec et au Canada, n'est pas dans l'administration de l'aide médicale à mourir, mais bien, comme je l'ai mentionné, dans l'obstruction qu'opposent certains individus et certains établissements à l'accès libre et légitime à cette aide. Des gens subissent des pressions pour retirer une demande d'aide médicale à mourir ou pour ne pas en faire.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, docteur Naud.

Nous allons maintenant passer à la série de questions des libéraux. Je crois comprendre que M. Virani aura la première minute, puis le reste sera pour M. Maloney.

La parole est à vous, monsieur Virani.

M. Arif Virani: Merci.

Je tiens à remercier les témoins. Docteure Gibson, merci de nous faire part de l'expertise que vous avez acquise dans ce dossier au cours des dernières années. Je suis fier de vous compter parmi les gens de ma circonscription.

Docteure Gibson, la question de l'autonomie a été soulevée, et vous avez insisté là-dessus dans votre témoignage. À la réunion de mardi, nous avons posé des questions sur l'autonomie des personnes handicapées. Des allégations de discrimination ont été formulées, car, nous a-t-on dit, une mesure législative comme le projet de loi C-7 ne fait que perpétuer la discrimination à l'encontre des personnes handicapées.

Je trouve que c'est plutôt l'inverse, comme le croient d'ailleurs la sénatrice Petitclerc et Steven Fletcher, un ancien ministre conservateur qui est lui-même une personne handicapée. Dans la décision Truchon, les juges se sont penchés sur cette idée et ils ont conclu que si vous refusez aux personnes handicapées la possibilité de prendre une décision de manière autonome quant au moment de leur décès, vous les discriminez, ce qui va à l'encontre de la Charte.

Compte tenu de votre expertise en matière de bioéthique et d'autonomie, pourriez-vous nous parler, en 60 secondes, de cet aspect de la décision Truchon et nous dire quel en est le lien avec ce que nous avons entendu au Comité mardi?

Dre Jennifer Gibson: Je crois que plusieurs facteurs entrent en ligne de compte. Tout d'abord, il faut reconnaître que nous pensons souvent à l'autonomie sur le plan individuel, mais bon nombre de nos décisions sont prises en tenant compte des gens qui nous entourent. L'autonomie est donc un concept social, et nous en faisons tous l'expérience dans notre vie quotidienne. Selon moi, il est raisonnable de craindre qu'un choix volontaire ne puisse pas être à l'abri des influences sociales.

Cela dit, l'un des constats les plus intéressants qui ressortent du premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada, publié assez récemment, c'est que, parmi les gens qui ont réellement besoin de mesures de soutien à l'incapacité, près de 90 % en recevaient déjà au moment où ils se sont prévalus de l'aide médicale à mourir.

À mon avis, d'une part, nous avons une question d'accès aux ressources, mais d'autre part, nous voyons aussi des personnes handicapées exercer leur autonomie et choisir l'aide médicale à mourir, tout en sachant qu'elles ont accès à des mesures de soutien. Nous devons donc tenir compte de différents éléments, au lieu d'un seul.

M. Arif Virani: Merci.

Je cède la parole à M. Maloney, madame la présidente.

La présidente: C'est à vous, monsieur Maloney.

M. James Maloney (Etobicoke—Lakeshore, Lib.): Merci, madame la présidente. Je vais essayer d'abrégé mes questions.

Ma première question s'adresse à M^e Roberge, de l'Association du Barreau canadien, et le juge Rochon pourra peut-être intervenir.

Vous avez dit clairement que l'ABC estime que la maladie mentale ne devrait pas être exclue du champ d'application du projet de loi. D'après ce que j'ai lu dans votre mémoire, vous justifiez votre position, en partie, en affirmant que cette question n'a pas encore été entièrement débattue, ce qui, pour ma part, m'amènerait à conclure tout à fait le contraire. C'est pourquoi je m'y perds un peu.

Par ailleurs, vous avez dit qu'une telle disposition fera l'objet de contestations fondées sur la Constitution. Eh bien, si nous tenons cette discussion, c'est en partie parce que cela s'est déjà produit, et je suis sûr que cela se reproduira à l'avenir.

Vous pourriez peut-être nous expliquer un peu plus en détail pourquoi vous pensez que la maladie mentale ne doit pas être exclue.

• (1140)

Me David E. Roberge: Voici ce que je dirais au nom de l'ABC. Nous pensons que la réponse aux questions de vulnérabilité consiste à assurer un consentement éclairé. Lorsqu'on discute du sort des personnes atteintes de maladie mentale, il est clair que la question de leur vulnérabilité finit par être soulevée.

Dans l'affaire Carter, la Cour suprême du Canada a accepté les éléments de preuve selon lesquels les médecins peuvent évaluer la vulnérabilité au cas par cas. Tout en reconnaissant que les risques « font déjà partie intégrante de notre régime médical », la Cour a souligné que ces questions sont réglées grâce à l'évaluation du consentement éclairé au cas par cas.

Selon l'ABC, le problème que pose l'exclusion des personnes atteintes de maladie mentale du champ d'application du projet de loi sur l'aide médicale à mourir, c'est que, contrairement à la conclusion formulée dans la décision Truchon, l'inférence d'une vulnérabilité

collective, c'est-à-dire l'idée de considérer un groupe comme étant vulnérable, risque de ne pas refléter adéquatement la diversité des circonstances à l'intérieur de ce groupe. C'est pourquoi nous appuyons une approche plus centrée sur le patient. C'est aussi pourquoi nous estimons que l'exclusion des personnes atteintes de maladie mentale peut faire l'objet d'une contestation aux termes de la Constitution.

M. James Maloney: Je n'aurais peut-être pas l'occasion d'entendre la réponse du juge Rochon. Je vais poser ma deuxième question parce qu'il ne me reste pas grand temps.

J'étais avocat pendant un certain temps avant mes fonctions actuelles, et j'avais l'habitude de retenir les services d'experts médicaux pour qu'ils donnent des avis. D'après mon expérience, les divergences d'opinions sont beaucoup plus importantes dans le domaine psychiatrique que dans les autres disciplines médicales. C'est pourquoi je m'inquiète de l'idée de supprimer l'exclusion de la santé mentale.

L'un des autres points que vous faites valoir dans votre mémoire, c'est l'argument selon lequel le recours à des spécialistes n'est pas nécessaire. Je comprends le contexte si vous vivez dans une collectivité éloignée, entre autres. Ayant moi-même grandi à Thunder Bay, je peux comprendre cela. Ma préoccupation est la suivante. Compte tenu des inquiétudes exprimées au sujet de la maladie mentale, êtes-vous en train de dire qu'un médecin généraliste, par exemple, pourrait donner un avis sur la maladie mentale dans une situation d'aide médicale à mourir? Les tribunaux n'autorisent pas les médecins à donner des avis en dehors de leur domaine de spécialité. Je pense que le seuil en l'occurrence serait tout aussi élevé, voire plus élevé.

La présidente: Vous avez 10 secondes pour répondre, maître Roberge.

Me David E. Roberge: Au nom de l'ABC, je dirais qu'il s'agit vraiment d'une approche au cas par cas.

L'ABC craint qu'une telle obligation générale ait une incidence disproportionnée sur certaines personnes. Notre position consiste à appuyer l'approche centrée sur le patient qui a été adoptée par la Cour supérieure du Québec dans l'affaire Truchon.

La présidente: Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de M. Thériault, qui dispose de six minutes.

Allez-y, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: Je vous remercie, madame la présidente.

Je remercie les témoins de leur précieuse collaboration et je vais m'adresser au Dr Naud, au juge Rochon et à M^e Roberge.

Maître Roberge, est-ce que vous croyez que le projet de loi C-7 conduirait à une contestation aussi claire que dans le cas du projet de loi C-14? Est-ce qu'il y a des dispositions dans le projet de loi C-7 qui pourraient porter atteinte aux droits garantis à l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés et donc être contestées devant les tribunaux? Je ne vous demande pas une thèse en réponse, mais simplement vos impressions rapides à ce sujet.

Me David E. Roberge: Je vous remercie de la question.

Au nom de l'ABC, je me garderai d'émettre une opinion sur la probabilité plus ou moins grande que le projet de loi actuel fasse l'objet d'une contestation constitutionnelle.

Cela dit, vous avez entendu ce que je disais dans ma déclaration d'ouverture. Il est certain que l'ABC voit un risque non négligeable d'une contestation constitutionnelle, plus particulièrement sur les enjeux de maladie mentale, qui sont exclus du projet de loi C-7.

• (1145)

M. Luc Thériault: D'accord.

Juge Rochon, je veux commencer par vous remercier de nous avoir présenté un formulaire où les termes sont précis. C'est précieux dans le contexte de notre discussion.

J'ai une inquiétude concernant le renouvellement du mandat tous les six mois. Vous préconisez un régime complètement à part pour les maladies neurodégénératives. On ne parle pas de la période de 90 jours, mais d'un régime totalement différent qui n'aurait rien à voir avec la maladie mentale.

Pourquoi parlez-vous d'une période de six mois et d'un renouvellement du mandat?

L'hon. André Rochon: L'une de nos préoccupations est la réaction émotive d'une personne qui reçoit un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Comme c'est une maladie qui évolue sur une période de sept ou huit ans, on veut absolument que cette personne ait le temps, si elle donne un mandat, de réfléchir à la question. Une période de six mois permet cet exercice de réflexion. Selon ma compréhension, cette réflexion se ferait sur une première période de six mois et n'aurait pas à être renouvelée de six mois en six mois.

M. Luc Thériault: D'accord, je vous remercie de nous donner cette précision.

Docteur Naud, vous avez parlé d'obstruction. Il faut que les patients aient un choix. Le respect de la dignité d'une personne passe par son autodétermination et par son droit intime de décider ou non de sa mort.

Vous avez parlé d'obstruction et j'aimerais que vous développiez votre pensée. Vous avez dit à la fin de votre témoignage qu'il faudrait faire une surveillance accrue des cas de refus. J'aimerais vous entendre là-dessus.

Dr Alain Naud: Monsieur le député, je vous remercie de poser cette question très importante.

Quand on parle d'obstruction, on parle de gens qui ont fait une demande signée d'aide médicale à mourir tout à fait légitime, mais où quelqu'un la mettra carrément à la poubelle ou la déposera sur une tablette, et on attend que le malade décède. Comme je l'ai mentionné, certains malades subissent des pressions pour ne pas faire une demande ou pour la retirer.

Tous ces cas ne sont pas examinés. Quand cela se produit, les médecins et les établissements n'ont aucun compte à rendre. Les seuls comptes à rendre ont trait à l'administration de l'aide médicale à mourir, ce qui nous permet d'affirmer que cela est fait de façon extrêmement rigoureuse depuis cinq ans maintenant au Québec.

Quand on parle des malades vulnérables qui ne sont pas protégés, ce sont ces malades. Comme je le mentionnais, au Québec, cela représente une demande sur trois d'aide médicale à mourir formulée de manière tout à fait légale et légitime qui ne trouve pas réponse et pour laquelle nous n'avons aucune explication. Les déra-

pages qu'on observe depuis cinq ans ne sont pas dans l'administration, mais dans l'obstruction qui est faite de façon systématique par certains opposants pour des raisons personnelles qui leur appartiennent ou par certains établissements. Il est donc important d'examiner cela.

M. Luc Thériault: C'est important, parce que quand une loi prévoit une mesure disculpatoire, il ne faut pas qu'elle soit illusoire dans les faits.

Savez-vous si certaines unités, certains centres hospitaliers, certaines maisons de soins palliatifs excluent un patient de l'encadrement en soins palliatifs parce qu'il aurait fait une demande d'aide médicale à mourir?

Dr Alain Naud: Je vous remercie, monsieur le député.

Il faut savoir qu'au Québec, tous les établissements financés publiquement sont obligés d'offrir l'aide médicale à mourir. Seules les maisons de soins palliatifs, ou les hospices, avaient la possibilité de ne pas l'offrir. Il y en a 34.

Depuis que la loi est en vigueur, la moitié de ces maisons offrent maintenant l'aide médicale à mourir. Pour l'autre moitié, il y a quand même des demandes d'aide médicale à mourir, mais ces patients sont simplement congédiés de l'établissement et sont envoyés dans un établissement public pour aller mourir ailleurs parce qu'ils ont osé faire une demande d'aide médicale à mourir sur la seule base qu'ils avaient des souffrances qu'ils ne voulaient plus tolérer.

Selon moi, ce qui est honteux actuellement, c'est la façon dont ces malades sont traités.

M. Luc Thériault: Je vous remercie.

[Traduction]

La présidente: Merci.

[Français]

Je vous remercie, monsieur Thériault et docteur Naud.

• (1150)

[Traduction]

Nous passons maintenant à M. Garrison pour les six prochaines minutes.

À vous la parole, monsieur Garrison.

M. Randall Garrison (Esquimalt—Saanich—Sooke, NPD): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je tiens à remercier tous les témoins de leur présence aujourd'hui et de leurs observations. Je sais que certains d'entre eux nous ont remis des mémoires séparément.

Je dois toujours commencer par exprimer ma frustration à l'égard du fait que certaines des questions dont nous parlons ici dépassent largement le mandat du comité de la justice dans le cadre de l'étude du projet de loi C-7. J'espère que nous aurons un comité spécial qui pourra s'occuper de ces questions plus vastes, parce qu'il est impossible de les régler en ajoutant une ou deux séances au calendrier du Comité.

Ma première question s'adresse à M^e Roberge. Nous avons entendu des témoignages qui soulèvent des questions sur les raisons pour lesquelles la décision Truchon n'a pas fait l'objet d'un appel. J'aimerais entendre quelques observations sur le lien entre les décisions Truchon et Carter, parce que je pense que, de l'avis de certains, la décision Truchon concorde parfaitement avec les paramètres établis dans l'arrêt Carter et que certaines de ces questions fondamentales ont en fait été tranchées dans l'affaire Carter au début du litige.

Me David E. Roberge: Je n'émettrai pas d'hypothèses sur les raisons pour lesquelles la décision Truchon n'a pas été portée en appel. Cela dit, je pense qu'il existe effectivement des points communs entre les deux décisions, c'est-à-dire la décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Carter et celle de la Cour supérieure du Québec dans l'affaire Truchon.

Je crois que l'un des points communs, selon l'ABC, c'est, en effet, que les deux tribunaux ont reconnu la nécessité de faire en sorte que la vulnérabilité soit évaluée au cas par cas par un médecin. Bien qu'il existe des risques lorsqu'on parle d'aide médicale à mourir pour les personnes vulnérables, la Cour suprême estime que ces risques font déjà partie intégrante du régime médical dans le cadre d'autres types de prise de décisions concernant la fin de vie, et on peut les régler grâce à une évaluation appropriée du consentement éclairé.

Je ne vais pas entrer dans les détails techniques de la décision, mais je rappelle que la décision de la Cour suprême du Canada reposait sur une infraction à l'article 7, alors que la Cour supérieure du Québec a également relevé une infraction à l'article 15.

J'espère que mes remarques vous sont utiles.

M. Randall Garrison: Oui, tout à fait.

J'aimerais maintenant m'adresser à la Dre Gibson, qui a évoqué l'idée d'éliminer la période d'attente de 10 jours et d'établir une renonciation au consentement définitif.

Encore une fois, dans le contexte de la décision judiciaire, abréger la souffrance est un des principaux objectifs. Pouvez-vous nous dire ce qui se passerait si nous ne modifions pas ces deux dispositions?

Dre Jennifer Gibson: N'oublions pas qu'en fait, dans les deux volets, la souffrance a été reconnue comme la motivation première pour quelqu'un qui cherche à se prévaloir de l'aide médicale à mourir, sauf dans le cas d'une personne qui a déjà été très clairement jugée admissible et qui craint de perdre sa capacité à consentir. Selon moi, on met vraiment l'accent sur la dynamique de la souffrance, conjugée à la perte éventuelle de la capacité à consentir. En fait, pour aborder le projet de loi C-7 sous un angle légèrement différent, le consentement préalable n'est prévu que dans un ensemble très limité de cas.

À cet égard, il y a lieu de se demander quel était le but de la période d'attente de 10 jours lorsqu'elle a été envisagée initialement. Cette période d'attente avait été principalement prévue comme une mesure de protection contre une éventuelle ambivalence, au cas où la personne changerait d'avis. Ce que nous avons appris en cours de route, à la lumière de nos entretiens avec des cliniciens — et cela a été confirmé par les soignants et les familles —, c'est que les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir ont des préférences stables, et il existe également des preuves à l'appui de cette affirmation. Il est peu probable que ces personnes se ravisent à ce moment-là.

Éliminer la période d'attente de 10 jours permet aussi de tenir compte de la souffrance que les personnes devaient endurer pendant qu'elles attendaient la fin de cette période de 10 jours.

Nous devrions peut-être réfléchir à la manière dont ce raisonnement s'applique à l'exemple de la période d'attente de 90 jours, qui est proposée pour le deuxième volet, lequel ne porte pas sur le critère de la mort raisonnablement prévisible. Il y a également lieu de se demander si les personnes qui envisagent d'opter pour l'aide médicale à mourir, plutôt que de continuer à souffrir, n'abordent pas la question d'un point de vue réfléchi et bien fondé.

En ce qui concerne l'exigence inhérente selon laquelle les cliniciens doivent s'assurer que cette décision a été mûrement réfléchie, de nombreuses personnes qui entament une conversation sur l'aide médicale à mourir adoptent une position bien fondée. Ce n'est peut-être pas ce que leur famille et leur communauté pourraient souhaiter pour elles, mais je pense néanmoins que nous devrions d'abord présumer qu'il s'agit d'une opinion mûrement réfléchie et, par la suite, examiner les cas où certaines décisions pourraient découler de malentendus ou nécessiter des précisions pour établir clairement si la personne est, oui ou non, vulnérable dans les circonstances.

• (1155)

M. Randall Garrison: Très brièvement, y a-t-il des raisons de croire que le retrait de la période d'attente de 10 jours ou la renonciation au consentement final changera quelque chose pour certains types de patients qui réclament de l'aide médicale à mourir?

Dre Jennifer Gibson: Je crois que nous n'en avons pas vraiment de preuves tangibles, mais nous savons que selon le rapport le plus récent sur les raisons pour lesquelles les gens demandent de l'aide médicale à mourir au Canada dans ces circonstances, les gens y étaient déjà admissibles. Ils en sont arrivés au stade où ils n'attendent plus que l'aide médicale à mourir leur soit administrée. Cette période de 10 jours ne les protège pas nécessairement, elle peut même les obliger à souffrir plus longtemps, malgré leur détermination très forte à mourir.

Je pense qu'il vaut la peine de nous demander à quel moment un patient devient admissible, peut présenter une demande et est prêt à attendre 10 jours. À ce stade, ce sont des décisions solides, mûrement réfléchies.

La présidente: Merci beaucoup, docteur Gibson.

Merci, monsieur Garrison.

Je donnerai maintenant deux minutes et demie à M. Manly. Allez-y.

M. Paul Manly (Nanaimo—Ladysmith, PV): Merci beaucoup. Je remercie nos témoins.

Je remercie aussi mes collègues députés de me permettre de poser quelques questions.

Ce projet de loi prévoit des protections et des exemptions pour la santé mentale. Des personnes handicapées de ma circonscription m'ont fait part de leurs inquiétudes pour les personnes atteintes de handicaps cognitifs, les personnes qui ne peuvent pas parler ou ont du mal à communiquer. Ces personnes vivent des souffrances, de toute évidence, mais celles-ci viennent-elles davantage de la nature des handicaps avec lesquels elles sont nées?

Je m'interroge, et je poserai la question suivante à M^c Roberge: y a-t-il suffisamment de protections dans ce projet de loi pour les personnes nées avec certaines caractéristiques qui les font souffrir, mais qui n'ont pas la capacité de prendre ce genre de décision ou qui pourraient peut-être être indûment incitées à demander de l'aide médicale à mourir.

Me David E. Roberge: Ce qui est très important pour l'ABC, évidemment, c'est l'accès à des soins médicaux adéquats. C'est un facteur clé. Pour le reste, je laisserai aux personnes plus expérimentées que moi, comme les médecins chevronnés qui sont parmi nous et qui sont en contact constant avec des patients, le soin de répondre plus directement à votre question.

D'un point de vue juridique, je peux toutefois vous dire que bien sûr, la qualité des protections est importante, puis qu'il faut aussi effectuer une surveillance. Encore une fois, au risque de me répéter, l'ABC tient à ce que nous conservions une approche axée sur le patient et à ce que chaque demande soit évaluée individuellement.

M. Paul Manly: Très bien.

M. Naud voudrait-il répondre à cette question aussi?

La présidente: Soyez très bref, docteur Naud.

[Français]

Dr Alain Naud: Je vous remercie.

En quelques mots, la souffrance n'est qu'un des critères. Il y en a plusieurs autres qui doivent tous être considérés et évalués de façon très rigoureuse, dont l'aptitude à consentir.

Même si le malade a des difficultés d'élocution, nous ne pouvons pas contourner ce dernier critère ni tous les autres qui assurent que l'aide médicale à mourir est administrée de façon très rigoureuse et en tout respect des lois. La possibilité que certains malades inadmissibles à l'AMM y aient accès de façon inappropriée ne m'inquiète donc pas.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, docteur Naud.

Je lancerai maintenant la deuxième ronde de questions en donnant la parole à Mme Findlay pour cinq minutes.

L'hon. Kerry-Lynne Findlay (Surrey-Sud—White Rock, PCC): Merci, madame la présidente.

Je vous remercie tous et toutes d'être parmi nous aujourd'hui.

Maître Roberge, dans une lettre en date du 11 février 2020 qu'elle a fait parvenir au ministre de la Justice, l'Association du Barreau canadien a écrit ce qui suit:

Concernant la possibilité d'ajouter des protections au Code criminel pour régir l'aide médicale à mourir, nous croyons que deux mesures additionnelles compatibles avec l'arrêt Carter pourraient être envisagées:

une plus longue période de réflexion avant que l'AMM ne soit administrée;

une évaluation psychiatrique.

Ces mesures permettraient de bien évaluer la capacité de la personne à consentir à mettre fin à sa vie, un élément central de la décision Carter.

Comme cette lettre ne date que de quelques mois, l'ABC appuie-t-elle l'abolition complète de la période de réflexion de 10 jours du projet de loi C-7 ou que penserait-elle de l'établissement d'une période de réflexion plus courte?

• (1200)

Me David E. Roberge: Quand l'ABC évoquait une période de réflexion plus longue, c'était pour les patients dont la mort ne paraît pas imminente. Je pense que le projet de loi C-7 prévoit justement une période de réflexion plus longue pour les personnes dont la mort n'est pas jugée raisonnablement prévisible. Bien que l'ABC n'ait jamais exprimé d'opinion sur la durée de cette période ou la nécessité de l'allonger, je pense que le projet de loi C-7 reflète bien les observations formulées par l'Association du Barreau canadien.

Pour répondre à l'autre partie de votre question, l'ABC a évoqué la possibilité que dans certains cas, notamment lorsqu'il est plus difficile pour les médecins de bien évaluer la capacité de la personne à donner son consentement, il puisse parfois être justifié de consulter un psychiatre.

Là encore, je pense que nous hésitons beaucoup à exiger que dans tous les cas, un spécialiste de l'état médical du patient participe à la décision, puisque nous sommes conscients que les médecins peuvent toujours aiguiller le patient vers un spécialiste s'ils ont besoin d'un avis médical pointu.

L'hon. Kerry-Lynne Findlay: Il y a ce que je considère comme un manque de logique qui me dérange. Je sais, en ma qualité d'avocate, qu'en Colombie-Britannique, quand on rédige un testament, deux témoins indépendants doivent signer le document pour prouver son authenticité et l'intention de la personne, pour tout ce qui concerne la répartition des actifs après sa mort. En vertu du projet de loi C-7, on n'exigera plus la signature que d'un seul témoin indépendant.

Voyez-vous là, comme moi, un problème de logique ou non?

Me David E. Roberge: Le groupe de travail de l'ABC sur la fin de vie ne s'est pas penché sur cette question en particulier. Je m'abs tiendrai donc d'exprimer une opinion à cet égard pour l'instant.

L'hon. Kerry-Lynne Findlay: Très bien. Merci.

Ma prochaine question, madame la présidente, s'adresse au Dr Naud.

[Français]

Je vous remercie d'être des nôtres aujourd'hui.

[Traduction]

Ce comité a entendu plusieurs groupes et personnes que ce projet de loi inquiète, qui croient qu'il pourrait être dommageable tant pour la profession médicale que pour les plus vulnérables du Canada. Nous avons reçu une lettre signée par 800 médecins de partout au pays, dont voici un extrait:

Nous observons avec consternation et horreur la façon dont la nature de notre profession médicale a été si rapidement détruite par la création de lois malavisées. Nous, soussignés, déclarons que l'adoption du projet de loi C-7, si rien n'est fait, contribuera à la destruction de bien plus que notre profession médicale, mais fondamentalement, d'une société canadienne qui apprécie véritablement et qui prend soin de ses membres les plus vulnérables.

Qu'avez-vous à dire à ces médecins, qui sont près de 800 et sont évidemment vos collègues, qui s'inquiètent de l'effet de ce projet de loi tant sur la profession médicale que sur les Canadiens vulnérables?

La présidente: Je vous prie de répondre brièvement à la question, monsieur.

[Français]

Dr Alain Naud: Je vous remercie, madame la députée.

Ces médecins représentent moins de 1 % des médecins au Canada. Il y a un monde de différence entre les médecins qui sont au chevet des malades qui demandent l'aide médicale à mourir, qui les accompagnent, qui sont engagés, qui savent de quoi ils parlent, qui sont capables de témoigner que c'est un processus rigoureux, et les médecins qui vont parler d'aide médicale à mourir, mais qui n'ont jamais rencontré un seul malade, qui n'ont jamais été impliqués et qui, bien souvent, méprisent ces malades en refusant de les rencontrer s'ils ont fait une demande d'aide médicale à mourir. Cette proportion infime de médecins...

• (1205)

[Traduction]

La présidente: Merci, docteur Naud.

Nous entendrons maintenant M. Virani, qui dispose de cinq minutes.

M. Arif Virani: Merci beaucoup, madame la présidente.

Pour revenir à la position des personnes handicapées, la sénatrice Chantal Petitclerc a affirmé, en réponse à ce qu'elle a entendu en comité mardi, que les personnes qui ont comparu ne peuvent pas...

L'hon. Rob Moore: J'invoque le Règlement.

Je m'excuse de vous interrompre, monsieur Virani.

Madame la présidente, avons-nous toujours un deuxième groupe de témoins qui doit comparaître à partir de midi? Sont-ils en train de nous attendre?

La présidente: Oui.

L'hon. Rob Moore: Quand terminerons-nous l'audience de ce groupe pour entendre le suivant? Nous n'avons qu'une heure pour le prochain groupe.

La présidente: Vous avez tout à fait raison, monsieur Moore. J'exerce le pouvoir discrétionnaire qui m'a été consenti, puisque je sens qu'au cours des dernières séances, nous n'avons pas su octroyer suffisamment de temps à nos premiers groupes de témoins, donc j'essaie de permettre une deuxième ronde de questions la plus équitable possible pour tous les partis.

Si les députés sont d'accord, après l'intervention de M. Virani, j'aimerais donner deux minutes et demie chacun à M. Thériault et à M. Garrison avant d'accueillir le deuxième groupe de témoins.

Est-ce que tout le monde est d'accord?

Merci.

Allez-y, monsieur Virani.

M. Arif Virani: Merci.

Comme je le disais, la sénatrice Chantal Petitclerc disait hier, à l'égard des témoignages entendus en comité mardi:

« Ils ne peuvent pas représenter et parler pour toutes les personnes handicapées — en tout cas, vous savez, ils ne parlent pas pour moi. »

Elle a dit qu'ils ne parlaient pas non plus au nom de Nicole Gladu ou de Jean Truchon, les deux Montréalais qui ont contesté avec succès cette disposition de la loi sur l'aide médicale à mourir — et les membres du Comité savent que ces personnes sont elles-mêmes des personnes handicapées.

J'aimerais poser une question sur la décision Truchon à l'ancien juge Rochon et à M^e Roberge. Mardi dernier, un témoin a remis en question l'intégrité de la décision rendue en alléguant que la juge

Baudouin était biaisée et en situation de conflit d'intérêts lorsqu'elle a rendu sa décision et qu'en fait, elle aurait dû se récuser.

Maître Rochon, en tant qu'ancien magistrat de la Cour du Québec, qu'avez-vous à dire en réaction à cette attaque contre la Cour du Québec et son indépendance?

[Français]

L'hon. André Rochon: La décision de la juge Baudouin n'a pas fait l'objet d'un appel. À mon sens, elle est tout à fait fondée et elle reprend bien les principes de l'arrêt Carter.

La juge Baudouin a affirmé deux principes fondamentaux qui assoient sa décision et qui méritent d'être retenus. Le premier est que cette évaluation se fait sur une base individuelle. Le second est que le fait de refuser l'aide médicale à mourir à ces gens-là constitue une discrimination à leur égard.

[Traduction]

M. Arif Virani: Merci.

Monsieur Roberge, avez-vous quelque chose à dire sur cet aspect de la décision Truchon?

Me David E. Roberge: Pas vraiment. Là encore, la question que vous soulevez ne faisait pas vraiment partie du mandat du groupe de travail de l'ABC.

M. Arif Virani: Merci beaucoup, maître Roberge.

Je m'adresserai maintenant à la Dre Gibson.

Il y a eu une volée de critiques à l'égard des consultations tenues sur le projet de loi C-7. Personnellement, j'ai entendu une personne y ayant participé me dire qu'elles étaient très robustes et qu'il y avait eu des audiences dans de nombreuses villes du pays. Trois cent mille personnes ont répondu à un questionnaire pendant l'exercice, 125 spécialistes y ont participé, et je crois que vous en faites partie.

Pouvez-vous nous dire comment vous jugez la robustesse des consultations tenues à l'égard du projet de loi C-7, docteur Gibson?

Dre Jennifer Gibson: En fait, je dois admettre avoir trouvé ces consultations beaucoup plus robustes que ce à quoi je m'attendais et probablement plus robustes encore que les conversations précédentes qu'il y a eu sur l'aide médicale à mourir.

Ainsi, je pense que les gens ont eu de nombreuses occasions de faire valoir leur point de vue, et je crois aussi, quand je regarde la liste des témoins, que les personnes et les groupes qui ont été invités à cette table... Je remarque vraiment que le Comité s'efforce d'entendre une grande diversité de points de vue; je pense que cela fait la force du processus et vient ajouter à ce qui est déjà ressorti des consultations qui ont lieu au Canada.

La transparence de ces réunions, de même que les comptes rendus, permettent aux citoyens et aux membres des groupes protégés de constater dans quelle mesure leurs voix ont été entendues, selon moi. Je pense qu'on s'est assuré avec beaucoup de sérieux d'entendre les points de vue les plus diversifiés possible, à tout le moins est-ce ma perception de l'extérieur.

• (1210)

M. Arif Virani: Merci, docteur Gibson.

J'ai une dernière question à vous poser. Vous détenez un doctorat en bioéthique. Pouvez-vous nous dire un peu, du point de vue de l'éthique, comme vous en avez déjà un peu parlé dans votre déclaration d'ouverture, ce que vous pensez de la période d'attente de 10 jours pendant laquelle les gens se privent de leurs sédatifs et de l'effet de cette mesure sur leurs souffrances, simplement pour qu'ils puissent conserver leur pleine aptitude à fournir leur consentement final?

Nous essayons de rédiger un projet de loi qui viendra améliorer notre régime législatif de manière à alléger les souffrances. Quel est l'effet de cette période d'attente de 10 jours sur ces personnes? Pouvez-vous nous en parler?

Dre Jennifer Gibson: Ce que j'essayais de dire, c'est que quand on essaie de mettre des protections en place, il faut réfléchir aux conséquences à long terme, penser non seulement à la protection elle-même, mais aussi aux autres effets possibles des mesures.

Nous nous sommes rendu compte que cette période d'attente de 10 jours a, par inadvertance, comme conséquence involontaire d'augmenter les souffrances d'une personne lorsque celle-ci est déjà admissible à l'AMM et qu'elle a des positions mûrement réfléchies.

Je crois que ce qui nous inquiète le plus de ces protections, c'est leur incidence sur les souffrances.

M. Arif Virani: Merci beaucoup.

C'est tout, madame la présidente. Merci.

La présidente: Merci, monsieur Virani.

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

[Français]

M. Luc Thériault: Je vous remercie, madame la présidente.

Docteur Naud, certains témoins et certains mémoires prétendent que le droit à l'objection de conscience de certains médecins devrait justifier que le législateur ne les oblige pas à diriger un patient demandant l'aide médicale à mourir vers un médecin qui l'offre. Ces objecteurs de conscience ne veulent ni diriger ni être obligés de diriger ces patients vers un médecin prêt à administrer l'AMM.

Est-ce que cela ne contreviendrait pas à la déontologie médicale?

Dr Alain Naud: Je vous remercie de votre question, monsieur le député. Elle est extrêmement importante et vous avez tout à fait raison.

L'objection de conscience est une valeur personnelle qu'un soignant ne saurait imposer à des gens malades, encore moins à des malades vulnérables. Par conséquent, tous les collègues des médecins du Canada imposent à leurs membres de transférer une demande d'aide médicale à mourir s'ils ont une objection de conscience. Cette objection est très bien protégée à l'heure actuelle par les lois et par les directives des collèges de médecins provinciaux.

Je vais établir un parallèle avec les transfusions sanguines. Si vous êtes médecin et Témoin de Jéhovah, vous êtes opposé aux transfusions sanguines. Si vous refusez de transfuser votre malade qui en a besoin ou de le transférer à un collègue, vous commettez une grave faute professionnelle et déontologique.

Il en va de même avec l'aide médicale à mourir. Un médecin a parfaitement le droit de ne pas y participer et il faut protéger ce

droit, qui est très bien enchâssé dans les lois actuelles. Le projet de loi devrait plutôt imposer une obligation de transfert parce que, au bout du compte, c'est le bénéfice des malades dont il est question, et non la protection des convictions personnelles, religieuses ou autres des médecins.

M. Luc Thériault: Tous les étudiants en médecine ne vont pas en neurochirurgie ou en chirurgie. La pratique médicale couvre plusieurs domaines. Compte tenu du fait qu'on ne dispose que de cinq ans d'expérience dans la prestation de l'aide médicale à mourir et du choix qu'on offre aux mourants et aux patients, est-ce que vous considérez que la formation actuelle en médecine est adéquate?

Dr Alain Naud: Toutes les facultés de médecine, du moins celles que je connais bien, au Québec, ont connu de grandes améliorations en lien avec l'aide médicale à mourir ces dernières années.

De plus en plus, les étudiants s'y imprègnent de ce choix légitime qui s'offre aux malades et je peux vous confirmer, puisque je suis auprès de ces étudiants, que les jeunes docteurs qui débutent en pratique s'intéressent grandement à considérer et à respecter ce soin.

[Traduction]

La présidente: Merci, docteur Naud, et merci, monsieur Thériault.

Monsieur Garrison, je vous donne la parole pour deux minutes et demie.

M. Randall Garrison: Merci beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais poser la même question à la Dre Gibson, sur l'aiguillage de patients vers d'autres médecins et l'objection de conscience, entendre ce qu'elle a à dire à ce sujet.

Dre Jennifer Gibson: Je pense qu'il est bien connu que les personnes qui font leur entrée dans la profession agissent selon leur conscience, qu'il s'agisse de fournir de l'aide médicale à mourir, d'évaluer une demande ou de ne pas participer du tout à cela. Il est important pour nous de continuer de protéger le droit à l'objection de conscience pour les professionnels en général.

En même temps, les professionnels ont également des devoirs envers la société. Bon nombre des systèmes établis dans les provinces et les territoires pour diriger les patients vers des professionnels enclins à offrir ces soins visent justement l'équilibre entre la protection du droit à l'objection de conscience du professionnel et la protection des droits des patients. En Ontario, les médecins ont le devoir d'aiguiller le patient vers un autre médecin, dans ce genre de circonstances, et je sais que certains professionnels de la santé y voient une incohérence avec leur droit à l'objection de conscience. C'est la raison pour laquelle il y a actuellement des mécanismes en place pour que les patients puissent être aiguillés vers un médecin ouvert à cela, de manière à ne pas compromettre l'intégrité des professionnels de la santé.

• (1215)

M. Randall Garrison: Merci beaucoup.

Très brièvement, concernant l'idée d'exiger des compétences particulières lors de la deuxième évaluation de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir, quel serait l'effet d'une obligation stricte sur les personnes vivant dans les régions rurales éloignées du Canada, selon vous?

Dre Jennifer Gibson: L'un des bons côtés de la COVID, c'est que nous avons maintenant un réseau de fournisseurs bien mieux intégré, en partie grâce aux services de soutien virtuels.

Nous entendons aussi les cliniciens nous dire qu'ils sont souvent confrontés à des cas complexes, si bien que bon nombre des médecins sont eux-mêmes très aptes à comprendre les conséquences cliniques de la situation sur le patient qui se trouve devant eux. Même s'ils peuvent déjà s'appuyer sur leurs propres compétences, les cliniciens consulteront des collègues pour obtenir des conseils en cas d'incertitude, comme ils le font constamment. Je pense que nous voyons là une caractéristique clé, essentielle, des pratiques cliniques déjà en place. En vérité, si l'on en fait une exigence législative, on risque d'aller bien au-delà de ce qui serait suffisant pour s'assurer que les cliniciens aillent chercher toute l'expertise et les recommandations pertinentes pour prendre soin d'un patient, puisque cela fait déjà partie de leurs façons de faire habituelles.

M. Randall Garrison: Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup. J'aimerais remercier tous les témoins de leurs témoignages et de leurs contributions d'aujourd'hui.

Si vous voulez apporter d'autres précisions, je vous prie de transmettre au greffier du Comité toute information supplémentaire pour répondre aux questions d'aujourd'hui.

Je vais maintenant suspendre la séance 30 secondes, le temps de permettre à notre prochain groupe de témoins de se connecter. Merci à tous.

• (1215) _____ (Pause) _____

• (1220)

La présidente: Reprenons la séance.

Je souhaite la bienvenue à notre deuxième groupe de témoins. Nous entendrons l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui est représentée par Michael Villeneuve; la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, qui est représentée par la Dre Anne Boyle et le Dr Harvey Max Chochinov; le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, qui est représenté par Bonnie Brayton; puis le Collectif des médecins contre l'euthanasie, qui est représenté par la Dre Catherine Ferrier.

Chaque organisation disposera de cinq minutes. Nous commencerons par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Allez-y, monsieur Villeneuve, vous avez cinq minutes.

M. Michael Villeneuve (directeur général, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Merci, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du Comité. Bonjour à tous.

Je tiens à souligner que je vous parle aujourd'hui depuis le territoire traditionnel des Algonquins-Anishinabe.

Nous vous remercions d'avoir donné suite à la requête de notre association en nous invitant à comparaître devant vous pour discuter du projet de loi C-7. Nous sommes honorés et reconnaissants de pouvoir le faire en cette fin de l'Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier. Nul besoin de vous dire que les célébrations ne se sont pas déroulées comme prévu en 2020.

Je travaille au sein du système de santé depuis plus de 40 ans, dont 37 à titre d'infirmier autorisé. J'ai l'honneur d'être directeur général de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'AIIC, depuis 2017.

L'AIIC est le porte-parole national de la profession infirmière au Canada. Nous représentons les infirmières et infirmiers qui travaillent dans les 13 provinces et territoires et dans des centaines de communautés autochtones.

Les 440 000 infirmières et infirmiers du Canada interviennent auprès des patients à toutes les étapes de leur traitement, et sont les pourvoyeurs de soins qui ont le plus d'interactions directes avec eux lorsque vient le temps de composer avec ces enjeux humains et moraux qui sont vraiment complexes. Les modifications législatives proposées relativement aux décisions d'ordre moral à prendre dans ce contexte ont un impact considérable sur le personnel infirmier qui devra s'y adapter et les intégrer à sa pratique au quotidien.

Comme les infirmières et infirmiers font partie intégrante du processus d'aide médicale à mourir, il est essentiel que le Comité entende leur point de vue. Près de cinq années de mise en pratique de l'aide médicale à mourir nous ont permis d'acquérir suffisamment de connaissances, de perspectives et d'expérience pour pouvoir jeter un éclairage significatif sur les modifications que l'on souhaite apporter à la loi.

L'AIIC a joué un rôle actif dans les efforts déployés en matière d'aide médicale à mourir au cours des dernières années. Nous avons ainsi été l'un des intervenants clés lors de l'adoption du projet de loi C-14 en 2016 ainsi qu'à l'occasion des consultations menées au début de 2020. L'AIIC préconise la mise en place de mesures de sauvegarde pour les droits des patients et du personnel infirmier, de même que des changements touchant l'ensemble du système de santé, notamment pour améliorer l'accès aux soins palliatifs et la reddition de comptes. Je vais maintenant traiter brièvement du projet de loi C-7.

D'une manière générale, nous estimons que le gouvernement fédéral a prêté une oreille attentive aux observations que nous avons formulées lors de la phase initiale de consultation plus tôt cette année. Nous nous réjouissons ainsi de constater que l'on a intégré au projet de loi certaines de nos recommandations, y compris la suppression de la période de réflexion de 10 jours, l'élimination de l'exigence de consentement final pour les personnes en perte de capacité et les modifications apportées à la loi pour qu'un seul témoin indépendant suffise.

Quant aux nouvelles possibilités qui s'offrent pour les cas où la mort naturelle n'est pas prévisible, des experts nous ont dit que les mesures de sauvegarde proposées sont adéquates et suffisantes. Nous insistons sur le fait qu'il sera essentiel de pouvoir compter sur une expertise juridique pour la mise à jour des directives sur l'aide médicale à mourir de telle sorte que les nouvelles dispositions de la loi soient bien comprises et acceptées par les patients et les praticiens.

Nous souscrivons de façon générale au projet de loi C-7, mais nous croyons que des améliorations et des précisions additionnelles dans quatre domaines permettraient de renforcer la loi en assurant des soins de plus grande qualité aux patients et une meilleure protection juridique au personnel infirmier.

Premièrement, l'AIIC recommande vivement que le projet de loi C-7 prévoit un examen quinquennal additionnel de l'aide médicale à mourir par un comité parlementaire.

Deuxièmement, nous recommandons la suppression du libellé qui prévoit que le praticien exécutant la procédure d'aide médicale à mourir ne doit pas connaître le praticien qui a évalué la demande ni croire avoir des liens avec lui.

Troisièmement, il faudrait selon nous préciser qu'il est possible pour un praticien d'aborder le sujet d'une possible procédure d'aide médicale à mourir en suivant les règles prescrites.

Quatrièmement, nous recommandons que des précisions soient apportées à la disposition portant sur les évaluations préliminaires, car nous estimons qu'elle pourrait être source de confusion et de préoccupations pour le personnel infirmier.

En outre, nous ne saurions trop recommander que les parlementaires mènent dès que possible un vaste examen de l'aide médicale à mourir pour s'intéresser à d'autres enjeux importants sortant du cadre du projet de loi C-7.

En terminant, nous voulons exprimer notre gratitude à la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada qui nous a été d'un grand secours dans notre travail concernant l'aide médicale à mourir. Nous vous avons soumis un mémoire écrit où vous trouverez des informations plus détaillées, et je serai ravi d'essayer de répondre à toutes vos questions.

Merci encore, madame la présidente, de m'avoir donné l'occasion de prendre la parole devant votre comité aujourd'hui.

• (1225)

La présidente: Merci beaucoup. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Nous allons maintenant entendre les deux représentants de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, les Drs Anne Boyle et Harvey Max Chochinov.

Vous avez droit à un total de cinq minutes.

Dre Anne Boyle (présidente, Société canadienne des médecins de soins palliatifs): Merci, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du Comité, de nous donner l'occasion d'intervenir dans ce débat. Je suis la présidente de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs. J'ai travaillé comme infirmière dans le Nord et accumulé plus de 32 années d'expérience en tant que médecin. Après une année de formation additionnelle en soins palliatifs, je travaille depuis 2004 auprès de patients à leur lieu de résidence.

Il est impératif de combattre la souffrance, mais cela demeure une tâche difficile. Nous voudrions faire en sorte que les services nécessaires soient en place pour alléger les souffrances des gens, parallèlement aux mesures de sauvegarde requises pour minimiser les torts causés. Alors que 98 % des Canadiens n'opteraient pas pour une mort anticipée, 100 % d'entre eux ont besoin que les soins palliatifs soient inscrits dans la Loi canadienne sur la santé en tant que services essentiels de telle sorte que tous les patients puissent recevoir des soins sans reproche à l'endroit de leur choix et vivre confortablement jusqu'à leur décès. Tous les Canadiens doivent avoir accès à des soins palliatifs complets et de grande qualité.

Je vais maintenant céder la parole au Dr Chochinov.

Dr Harvey Chochinov (professeur distingué en psychiatrie, University of Manitoba, Société canadienne des médecins de soins palliatifs): Merci, madame la présidente.

Je crois que les données que je m'appête à vous transmettre seront importantes pour l'étude entreprise par votre comité. Il s'agira d'un extrait de mon mémoire écrit.

Précisons d'abord que je suis professeur distingué en psychiatrie à l'Université du Manitoba. J'ai été président du Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*. Je réalise en outre depuis de nombreuses années des travaux de recherche qui ont mené à de multiples publications sur les considérations psychologiques liées aux soins palliatifs.

Le projet de loi C-7 propose d'éliminer toute période d'attente entre l'approbation de la demande d'aide médicale à mourir d'un patient en fin de vie et l'administration de cette procédure. Les travaux de notre groupe de recherche ont pourtant révélé que la volonté de vivre d'une personne peut fluctuer grandement dans des intervalles aussi courts que 12 à 24 heures. Ainsi, 40 % des patients qui se sont fait prescrire des médicaments létaux en Oregon ont finalement décidé de ne pas recevoir la surdose mortelle.

Le projet de loi C-7 propose également la suppression de l'exigence voulant que la mort du patient soit raisonnablement prévisible. Pour les patients dont l'espérance de vie peut se mesurer en années, voire en décennies, le projet de loi C-7 recommande une période d'évaluation de 90 jours. Pour de nombreuses maladies chroniques, le taux de suicide est très élevé. Une étude menée auprès de 496 patients ayant subi un traumatisme cérébral, un AVC ou une compression de la moelle épinière a révélé que la plupart de ceux qui songeaient au suicide au départ ont cessé d'envisager cette option de 3 à 24 mois plus tard.

Le projet de loi C-7 prévoit en outre qu'il ne sera plus nécessaire de prouver sa capacité à consentir au moment où la procédure d'aide médicale à mourir est exécutée. Les Pays-Bas autorisent les directives préalables pour euthanasie pour les personnes qui craignent de perdre leurs capacités. Parmi les 410 médecins néerlandais interrogés, seulement 3 % ont indiqué avoir déjà donné suite à une telle directive préalable. C'est presque toujours une personne autre que le patient lui-même qui demande à ce que cette directive soit suivie. Dans 72 % des cas, les proches ou les représentants du patient hésitent à aller de l'avant avec l'euthanasie, mais demandent plutôt que l'on renonce à lui prodiguer des traitements qui prolongeraient sa vie, un point de vue partagé par les médecins.

Enfin, le projet de loi C-7 précise qu'une maladie mentale ne suffit pas pour être admissible à l'aide médicale à mourir, mais les problèmes de santé qui accompagnent souvent ces maladies peuvent ouvrir la voie à cette option pour les patients touchés. Selon une étude marquante menée aux Pays-Bas, près de 60 % des patients souffrant de troubles psychiatriques que l'on avait aidé à mourir avaient d'autres problèmes de santé comme un cancer, une maladie cardiaque, un AVC ou des troubles neurologiques. Ces patients étaient aux prises avec différents problèmes (dépression, psychose, deuil et même autisme) exigeant des soins psychiatriques spécialisés et concertés.

En conclusion, les données disponibles incitent à la prudence à l'égard de différentes modifications proposées à la loi. Premièrement, les données révèlent que la volonté et le désir de mourir dans le contexte d'une maladie terminale peuvent fluctuer grandement avec le temps. Il serait donc sage de prévoir une certaine période de réflexion. Deuxièmement, il n'est pas rare que les patients souffrant de problèmes de santé ne mettant pas leur vie en danger à court terme, comme une maladie chronique ou un handicap, souhaitent mettre fin à leurs jours, un désir qui peut fluctuer au fil d'une période de quelques mois ou de quelques années. Lorsque des mesures sont prises pour atténuer les facteurs à l'origine de cette volonté de mourir chez les patients ayant une maladie chronique ou un handicap, les idées suicidaires peuvent s'estomper. Troisièmement, les recherches indiquent clairement que ni les médecins ni les proches ne sont à l'aise à l'idée d'offrir l'aide médicale à mourir aux patients incapables d'exprimer leurs volontés ou de faire savoir que leurs souffrances sont intolérables. Quatrièmement, la suppression du critère de la mort raisonnablement prévisible ouvre la porte à des patients souffrant de différentes maladies chroniques et handicaps, y compris ceux également aux prises avec une maladie mentale.

Voilà autant de faits essentiels qu'il faut absolument prendre en considération pour pouvoir bien comprendre et atténuer les souffrances de ceux qui ont perdu le désir de vivre.

Merci de votre attention.

• (1230)

La présidente: Merci beaucoup, docteur Chochinov.

Nous passons maintenant à la représentante du Réseau d'action des femmes handicapées du Canada.

À vous la parole, madame Brayton. Vous avez cinq minutes.

Mme Bonnie Brayton (directrice générale nationale, Réseau d'action des femmes handicapées du Canada): Merci, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du Comité. Je salue les autres témoins qui comparaissent aujourd'hui.

Merci de m'avoir invitée à témoigner devant vous. Je vous parle depuis le territoire non cédé des Kanyen'kehà:ka. Je rappelle à tous que l'initiative de vérité et réconciliation ne doit pas se limiter aux belles paroles; il faut que nous nous comportions comme il se doit face à cette réalité.

Je rappelle également aux membres du Comité que, selon Statistique Canada, 24 % des femmes canadiennes vivent avec un handicap. Notre réseau en est à sa 35^e année d'existence, mais nous n'avons pas la tête aux célébrations.

Nous nous opposons à la suppression du critère de la mort imminente. C'est une erreur fatale dont vous devrez assumer les conséquences à titre de législateurs. Aucune donnée n'est disponible au moment où ces mesures sont proposées, mais vous allez être jugés en fonction de ces données et des morts que vous auriez pu éviter en décidant aujourd'hui de marquer une pause dans le processus. Vous êtes tous, et moi également, dans une situation relativement privilégiée.

En prévision de ma comparution, nous avons recensé plusieurs documents d'intérêt que je vais faire parvenir à votre greffier pour la suite de votre étude. Nous allons également vous transmettre, avec son autorisation, le récit de force et de courage d'une femme appelée Ruth. Cette ardente défenseuse de nos droits se retrouve

justement dans le genre de situation qui devrait vous inciter à faire une pause. Si les choses se passaient différemment au Canada, Mme Ruth recevrait le soutien dont elle a besoin pour mener une vie véritablement significative, y compris un logement décent où elle pourrait se sentir en sécurité. C'est une femme intelligente et articulée qui pourrait être une excellente guide et conseillère pour quiconque doit composer avec l'hypersensibilité environnementale. C'est une situation qu'elle ne connaît que trop bien, mais voyons plutôt ce qu'elle en dit elle-même:

Mes médecins savent très bien ce que je pense de l'aide médicale à mourir. Ils ont essayé de me trouver un nouveau logement de telle sorte que je ne sois pas obligée d'avoir recours à ce processus. Il n'existe toutefois pas de logement abordable sécuritaire (exempt de fumée et d'odeur) pour une bénéficiaire du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées qui souffre comme moi d'hypersensibilité environnementale et de polysensibilité aux substances chimiques. Bien que je ne souhaite pas vraiment me prévaloir de l'aide médicale à mourir (j'ai dû faire euthanasier ma chatte le 4 octobre 2019, juste avant qu'on me confine dans mon abri, et ce fut une expérience traumatisante, car elle a mal réagi aux médicaments), je ne pourrai pas vivre indéfiniment dans des conditions semblables.

Comme vous pouvez le constater, Mme Ruth, à l'instar de bien d'autres personnes handicapées, a perdu espoir. Elle n'est pas à l'article de la mort, mais elle satisfait aux nouveaux critères pour l'aide médicale à mourir.

Compte tenu du lien évident avec nos discussions d'aujourd'hui, nous vous avons également transmis le mémoire que nous avons présenté au Comité permanent de la condition féminine quant aux répercussions de l'aide médicale à mourir pour les femmes handicapées.

Je veux de plus vous citer un extrait du guide *Principes de déontologie judiciaire* publié sous la direction de Beverley McLachlin en 2014. Voici ce qu'on peut lire dans la section « Commentaires » du chapitre 5 intitulé « Égalité »:

La Constitution et de nombreuses lois font état d'un engagement ferme à garantir à tous l'égalité devant la loi et sous le régime de la loi, de même que l'égalité en matière de protection et de bénéfice de la loi, sans discrimination. Il ne s'agit pas d'un engagement à un traitement identique, mais d'un engagement à assurer « ...l'égalité et la dignité de tous les êtres humains » et à donner suite au « désir de remédier à la discrimination dont sont victimes les groupes de personnes défavorisées sur les plans social, politique ou juridique dans notre société. »

L'une de nos juges les plus éminentes a ainsi décidé en toute connaissance de cause de citer dans ce chapitre l'arrêt *Eldridge c. Colombie-Britannique*, un jugement de la Cour suprême du Canada qui portait sur le capacitisme systémique au sein de notre système de santé. Cette décision rendue en 1997 portait sur la situation d'une femme atteinte de surdité qui revendiquait son droit à des soins de santé et à avoir elle-même un enfant.

En 2012, et à nouveau en 2020, notre association a figuré parmi les intervenants lors de décisions de la Cour suprême dans le but de défendre les droits à l'égalité des femmes handicapées en rappelant à tous que ces femmes méritent qu'on les croie.

Je vous cite un extrait de la plus récente décision, l'arrêt *Slatter*, qui date du 6 novembre dernier:

Le fait d'accorder une trop grande importance à des généralisations risque de perpétuer des mythes et stéréotypes préjudiciables au sujet des personnes ayant des déficiences, situation qui est peu propice au processus de recherche de la vérité et qui crée des obstacles additionnels pour les gens qui demandent accès à la justice.

Quels messages souhaitez-vous adresser à Mme Ruth, cette militante courageuse et désespérée, alors que nous sommes au cœur de la pire pandémie depuis un siècle? Allez-vous vous contenter de lui répondre: « Non, Mme Ruth, nous ne pouvons pas vous aider. Ce serait tout simplement trop difficile pour nous de le faire, mais nous pouvons vous offrir l'aide médicale à mourir. »? Vraiment?

En vertu du serment que vous avez prononcé en devenant législateurs, vous avez la responsabilité morale et juridique de faire respecter notre Constitution. Il ressort clairement des jugements du plus haut tribunal au pays que vous devez d'abord et avant tout concevoir des lois respectant les préceptes de cette Constitution et le principe de l'innocuité. Pour ce faire, vous devez vous appuyer sur un ensemble équilibré de témoignages et d'informations concernant les répercussions des mesures proposées.

Jusqu'à maintenant, vous n'avez pas été à la hauteur de cette responsabilité dans le cas du projet de loi C-7. Vous ne disposez d'aucun élément justifiant que vous procédiez en toute hâte à l'adoption de cette mesure législative. Vous avez des comptes à nous rendre, et cela inclut tous les Canadiens. Vous nous avez donné la Loi canadienne sur l'accessibilité à la suite de consultations rigoureuses auprès de l'ensemble de la communauté des personnes handicapées pour traiter de différents enjeux relatifs aux droits de la personne. Pourquoi ne pas en faire autant maintenant?

Novembre est le mois de la sensibilisation au handicap autochtone. Je constate que vous n'avez pas jusqu'à maintenant donné pleinement voix au chapitre aux Autochtones handicapés, aux femmes handicapées et à la majorité des gens qui devraient être au cœur de ces discussions touchant les droits de la personne.

Merci.

• (1235)

La présidente: Merci beaucoup, madame Brayton.

Nous passons maintenant à la Dre Catherine Ferrier, présidente du Collectif des médecins contre l'euthanasie.

Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

Dre Catherine Ferrier (présidente, Collectif des médecins contre l'euthanasie): Je suis médecin, et je travaille à la clinique de gériatrie du Centre de santé de l'Université McGill depuis 1984. Je traite principalement des patients qui ont des troubles cognitifs. Il m'arrive souvent de faire des évaluations de la capacité et de témoigner devant les tribunaux pour mes patients. Mes collègues me consultent en matière d'évaluation de la capacité et me renvoient leurs cas les plus complexes.

Avant de voir un patient, je recueille tous les renseignements possibles auprès de sa famille, de son travailleur social et d'autres sources. On ne peut pas évaluer la capacité d'un patient sans savoir quelles décisions il doit prendre, avec quelles contraintes il doit composer et pour quels motifs les autres considèrent que certains choix peuvent lui être préjudiciables. Je passe généralement deux heures avec mes patients, et il arrive que je doive les rencontrer plus d'une fois.

Lorsque nous évaluons la capacité, nous tentons de pénétrer l'esprit du patient pour déterminer si un trouble cognitif ou mental l'empêche de bien comprendre l'information dont il a besoin pour prendre des décisions, de déterminer comment cette information s'applique à sa situation, et de justifier et exprimer un choix. Nous jugeons également le degré de risque associé aux décisions que le

patient doit prendre, ce qui peut influencer sur notre conclusion. Voilà autant d'éléments qui font en sorte que des experts peuvent avoir des avis différents quant à la capacité d'un patient donné.

Il faut voir plus loin en considérant la capacité d'être en contrôle. Il est impossible de prendre une décision de façon indépendante sans qu'aucune contrainte n'entre en jeu. Il en va de même pour chacun d'entre nous. Parmi les contraintes internes, notons les différentes émotions comme la peur, les habitudes, une méconnaissance des options possibles et le désir de plaire aux autres. Les contraintes externes comprennent notamment la marginalisation, le manque d'options et la pression exercée par les autres. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'enquêteur correctionnel du Canada a demandé un moratoire sur l'aide médicale à mourir pour les détenus.

Une personne peut aussi être privée de sa capacité d'exercer un plein contrôle sur ses actions lorsqu'elle est victime de mauvais traitements. C'est le cas d'adultes ayant toutes leurs capacités qui demeurent dans des situations qui leur sont préjudiciables. Je vois à mon cabinet de nombreux aînés victimes de mauvais traitements. Je peux vous donner l'exemple d'une veuve en provenance de l'Europe de l'Est qui n'avait aucun parent au Canada. Une femme prétendant être sa nièce a frauduleusement obtenu une procuration et vidé son compte bancaire avant de la déménager contre son gré dans une maison de soins de longue durée. Elle s'en est enfuie au milieu de l'hiver avec sa marchette avant de m'être amenée pour une évaluation. Elle ne souffrait pas de démence profonde comme on l'avait prétendu. Elle ne parlait pas bien l'anglais, mais elle avait toutes ses capacités. Elle n'exerçait toutefois pas un contrôle suffisant sur ses actes pour pouvoir défendre ses droits sans aide.

Le suicide est un autre exemple. Le groupe d'experts du Conseil des académies canadiennes n'a pas pu dégager un consensus quant à savoir s'il existe une différence significative entre les idées suicidaires et le désir de recourir à l'aide médicale à mourir. Le taux de suicide chez les gens ayant subi un traumatisme de la moelle épinière est 20 fois plus élevé qu'au sein de la population en général, et ce, pendant une période de cinq ans. Ceux qui choisissent de se suicider ne sont pas nécessairement déprimés ou incapables de prendre une décision. C'est seulement que leurs options deviennent extrêmement limitées et qu'il leur faut beaucoup de temps pour s'adapter à leur nouvelle réalité, mais ils finissent par y arriver. Après cinq ans, leur taux de suicide est le même que celui du reste de la population. Il faut les protéger contre leur propre désespoir. C'est la raison pour laquelle notre société prend des mesures de prévention pour contrer les désirs suicidaires. C'est aussi pour cette raison que nous ne pouvons pas autoriser l'aide médicale à mourir après une réflexion de 90 jours seulement.

Le projet de loi C-7 ouvre une fenêtre d'intervention auprès de gens dont la mort naturelle n'est pas imminente en exigeant uniquement qu'on leur fournisse de l'information sur les autres moyens d'alléger leurs souffrances et qu'on leur accorde une période de réflexion de 90 jours. Il ne sert à rien de transmettre de l'information sur des services qui ne sont pas accessibles. C'est généralement le cas vu que le délai accordé est souvent insuffisant pour pouvoir consulter un spécialiste et assurément trop court pour qu'un patient retrouve l'espoir de guérir.

Le projet de loi propose une modification au Code criminel en vue d'autoriser les médecins à mettre fin aux jours de Canadiens dont les souffrances n'ont pas été traitées par d'autres moyens. On nous indique que le nombre de patients concernés sera minime. Outre les personnes vivant avec une incapacité, qui ont su vous exposer leurs arguments avec beaucoup d'éloquence aussi bien mardi qu'aujourd'hui, nous pourrions considérer quelques problèmes de santé courants que nous observons dans le cadre de notre pratique. Plus de deux millions de Canadiens ont une maladie pulmonaire obstructive chronique. Ils sont plus de 600 000 à devoir vivre avec une insuffisance cardiaque. Il y a 700 000 survivants d'un AVC et plus de cinq millions de Canadiens souffrant de l'arthrose.

Il va de soi que toutes ces personnes ne vont pas demander l'aide médicale à mourir, mais bon nombre d'entre elles y seront admissibles. Elles souffrent en effet d'une maladie grave et incurable. La question consistant à savoir si leur situation médicale se caractérise par « un déclin avancé et irréversible de [leurs] capacités » est subjective, comme c'est le cas lorsqu'il s'agit de déterminer si leur maladie leur cause « des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui [leur] sont intolérables ».

Toute personne aux prises avec un problème de santé aigu ou chronique lui occasionnant des souffrances et une perte d'autonomie perdra la protection du Code criminel, laquelle sera désormais réservée aux jeunes et aux bien portants. C'est ainsi que l'âgisme et le capacitisme peuvent devenir endémiques. Les aînés et les personnes handicapées se voient refuser des soins parce que l'on considère que leur vie vaut moins que celle d'autres personnes.

En laissant aux médecins le soin de déterminer s'ils doivent offrir l'aide médicale à mourir à tous ceux qui satisfont aux critères établis, on leur donne le droit de vie ou de mort sur des millions de personnes dans une position vulnérable. Comme tous les autres citoyens, les médecins ont leurs propres faiblesses qui peuvent comprendre un parti pris inconscient en faveur de l'aide médicale à mourir comme option de traitement et à l'encontre du maintien de la vie dans certaines circonstances. Personne ne devrait disposer d'un tel pouvoir.

Il faudrait préciser clairement dans la loi que l'aide médicale à mourir n'est pas un acte médical équivalent à un traitement véritable. Ce n'est pas non plus une norme de soins. Il devrait s'agir d'une solution de dernier recours lorsque toutes les autres options raisonnables n'ont pas produit les résultats escomptés.

Merci.

• (1240)

La présidente: Merci beaucoup, docteur Ferrier.

Nous passons maintenant au premier tour de questions en commençant par M. Cooper qui a droit à six minutes.

À vous la parole, monsieur Cooper.

M. Michael Cooper (St. Albert—Edmonton, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci à nos témoins.

Ma première question sera pour la Dre Boyle ou le Dr Chochinov. Lors de notre séance précédente, nous avons eu droit au témoignage troublant et convaincant de Roger Foley. Il nous a notamment indiqué qu'on lui a parlé d'aide médicale à mourir avant qu'il aborde lui-même la question en précisant que des professionnels de

la santé avaient exercé sur lui des pressions et des contraintes considérables.

Vous avez fait état de cette préoccupation dans votre exposé en soulignant expressément que les professionnels de la santé ne devraient jamais aborder la question en premier. Pourquoi selon vous ne devraient-ils pas le faire? En outre, pourriez-vous nous parler de la solution législative adoptée par l'État de Victoria en Australie et nous indiquer si vous souhaiteriez nous voir proposer une mesure de sauvegarde similaire dans nos amendements au projet de loi C-7?

Dre Anne Boyle: Merci, monsieur Cooper.

Je crois que nous sommes tous conscients de la hiérarchie et de la différence d'expertise qui caractérisent la relation entre un médecin et son patient. On en traite d'ailleurs expressément dans la loi de l'État australien de Victoria que vous avez mentionnée.

Nous estimons important que ce soit le patient qui aborde le sujet et que les professionnels de la santé répondent ensuite à ses questions concernant l'aide médicale à mourir et les autres options à envisager, en traitant notamment des souffrances à l'origine de sa démarche. Il faut fournir au patient toute l'information nécessaire ou l'aiguiller vers quelqu'un qui pourra bien le renseigner.

Nous demandons d'ailleurs instamment au gouvernement fédéral de profiter de la révision actuelle des mesures législatives touchant l'aide médicale à mourir au Canada pour prendre des dispositions en ce sens de manière à réduire les préjudices pouvant être causés aux patients les plus vulnérables.

M. Michael Cooper: Excellent. Merci pour cette réponse.

Vous soulevez également dans votre mémoire des réserves quant à la période d'attente de 90 jours dans les cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible. D'autres témoins nous ont fait part de leurs préoccupations dans le même sens.

Pouvez-vous nous dire en quoi une période de 90 jours est insuffisante lorsqu'il s'agit d'avoir accès à des services, comme les soins palliatifs ou le soutien psychiatrique ou psychologique nécessaire, sans compter tout le temps qu'il faut pour obtenir, par exemple, un traitement palliatif adéquat? Comment y arriver avec un décompte de 90 jours?

Dr Harvey Chochinov: Ce décompte de 90 jours, pour reprendre votre expression, est très problématique. Différentes études ont d'ailleurs été menées à ce sujet. À titre d'exemple, une étude réalisée au Manitoba a démontré que 90 jours suivant un diagnostic de handicap physique grave, les idées suicidaires des patients atteignent un sommet. Ils peuvent encore songer au suicide, bien que cette volonté fléchisse, pendant toute une année et demeurent ensuite davantage suicidaires que les membres de la cohorte correspondante. Une période d'attente de 90 jours n'est donc certes pas suffisante.

Il y a aussi le fait qu'il faut beaucoup de temps pour que ces patients puissent avoir accès à l'expertise nécessaire. Les patients les plus à risque, ceux par exemple souffrant de douleurs chroniques, peuvent devoir attendre six mois ou plus, selon la région du pays où ils résident, pour obtenir des soins. Je suis moi-même psychiatre. La liste d'attente pour des soins psychiatriques de qualité peut s'étendre sur plusieurs mois, voire une année complète, encore là selon la région.

Le délai de 90 jours est donc problématique pour toutes ces raisons qui sont pour la plupart bien documentées.

• (1245)

Dre Anne Boyle: En outre, comme le soulignait la Dre Ferrier, il ne suffit pas de transmettre de l'information au sujet des options de traitement disponibles. Les gens doivent vivre l'expérience des traitements en question pour pouvoir prendre des décisions éclairées.

M. Michael Cooper: Pour ce qui est de cette période de 90 jours, quels amendements pourrions-nous mettre de l'avant pour rectifier le tir? Que proposeriez-vous à la place? La question s'adresse aux deux mêmes témoins.

Dr Harvey Chochinov: Je pense vraiment que la période de 90 jours est problématique. Je sais que la Dre Ferrier a aussi cité des études menées auprès de patients ayant subi une lésion traumatique. Elle a ainsi découvert que les patients pouvaient encore avoir des idées suicidaires de 3 à 24 mois après le diagnostic, et aussi constaté pendant cette période une évolution de leur pensée suicidaire en fonction des traitements ou des soins reçus.

Je dirais qu'il est important de maintenir le critère d'une mort raisonnablement prévisible, car sans cela il n'y a plus vraiment de différence entre l'aide médicale à mourir et les tentatives de suicide visant à mettre fin à des souffrances qui pourraient être soulagées au moyen d'un traitement adéquat.

M. Michael Cooper: Pour en finir avec la question de la période d'attente, il s'agit de 90 jours à compter du moment de l'évaluation, plutôt qu'à partir de la confirmation de la volonté d'aller de l'avant avec la procédure.

Y voyez-vous un problème?

La présidente: Vous n'avez malheureusement plus de temps, monsieur Cooper.

M. Michael Cooper: D'accord.

La présidente: Nous pourrions peut-être y revenir au prochain tour.

Je vais maintenant donner la parole à M. Kelloway.

Vous avez six minutes.

M. Mike Kelloway (Cape Breton—Canso, Lib.): Merci, madame la présidente.

Bonjour à tous mes collègues.

Je remercie tous nos témoins d'être des nôtres aujourd'hui. C'est vraiment un honneur et un privilège de pouvoir vous accueillir.

Je vais poser ma première question à la Dre Brayton.

L'ancien ministre fédéral et député de l'Assemblée législative du Manitoba, Steven Fletcher, qui est quadriplégique depuis l'âge de 23 ans, est récemment intervenu dans le débat relatif à la loi sur l'aide médicale à mourir. Il a fait valoir que, compte tenu du large éventail de situations de handicap possibles, personne, et pas même les groupes représentant les droits des personnes handicapées, ne peut décider pour quelqu'un d'autre ce qui est tolérable ou non. Il a qualifié d'insultantes et de condescendantes les nouvelles mesures de sauvegarde mises en place et les allégations voulant que les plus vulnérables soient ainsi à l'abri. Il a aussi fait le commentaire suivant:

Chacun de nous forme une minorité d'une personne... Dans ce contexte, chacun devrait avoir les mêmes droits et responsabilités que tous les autres. Lorsque l'on considère les choses sous cet angle, tous les autres arguments présentés perdent

entièrement leur sens, car nous allons devoir protéger les droits de tout le monde, un point c'est tout.

Madame la présidente, il y a dans ma circonscription des groupes qui travaillent sans relâche pour l'inclusion des personnes ayant différentes incapacités physiques et intellectuelles. Je serais curieux de savoir ce que vous pensez, docteur Brayton, de cette volonté d'inclusion et des propos de M. Fletcher. Convenez-vous avec lui que nous devrions tous avoir les mêmes droits et les mêmes responsabilités et qu'en empêchant quiconque de se prévaloir de l'aide médicale à mourir, on ferait un pas en arrière en matière d'inclusion tout en brimant le droit à l'autonomie des personnes concernées?

Merci beaucoup. J'ai bien hâte d'entendre votre réponse à ce sujet.

Mme Bonnie Brayton: Je vous remercie de me conférer le titre de docteur. C'est merveilleux. Je vous en suis très reconnaissante.

M. Mike Kelloway: Je vous décerne un doctorat si vous faites autant pour moi.

Mme Bonnie Brayton: Je vais être bien franche avec vous. M. Fletcher n'est pas un expert en la matière. C'est un homme de race blanche qui accomplit son travail de son côté, mais il n'est pas un défenseur des personnes handicapées et ne s'est jamais intéressé aux recherches menées dans ce contexte. Je ne considérerais donc pas M. Fletcher comme un expert à l'égard de bon nombre des enjeux soulevés par les témoins qui comparaissent aujourd'hui.

Je respecte tout à fait les points de vue exprimés dans ce débat autant par M. Fletcher que par la sénatrice Petitclerc. Je dois seulement rappeler à tous qu'il s'agit de membres de la classe politique et non pas de représentants des communautés dont il est question ici et à l'égard desquelles nous nourrissons des inquiétudes en raison des changements proposés.

Pour que les choses soient bien claires — et j'hésite à faire cette mise en garde, même si elle est nécessaire —, je pense qu'il est particulièrement problématique de cibler dans ce contexte un groupe particulier en faisant valoir expressément que la loi va s'appliquer aux personnes handicapées. Si l'on pousse à sa limite le raisonnement de M. Fletcher, on en arrive à la possibilité que tout le monde devrait avoir accès à l'aide médicale à mourir.

Nous ne pensons bien sûr pas que c'est la bonne solution. J'estime que de nombreux experts ont su démontrer très clairement que les problèmes qui font en sorte que des gens se retrouvent dans une situation où l'aide médicale à mourir est leur seule option pourraient être réglés si on leur offrait de bons soins palliatifs et d'autres traitements améliorant leur qualité de vie, comme dans l'exemple de Ruth dont je vous ai parlé.

Je comprends bien le principe qui est mis de l'avant, mais je pense qu'il y a un véritable problème dans les faits, car il est question ici de personnes extrêmement vulnérables, ce qui n'est pas le cas de M. Fletcher.

Merci.

• (1250)

M. Mike Kelloway: Merci pour cette réponse.

Dans le même ordre d'idée, et j'allais vous appeler encore « docteur Brayton »... Je viens presque de vous décerner deux doctorats.

Les défenseurs des droits des personnes handicapées ont participé activement aux consultations, et la contribution de ces groupes nous a été vraiment utile. C'est ce qui nous amène à penser que ce projet de loi réussit à trouver le juste équilibre entre l'autonomie et la protection des plus vulnérables.

Madame Brayton, j'aimerais savoir comment vous proposeriez que nous nous y prenions pour en arriver à ce juste équilibre en protégeant les gens vulnérables tout en leur permettant de conserver leur autonomie. Je ne sais pas si vous pourriez nous en dire plus long à ce sujet.

La présidente: Vous pouvez répondre, madame Brayton.

Mme Bonnie Brayton: Selon moi, tout indique qu'il n'y a pas suffisamment de mécanismes de protection sociale pour les Canadiens vulnérables, y compris les personnes handicapées, et que nous avons manifestement sous les yeux un projet de loi plutôt ambitieux. Je comprends que certaines personnes puissent penser qu'il s'agit d'enchâsser dans la loi le droit de chacun de décider de son propre sort, mais je crois que ces gens-là sont déconnectés d'une réalité dont nous devrions tous prendre conscience. Je vous rappelle que la majorité des plaintes touchant les droits de la personne au Canada sont liées à une situation de handicap.

Aux Nations unies, on s'est dit préoccupé du seul fait que le Canada envisage de tels changements à la loi. J'ai la ferme conviction que le moment serait bien choisi pour que les législateurs marquent une pause en ralentissant le processus pour procéder à l'examen quinquennal suggéré par d'autres témoins.

Il est essentiel que nous prenions un certain recul. Comme je l'indiquais, je crois que personne ici ne souhaite avoir à regretter d'avoir pris l'épouvantable décision d'apporter des modifications à la loi qui vont coûter la vie à certains de leurs concitoyens, comme cela ne manquera pas d'arriver, j'en ai bien peur. Ce commentaire n'est bien sûr pas fondé sur des arguments ayant pu être présentés sur cette tribune, car nous n'avons pas encore eu droit à des témoignages objectifs, ce qui est aussi très problématique à mes yeux.

Merci.

M. Mike Kelloway: Merci beaucoup.

Combien de temps me reste-t-il?

La présidente: Il vous reste 30 secondes, monsieur Kelloway.

M. Mike Kelloway: Je vais renoncer à poser ma question, car je risque de conférer un troisième doctorat à Mme Brayton.

Un grand merci de nous avoir fait bénéficier de vos points de vue.

Mme Bonnie Brayton: Merci beaucoup, monsieur Kelloway.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Thériault pour les six prochaines minutes.

À vous la parole, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: Je vous remercie, madame la présidente.

Je remercie tous les témoins de leur précieuse collaboration.

La dignité inhérente à chaque être humain n'est pas une vue de l'esprit. Cela s'incarne dans le contexte biomédical par le principe d'autodétermination de la personne. C'est pourquoi on dit souvent,

en éthique clinique, que le patient est la norme et que nul ne doit porter atteinte à son consentement libre et éclairé. Le législateur doit s'assurer justement qu'il y a consentement libre et éclairé.

Docteur Ferrier, dans ce contexte, pourquoi ne devrait-on pas proposer l'aide médicale à mourir comme une option?

Dre Catherine Ferrier: Vous voulez dire que ce soit le médecin ou le professionnel qui propose cette option au patient?

M. Luc Thériault: Pour que le patient puisse être devant un choix et qu'on respecte son choix, encore faut-il qu'il soit éclairé sur ces choix. Pourquoi ne pas préconiser qu'on puisse offrir cette option?

• (1255)

Dre Catherine Ferrier: Dans ma présentation, j'ai parlé du nombre de personnes qui deviendront admissibles à l'aide médicale à mourir avec ce projet de loi. Il s'agit de milliers et de millions de personnes.

M. Luc Thériault: Parlons des gens qui sont en phase terminale.

Dre Catherine Ferrier: Le projet de loi ne vise plus seulement ce groupe de gens, mais tout le monde.

M. Luc Thériault: Je vous questionne sur ce groupe en particulier.

Dre Catherine Ferrier: La plupart des personnes en phase terminale ne veulent pas mourir plus rapidement, elles veulent juste ment vivre le mieux et le plus longtemps possible. Le fait qu'un médecin, une infirmière ou n'importe quel professionnel vienne dire à un patient qu'une de ses options est qu'on le tue tout de suite — je sais qu'on n'aime pas ce vocabulaire, mais c'est de cela qu'on parle — est une façon de lui enlever de l'espoir. Mes collègues en soins palliatifs pourraient vous en parler davantage. C'est comme dire au patient qu'il ne vaut pas la peine qu'il continue à lutter pour sa vie parce qu'il n'y a plus rien à faire.

Malgré tout, le médecin a le pouvoir...

M. Luc Thériault: Excusez-moi de vous interrompre. Vous mentionnez que c'est dire au patient qu'il est inutile qu'il lutte pour sa vie, mais il est dans une situation où le processus de la mort est déjà commencé et il est irréversible. Espérons que ce mourant est dans un contexte de soins palliatifs optimaux; ce serait la situation idéale.

Puisque les soins palliatifs sont l'accompagnement optimal de l'être humain vers la mort, pourquoi une demande à mourir qui émerge d'un contexte de soins palliatifs optimal serait-elle considérée comme un échec et pas comme un succès? À partir du moment où l'être humain est prêt, un matin, de façon sereine, à lâcher prise, en quoi cela ne serait pas une réussite des soins palliatifs d'accompagnement vers la mort?

Dre Catherine Ferrier: Je pense que vous avez changé de sujet, monsieur Thériault, mais...

M. Luc Thériault: Je ne crois pas, non.

Dre Catherine Ferrier: Vous parlez du patient qui en fait la demande. C'est une autre question et cela n'est pas pertinent...

M. Luc Thériault: Cependant, docteur Ferrier, pour qu'il en fasse la demande, encore faut-il qu'il soit conscient qu'il a cette option.

Dre Catherine Ferrier: Je pense que cela ne présente aucun problème puisqu'il est continuellement bombardé d'informations à ce sujet, notamment par les médias. Par contre, pour notre part, nous défendons avec difficulté l'option de continuer à vivre.

Vous pourrez poser cette question à toutes les personnes qui sont à l'origine des soins palliatifs depuis 40 ou 50 ans. Vous avez mentionné Cicely Saunders l'autre jour, ainsi que Balfour Mount. Jusqu'à maintenant, tous les organismes de soins palliatifs considèrent que la promotion de la mort ne fait pas partie des soins palliatifs et qu'elle gaspille du temps précieux. On a aussi entendu des témoignages sur le désespoir momentané possible du patient et le fait que le désir de mourir peut beaucoup fluctuer d'un moment ou d'un jour à l'autre.

La vie a une valeur plus grande que la mort. La mort est inévitable, ce que reconnaissent les soins palliatifs. Je pense que dire cela n'est pas la même chose que dire que c'est le temps d'arrêter.

M. Luc Thériault: D'accord.

Certaines personnes prétendent que nous, le législateur, devrions consentir à ce qu'un médecin puisse refuser d'adresser un patient à un autre médecin.

Êtes-vous d'accord?

Dre Catherine Ferrier: Oui, je suis d'accord.

M. Luc Thériault: Cela ne contrevient-il pas à votre code de déontologie?

Dre Catherine Ferrier: Le code de déontologie a été amendé par le Collège des médecins pour ouvrir la porte à l'aide médicale à mourir. Or, selon moi et selon la tradition médicale de toujours, enlever la vie à une personne n'est pas un soin.

Pour ma part, j'adresse des patients à des gens qui vont leur donner des soins bénéfiques, pas des soins qui vont leur faire du tort. Les patients nous demandent parfois des procédures, des opérations ou des médicaments. Si nous pensons que cela va leur faire du tort, nous refusons de les leur donner. Je pourrais vous donner des milliers d'exemples, mais je pense que tout le monde en connaît.

Si un chirurgien refuse de faire une certaine opération, il ne va pas adresser le patient à un autre chirurgien qui va la faire. La démarche se finit là. Le chirurgien va dire au patient qu'il est libre d'aller consulter un autre chirurgien s'il le souhaite, mais que ce n'est pas lui qui va l'adresser à cet autre chirurgien si ce dernier va lui faire du tort.

M. Luc Thériault: On parle d'une intervention chirurgicale. On ne parle pas de la fin de vie d'un être humain.

Dre Catherine Ferrier: Justement.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Thériault.

Nous passons à M. Garrison pour une période de six minutes.

À vous la parole, monsieur Garrison.

M. Randall Garrison: Merci beaucoup, madame la présidente.

Mes collègues voudront bien m'excuser, mais je ne peux pas m'empêcher de rappeler devant chaque nouveau groupe de témoins que j'ai inscrit il y a plusieurs semaines déjà une motion au Feuilleton de la Chambre des communes demandant que l'on entreprenne l'examen prévu par la loi en veillant à ce que l'on dispose du mandat et des ressources nécessaires pour étudier quelques-unes des

questions très importantes qui ont été soulevées ici concernant les soins palliatifs et les personnes vivant avec un handicap.

Si nous n'adoptons pas le projet de loi C-7, ce sont les jugements des tribunaux qui vont guider la pratique en matière d'aide médicale à mourir au Canada.

Comme il se doit, nous avons entendu de nombreux médecins nous parler d'aide médicale à mourir, mais nous avons aussi droit aujourd'hui au point de vue du personnel infirmier.

Je vais d'abord m'adresser à M. Hamza, car je crois qu'il a traité de certains éléments que l'on n'avait pas portés à notre connaissance depuis le début de notre étude. Je sais que l'une de ses recommandations portait sur les risques auxquels pourrait s'exposer le personnel infirmier, y compris les infirmières et infirmiers praticiens, en abordant le sujet de l'aide médicale à mourir avec leurs patients.

Pouvez-vous nous en dire plus long au sujet de vos préoccupations à ce sujet, monsieur Hamza?

● (1300)

M. Michael Villeneuve: Bien sûr, mais je dois seulement vous dire que ma collègue, qui est Mme Hamza, n'a pas pu être avec nous.

M. Randall Garrison: Oh, excusez-moi.

M. Michael Villeneuve: Non, c'est bien. Je vous le dis à titre d'information. C'est une charmante personne.

Oui, nous avons des préoccupations à un certain nombre d'égards. Toutefois, j'ai entendu les observations très intéressantes d'aujourd'hui, et je voudrais expliquer que les patients ont des conversations intimes très intenses avec le personnel infirmier, qui sont difficiles à décrire.

Au cours des 20 premières années de ma carrière, j'ai passé la plus grande partie de ma pratique clinique en neurochirurgie, auprès de personnes atteintes de lésions médullaires, de lésions cérébrales, de nombreuses choses dont nous avons parlé. Souvent, les patients et les familles diront quelque chose à une infirmière ou à un infirmier, à 3 heures, dans la tranquillité de la nuit, qu'ils ne diraient nulle part ailleurs. Nous avons souvent parlé de sujets difficiles, comme l'avortement, les décisions relatives aux traitements, les raisons pour lesquelles un patient refuse la chimio alors qu'elle pourrait l'aider.

Dans le cadre de l'étude que nous avons menée au cours des trois dernières années, en prévision de l'examen plus vaste, des infirmières et infirmiers nous ont dit qu'ils avaient l'impression d'être limités par cela, et s'il y avait des possibilités, nous conseillerions les gens sur le large éventail de services de santé, peu importe que nous soyons dans une clinique pour femmes ou une clinique neurochirurgicale.

Je crains que ce soit décrit comme si l'on disait aux patients « vous devriez ». Il s'agit plutôt de leur demander s'ils ont songé à ceci ou à cela. Très souvent [Difficultés techniques] et les gens ne le soulèveront pas avant longtemps. Nous voulons que le personnel infirmier soit protégé de sorte qu'il puisse tenir ces discussions quant à la possibilité que ce soit dans l'esprit du patient.

M. Randall Garrison: Merci beaucoup. Je m'excuse de ne pas m'être rendu compte du changement de témoins. Ma seule excuse, c'est que puisque je me trouve sur la côte Ouest, je dois commencer très tôt.

Pouvez-vous nous en dire plus au sujet de l'autre question que vous avez soulevée sur le fait de connaître d'autres praticiens ou évaluateurs ou d'avoir des liens avec eux? J'imagine que le problème est plus important dans les petits centres.

M. Michael Villeneuve: C'est le cas. Nous sommes inquiets de ce qui pourrait arriver, par exemple, dans de nombreuses communautés autochtones, dans lesquelles il n'y a peut-être qu'un ou deux fournisseurs de soins de santé, souvent seulement du personnel infirmier — je ne devrais pas dire « seulement », mais plutôt qu'il n'y a pas de médecins. Cependant, c'est un peu extrême.

Par exemple, je viens de terminer mon mandat de deux ans à titre de président du conseil d'administration, ici, à l'Hôpital Winchester District Memorial dans l'Est de l'Ontario. Je vis en région rurale depuis environ 20 ans maintenant et je peux vous dire que tout le monde se connaît. Oui, nous pouvons certainement faire un appel et faire venir un évaluateur d'une autre collectivité, mais tous nos médecins se connaissent et ils connaissent les infirmières et infirmiers, etc. Nous craignons que cela alourdisse et retarde le processus.

Sur le plan éthique, les médecins et le personnel infirmier sont tenus de respecter un certain code de conduite. Le fait de connaître ou de ne pas connaître le fournisseur ne devrait pas conduire à la coercition ou à la conspiration, si c'est ce que l'on craint.

M. Randall Garrison: Merci beaucoup.

Madame la présidente, pour gagner du temps, je vais m'arrêter ici.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Garrison. C'est très généreux de votre part, à une minute et demie.

Je vais maintenant céder la parole à M. Manly, qui dispose de deux minutes et demie.

Allez-y, monsieur Manly. Votre temps d'intervention commence maintenant.

M. Paul Manly: Merci beaucoup.

J'aimerais remercier les témoins de leur présence aujourd'hui.

J'ai une question pour le Dr Chochinov. Elle porte sur les idées suicidaires. Nous devrions examiner différents types de maladies ou le déclin de l'état de santé et les analyser pour indiquer différents délais en fonction des personnes. Pour certaines de ces maladies, il est clair qu'il y a détérioration de l'état de santé. Nous avons parlé des gens qui deviennent quadriplégiques. Évidemment, dans ce cas, on ne parle pas d'un déclin continu de leur état. Un accident ou autre chose les a paralysés.

Proposerez-vous des amendements qui concerneraient peut-être la détérioration de l'état de santé? Quels amendements conviendraient dans ce type de situations à votre avis?

• (1305)

Dr Harvey Chochinov: C'est une question difficile, car nous essayons de nous attaquer au problème de la souffrance et à la façon dont nous pouvons aider le patient qui souffre, et nous utilisons un outil qui est particulièrement grossier, soit l'euthanasie ou le suicide assisté.

Les idées suicidaires ne sont pas rares dans la population générale. Une étude canadienne a révélé qu'environ 13 % des gens auront des idées suicidaires au cours de leur vie. Environ 4 % d'entre eux auront des plans à cet égard et environ 3 % d'entre eux feront

une tentative de suicide. Cependant, le taux de suicide est d'environ 14 sur 100 000. Le suicide demeure donc relativement rare compte tenu du nombre de personnes qui ont des idées suicidaires.

Comme je le soulignais, et comme la Dre Ferrier l'a souligné également, dans les cas, par exemple, de lésions médullaires, d'AVC et de traumatisme crânien, nous savons que si nous suivons ces patients au fil du temps, jusqu'à 24 mois après les faits, il se peut qu'ils aient encore des idées suicidaires. Je pense que nous devrions examiner chaque maladie et la trajectoire des idées suicidaires, si c'est même possible.

Encore une fois, je dirais que la disposition portant sur la mort raisonnablement prévisible permet au moins de faire une distinction entre l'aide médicale à mourir et le suicide, auquel ont recours des gens qui ne veulent plus continuer à vivre.

La présidente: Merci beaucoup. C'est ce qui met fin à votre intervention de deux minutes et demie, monsieur Manly.

À ce moment-ci, avant que nous passions à notre deuxième série de questions, j'aimerais savoir si les membres du Comité consentent à ce que nous procédions selon l'ordre et le temps d'intervention suivant: Parti conservateur pour cinq minutes, Parti libéral pour cinq minutes, Bloc québécois pour deux minutes et demie et NDP pour deux minutes et demie. Pouvez-vous tourner votre pouce vers le haut si vous voulez que nous poursuivions de cette façon?

Monsieur Garrison, je ne vois pas votre pouce. Je veux seulement m'assurer que ça va. Très bien. Allons-y, alors.

C'est maintenant au tour de M. Moore, qui dispose de cinq minutes.

Allez-y, monsieur Moore.

L'hon. Rob Moore: Merci, madame la présidente. Je remercie tous les témoins de leurs témoignages importants et pertinents.

Docteur Chochinov, j'ai une question à vous poser. Des témoins nous ont dit qu'ils étaient préoccupés en particulier par les répercussions que le projet de loi aurait sur les personnes handicapées. Cette semaine, des groupes qui représentent les personnes handicapées ont comparu devant notre comité. Il y a eu des discussions sur les cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Premièrement, si la mort est raisonnablement prévisible, il y a le retrait de la période d'attente de 10 jours, mais si la mort n'est pas raisonnablement prévisible, une nouvelle période de 90 jours est prévue. Plusieurs personnes nous ont dit que la période de 90 jours ne convient pas du tout, parce que certaines personnes peuvent avoir à peine commencé leur traitement.

Pourriez-vous nous éclairer au sujet de cette période de 90 jours entre le moment où une personne peut demander l'aide médicale à mourir ou être évaluée pour l'aide médicale à mourir et le moment où elle la reçoit, lorsque son décès n'est pas raisonnablement prévisible?

Dr Harvey Chochinov: Encore une fois, la période de 90 jours pose problème. Je reviens à l'étude du Manitoba dont j'ai parlé. C'est une étude qui portait sur des groupes de gens qui avaient souffert d'une maladie physique quelconque et, à partir du moment où le diagnostic a été posé jusqu'à 90 jours plus tard, on a constaté que ces gens avaient atteint leur maximum sur le plan des idées suicidaires. Nous savons qu'il y a une période d'ajustement après qu'une personne subit un changement dans son état physique découlant d'une maladie physique ou mentale qui peut se manifester par un désir de mourir.

Il y a l'autre étude que j'ai mentionnée, et je pense qu'il vaut la peine de regarder les chiffres. Dans le cadre de certaines études, on a suivi des gens qui avaient subi un AVC ou qui étaient atteints de handicaps en raison de lésions médullaires ou de traumatismes crâniens jusqu'à deux ans après les faits. Fait intéressant, lorsqu'on regarde ces gens qui étaient déprimés au départ et qui ont ensuite reçu un traitement contre la dépression, on voit qu'ils passent tous d'un état où ils sont suicidaires à un état où ils ne le sont plus.

Encore une fois, je voudrais souligner que les gens dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible ont besoin de recevoir du soutien destiné aux personnes handicapées et il faut que l'accès aux moyens soit limité, car nous savons que plus les gens ont accès à des moyens, comme des armes à feu... En passant, le taux de suicide est deux fois plus élevé aux États-Unis qu'au Canada. On pense que c'est probablement à cause de l'accès aux armes.

Si nous limitons l'accès aux moyens et si nous offrons un traitement aux gens, nous savons que les gens reviendront sur leur décision de se suicider. En tant que psychiatre, j'ai travaillé auprès de gens qui avaient des idées suicidaires chroniques, même pendant un certain nombre d'années. Ils ont encore des difficultés, mais en offrant de bons services de soins psychiatriques, nous nous engageons résolument à être auprès de ce patient, et nous nous engageons dans une relation avec ce patient. Ces personnes ont ensuite mené une vie productive. Elles sont aimées et elles aiment. Elles ont élevé une famille et leur existence a un sens.

● (1310)

L'hon. Rob Moore: Merci, docteur.

Docteure Ferrier, dans les témoignages d'aujourd'hui, on a mentionné qu'il y avait une distinction concernant les gens dont le seul problème sous-jacent est un problème de santé mentale. On a fait remarquer que les gens qui sont dans cette situation ont souvent d'autres troubles mentaux sous-jacents. Pouvez-vous nous donner votre point de vue? Ce qui me préoccupe... Nous n'en sommes qu'à notre quatrième journée de témoignages et, malheureusement, il s'agit aujourd'hui de la dernière journée. Nous avons assisté à un véritable déferlement de témoignages de gens appartenant à des communautés vulnérables sur les répercussions et le message qu'on envoie aux Canadiens handicapés. Avez-vous quelque chose à dire à ce sujet?

La présidente: Vous devrez répondre en 10 secondes. Je suis désolée.

Dre Catherine Ferrier: Il est certain qu'en gériatrie et dans les soins primaires, de nombreuses personnes qui souffrent de dépression ont bien d'autres maladies physiques qui pourraient être leur argument pour demander l'aide médicale à mourir.

L'hon. Rob Moore: Merci.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Moore.

Nous passons maintenant aux libéraux, qui disposent de cinq minutes. Je crois que MM. Virani et Sangha se diviseront le temps accordé.

Allez-y, monsieur Virani.

M. Arif Virani: Merci beaucoup, madame la présidente. Je vais essayer d'être très bref. Je vais faire deux ou trois précisions.

Il a été dit que les législateurs du Comité étaient en mesure d'apporter des modifications qui coûteraient la vie à des gens. Je pense que c'est de cette façon qu'on s'est exprimé. Je crois, en fait, que les mesures législatives permettent aux gens — comme c'était le cas dans le passé, et c'est toujours le cas — de prendre des décisions concernant leur propre vie. Les gens sont autonomes et la décision est prise par les gens concernés et non par les législateurs. C'était ma première précision.

L'autre chose que je veux préciser, c'est qu'on a cité l'ancienne juge en chef, Mme Beverley McLachlin dans les témoignages ici. Je pense que c'est important, car il était question des droits à l'égalité et des personnes handicapées. La juge en chef McLachlin a participé à la décision unanime dans l'affaire Carter. On y disait que la Constitution exige qu'on mette fin aux souffrances afin d'alléger les préoccupations des gens et de leur accorder une autonomie. Je crois qu'il est important que ce soit consigné au compte rendu.

J'ai une question que j'aimerais poser à MM. Villeneuve et Chochinov.

Soit dit en passant, monsieur Chochinov, je suis ravi que vous ayez souligné le lien entre le contrôle des armes à feu et la prévention du suicide. Je crois que tous les partis devraient être très conscients de ce lien et de la nécessité d'un contrôle des armes à feu.

Vous représentez les infirmières et infirmiers, monsieur Villeneuve, et la question vous a été posée plus tôt, docteur Chochinov. Je vais maintenant vous poser ma question. Si l'on estime que des pressions ont été exercées — coercition, influence, pressions indues —, je présume que cela doit faire l'objet d'une enquête, être signalé aux autorités et, le cas échéant, faire l'objet de poursuites judiciaires. Dans votre contexte, monsieur Villeneuve, et dans le vôtre, docteur Chochinov, êtes-vous au courant de cas où des infirmières ou infirmiers ou des médecins font l'objet de telles poursuites dans ce pays?

Monsieur Villeneuve, la question s'adresse d'abord à vous.

M. Michael Villeneuve: Non. Pour ce qui est du personnel infirmier, cette conversation est très sacrée. Dans les unités de soins intensifs, que ce soit au sujet des dons d'organe ou d'autres sujets de discussion très difficiles, je n'ai jamais été témoin de pressions ou de coercition; en fait, c'est tout le contraire.

Je cède la parole à l'autre intervenant.

● (1315)

Dr Harvey Chochinov: Je ne peux pas dire que je suis au courant de cas où l'on a exercé une coercition de façon manifeste, mais il y a une forme de coercition cachée à laquelle nous devons réfléchir. Les gens qui sont malades et en fin de vie, ou qui souffrent ou qui vivent avec les contraintes d'une maladie physique commencent à sentir qu'ils sont un fardeau pour leur entourage. Il y a des subtilités qui font en sorte qu'ils commencent à sentir que cela devient non pas leur droit, mais une obligation envers les membres de leur famille de les soulager de la détresse qu'ils vivent.

Par conséquent, pour ce qui est d'une coercition manifeste, non, mais il y a des subtilités. Les gens sentent que c'est peut-être quelque chose qu'ils doivent faire ou qu'ils devraient faire pour le bien des membres de leur famille, qui souffrent durant la période où ils sont en fin de vie. C'est une dynamique que j'ai observée.

M. Arif Virani: C'est un point important, mais la question que je vous ai posée portait sur les professionnels de la santé. Vous êtes psychiatre au Manitoba. Des professionnels de la santé ont-ils été poursuivis pour avoir recouru à la coercition de façon directe ou indirecte?

Dr Harvey Chochinov: Non, pas à ma connaissance.

M. Arif Virani: Merci. Je cède maintenant la parole à M. Sangha.

La présidente: Allez-y, monsieur Sangha. Vous disposez d'une minute et demie.

M. Ramesh Sangha: Merci, madame la présidente.

Je suis heureux de voir l'AIC témoigner à ce sujet. L'AIC a recommandé l'inclusion d'une disposition prévoyant une période d'examen supplémentaire par un comité après cinq ans. Pourquoi est-ce nécessaire? Que voulez-vous dire à ce sujet?

M. Michael Villeneuve: Les infirmières et infirmiers estiment que cette modification du Code criminel est peut-être la plus profonde de l'histoire de notre pays. Je suis assez vieux pour me souvenir que nous avions autrefois un État dans lequel seul l'État pouvait mettre fin à une vie. Personne d'autre ne pouvait le faire.

La situation est maintenant inversée: l'État ne peut pas appliquer la peine de mort pour mettre fin à une vie, mais dans cet espace très sacré sur Terre, un médecin peut prendre des dispositions à cet égard avec un patient. Il s'agit d'un changement profond dans notre culture que nous n'avons pas encore commencé à comprendre, et nous pensons que cela devrait être réexaminé régulièrement.

La présidente: Merci beaucoup de la réponse.

Nous passons maintenant à M. Thériault, pour deux minutes et demie.

[Français]

M. Luc Thériault: Je vous remercie beaucoup, madame la présidente.

Docteur Boyle et docteur Chochinov, vous avez indiqué tout à l'heure que l'élimination de la période de 10 jours pourrait précipiter les patients vers la mort. Cette élimination concerne les patients dont la mort est imminente, on s'entend là-dessus.

Des témoins nous ont dit que, dans leur pratique médicale, c'est un long processus, surtout pour les patients en phase terminale comme les cancéreux. Le problème, c'est que les soins palliatifs ne peuvent pas contrôler complètement la douleur.

À partir du moment qu'il y a des effets indésirables liés aux soins palliatifs et que le patient se retrouve dans une situation où émerge la demande d'aide médicale à mourir, en quoi l'élimination de la période de 10 jours n'est-elle pas liée au désir de ne pas le faire souffrir davantage? Pourquoi faudrait-il considérer cela comme une précipitation vers la mort alors que, au fond, aucun praticien ne veut précipiter vers la mort quiconque, qu'il soit mourant ou pas? Vous n'avez pas l'air d'avoir confiance en vos collègues.

• (1320)

[Traduction]

Dre Anne Boyle: Merci, monsieur Thériault.

Nous ne nions pas que les droits des gens doivent être respectés. C'est très vrai. Le problème, c'est qu'à moins que les gens aient accès à des soins palliatifs pour aider à atténuer... Et nous savons que l'accès universel aux soins palliatifs n'existe pas au Canada, et il faut s'attaquer à ce problème.

Concernant la période de réflexion, même les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible ont parfois besoin de temps pour obtenir de l'aide pour atténuer leur souffrance et leurs symptômes, et elles peuvent changer d'idée. C'est contextuel, comme le Dr Chochinov l'a mentionné, et nous devons veiller à avoir une mesure législative qui en tient compte.

La présidente: Merci beaucoup.

Je donne maintenant la parole à M. Garrison pour deux minutes et demie.

M. Randall Garrison: Merci beaucoup, madame la présidente.

Je reviens à ce qui s'est passé plus tôt. J'ai bien reçu un avis pour le changement de témoins à 5 h 14 du matin à l'heure d'ici. Toutes mes excuses, encore une fois.

Une autre de vos recommandations portait sur la disposition sur les évaluations préliminaires. Je voudrais vous donner le temps d'en parler, car le sujet n'a pas été abordé dans les témoignages des autres témoins.

M. Michael Villeneuve: Je vais être très franc. Nous l'avons examinée plusieurs fois et nous avons eu du mal à comprendre ce que cela signifiait. Je me dis que lorsqu'un groupe d'infirmières et infirmiers diplômés ne s'entend pas sur ce que cela semble signifier, c'est probablement un problème. Cela ajoute-t-il une couche? Cela ajoute-t-il un autre point de reddition de comptes? Est-ce que cela pourrait ralentir les choses? Est-ce censé être la première conversation?

Nous pensons que cela peut être corrigé et nous sommes d'avis que le libellé actuel n'est pas clair. J'en resterai là pour que d'autres puissent intervenir.

M. Randall Garrison: Merci beaucoup de la réponse.

Comme vous l'avez mentionné précédemment, le personnel infirmier est souvent en première ligne, le premier contact pour les patients en fin de vie ou en déclin irréversible.

Je me demande si vous pourriez en dire plus que tout à l'heure au sujet de la situation difficile qui découle du fonctionnement actuel, qui fait du personnel infirmier le premier point de contact.

M. Michael Villeneuve: On a l'impression d'avoir une main attachée dans le dos lorsqu'on ne peut soulever certaines questions. Par exemple, nous parlons aux patients des raisons pour lesquelles ils refusent un traitement contre le cancer qui pourrait les guérir. Certaines personnes ne prennent pas les décisions que nous souhaiterions qu'elles prennent.

Je peux vous assurer, pour avoir eu affaire à beaucoup d'infirmières partout au pays, qu'aucune personne saine d'esprit ne veut se précipiter dans une situation de ce genre pour en parler. Ce qu'ont dit les experts qui l'ont fait, c'est qu'ils avaient l'impression de ne pas être en mesure d'avoir une discussion pleine et entière et qu'ils ne pouvaient même pas soulever la question.

Les sondages révèlent que 86 % des Canadiens disent vouloir en discuter. Ils veulent une mesure législative. Cela fait l'objet de discussions depuis 30 ans. Le public ne connaît pas les détails, mais il est certainement prêt à avoir ces discussions. Pourtant, nous disons aux infirmières qui ont une maîtrise qu'elles ne peuvent pas en parler. Nous devons régler ce problème.

La présidente: Merci beaucoup.

C'est là-dessus que se terminent nos séries de questions.

M. Chris Lewis: J'invoque le Règlement, madame la présidente.

La présidente: Allez-y, monsieur Lewis.

M. Chris Lewis: Merci, madame la présidente. Je vous suis reconnaissant de m'accorder ce temps.

Nous avons vraiment appris beaucoup de choses sur divers fronts aujourd'hui. Nous avons eu de formidables témoins tant dans la première partie que dans la deuxième. Évidemment, je suis très heureux que notre collègue du Parti vert ait aussi assisté à la réunion. J'ai trouvé ses commentaires plutôt judicieux. Je crois que c'est la première fois qu'il a l'occasion de venir au Comité. Excusez-moi si je me trompe.

Je pense que M. Virani a été tout aussi impressionnant. C'est lui qui a insisté pour qu'on lui accorde une voix, ce qui a été unanime.

En outre, madame la présidente, vous avez vous-même été magnanime tout à l'heure en accordant plus de temps pour le premier tour de questions.

Ce que je veux dire, madame la présidente, c'est que je pense que le Comité a raté une occasion d'avoir une autre réunion. Je pense que ne pas le faire reviendrait à manquer énormément de respect à l'égard de la communauté des personnes handicapées autochtones et à l'égard des femmes vulnérables. C'est ce que Mme Brayton a très clairement fait savoir.

Madame la présidente, je voudrais proposer que, nonobstant la décision du Sous-comité de tenir quatre réunions, le Comité tienne une réunion supplémentaire de deux heures, et je voudrais un vote par appel nominal à ce sujet, s'il vous plaît.

• (1325)

La présidente: Merci, monsieur Lewis.

Quelqu'un d'autre souhaite-t-il faire un commentaire sur cette motion à ce moment-ci? Comme aucune main n'est levée, monsieur le greffier, pouvons-nous procéder à un vote par appel nominal?

[Français]

Le greffier: Oui, d'accord...

M. Luc Thériault: Madame la présidente, le greffier pourrait-il relire la motion pour que nous ayons le libellé exact?

Le greffier: Monsieur Thériault, selon ce que j'ai compris de la motion de M. Lewis, il propose, nonobstant la décision antérieure prise par le Comité de terminer aujourd'hui les témoignages sur le projet de loi C-7, qu'une réunion supplémentaire pour entendre des témoignages soit tenue.

M. Luc Thériault: J'ai compris que cette réunion devait porter sur un sujet en particulier.

Est-ce bien cela?

Le greffier: Demandons à Mme la présidente de le vérifier auprès de M. Lewis. Cela m'a peut-être échappé, effectivement.

[Traduction]

La présidente: Monsieur Lewis, merci de votre intervention.

Monsieur Lewis, votre motion porte-t-elle sur des témoins précis ou sur la tenue d'une réunion supplémentaire consacrée à ce projet de loi?

M. Chris Lewis: Merci, madame la présidente.

Ma motion porte spécifiquement sur la tenue d'une réunion supplémentaire. Cependant, j'ai évoqué la communauté des personnes handicapées autochtones et des femmes handicapées. C'était des exemples. Personnellement, je pense que nous ferions preuve de diligence si nous les convoquions. C'était seulement des exemples.

La présidente: Merci, monsieur Lewis.

Monsieur Thériault, est-ce plus clair?

[Français]

M. Luc Thériault: Oui, madame la présidente, c'est beaucoup plus clair.

[Traduction]

La présidente: Merci.

M. Arif Virani: Madame la présidente, je trouve qu'il est quelque peu répétitif qu'à chaque réunion, nous soyons saisis de motions visant à annuler les décisions prises par le comité directeur, qui compte des représentants de tous les partis, y compris de l'opposition officielle.

Je propose de procéder à un vote sur cette question.

La présidente: Monsieur Garrison, est-ce aussi le point que vous alliez soulever? Je vois votre main.

M. Randall Garrison: J'ai essayé de lever la main avant que nous passions au vote.

Je dirais brièvement que je crois que la solution, c'est l'examen plus large exigé par la loi.

La présidente: Merci, monsieur Garrison.

[Français]

M. Luc Thériault: Madame la présidente, avant que vous ne mettiez trop rapidement fin à la réunion après la tenue du vote, je voudrais dire que j'aurai aussi une proposition à faire après ce vote.

[Traduction]

La présidente: Nous reviendrons à vous après le vote, monsieur Thériault. Je vous remercie.

Monsieur le greffier, pourriez-vous procéder au vote par appel nominal s'il vous plaît?

(La motion est rejetée par 6 voix contre 5.) [Voir le *Procès-verbal*]

La présidente: Monsieur Thériault, avant de vous donner la parole, je vais très rapidement rendre ma décision sur le rappel au Règlement soulevé par M. Virani lors de la réunion du 10 novembre.

Lors de notre dernière réunion, dans son rappel au Règlement, M. Virani remettait en question le caractère approprié d'une intervention de M. Cooper, qui faisait alors référence à une position qu'il aurait prise lors des délibérations à huis clos à la dernière réunion du sous-comité.

Dans *La procédure et les usages de la Chambre des communes*, troisième édition, aux pages 1089 à 1090, on lit ce qui suit: « Le Président a jugé que la divulgation de quelque partie que ce soit des délibérations d'une réunion à huis clos d'un comité constituait une question de privilège fondée de prime abord. »

J'aimerais rappeler aux députés ce principe important et les inviter, dans leurs interventions au Comité, à prendre garde de ne pas faire référence directement, indirectement ou accidentellement à la nature et au contenu des délibérations qui ont eu lieu pendant ces réunions à huis clos. Veuillez noter, cependant, que les décisions favorables issues de ces délibérations sont considérées comme publiques.

La question étant clarifiée, je considère maintenant que l'affaire est close. Je vous remercie.

Avant de céder la parole à M. Thériault, je rappelle aux députés que la date limite pour les amendements au projet de loi C-7 est le vendredi 13 novembre à 16 heures, au plus tard. Si vous avez des questions concernant la rédaction, etc., veuillez communiquer avec notre greffier législatif. Son adresse électronique vous a été communiquée.

Cela dit, nous passons à M. Thériault.

• (1330)

L'hon. Rob Moore: J'invoque le Règlement, madame la présidente.

La présidente: Je suis vraiment désolée, monsieur Moore, je crois que M. Thériault avait un rappel au Règlement avant vous. Je vais donc d'abord donner la parole à M. Thériault.

Allez-y, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: Je vous remercie, madame la présidente.

Je voulais soulever cette question du dépôt des amendements, actuellement prévu d'ici 16 h demain. Je pense que la séance que nous avons eue aujourd'hui était plus substantielle qu'à l'habitude et qu'il serait peut-être plus sage de disposer d'un peu plus de temps pour soumettre des amendements judiciaires.

Je propose donc que la remise des amendements puisse se faire d'ici 16 h lundi prochain, au lieu de demain vendredi.

[Traduction]

La présidente: Merci, monsieur Thériault.

Je vais m'adresser au greffier. Je regrette que nous n'ayons pas demandé plus tôt à notre greffier législatif de s'exprimer sur cette question.

Monsieur le greffier, pouvez-vous nous dire pourquoi ce délai a été fixé et nous parler des restrictions qui empêchent un greffier législatif de fournir l'ensemble des amendements à tous les députés?

[Français]

Le greffier: Avec plaisir, madame la présidente.

Les gens qui analysent les amendements soumis par les députés au projet de loi C-7 auront besoin d'environ 48 heures ouvrables pour examiner ces amendements, juger de leur recevabilité du point de vue de la procédure et les assembler en trousse qui sera distribuée aux députés afin de faciliter leur examen de chacun des articles du projet de loi.

Si le Comité décide de repousser la date limite pour soumettre les amendements à ce projet de loi à lundi prochain, il devra repousser la date du début de son examen de chacun des articles du projet de loi.

Si un tel report n'est pas souhaité par une majorité des membres du Comité, il faudra s'en tenir à la date qui a été fixée par le Comité, soit demain à 16 heures, quitte à accepter des amendements supplémentaires dans la matinée du lundi 16 novembre. Ces amendements pourraient alors être traités le plus rapidement possible pour être ajoutés à la trousse destinée aux membres du Comité aux fins de l'examen qui doit débiter mardi prochain.

[Traduction]

La présidente: Merci de la réponse, monsieur le greffier.

Je rappelle à M. Thériault que nous avons établi cette date limite en fonction des décisions prises au comité directeur. Si le député souhaite proposer une motion, nonobstant les décisions qui ont déjà été prises, c'est possible. Nous pouvons aussi voter à main levée, pour exprimer un oui ou un non. Essentiellement, monsieur Thériault, c'est à vous de décider si vous voulez présenter une motion.

[Français]

M. Luc Thériault: Madame la présidente, je pensais l'avoir présentée.

J'ai présenté une motion pour que nous reportions l'échéance de vendredi 16 heures à lundi 16 heures. Maintenant, le greffier ouvre la porte à un genre de compromis quant à la recevabilité des amendements, mais je maintiens ma motion. Si mes collègues y sont opposés, qu'ils la rejettent et prenons bonne note du commentaire du greffier.

• (1335)

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

Dans ce cas, nous allons mettre la question aux voix.

Monsieur le greffier, veuillez procéder au vote par appel nominal.

Le greffier: Madame la présidente, avant de nommer les députés, je voudrais simplement souligner que si le Comité choisit de repousser la date limite au lundi 16 novembre, à 16 heures, le Comité ne pourra pas examiner les amendements à la réunion du mardi 17 novembre au matin.

La présidente: Merci.

(La motion est rejetée par 6 voix contre 5. [Voir le Procès-verbal])

La présidente: La motion est rejetée. Merci, monsieur Thériault.

Nous passons à M. Moore, qui avait un rappel au Règlement.

L'hon. Rob Moore: Merci de votre décision, madame la présidente.

J'ai un bref commentaire à faire. Certains députés ont fait référence à la décision du comité directeur. Ce n'est pas un problème, les décisions sont publiques. Cependant, lorsque les députés, comme l'a fait M. Virani à plusieurs reprises, parlent d'une voie à suivre pour notre comité et font référence à la réunion du comité directeur en indiquant que des députés du Parti conservateur y ont assisté, cela suppose que les décisions ont été prises à l'unanimité, ce qui revient à révéler ce qui s'est passé au comité directeur.

Si nous pouvions limiter nos discussions sur le comité directeur aux décisions, comme vous l'avez dit dans votre décision, je pense que cela aiderait tout le monde et que les choses iraient beaucoup mieux.

Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Moore.

Je maintiens ma décision, qui est un rappel à tous les députés de garder à l'esprit que « Le Président a jugé que la divulgation de quelque partie que ce soit des délibérations d'une réunion à huis clos d'un comité constituait une question de privilège fondée de prime abord. » J'invite de nouveau tous les députés à faire preuve de prudence afin de veiller au respect des principes énoncés dans *La procédure et les pratiques de la Chambre des communes* dans la façon dont nous menons les travaux des comités.

Merci beaucoup.

Allez-y, monsieur Virani.

M. Arif Virani: Madame la présidente, mon intégrité est mise en doute par M. Moore, et j'en suis profondément vexé.

J'ai pesé mes mots. J'en ai fait un usage très judicieux ici et dans le comité précédent. S'il y a quelqu'un qui a été réprimandé au Co-

mité, c'est bien M. Cooper, le collègue de M. Moore, comme vous l'avez fait dans votre décision, ce que j'ai trouvé très édifiant.

Je vous remercie beaucoup, mais je regrette ce que cela sous-tend. Je n'essaie pas de faire indirectement ce qui ne peut être fait directement.

Je vous remercie, monsieur Moore, pour vos efforts — en vain — à cet égard.

La présidente: Allez-y, monsieur Maloney.

M. James Maloney: Madame la présidente, si cela peut rassurer M. Moore, je n'ai jamais interprété les propos de qui que ce soit comme sous-entendant l'unanimité, étant donné ceux qui siègent au comité directeur.

La présidente: Merci de cette précision, monsieur Maloney.

Encore une fois, je rappelle aux députés d'être prudents dans leurs propos afin de maintenir le décorum et respecter les principes et l'esprit de *La procédure et les pratiques de la Chambre des communes*.

Je ne vois pas d'autres points à l'ordre du jour. La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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