



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la justice et des droits de la personne

JUST • NUMÉRO 011 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 3 mai 2016

—
Président

M. Anthony Housefather

Comité permanent de la justice et des droits de la personne

Le mardi 3 mai 2016

• (0850)

[Traduction]

Le président (M. Anthony Housefather (Mont-Royal, Lib.)): La séance est ouverte.

Je vous remercie de votre présence à la séance du Comité permanent de la justice et des droits de la personne. Je suis ravi de vous accueillir tous dans le cadre de nos discussions sur le projet de loi C-14.

[Français]

Nous recevons aujourd'hui quatre différents témoins, soit le Dr Georges L'Espérance, président de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité. Il est accompagné de la Dre Nacia Faure.

[Traduction]

Nous accueillons également Mme Sally Guy, qui représente l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux. Je vous remercie beaucoup de votre présence.

M. Theo Boer, qui est professeur d'éthique et qui a de l'expérience en Hollande à cet égard, comparait à titre personnel. Bienvenue, monsieur Boer.

M. Theo Boer (professeur, Éthique, à titre personnel): Merci.

Le président: Comme je l'ai expliqué, chacun de vous dispose de huit minutes pour présenter un exposé au Comité. Je vous demande de parler du projet de loi dont nous sommes saisis, et non de votre point de vue général sur le sujet. Nous ne tentons pas de reproduire les travaux du Comité spécial; nous voulons entendre votre point de vue sur les modifications proposées ou sur les mesures dont nous sommes saisis. Je vous remercie beaucoup de votre présence.

[Français]

Nous allons commencer par le Dr L'Espérance et la Dre Faure.

Je vous souhaite la bienvenue. Vous disposez de huit minutes pour faire votre présentation.

[Traduction]

Dr Georges L'Espérance (président, Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité): Merci beaucoup.

Au nom de la Dre Faure et de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, ainsi qu'en mon nom, je veux dire que nous sommes très heureux d'être ici et que nous vous remercions beaucoup de nous donner l'occasion de discuter de ce très important projet de loi.

[Français]

Je m'appelle Georges L'Espérance. Je suis neurochirurgien et président de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité.

Comme tout neurochirurgien, j'ai été amené au fil de ma carrière à traiter des gens victimes de tumeurs cérébrales, d'hémorragies cérébrales et de traumatismes cérébraux majeurs. Certains évoluent bien alors que d'autres vivent une longue détérioration qui peut s'échelonner sur plusieurs années. Tous ces êtres humains ont eu un nom et une vie.

Certains autres patients sont dans la fleur de l'âge, comme ma petite soeur cadette décédée il y a un an, à l'âge de 49 ans, d'un cancer de l'ovaire avec métastases cérébrales. Elle est décédée en soins palliatifs après une agonie indigne. C'est aussi le propre de plusieurs maladies neurologiques dégénératives telles que la sclérose latérale amyotrophique, la démence et d'autres maladies.

Je suis accompagné aujourd'hui de la docteure Nacia Faure, endocrinologue de formation, qui s'est consacrée avec compassion et dévouement aux soins palliatifs au cours des dernières années de sa carrière. Elle est parfaitement bien placée pour défendre le concept selon lequel l'aide médicale à mourir doit faire partie des soins palliatifs pour les quelques personnes qui le demandent.

Nous représentons avec fierté l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité fondée en 2007 par Mme Hélène Bolduc et qui milite depuis pour que chaque personne ait une fin de vie conforme aux valeurs de dignité et de liberté qui l'ont toujours animée. Nous n'abordons ici que les aspects purement médicaux et nous laissons à d'autres l'argumentaire juridique.

L'Association comprend que le projet de loi C-14 vise à modifier des articles spécifiques du Code criminel et n'est pas comme tel un projet de loi sur l'aide médicale à mourir. En ce sens, le projet de loi C-14 n'a pas à réitérer la protection de l'objection de conscience d'un médecin, infirmier clinicien ou pharmacien. Ces considérations essentielles sur un sujet aussi sensible doivent être intégrées dans les lois provinciales qui encadrent ou encadreront l'aide médicale à mourir.

L'objection de conscience est un concept bien reconnu, basé sur les convictions profondes d'un individu, mais pas d'une institution. À la suite du jugement unanime de la Cour suprême, deux aspects spécifiques du projet de loi C-14 doivent selon nous être bonifiés, soit la possibilité d'aide médicale à mourir pour les personnes avec pathologies chroniques débilatantes mais non terminales à court ou moyen terme et les dispositions sur les directives médicales anticipées.

Pour les personnes avec pathologies chroniques débilatantes mais non terminales à court ou moyen terme, les exemples les plus frappants et qui occupent l'esprit d'une majorité de citoyens concernent les patients avec pathologies neurodégénératives ou traumatiques. Lorsque les capacités cognitives sont préservées, elles permettent un consentement éclairé. Il en est de même des patients avec pathologies chroniques débilatantes, comme l'insuffisance respiratoire avancée, l'insuffisance cardiaque et ainsi de suite.

Aujourd'hui, il est admis que toute personne reconnue apte peut refuser tout examen et tout traitement même au risque de mettre sa vie en danger. De multiples décisions des cours suprêmes du Canada et des États-Unis ont toujours accordé à ces patients le droit de cesser tous les traitements même si la mort en est la conséquence inéluctable, immédiate ou à court terme.

Tout adulte atteint d'une maladie incurable ou affligé de souffrances insupportables devrait avoir la possibilité de recevoir de l'aide médicale à mourir au moment et de la manière qui lui paraissent opportuns au lieu de devoir s'infliger des souffrances inutiles pour se conformer aux critères d'une loi trop restrictive. On pense ici, bien sûr, à ces patients qui s'infligent un jeûne terminal qui peut durer plusieurs semaines.

Il serait très paradoxal qu'un tel droit de refus thérapeutique existe, avec son cortège de souffrances et d'agonies souvent interminables, mais pas celui du dernier geste compassionnel d'un soignant envers l'humain en face de lui. Les soins palliatifs, malgré leur grande utilité, n'ont pas réponse à tout.

Arrive un moment où la médecine est à bout de ressources et celui où le patient considérant que sa propre dignité est en cause ne veut plus vivre ce cauchemar quotidien dans lequel son corps est enfermé. Il est du devoir de la médecine de l'aider à assumer sa dignité si tel est son désir réfléchi et répété.

L'alternative pour ces patients — en dépit des meilleurs soins de confort — est de se donner la mort, ou de tenter de le faire, dans des conditions le plus souvent indignes. La décision de demander de l'aide médicale à mourir revient au premier intéressé, soit le malade lui-même.

Ce problème clinique bien réel doit être inclus dans le paragraphe 241.2(2) du projet de loi C-14, sous la forme de la recommandation numéro 2 du rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir qui dit ceci:

Que l'aide médicale à mourir soit accessible aux personnes atteintes de maladies terminales et non terminales graves et irrémédiables leur causant des souffrances persistantes qui leur sont intolérables au regard de leur condition.

Comme d'autres l'ont souligné, les limites temporelles qu'impose le projet de loi C-14 ouvrent la porte à des contestations juridiques qui seront très pénibles pour les patients avec des pathologies chroniques et qui voudront faire valoir leurs droits en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés.

Dre Nacia Faure (ancienne endocrinologue et médecin en soins palliatifs, Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité): Le second grand problème est celui des directives médicales anticipées.

L'Association appuie sans réserve l'esprit de la recommandation 7 du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir du Parlement canadien, à savoir de permettre la demande anticipée d'aide médicale à mourir dans le cas d'une personne qui a reçu un diagnostic de maladie neurodégénérative qui, éventuellement, engendrera une perte de capacité cognitive, et ce, afin qu'elle puisse bénéficier de cette possibilité au moment choisi par elle ou par un mandataire. L'alternative à la déchéance finale, courte ou longue et bien sûr inexorable, est la possibilité, et non l'obligation, de terminer sa vie en douceur, selon ses propres convictions et non pas celles d'autres personnes, quelles qu'elles soient.

L'Association demande donc d'inclure au paragraphe 241.2(1) la disposition suivante:

Que l'on autorise le recours aux demandes anticipées d'aide médicale à mourir après qu'une personne aura reçu un diagnostic de problème de santé grave ou irrémédiable qui lui fera vraisemblablement perdre ses capacités cognitives. On

appliquera aux demandes anticipées les mêmes mesures de protection que pour les demandes d'aide médicale immédiate.

J'aimerais dire quelques mots sur les personnes présentement inaptes, sur les mineurs ainsi que sur la problématique de la santé mentale.

Dans l'état actuel des choses, l'Association est entièrement favorable au maintien de l'interdiction touchant les personnes inaptes qui n'auraient pas formulé leurs directives médicales anticipées ainsi que toutes les personnes nées avec un déficit cognitif ou qui ont perdu leurs capacités cognitives avant d'avoir pu exprimer leurs volontés de façon explicite et éclairée. Il ne doit y avoir pour la société aucune confusion possible entre l'aide médicale à mourir et l'eugénisme. Quant aux personnes mineures et aux patients souffrant de pathologies psychiatriques primaires, la réflexion doit se poursuivre et s'alimenter d'échanges avec des pays qui font face aux mêmes questionnements. Nous pourrions tous bénéficier d'une réflexion commune, menée et partagée par plusieurs pays.

● (0855)

Dr Georges L'Espérance: Enfin, je vous livre une dernière réflexion sur le suicide assisté.

L'Association se questionne sur une disposition du projet de loi C-14, soit l'alinéa 241.1b), qui nous semble donner ouverture à une forme de suicide assisté. Nous soutenons qu'il doit être très clair que l'aide médicale à mourir est — et doit rester — dans le cadre strict d'un acte médical, et donc administrée par un médecin, une infirmière clinicienne ou un infirmier clinicien, selon les dispositions législatives de chaque province.

Il y a quatre raisons essentielles à cela.

Premièrement, c'est la science médicale contemporaine qui a fait en sorte que les personnes atteintes de maladies sérieuses et graves survivent de façon très satisfaisante pendant un certain temps. Il est de la responsabilité de la médecine d'aider les personnes jusqu'au bout et de respecter leur autonomie ainsi que leur dignité lorsqu'elles n'en peuvent plus, autant physiquement que psychologiquement.

Deuxièmement, la présence immédiate et compassionnelle d'un médecin ou d'un infirmier clinicien est nécessaire pour faire face à un éventuel problème lors de l'administration de l'aide médicale à mourir.

Troisièmement, il est essentiel de s'assurer d'un cadre très strict sur le plan déontologique, professionnel, moral et de responsabilité professionnelle.

Quatrièmement, il faut éviter toute confusion entre l'aide médicale à mourir et le suicide inopiné d'une personne, qui est toujours un drame indicible.

Nous comprenons l'objectif voulant qu'on ne criminalise pas une personne qui en aiderait une autre à recourir au suicide assisté, que ce soit en Suisse ou ailleurs. Cependant, la possibilité de l'aide médicale à mourir au Canada devrait éliminer cette alternative, et ce, en toute équité, nonobstant les capacités physiques, financières ou psychosociales de la personne qui fait face à cette déchéance.

Je vous remercie de votre écoute.

Le président: Je vous remercie beaucoup de nous avoir livré cette présentation.

[Traduction]

Mme Sally Guy (travailleuse sociale et analyste politique, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux): Merci, et bonjour à tous.

Au nom des membres du conseil d'administration de l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux et de nos organisations partenaires des provinces et des territoires, j'aimerais remercier le Comité d'avoir choisi d'entendre le point de vue des travailleurs sociaux au sujet du projet de loi C-14.

Notre organisme a été fondé en 1926. Il s'agit du porte-parole national de la profession. Notre mandat comporte deux volets: promouvoir la profession et faire avancer les questions de justice sociale au Canada.

Je vais aller droit au but et parler du projet de loi C-14. Bien que les travailleurs sociaux n'administreront pas de substance causant la mort, logiquement, ils participeront aux consultations qui amèneront des gens à opter pour l'aide médicale à mourir. Les travailleurs sociaux peuvent également faire partie des fournisseurs de soins de santé auprès desquels un client pourrait exprimer des inquiétudes sur sa fin de vie, et qui pourraient être les premières personnes-ressources à cet égard.

En tant que membres essentiels d'équipes interdisciplinaires, et bien souvent, en tant qu'uniques professionnels de la santé ou de la santé mentale ou ressources d'aide disponibles dans certaines régions rurales, éloignées ou nordiques, les travailleurs sociaux doivent être en mesure de fournir des services de consultations thérapeutiques; d'aider les clients, leur famille, et même leurs réseaux; et d'orienter les gens vers des services sur le sujet de l'aide médicale à mourir. Il faut qu'ils soient en mesure de faire tout cela sans craindre des répercussions de nature criminelle.

Il est très important que les clients qui envisagent de recourir à l'aide médicale à mourir puissent faire part de leurs préoccupations au fournisseur de soins de leur choix. Il est également important que les fournisseurs de soins qui participent aux discussions sur la fin de vie, ou même aux consultations, puissent le faire sans craindre de commettre une infraction s'ils le font.

C'est pourquoi l'ACTS est préoccupée par le manque de précision au sujet de l'exemption pour les personnes qui aident un praticien et celles qui aident un patient en vertu de l'alinéa 241b) du Code criminel, précisément puisque cela pourrait s'appliquer à des travailleurs sociaux. De plus, le projet de loi C-14 est fortement axé sur le geste en tant que tel — le fait de fournir ou d'administrer une substance causant la mort dans le cadre de l'aide médicale à mourir — en mettant peu l'accent sur le processus préalable, le processus de consultation.

Nous demandons des précisions au sujet de l'alinéa 241a), c'est-à-dire qu'il faut savoir si les travailleurs sociaux qui participeront à la prestation des soins aux patients menant à la décision d'opter pour l'aide médicale à mourir pourraient être considérés comme des gens qui conseillent à une personne de se donner la mort ou qui l'encouragent à le faire. Bien entendu, nous voulons éviter cela.

Afin que le problème soit réglé, nous recommandons que le projet de loi C-14 soit amendé en y précisant le sens de « conseiller ». Les fournisseurs de services en santé mentale fournissent des services de consultations thérapeutiques et ont tout le temps des conversations thérapeutiques avec leurs clients. Dans ce contexte, « conseiller » n'a pas du tout le même sens que ce qu'indique l'alinéa 241a). Nous pensons que le problème pourrait être réglé facilement par le remplacement du mot « conseille » à l'alinéa 241a) par « persuade » et « encourage ». Le libellé se lirait donc comme suit: « persuade une personne à se donner la mort ou l'encourage à le faire ».

De plus, nous recommandons l'ajout d'un passage ou la modification du libellé afin que soit prévue une exemption pour les travailleurs sociaux qui discutent de l'aide médicale à mourir avec

des clients, ce qui pourrait être défini par la prestation de services de consultations thérapeutiques; l'orientation vers des sources d'information; l'aide aux clients, à leur famille, et même à leur réseau élargi; et bien entendu, l'orientation des patients vers des services.

Cela ferait simplement en sorte qu'aucun travailleur social qui discute du sujet de l'aide médicale à mourir avec une personne ou un client, que ce soit avant ou après que la personne a pris sa décision, ne serait considéré comme un individu ayant commis une infraction en vertu des alinéas 241a) et b); et également qu'aucun travailleur social qui aide un praticien ou un patient en discutant avec la personne du sujet de l'aide médicale à mourir ne serait considéré comme un individu ayant commis une infraction.

J'espère avoir été assez brève.

Cela dit, je veux encore une fois vous remercier d'entendre le point de vue des travailleurs sociaux. Je serai ravie de répondre à toutes vos questions.

● (0900)

Le président: Je vous remercie beaucoup. Permettez-moi de dire simplement que c'était un exposé très pertinent qui correspond exactement à ce que nous demandions. Vous vous en êtes tenue aux mesures législatives, et vous nous avez fait part des amendements que vous aimeriez voir apporter.

C'est à votre tour, monsieur Boer.

M. Theo Boer: Mesdames et messieurs, j'aimerais remercier le Comité de m'avoir invité. Je vais faire quelques observations, mais je parlerai ensuite du projet de loi.

En 2001, le Parlement néerlandais a adopté une loi qui ressemble en grande partie au projet de loi C-14.

J'ai fait partie d'un comité d'examen sur l'euthanasie pendant 10 ans. C'est un comité qui détermine, après coup, si l'aide à la mort a été pratiquée conformément à la loi. Au cours de ces années, j'ai examiné 4 000 cas d'euthanasie.

Selon les conclusions d'une étude gouvernementale de 2012, qui se fonde sur des données recueillies dès 2010, la loi néerlandaise est solide. Jusqu'à ce jour, on cite cette étude pour confirmer la solidité de la loi.

Il est vrai que la loi néerlandaise sur l'euthanasie aide bon nombre de patients très malades. Elle fournit aux médecins la protection légale nécessaire et, ce faisant, assure la transparence.

Cependant, le contexte a changé depuis 2010. La semaine dernière, les comités d'examen sur l'euthanasie ont présenté leur rapport annuel, que je peux vous montrer. Il a été présenté il y a une semaine à peine. Il indique que le nombre de personnes qui ont recours à l'euthanasie a augmenté considérablement, c'est-à-dire que depuis 2010, le nombre de cas est passé de 3 000 à 5 500. Aujourd'hui, l'euthanasie est la cause de la mort de 1 patient sur 25, et nous avons constaté une hausse importante concernant les pathologies pour lesquelles des gens demandent l'euthanasie. Par exemple, le nombre de patients atteints de démence est passé de 25 à 110 en 5 ans. Le nombre de patients psychiatriques est passé de 2 à 56 l'an dernier. De même, auparavant, une poignée de gens atteints de maladies liées à l'âge avaient eu recours à l'euthanasie; on en est à 200 personnes. Contrairement à ce qu'on pourrait s'attendre, le taux de suicide a lui aussi augmenté de 36 % au cours de la même période.

Avant la fin de la semaine, une personne qui m'est très chère mourra par l'euthanasie. Il s'agit d'un homme dans la trentaine qui souffre des conséquences d'une opération pour changer de sexe, qu'il considère maintenant comme une erreur cruciale. Nous avons beaucoup communiqué ensemble, et je l'ai prié de ne pas prendre une autre décision irrévocable. Toutefois, la possibilité de recourir à l'euthanasie a fait en sorte qu'il ne veut pas envisager sérieusement une autre solution. Pour reprendre les termes qui figurent à l'alinéa 241.2(2)c) de votre projet de loi, il juge que ce traitement n'est plus acceptable.

Dans le Canada actuel, mon ami serait toujours en vie. Il n'avait pas besoin de pressions externes, car la solitude, le désespoir, le mépris de soi et le climat social, dans lequel l'euthanasie représente une solution à de graves souffrances, ont suffi. Je pense honnêtement que la loi a contribué à créer ce climat. C'est pourquoi je suis d'avis qu'il faudrait peut-être apporter des modifications au projet de loi C-14. Je ne doute pas que les intentions médicales liées au projet de loi C-14 soient bonnes, nobles et importantes, mais je m'interroge sur l'efficacité de ce critère, qui figure dans le préambule: « solides ».

Aux Pays-Bas, nous utilisons exactement le même libellé concernant nos critères. Toutefois, 15 ans plus tard, je peux vous dire que même le plus solide des critères peut fondre. Une fois que de nouvelles catégories de patients commencent à explorer les limites de la loi, le critère relatif aux souffrances intolérables, par exemple, devient identique à ce que souhaite un patient. Après tout, si une personne insiste et demande l'euthanasie, qui sommes-nous pour remettre en question le caractère intolérable de ses souffrances? Ou, si une personne refuse les soins palliatifs, qui sommes-nous pour insister et lui dire qu'il y a des moyens d'apaiser ses souffrances de façon moins radicale?

L'évolution de la situation aux Pays-Bas est encore plus remarquable compte tenu de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs depuis les années 1990, les années qui ont précédé l'adoption de la loi sur l'euthanasie.

Dans un article d'une revue de l'Association médicale royale des Pays-Bas, deux éthiciens et un médecin ont proposé 10 règles pour les patients qui veulent recourir à l'euthanasie; par exemple, soyez capables de bien vous exprimer, mais restez humbles; ne donnez pas à votre médecin l'impression que vous êtes déprimés; si vous aimez toujours vos passe-temps, ne le dites pas; et insistez sur l'importance de vos souffrances physiques.

● (0905)

Selon une enquête de l'Association médicale royale des Pays-Bas qui a été publiée l'an dernier, 70 % des médecins du pays se sont sentis obligés de pratiquer l'euthanasie, et 64 % sont d'avis que les pressions ont augmenté.

Mesdames et messieurs, la décision que vous prendrez bientôt est l'une de celles qui ont la plus grande portée parmi les décisions qu'un Parlement peut prendre. Le résultat aura une influence sur la façon dont les Canadiens mourront d'ici 30 ou 40 ans. Plus fondamentalement, il aura des répercussions sur la façon dont les gens définiront la souffrance et dont ils l'affronteront. Par conséquent, permettez-moi de faire trois observations.

Premièrement, le projet de loi C-14 soustrait l'euthanasie du Code criminel. Normalement, une personne a le droit de faire tout ce qui ne contrevient pas à la loi. Les médecins auront donc le droit de pratiquer l'euthanasie en respectant les conditions imposées. Ce droit de causer la mort fait partie des éléments particuliers du projet de loi. Tuer une personne signifie qu'on pose le geste intentionnel, direct et irréversible d'enlever la vie d'une personne. Même si la personne en

fait la demande, une telle décision devrait toujours demeurer l'exception. Une société qui légalise l'euthanasie aura nécessairement un lien ambigu avec la détermination qu'elle a de prévenir le suicide. Je ne crois pas que l'exemption du Code criminel envoie le bon signal. Je proposerais le système néerlandais, dans le cadre duquel les médecins sont punissables — bien que ce soit exigeant — jusqu'à ce qu'ils démontrent qu'ils ont agi conformément aux exceptions décrites dans la loi, à cet égard.

Deuxièmement, compte tenu de la nature foncièrement problématique et éthique du geste de causer la mort d'une personne, je pense qu'il est souhaitable que le projet de loi C-14 contienne des mesures claires visant à protéger la liberté de conscience des professionnels de la santé.

Troisièmement, je ne suis probablement pas le seul à être déconcerté par le fait que l'exigence voulant qu'une mort naturelle doive être raisonnablement prévisible ne contient aucune précision. Après coup, je crois que la plus grande erreur qui a été commise aux Pays-Bas, c'est qu'on n'a pas inclus de disposition liée à l'espérance de vie. C'est ce qui a fait en sorte que — et j'ai fait une recherche là-dessus — le temps, en moyenne, entre l'euthanasie et la mort naturelle qui était prévue est passé de jours ou de semaines à des mois, et dans certains cas, des années ou même des décennies.

Bien entendu, toute période a un caractère aléatoire. Cependant, ne pas la préciser comporte de plus gros inconvénients encore, car on renonce au seul élément de la loi qui a un caractère objectif. Je vous recommande fortement, même en étant conscient [*Note de la rédaction: inaudible*] avantages, d'inclure une période claire et non négociable, comme trois ou six mois; et d'entreprendre des consultations, toujours, afin d'alléger la souffrance; et de veiller aux besoins des gens dont l'espérance de vie est plus longue. Si nous l'avions fait dans mon pays, nous n'assisterions pas aux dérapages que nous voyons maintenant.

Merci beaucoup.

● (0910)

L'président: Merci beaucoup, monsieur Boer.

Nous passons maintenant aux questions.

C'est le Parti conservateur qui commence. Je cède la parole à M. Nicholson.

L'hon. Rob Nicholson (Niagara Falls, PCC): Je vous remercie beaucoup de vos témoignages.

Permettez-moi de commencer par vous, monsieur Boer.

Vous avez dit qu'aux Pays-Bas, les médecins se sentent obligés de pratiquer l'euthanasie. La loi néerlandaise contient-elle des dispositions sur l'objection de conscience?

M. Theo Boer: Ce n'est pas nécessaire [*difficultés techniques*], car en principe, l'euthanasie est un geste punissable. On ne peut obliger une personne à faire quelque chose de toute urgence.

L'hon. Rob Nicholson: C'est que dans votre exposé, vous avez dit qu'une proportion croissante de médecins se sentent obligés de le faire. Pourquoi?

M. Theo Boer: L'ancienne ministre de la Santé, Mme Els Borst, était une libérale et avait présenté la mesure. Dès le départ, elle avait insisté pour que les professionnels de la santé soient libres d'accepter ou de refuser de pratiquer l'euthanasie. Elle détestait également voir que des médecins se sentaient obligés, d'un point de vue moral, de pratiquer l'euthanasie. Elle a été assassinée il y a un an.

Je dirais que malgré l'adoption de notre loi, la pression de la société est forte...

L'hon. Rob Nicholson: Monsieur L'Espérance, à l'heure actuelle, il y a un certain nombre de cas de suicide assisté et d'euthanasie au Québec. Croyez-vous que le projet de loi changera les choses, et si c'est le cas, quelle est la différence?

Dr Georges L'Espérance: Comme je l'ai dit, je crois qu'on devrait déterminer très clairement la façon de procéder et qu'on devrait préciser par écrit que l'aide au suicide, à notre avis, n'est pas une bonne chose, car cela s'apparente trop au suicide. C'est pourquoi je suis fortement d'avis — et je ne suis pas le seul — que l'aide médicale à mourir devrait être limitée au domaine médical, comme je l'ai dit. Nous ne devrions absolument pas offrir l'aide au suicide, car cela engendre trop de problèmes; par exemple, la personne peut rater une tentative de suicide, et c'est une horrible possibilité.

L'hon. Rob Nicholson: À votre avis, cette loi changera-t-elle beaucoup ce qui se fait déjà au Québec?

[Français]

Dr Georges L'Espérance: Il n'y a pas de place au Québec pour le suicide assisté. C'est une question d'ordre médical.

[Traduction]

Il s'agit strictement de l'aide médicale, et je crois que c'est important.

L'hon. Rob Nicholson: Vous avez également mentionné que cela devrait être mis en oeuvre par... vous avez mentionné les médecins, mais vous avez parlé d'un clinicien quelconque. Quelle serait votre définition d'un clinicien quelconque?

[Français]

Dr Georges L'Espérance: Dans la loi du Québec, les infirmiers et infirmières cliniciens ou praticiens ne sont pas inclus. C'est la raison pour laquelle nous soulignons que

[Traduction]

cela dépend des dispositions législatives de chaque province, car la loi fédérale vise les infirmières et infirmiers cliniciens. C'est ce qui explique cela.

L'hon. Rob Nicholson: Madame Faure, croyez-vous que la portée de cette loi devrait être élargie pour inclure les mineurs?

Dre Nacia Faure: Au Québec, comme vous le savez, la loi s'applique depuis quelques mois à partir du moment où tout a été bien fait. Je crois que le nombre de patients était de 15 ou 20, selon le Collège des médecins. Tout a très bien été.

En ce qui concerne l'élargissement de la portée de la loi pour inclure les mineurs, je crois que c'est un peu tôt pour nous. Ce sont des questions très délicates. La population doit...

• (0915)

L'hon. Rob Nicholson: À votre avis, à long terme, cette loi visera-t-elle les mineurs?

[Français]

Dre Nacia Faure: Nous devons considérer ce point dans un deuxième temps. Pour l'instant, nous avons une loi importante pour

les patients et nous allons la laisser fonctionner quelques mois ou quelques années. Nous discuterons de cette possibilité plus tard, en tenant compte des expériences d'autres pays. Pour l'instant, nous croyons qu'il serait prématuré d'inclure les personnes d'âge mineur.

Dr Georges L'Espérance: Il y a également une différence entre un mineur de 14 ans et un de 16 ans.

[Traduction]

Ce sont des notions et des problèmes très difficiles auxquels nous devrions réfléchir davantage.

L'hon. Rob Nicholson: Madame Guy, je n'ai pas d'exemplaire de l'amendement que vous avez proposé. J'aimerais l'obtenir. Vous l'avez peut-être déposé au Comité, je ne sais pas. Je ne l'ai pas, mais si vous l'avez par écrit, j'aimerais le consulter.

Mme Sally Guy: Il est clairement écrit dans la demande que nous avons faite en ligne. Il n'est pas dans les notes de mon exposé oral, mais je peux certainement vous le fournir.

L'hon. Rob Nicholson: J'ai hâte de le recevoir. Je vous remercie de votre témoignage.

Monsieur le président, je n'ai pas d'autres questions.

Le président: Merci, monsieur Nicholson.

La parole est maintenant à M. Fraser.

M. Colin Fraser (Nova-Ouest, Lib.): Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier les témoins d'avoir comparu aujourd'hui et d'avoir livré des exposés. Ces renseignements nous seront très utiles.

[Français]

Ma première question s'adresse à l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité et, plus particulièrement, à M. L'Espérance.

Certains organismes et des membres de ce comité estiment qu'une personne atteinte de troubles mentaux devrait consulter un psychologue avant qu'un médecin puisse lui fournir une aide médicale à mourir. Quel est votre position sur cette question?

[Traduction]

Dr Georges L'Espérance: Votre question contient deux parties.

[Français]

La première partie de votre question concerne les patients admissibles à l'aide médicale à mourir qui ont une maladie donnée et qui souffrent de problèmes psychologiques quels qu'ils soient. Au Québec, ces patients doivent être évalués par un psychologue et/ou un psychiatre. Nous sommes parfaitement d'accord avec cette exigence qui nous apparaît essentielle. La deuxième partie de votre question a trait aux patients ayant une pathologie psychiatrique primaire. Il est encore trop tôt pour parler d'aide médicale à mourir pour les patients atteints d'une maladie psychiatrique primaire.

Tant la société que le corps médical doivent faire une réflexion beaucoup plus approfondie avant de se prononcer sur cet enjeu. La majorité des psychiatres sont mal à l'aise avec cette question même si les patients psychiatriques sont des êtres humains comme tous les autres.

Il existe un problème de diagnostic des maladies psychiatriques qui varie souvent d'un psychiatre à un autre et, surtout, en ce qui a trait au pronostic des maladies psychiatriques. C'est la raison pour laquelle nous croyons que les personnes d'âge mineur et les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique primaire devraient pour l'instant être tenus en dehors du cadre de la loi et que nous devrions réfléchir plus amplement à cette question, tant comme société que comme médecins.

M. Colin Fraser: Merci.

Ma deuxième question s'adresse également aux représentants de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité.

Je m'interroge au sujet de l'expression « raisonnablement prévisible ». À l'heure actuelle, le projet de loi requiert que la mort naturelle soit « raisonnablement prévisible » pour qu'un individu puisse recevoir l'aide médicale à mourir. Que pensez-vous de cette expression? Croyez-vous qu'il faille fixer un délai spécifique?

J'aimerais aussi avoir vos commentaires concernant l'approche flexible contenue dans ce projet de loi.

Dre Nacia Faure: L'expression « raisonnablement prévisible » est certainement sujette à interprétation.

En matière de soins palliatifs, par exemple, qui est le domaine que je connais le mieux, il y a surtout des patients en oncologie. Dans leur cas, c'est relativement simple parce que la mort des patients qui sont en soins palliatifs et qui sont atteints d'un cancer avancé est prévisible dans un délai raisonnable. La définition de « délai raisonnable » cause beaucoup de problèmes aux gens qui souffrent de maladies chroniques et débilitantes, comme par exemple la sclérose latérale amyotrophique et la sclérose en plaques. Ces maladies sont très douloureuses. Elles progressent très lentement et les patients en viennent au point où ils n'en peuvent plus. Ils considèrent eux-mêmes qu'il n'y a plus de raison d'être et que la vie n'en vaut plus la peine.

Donc, dans le cas de ces patients, il est très difficile pour le médecin de prévoir le nombre d'années avant la mort. Cette question nous semble importante pour ces patients. Nous croyons qu'ils devraient avoir le droit de décider de mourir même si leur mort naturelle n'est pas imminente et même si elle pourrait prendre des mois à survenir. L'autre problème — et il se retrouve dans l'arrêt de la Cour suprême —, c'est que ces patients sont encore capables de prendre une décision. Ils sont capables de se rendre en Suisse pour avoir recours au suicide assisté et mourir. C'est horrible de les forcer à aller en Suisse et peut-être qu'ils y vont plus tôt qu'ils auraient été prêts à le faire. En somme, cela leur fait souvent précipiter leur décision et c'est pour cette catégorie de patients qu'il serait important de ne pas déterminer de délai précis.

• (0920)

[Traduction]

M. Colin Fraser: Merci beaucoup.

[Français]

Monsieur L'Espérance, vous aimeriez ajouter quelque chose à ce sujet?

Dr Georges L'Espérance: Permettez-moi d'aborder un dernier aspect.

L'expression « raisonnablement prévisible » est très floue en médecine. Les médecins, même ceux en soins palliatifs, qui se targuent de fixer un délai se trompent toujours ou très souvent, à moins que le patient soit à l'agonie. Il y a deux choses certaines dans la vie: la naissance et la mort. Entre les deux, pour la majorité d'entre

nous, il y a les impôts. Outre cela, on se trompe très fréquemment. Il faut donc vraiment qu'il y ait un ensemble de critères et de situations qui permettront d'évaluer un patient. C'est pour cela qu'il est impossible d'établir une période de temps donnée.

[Traduction]

M. Colin Fraser: Je vais maintenant m'adresser à M. Boer.

Le projet de loi entraînerait des modifications à notre Code criminel, et nous sommes donc dans le contexte du droit criminel. Je veux seulement m'assurer de vous avoir bien compris. Vous avez laissé entendre qu'essentiellement, la loi devrait interdire cette pratique, à moins que le médecin puisse prouver qu'il avait des motifs valables de pratiquer l'aide médicale à mourir.

Vous ai-je bien compris?

M. Theo Boer: Oui, je crois que ce que vous dites est exact. En néerlandais, le mot pour société est « samenleving », ce qui signifie vivre ensemble. Cela signifie que la société en tant que telle doit protéger la vie des personnes qui appartiennent à la communauté. Tout acte qui vise à tuer une personne devrait être justifié au cas par cas. Certains médecins considèrent que c'est un fardeau. D'un autre côté, de nos jours, les critères liés à l'euthanasie sont très précis, car les comités d'examen ont établi une jurisprudence, afin que cela ne soit plus un problème grave. Toutefois, vous avez raison, un médecin ne peut jamais en être sûr avant d'avoir reçu un avis du comité d'examen qui lui assure qu'il ne sera pas poursuivi en justice.

M. Colin Fraser: Je suppose...

Le président: Votre temps est écoulé.

Monsieur Rankin.

M. Murray Rankin (Victoria, NPD): Si vous me le permettez, j'aimerais vous poser ma première question, docteur Faure. Je vous remercie d'être venue, et d'appuyer la recommandation n° 7 du comité mixte du Sénat et de la Chambre. Je vous suis reconnaissant de ce que vous avez dit à cet égard.

Je crois que dans le projet de loi 52 du Québec, on avait d'abord envisagé d'inclure des directives préalables, mais on a finalement renoncé à ce projet. Pourriez-vous nous expliquer pourquoi et nous préciser ce qui motive votre appui à l'égard de cette recommandation formulée par le comité mixte?

Dre Nacia Faure: Au début, c'était écrit de cette façon.

[Français]

La première version de la loi qui a été déposée contenait beaucoup de points qui étaient selon nous importants. À force d'en discuter, il y a eu une très belle entente entre les partis politiques. Cela a vraiment été un exemple d'échange. Il n'y avait pas de partisanerie politique. Les gens étaient là en tant qu'êtres humains.

Tranquillement, pour s'assurer que la loi serait adoptée, il y a eu des concessions. La question des directives anticipées était difficile à accepter pour certains. On a donc décidé de faire adopter une loi qui serait acceptable pour le moment. Par la suite, ce sera un point à discuter lors d'autres occasions.

La loi devrait sûrement être amendée parce que c'est un point extrêmement important pour la population. Le vieillissement de la population étant de plus en plus important, les gens ont des craintes par rapport à la façon dont ils vont finir leur vie. C'est un point que notre association soutient fortement. Effectivement, on devra réviser la loi.

• (0925)

[Traduction]

M. Murray Rankin: J'aimerais donc savoir si vous êtes d'accord avec ce qu'a écrit le professeur Pewarchuk hier dans *The Globe and Mail*, c'est-à-dire que l'absence de directives préalables créerait un environnement dans lequel les personnes souffrant d'une maladie terminale évolutive devraient choisir entre mourir prématurément ou risquer de subir toutes les étapes de l'évolution naturelle de la maladie.

Je présume que vous acceptez cela et que vous êtes d'accord?

Dre Nacia Faure: Parfaitement. Oui.

M. Murray Rankin: Docteur L'Espérance, j'aimerais vous poser une question sur les mesures de protection des médecins en vigueur au Québec en ce qui concerne l'objection de conscience. Nous en avons beaucoup entendu parler ici. Certaines personnes ont laissé entendre que nous devons préciser ce point dans cette loi fédérale.

Maître Ménard nous a dit que d'un point de vue juridique, cela relevait de la compétence provinciale, mais manifestement, votre point de vue est médical. Tout d'abord, j'aimerais savoir s'il y a eu des problèmes liés à l'objection de conscience en ce qui concerne la protection des médecins. Deuxièmement, vous avez établi une distinction entre un individu et une organisation. Je présume que vous dites que contrairement aux individus, les institutions ne devraient pas avoir droit aux mesures de protection liées à l'objection de conscience. Vous ai-je bien compris?

Dr Georges L'Espérance: Absolument.

En ce qui concerne la première question, non, il n'y a pas de problème au Québec avec...

[Français]

l'objection de conscience.

[Traduction]

C'est quelque chose de tout à fait naturel, et c'est parfait.

[Français]

Quelles que soient les raisons de l'objection de conscience, c'est parfaitement normal.

Au Québec, il y a une obligation, pour un médecin qui refuse de donner l'aide médicale à mourir, de référer son patient à l'administration d'un établissement afin que celle-ci trouve un médecin qui la donnera. C'est exactement le même problème qui existait il y a 40 ans au sujet de l'avortement. C'est exactement la même chose. C'est parfaitement normal.

Maintenant, je dirais qu'une institution n'a pas à avoir un problème de conscience ou une objection de conscience, surtout pas si cette institution est publique. Dans le cas d'une institution privée, par exemple un hôpital catholique, musulman, juif ou d'une autre religion — quelle qu'elle soit, cela n'a aucune importance —, si elle est purement privée, elle doit avoir le droit d'établir certaines règles. À notre avis toutefois, si elle reçoit des fonds publics, elle doit s'incliner devant le désir du patient.

Une institution a l'obligation de donner des soins à des personnes, et l'aide médicale à mourir est le dernier soin, le soin ultime et compassionnel. Si le médecin ne veut pas le donner, c'est parfait, mais il doit référer son patient à quelqu'un d'autre.

Dre Nacia Faure: J'aimerais brièvement ajouter un point à cet égard.

Ce qui me désole depuis le début des discussions à ce sujet, c'est qu'on oublie souvent le patient. Dans tout cela, c'est la dignité du

patient, de l'individu, de la personne malade qui est important. On devrait tout faire pour aider le patient, car c'est lui qu'on doit aider. Les questions qui concernent les médecins et tout le reste, c'est bien beau, mais je crois qu'on oublie souvent l'essentiel.

[Traduction]

M. Murray Rankin: Je suis heureux que vous mettiez l'accent sur le patient. Si nous en parlons, c'est évidemment parce que la Cour suprême a déclaré, dans la décision Carter, que les médecins n'étaient pas tenus de fournir ce service en cas d'objection de conscience, et nous tentons de déterminer si le projet de loi doit prévoir cette mesure de protection.

J'aimerais ajouter, docteur L'Espérance, que je suis entièrement d'accord avec vous. Les institutions ne sont pas des individus, et il est inconcevable de percevoir de l'argent tout en refusant à des personnes d'exercer des droits constitutionnels.

[Français]

Dr Georges L'Espérance: Si vous me le permettez, j'aimerais dire que je laisse les juristes décider si l'objection de conscience doit faire partie ou non d'un amendement au Code criminel. Je ne suis pas avocat, mais dans mon esprit, je ne crois pas que cela fasse partie du Code criminel. Toutefois, cela fait bien sûr partie d'un encadrement juridique.

[Traduction]

M. Murray Rankin: Ai-je le temps de poser une question?

Le président: Vous avez le temps de poser une brève question.

M. Murray Rankin: Monsieur Boer, vous avez souligné, dans votre réponse à la question de mon collègue, M. Fraser, que vous étiez très préoccupé par l'utilisation des mots « raisonnablement prévisible », car cela manque réellement de précision.

Dans ce cas, que suggèreriez-vous relativement aux critères liés à l'espérance de vie dont vous avez parlé? Vous n'avez pas précisé comment nous pourrions, selon vous, modifier cette expression très vague contenue dans le projet de loi C-14.

M. Theo Boer: Permettez-moi d'ajouter que des institutions néerlandaises ont également invoqué l'objection de conscience. Par exemple, selon mes recherches, je sais que dans 41 000 cas d'euthanasie, il n'y avait aucun musulman. Dans ce cas, pourquoi obligerait-on un établissement de soins de santé musulman à offrir ce type de soins? Je ne vois pas pourquoi, et je crois que dans une société tolérante, lorsqu'un établissement n'offre pas ce type d'aide, on prend des arrangements et on choisit un autre établissement. Nos citoyens sont autonomes et ils savent quelle institution leur convient le mieux.

En ce qui concerne votre question, pourriez-vous répéter un mot, car...

• (0930)

M. Murray Rankin: Le mot était « prévisible ». Vous avez dit qu'aucune précision n'avait été ajoutée à l'expression utilisée. Comment pourrions-nous remédier à cela?

Le président: Pouvez-vous entendre?

Sa question concerne votre commentaire sur les mots « raisonnablement prévisible » utilisés dans le nouvel alinéa 241.2(2)d) proposé relativement aux critères d'admissibilité. Vous avez laissé entendre qu'une période de trois à six mois pourrait peut-être... Il vous demande de préciser votre suggestion.

M. Theo Boer: Merci. J'avais compris cela.

Comme je l'ai indiqué, je sais manifestement que de nombreux problèmes se posent. En effet, des problèmes d'ordre moral surgissent lorsqu'il faut établir une limite de temps. Par exemple, pourquoi accorderions-nous l'euthanasie à madame A, et non à monsieur B? Je sais qu'il y a des problèmes, mais il faut fixer des limites. Ensuite, il y a évidemment des problèmes sur le plan médical, car comment pouvons-nous déterminer qu'un patient ne vivra pas plus de six mois?

J'aimerais seulement ajouter que dans certains endroits — par exemple, en Oregon et en Suisse —, on établit des limites de temps, car on est gêné d'admettre qu'on ne connaît pas la meilleure solution. Le point que je tente de faire valoir, c'est seulement que ne pas avoir [difficultés techniques] du tout mène à des cas d'euthanasie comme celui de mon ami qui a subi des opérations, et ce cas représente seulement un exemple.

Le président: La parole est maintenant à M. Bittle.

M. Chris Bittle (St. Catharines, Lib.): Madame Guy, je vous suis reconnaissant de votre réponse. Les représentants du ministère de la Justice ont comparu hier, et ils ont établi une distinction entre le suicide et l'aide médicale à mourir, c'est-à-dire que si l'aide médicale à mourir est légalisée, il ne s'agit plus d'un geste qui revient à conseiller le suicide. Cela dit, les membres de votre organisme sont-ils toujours d'avis qu'il faut ajouter des éclaircissements, même si la position du ministère est telle que la modification que vous demandez n'est pas nécessaire?

Mme Sally Guy: Si on précisait, au moyen d'un addenda ou d'une autre publication provenant directement du ministère de la Justice ou du gouvernement fédéral, qu'absolument, les conseillers professionnels, les professionnels réglementés, les travailleurs sociaux — ce type d'encadrement et ce type de professionnels — font l'objet d'une exemption, je ne crois pas qu'il serait nécessaire que cela soit précisément indiqué dans le projet de loi. Nous ne savions tout simplement pas si cela serait indiqué ou non, et dans l'intérêt de la protection du public et de nos membres, nous souhaitons obtenir des éclaircissements à cet égard.

M. Chris Bittle: J'aimerais m'adresser aux témoins de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité. Je suis préoccupé au sujet de la période d'attente de 15 jours francs, qui pourrait en fait se prolonger à 16 ou 17 jours. J'aimerais entendre vos commentaires à cet égard.

Ce qui me préoccupe, c'est que si une personne indique qu'elle souffre, pourquoi doit-elle attendre deux semaines ou plus pour avoir accès à cette mesure? Encore une fois, je comprends la nécessité de prévoir une période de réflexion, mais j'aimerais que vous formuliez des commentaires sur cette disposition précise.

[Français]

Dr Georges L'Espérance: Premièrement, ce délai de 15 jours constitue en effet un problème. Pourquoi pas 13 ou 18 jours? Pour un patient qui en plus est très près de la fin, cela ne veut rien dire.

Deuxièmement, la grande majorité sinon la totalité des patients souffrant d'une maladie qui les emmènent à la fin de leur vie ont eu amplement le temps de réfléchir à leur problème. Cela ne se fait pas en 15 jours.

Ce délai de 15 jours peut créer certains problèmes, par exemple, si le patient est très souffrant, qu'il est apte et qu'il donne son consentement pour recevoir de l'aide médicale à mourir. Dans ce cas, si un médecin bien intentionné administre des barbituriques ou des morphiniques à ce patient pour soulager sa douleur, celui-ci risque de ne plus être aussi apte à donner son consentement lorsque le

médecin reviendra le voir, étant donné ces fortes doses de narcotiques.

Selon moi, ce délai pose des problèmes.

Dre Nacia Faure: Dans le domaine des soins palliatifs, on observe d'importantes fluctuations chez les patients: un jour ils sont bien, le lendemain ils sont pris de delirium et, trois jours plus tard, ils sont bien de nouveau. C'est donc très difficile.

Il fallait adopter une loi, et on en a adopté une dont les critères sont minimaux. L'objectif était surtout d'éviter les abus. Le consentement du patient est donc essentiel. Cela dit, il y aura certainement des amendements parce que, dans la vie réelle, ces dispositions sont très souvent inapplicables. Par exemple, au cours des derniers jours de leur vie, la plupart des patients sont comateux et ne peuvent donc pas donner le consentement qu'ils avaient déjà donné. Il sera très important de modifier ce point.

• (0935)

Dr Georges L'Espérance: J'aimerais dire un dernier mot, si vous me le permettez.

Comme vous pouvez l'imaginer, ces patients n'arrivent pas un matin dans le bureau du médecin en lui disant vouloir une aide médicale à mourir. Ce n'est pas du tout la façon dont cela se passe. Il y a de multiples intervenants, notamment des travailleurs sociaux ainsi que des infirmiers et des infirmières, qui sont près des patients 24 heures par jour. C'est un travail d'équipe. Tous ces gens sont sur place et discutent des cas. Les patients peuvent échanger avec eux.

[Traduction]

M. Chris Bittle: Monsieur Boer, j'aimerais obtenir des éclaircissements en ce qui concerne un point soulevé par M. Nicholson, c'est-à-dire la pression subie par les médecins. Parlez-vous de la pression exercée par la société ou de celle exercée par les patients? Est-ce bien la pression dont vous parlez?

M. Theo Boer: Je parle essentiellement des deux sources de pression. Je crois que la société exerce une pression générale, car on voit l'euthanasie et la mort comme étant la meilleure solution aux souffrances aiguës. Je constate également, dans les nombreux dossiers que j'ai lus, qu'une pression est exercée sur les médecins par des patients qui disent avoir vu un documentaire à la télévision dans lequel on soutient que l'euthanasie est maintenant permise pour les patients comme eux, et qui poussent ensuite leur médecin à pratiquer la procédure. C'est une pression directe exercée par le patient.

Ensuite, il y a un deuxième type de pression, et c'est évidemment la pression exercée par les membres de la famille. Je comprends cela. Pour les membres de la famille, voir un proche souffrir peut être une expérience aussi traumatisante que les souffrances endurées par le patient. Par exemple, la clinique de soins de fin de vie établie aux Pays-Bas traite maintenant 450 cas d'euthanasie par année. Selon mes recherches, il est devenu évident que dans 60 % des cas, ce sont les membres de la famille qui ont amené le patient à la clinique pour qu'il reçoive de l'aide. Donc, oui, je pense qu'il y a beaucoup de pression.

Ensuite, il y a peut-être un troisième type de pression, et c'est la pression internalisée d'un patient. Dans le cadre de mes observations, un patient sur dix justifiait sa demande d'euthanasie en disant qu'il voulait éviter que les membres de sa famille soient témoins de ses souffrances. Ce qui se produit dans ces cas, c'est que les membres de la famille ne contredisent pas l'observation formulée par le patient. Ils affirment plutôt que c'est très charitable de sa part et qu'ils peuvent l'aider à obtenir l'euthanasie. Toutefois, je dirais que face à une telle justification, la réaction naturelle des membres de la famille serait de dire, par exemple, « Non, maman, s'il vous plaît ne demandez pas l'euthanasie. C'est trop pour nous. C'est votre vie, nous ferons ce qu'il faut. » Voyez-vous...?

Le président: Il nous reste environ quatre minutes avec ce groupe de témoins. Nous ferons une ronde de questions éclair, ce qui signifie que si une personne souhaite poser une très brève question...

Toutefois, je demanderais aux témoins de s'en tenir à de très brèves réponses, c'est-à-dire une ou deux phrases. D'accord?

Pour la série de questions éclair, la parole est à M. Falk.

M. Ted Falk (Provencher, PCC): Docteur L'Espérance, dans votre exposé, vous avez utilisé le mot « terminale ». Vous l'avez également interverti avec le mot « grave ». Pourrait-on apporter des précisions au projet de loi et serait-il avantageux de modifier les références utilisées, c'est-à-dire de modifier la terminologie et d'utiliser « terminale » plutôt que « grave »?

Dr Georges L'Espérance: Nous parlons de deux types de maladies dans ce cas-ci. Il y a les maladies terminales, et c'est habituellement très clair, par exemple le cancer, etc., et les maladies non terminales, c'est-à-dire les maladies chroniques et débilitantes. C'est la raison pour laquelle je pense que les deux mots devraient être utilisés, car ils ne décrivent pas exactement la même réalité clinique.

Le président: M. Fraser, et ensuite M. Cooper.

M. Colin Fraser: Très brièvement, monsieur Boer, plus tôt, je voulais vous poser une question de suivi. À votre connaissance, y a-t-il eu une action judiciaire, une condamnation ou une réprimande à l'égard d'un médecin qui a pratiqué, de façon peut-être inappropriée, l'aide médicale à mourir dans le cadre de l'expérience menée aux Pays-Bas?

• (0940)

M. Theo Boer: Dans 42 000 cas, le rapport du médecin a été envoyé au ministère public 75 fois. Toutefois, le ministère public n'a intenté de poursuites dans aucun de ces cas, car le médecin affirme habituellement qu'il ne procédera jamais plus de cette façon.

Le président: M. Cooper, et ensuite M. Rankin.

M. Michael Cooper (St. Albert—Edmonton, PCC): Monsieur Boer, d'après ce que je comprends, aux Pays-Bas, deux médecins peuvent décider si un patient est admissible à l'aide médicale à mourir, un peu comme ce qui est proposé dans le projet de loi. L'une des préoccupations qui ont été soulevées concerne le magasinage de médecins. Pourriez-vous nous dire si cela a posé un problème aux Pays-Bas?

M. Theo Boer: Oui, cela se produit pour deux raisons. Tout d'abord, il y a le magasinage de médecins lié au fait que nous avons maintenant une clinique de soins de fin de vie, ce qui signifie que lorsque votre propre médecin ne vous fournira pas l'euthanasie, car il ou elle juge que les critères n'ont pas été remplis, vous pouvez vous adresser à la clinique de soins de fin de vie et on vous fournira le plus d'appui possible pour obtenir ce que vous voulez. C'est un type de magasinage.

Le second type de magasinage est lorsque vous magasinez un médecin en vue d'obtenir un deuxième avis, ce qui signifie que si le premier médecin consulté refuse, vous pouvez en consulter un autre, un autre et un autre. Lorsque vous avez trouvé un médecin qui accepte, vous n'êtes pas tenu d'inclure les quatre rapports. Vous pouvez tout simplement inclure le rapport du médecin qui a accepté dans votre demande.

Le président: Monsieur Rankin.

M. Murray Rankin: J'aimerais poser une question à Mme Guy.

Je tiens à apporter des éclaircissements. Vous avez laissé entendre qu'on devrait préciser le paragraphe 241(1) proposé, c'est-à-dire le fait de conseiller et d'aider quelqu'un à se donner la mort comme indiqué à l'alinéa b), et vous nous avez suggéré des formulations que nous pourrions examiner plus tard. J'aimerais savoir si, selon vous, vos participants et vos travailleurs sociaux devraient profiter d'une exemption clairement établie en ce qui concerne la responsabilité, comme celles prévues pour les pharmaciens et d'autres intervenants dans ce projet de loi?

Mme Sally Guy: Cela dépend de l'interprétation juridique utilisée. Le verbe « conseiller » nous préoccupe particulièrement, car manifestement, les travailleurs sociaux et les fournisseurs de soins de santé mentale peuvent conseiller leurs clients et leurs patients. Nous nous sentirions plus à l'aise, en général, si on prévoyait une exemption précise pour les fournisseurs de soins de santé mentale ou pour les travailleurs sociaux, mais nous comprenons également qu'on pourrait apporter un amendement ou modifier le libellé pour englober un éventail plus vaste de professionnels qui participent à ces discussions sur la fin de vie, juste pour s'assurer qu'aucun intervenant ne se sente muselé et que tout le monde puisse accomplir son travail librement et de façon autonome, ainsi que mener des discussions sur les soins de fin de vie avec leurs clients.

Le président: Merci beaucoup. J'aimerais remercier tous les témoins. Vos commentaires nous ont été très utiles.

[Français]

Je vous remercie infiniment.

[Traduction]

Particulièrement vous, monsieur Boer, dont nous avons vraiment apprécié le témoignage par vidéoconférence. Merci beaucoup. Bonne journée.

Nous faisons une courte pause, puis nous accueillons le prochain groupe de témoins.

• _____ (Pause) _____

•

• (0950)

Le président: Reprenons. Je souhaite la bienvenue aux nouveaux témoins.

Nous vous sommes très reconnaissants de trouver le temps de venir témoigner.

Nous accueillons d'abord le directeur général de l'Association canadienne de protection médicale, le Dr Hartley Stern. Bien sûr, ce Montréalais a été le directeur général de l'Hôpital général juif. C'est un plaisir de vous accueillir.

Bienvenue aussi à la présidente du Groupe de travail sur la mort accélérée de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, la Dre Monica Branigan.

Enfin, nous accueillons deux témoins à titre personnel, qui comparaissent ensemble, Mme Juliet Guichon, professeure adjointe à l'école de médecine Cumming de l'Université de Calgary et le Dr Ian Mitchell, pédiatre et professeur à l'Université de Calgary, lui aussi.

Je vous suis vraiment reconnaissant de votre présence. Je vous ai expliqué le déroulement de nos séances. Vous disposez chacun de huit minutes, et nous commençons par le Dr Stern.

[Français]

Dr Hartley Stern (directeur général, Association canadienne de protection médicale): Bonjour à tous. Je suis le Dr Hartley Stern et je suis directeur général de l'Association canadienne de protection médicale.

Madame et messieurs les députés, je vous remercie de m'offrir l'occasion de participer à ce processus de consultation.

[Traduction]

En fournissant un avis médico-légal et en fondant ses efforts de sensibilisation sur les faits, l'Association canadienne de protection médicale se situe à l'intersection des systèmes canadiens de santé et de droit. Cela la place et la maintient en première ligne pour l'orientation des médecins à qui les patients, individuellement, font appel pour obtenir des conseils sur l'aide médicale à mourir.

C'est de ce point de vue que nous formulons des recommandations pour amender le projet de loi C-14, afin de l'assortir de critères clairs d'admissibilité et de sauvegardes pour les patients tout en n'exposant pas les professionnels de la santé à des sanctions pénales pour leur participation de bonne foi à l'aide médicale à mourir.

L'Association appuie généralement le projet de loi C-14. Vu la complexité de la question, nous croyons qu'il concilie assez bien l'accès et les sauvegardes et qu'il permet des adaptations et des changements graduels à mesure que, au Canada, nous continuerons de gagner de l'expérience dans l'aide médicale à mourir.

Comme je l'ai dit au comité parlementaire mixte, il importe beaucoup de se concentrer, au niveau des opérations, sur les questions d'admissibilité, les critères et les sauvegardes. Elles sont difficiles. Il est indispensable de modifier le Code criminel pour confirmer que la prestation de l'aide médicale à mourir n'enfreint pas l'interdiction générale du suicide assisté. C'est indispensable pour permettre aux médecins de nouer avec le patient le rapport de confiance et d'empathie tellement essentiel à la mise en oeuvre de cette politique.

Nous sommes heureux de constater que le préambule du projet de loi reconnaît la nécessité d'adopter une démarche cohérente, partout au Canada, face à l'aide médicale à mourir, tout en reconnaissant les compétences des provinces dans diverses questions connexes, notamment la prestation des services de santé, la réglementation des professionnels de la santé et le rôle des médecins légistes et des coronaires.

Croyant le projet de loi perfectible, nous proposons les recommandations suivantes pour en améliorer la clarté opérationnelle. Je m'en tiendrai à l'essentiel, mais je vous encourage à prendre connaissance de remarques plus importantes dans notre mémoire.

Sur la clarté, les critères d'admissibilité et la nécessité de sauvegardes, l'Association est heureuse de voir que le projet de loi C-14 a clarifié les exigences en matière d'âge et la question des demandes anticipées d'aide médicale à mourir. Nous croyons cependant qu'il devrait déclarer sans équivoque que le patient doit se trouver à la fin de sa vie pour être admissible à l'aide médicale à

mourir. Il subsiste de l'incertitude sur la signification voulue de l'exigence selon laquelle

sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

Si le patient n'a pas besoin d'être arrivé à la fin de sa vie, le Comité devrait envisager de modifier l'alinéa pour dire que sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible, qu'elle soit imminente ou non. Inversement, s'il doit être arrivé à la fin de sa vie, la disposition devrait préciser que la mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible et qu'on s'attend à ce qu'elle devienne imminente. Les patients et leurs médecins doivent avoir une idée claire de leur admissibilité et à partir de quel moment.

En ce qui concerne la disposition exigeant le respect des lois, des règles et des normes provinciales, nous sommes d'accord: l'aide médicale à mourir doit y être conforme, comme il est envisagé dans le paragraphe 241.2(7). Mais nous croyons qu'il faut supprimer ce paragraphe du projet de loi C-14, parce qu'il n'appartient pas à une loi pénale. Les professionnels de la santé doivent soigner les patients conformément aux normes professionnelles, sans égard à l'existence d'une telle disposition. Les fournisseurs négligents dans la prestation de leurs soins sont passibles de mesures réglementaires ou de poursuites au civil, mais ils ne devraient pas être exposés à des sanctions pénales pour avoir enfreint la norme de prestation de soins ou pour avoir omis de suivre une politique créée par l'organisme de réglementation.

De plus, les professionnels de la santé qui risquent de ne pas respecter la norme de soins ne peuvent pas invoquer les dispositions fondées sur la bonne foi du libellé actuel des projets de paragraphe 227(1) et 241(6). Il importe de ne pas rendre passibles de sanctions pénales ceux qui, dans une bonne intention, auraient enfreint la norme. Il le faut pour assurer l'accès des patients en encourageant la participation des praticiens à l'aide médicale à mourir.

● (0955)

En ce qui concerne la protection contre l'accusation d'avoir conseillé à quelqu'un de se donner la mort, nous croyons que le projet de loi C-14 devrait être amendé de manière à déclarer expressément qu'aucun praticien n'est coupable d'une infraction criminelle pour avoir conseillé le suicide conformément à l'alinéa 241(1)a) lorsque le praticien informe le patient sur l'aide médicale à mourir comme option médicale possible à envisager.

Il importe que les praticiens ne craignent pas de poursuites criminelles pour avoir mentionné à leurs patients l'aide médicale à mourir, lorsqu'elle est médicalement convenable. Sans une telle disposition, les professionnels de la santé risquent d'hésiter à même discuter de l'aide médicale à mourir avec leurs patients.

Le projet de loi accorde un certain degré de protection aux personnes de bonne foi, mais seulement contre des sanctions pénales. L'Association préconise d'élargir la protection accordée par le projet de paragraphe 241.(6) aux poursuites civiles et disciplinaires contre les praticiens agissant de bonne foi. La loi accorde une telle protection ailleurs.

En rassurant les praticiens de bonne foi qu'ils sont à l'abri des sanctions pénales, des responsabilités civiles et des sanctions réglementaires, on se dote d'une disposition importante qui aidera, encore une fois, à assurer l'accès des patients à l'aide médicale à mourir.

Certaines des sanctions prévues dans le projet de loi C-14 sont exagérées par rapport à la nature relativement mineure des infractions. La peine de cinq ans de prison pour ne pas avoir informé le pharmacien que la substance prescrite est destinée à l'aide médicale à mourir et celle de deux ans de prison pour ne pas s'être conformé à l'obligation de produire un rapport sont excessives et inutiles. Une peine maximale constituée d'une amende aurait un effet dissuasif suffisant dans ces circonstances.

Enfin, l'Association recommande de ne pas se contenter de la brève évocation de la liberté de conscience dans le préambule du projet de loi, vu l'importance, pour les praticiens, de respecter leurs convictions personnelles dans ce domaine. On pourrait envisager d'y inclure l'affirmation que rien, dans la loi, n'oblige les fournisseurs de soins à fournir une aide médicale à mourir.

Finalement, chers députés, il est indéniable que ce projet de loi présente une grande importance pour les Canadiens. Nous appuyons vos efforts pour traiter cette question sociale complexe d'une manière qui respecte l'importance des rapports entre le patient et les professionnels de la santé et la nécessité de protéger l'un et les autres en cours de route.

[Français]

Au nom de l'ACPM, je remercie le comité de m'avoir accordé la parole. Nous serons heureux de vous fournir tout autre renseignement ou donnée qui pourrait vous être nécessaire.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, docteur Stern.

Je vais maintenant céder la parole à la Dre Branigan.

[Traduction]

Dre Monica Branigan (présidente, Groupe de travail sur la mort accélérée, Société canadienne des médecins de soins palliatifs): Bonjour. Je suis Monica Branigan et je suis très honorée de représenter la Société canadienne des médecins de soins palliatifs. Nos 500 membres sont voués à l'amélioration de la qualité de vie des patients dont la maladie limite l'espérance de vie.

Nous voudrions vous offrir des recommandations très précises, dans l'esprit de la recherche d'une méthode toute canadienne de respect de la diversité des points de vue. Les trois amendements que nous préconisons découlent de notre intention de rendre le droit d'accès aux soins palliatifs aussi robuste que le droit d'accès à une mort accélérée. Il est illogique de consacrer dans la loi ces droits d'accélérer la mort sans, en même temps, accorder la même protection pour l'obtention de soins palliatifs.

Cela est important pour deux raisons. En notre qualité de Canadiens, nous prisons l'équité. L'immense majorité des Canadiens ne recourra pas à des services pour accélérer leur propre mort, mais ils peuvent profiter de soins palliatifs, tandis que peut-être 3 ou 4 % de leurs concitoyens pourront vouloir hâter leur mort. C'est aussi une question de libre arbitre. Peut-on décider effectivement d'accélérer sa propre mort s'il n'existe pas de solution viable de rechange?

Nous vous demandons d'examiner trois amendements. Tout d'abord, nous demandons de modifier le préambule général pour qu'il renferme le passage suivant: « Que le gouvernement du Canada s'est engagé à élaborer des mesures législatives et non législatives

visant à soutenir l'amélioration d'une gamme complète d'options de soins de vie, notamment l'établissement d'un Secrétariat national des soins palliatifs... ».

Le secrétariat national serait chargé de mettre en oeuvre un plan stratégique national des soins palliatifs. Ce travail a déjà été fait pour certains groupes très respectés de personnes. Il nous permettrait de décider des normes canadiennes et des modalités de leur surveillance; de décider comment nous pourrions mieux sensibiliser tous les fournisseurs de soins à la discussion sur la mort, à la planification des soins anticipés, aux objectifs des soins et aux soins palliatifs. Il nous permettrait de réfléchir à des façons d'appuyer les familles et les fournisseurs de soins, par la protection de leur emploi, le soutien au revenu ou la sensibilisation et la façon de discuter de ces sujets avec les êtres chers. À l'échelle nationale, il nous permettrait d'entreprendre une discussion sur la façon de financer la collectivité, où les patients veulent mourir, plutôt que les établissements; enfin, il nous permettrait de commencer une campagne de sensibilisation du public sur les options de fin de vie et sur la façon de démythifier la mort et de mourir, parce que, en soi, cela réduira beaucoup de souffrances.

Notre deuxième proposition concerne les critères d'admissibilité, qui seraient inclus dans le projet d'article 241.2. Conformément aux critères énoncés dans le projet d'alinéa 241.2(1)d), selon lequel les patients auront fait « une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures », nous demandons que vous envisagiez d'ajouter « ou à cause d'un manque d'accès aux services nécessaires pour régler la situation ayant motivé la demande, ce qui comprend, sans s'y limiter, les services de soins palliatifs ». En fait, nous demandons comment une décision sans solution de rechange peut-être volontaire. Il faut absolument s'en occuper. Nous ne voulons pas que quelqu'un choisisse cette solution faute de solution de rechange. Nous, Canadiens, nous ne le ferions pas.

• (1000)

Le dernier amendement que nous recommandons suivrait le même paragraphe, mais ajouterait un nouvel élément pour fournir des preuves documentaires prouvant le respect des critères d'admissibilité en faisant appel aux normes fédérales déjà établies. C'est seulement une façon d'enregistrer le fait que la cause ayant motivé la demande a été explorée, que les patients ont été informés de l'existence d'options et que ces options sont accessibles.

Cela vous donnera de vraiment bons renseignements sur les raisons pour lesquelles nous demandons ce service. Vous vous êtes engagés à un examen dans les cinq ans à venir. Cela influera aussi sur le genre de décisions qui seront prises et, faute de preuves vraiment solides, elles ne seraient qu'un choix entre des opinions.

Merci.

Le président: Entendons maintenant Mme Juliet Guichon et le Dr Mitchell.

Vous avez la parole, quelle que soit la façon dont vous voulez répartir entre vous deux le temps dont vous disposez.

Mme Juliet Guichon (professeure adjointe, University of Calgary Cumming School of Medicine, à titre personnel): Merci beaucoup pour l'invitation que vous nous avez lancée de parler d'un article du projet de loi C-14. Nous sommes tous les deux de l'école médicale de l'Université de Calgary. Alors que j'ai été formée en droit, en quoi je possède un doctorat, et que je fais partie du Barreau de l'Ontario, mon collègue Ian Mitchell est, comme vous l'avez entendu, pédiatre spécialiste de pneumologie pédiatrique et d'éthique.

Le projet de paragraphe 241.31(3) concerne la prise de règlements sur la fourniture, la collecte, l'utilisation, la publication, la conservation et la cession de renseignements relatifs aux demandes d'aide médicale à mourir et à la prestation de cette aide en général. Nous proposons respectueusement deux recommandations concernant ce paragraphe, mais, avant, nous recommandons respectueusement que ce paragraphe du Code criminel repose sur les deux principes suivants: d'abord l'enregistrement exact de tous les décès survenant au Canada, puis la surveillance scrupuleuse de l'aide médicale à mourir.

La bonne application de ces principes favoriserait la protection, la prévention, la promotion de la santé, la planification de la santé et, dans de rares cas, les poursuites. Comme la déclaration et la surveillance des décès sont mal connues, nous avons pris la liberté de les décrire très rapidement.

Il y a d'abord la déclaration exacte des décès. Les statistiques de l'état civil n'ont d'utilité que si les rapports sont exacts. La déclaration exacte de la cause du décès est nécessaire dans le certificat de décès en common law au Canada et dans le bulletin de décès au Québec.

La déclaration de la cause de décès entraîne l'identification et la déclaration sincère de la cause et des circonstances de la mort. Ces deux expressions du métier sont mieux comprises par les spécialistes. Il n'est pas inhabituel pour les médecins sans formation médico-légale d'avoir de la difficulté à distinguer la cause et le mode de décès ou à nommer la cause immédiate, la cause antécédente et la cause initiale de décès. En conséquence, dans de nombreuses provinces, les certificats médicaux de décès, remplis à l'origine par des médecins, même en cas de mort naturelle, sont systématiquement revus et corrigés par des pathologistes médico-légaux, des médecins légistes ou des coroners qui ont une formation dans la sous-spécialité de la déclaration des causes précises de décès.

Des coroners exercent dans toutes les provinces et territoires, sauf quatre: l'Alberta, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador. Ces quatre provinces ont adopté le système de déclaration de décès par le médecin légiste. Pour nos besoins, cependant, les coroners et les médecins légistes s'acquittent des mêmes fonctions. Parfois, seuls ces experts sont autorisés à établir la cause et le mode de décès et à remplir le certificat médical de décès.

Par exemple, en Alberta, au Manitoba, dans l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse, quand un décès survient moins de 10 jours après une chirurgie, seul le médecin légiste ou le coroner peut remplir le certificat médical de décès. Cette exigence assure la déclaration exacte du décès.

Le Dr Mitchell parlera de la surveillance scrupuleuse.

• (1005)

Dr Ian Mitchell (pédiatre et professeur, University of Calgary Cumming School of Medicine, à titre personnel): Une surveillance scrupuleuse des décès signifie qu'il ne faut pas les accepter sans vérifier la cause et les circonstances du décès rapportées par certaines personnes. Une surveillance scrupuleuse implique une analyse spécialisée des données probantes et la tenue des enquêtes

nécessaires pour répondre à cinq questions. Premièrement, qui est décédé? Deuxièmement, comment s'est produit le décès? Troisièmement, où s'est produit le décès? Quatrièmement, quand est-il survenu? Et enfin, par quels moyens s'est-il produit?

En raison de la valeur qu'on accorde à la vie humaine, chaque province et territoire exige que certains faits entourant le décès d'une personne soient communiqués aux coroners ou aux médecins légistes. Par exemple, en Alberta, les décès à déclaration obligatoire sont notamment ceux qui semblent inexplicables ou imprévisibles; qui sont le résultat d'actes de violence, d'un accident ou d'un suicide; ou dont les victimes étaient sous la garde de l'État, par exemple en prison ou dans un établissement de santé mentale ou de protection de l'enfance.

La déclaration obligatoire de certains décès assure que la personne la mieux qualifiée en la matière réponde aux importantes questions entourant le décès. Les coroners et les médecins légistes ont les compétences voulues pour déterminer la cause et les circonstances du décès avec précision, rapporter l'information avec exactitude et reconnaître lorsqu'une enquête supplémentaire est nécessaire. Mme Juliet Guichon et moi avons tous les deux travaillé avec les médecins légistes de l'Alberta ou les coroners de la Colombie-Britannique, et je peux témoigner personnellement du professionnalisme dont ils font preuve lors de la tenue de ces enquêtes.

Il est important de noter que les décès attribuables à l'injection ou à l'ingestion de doses létales de médicaments sont déjà des décès à déclaration obligatoire dans au moins neuf provinces et territoires du Canada. C'est donc dire que dans ces neuf provinces et territoires, il est déjà obligatoire de déclarer aux coroners et aux médecins légistes les actes d'aide médicale à mourir. Toutes les provinces et tous les territoires devraient exiger que les décès résultant de l'aide médicale à mourir soient déclarés aux coroners et aux médecins légistes, parce que la Cour suprême du Canada, dans l'arrêt Carter, a exigé une surveillance scrupuleuse de l'aide médicale à mourir.

Les décès qui sont le résultat de l'aide médicale à mourir devraient être déclarés seulement aux coroners et aux médecins légistes, qui seraient tenus de transférer les données agrégées au gouvernement fédéral, et ce, pour au moins trois raisons éthiques. Un tel système permettrait de restreindre la divulgation de renseignements de nature délicate; de fournir la vérité aux familles et aux proches, afin de contribuer à leur processus de deuil; et de veiller à la précision des statistiques de l'état civil des Canadiens. Sur le plan pratique, recourir uniquement aux bureaux des coroners et des médecins légistes pour déterminer la cause et les circonstances de ces décès et de consigner ces données revient à accepter le fait que les coroners et médecins légistes de neuf provinces et territoires sont déjà tenus d'assurer cette surveillance, et cela permettra d'éviter les problèmes liés à la fragmentation des responsabilités et à la multiplicité déroutante des mécanismes de surveillance. Aussi, en utilisant la structure de déclaration actuelle, on tire profit de l'expertise des coroners et des médecins légistes dans la détermination de la cause ou des circonstances des décès, et dans la déclaration des tendances qui présentent un certain intérêt ou qui suscitent des inquiétudes; on emploie les structures en place pour régir le travail et la responsabilité des coroners et des médecins légistes; et on réduit les dépenses publiques en évitant la création de nouveaux bureaux qui s'avèreraient probablement très coûteux.

Aucun argument de poids n'a été présenté en faveur des ordres professionnels de la santé, ni par les tribunaux ni par les groupes d'experts, pour justifier d'exclure les coroners et les médecins légistes du processus de déclaration des décès résultant de cette nouvelle forme de décès de cause non naturelle. Même si bien des choses semblent nouvelles en ce qui a trait à l'aide médicale à mourir, les décès de cause non naturelle ne le sont pas, pas plus que l'expertise de nos coroners et médecins légistes. Ils ont cette expérience unique qui leur permet de distinguer les diverses manières de mourir. Il serait malvenu de faire fi de l'histoire, surtout au Royaume-Uni, où un médecin a tué plus de 215 personnes. Il ne s'agit là que d'un exemple qui prouve qu'une surveillance scrupuleuse soit essentielle.

• (1010)

Mme Juliet Guichon: Les déclarations précises et la surveillance scrupuleuse témoignent de la valeur que le Canada accorde à la vie humaine. Ces activités spécialisées font en sorte que les décès qui se produisent dans des circonstances incertaines, dangereuses et évitables font l'objet d'enquêtes. Ces enquêtes donnent lieu à des recommandations qui rendent service aux autres, et permettent de rassurer le public que les circonstances entourant ces décès ne seront pas oubliées, dissimulées ou ignorées.

Donc, nous vous soumettons respectueusement deux recommandations. Premièrement, nous recommandons que les ministres de la Santé et de la Justice invitent à une réunion les coroners en chef et les médecins légistes, ainsi que la section de médecine légale de l'Association canadienne des pathologistes, afin de convenir de la terminologie à adopter concernant la cause et les circonstances des décès dans le contexte de l'aide médicale à mourir. Deuxièmement, nous recommandons que votre comité exige, en vertu du paragraphe 241.31(3), que les décès résultant de l'aide médicale à mourir soient déclarés au gouvernement fédéral par les bureaux des coroners ou des médecins légistes provinciaux ou territoriaux seulement, sans exception.

Ces deux recommandations aideraient le gouvernement fédéral à veiller à ce que les actes d'aide médicale à mourir soient déclarés et surveillés avec rigueur. Elles contribueraient à la protection des patients, du grand public et des médecins, et à produire des données fiables qui permettraient de dégager des tendances dignes d'intérêt ou qui suscitent des inquiétudes.

En somme, nous vous demandons respectueusement d'établir un processus de déclaration et de surveillance de l'aide médicale à mourir qui soit exact et scrupuleux, et qui mise ainsi sur l'excellence.

Merci.

Le président: Merci pour votre témoignage. Ce fut très intéressant.

Nous passons donc aux questions.

Nous sommes ravis d'avoir M. Genuis avec nous aujourd'hui. Monsieur Genuis, vous avez l'honneur de commencer.

M. Garnett Genuis (Sherwood Park—Fort Saskatchewan, PCC): Merci, monsieur le président. C'est en effet un honneur d'être ici.

Comme c'est la première fois que je participe à une séance à titre de remplaçant, je veux d'abord vous féliciter, vous, monsieur le président, et les membres du Comité. J'ai vu la liste de témoins et j'en déduis que vous aurez l'occasion d'entendre un large éventail de points de vue. Ce qui me préoccupe un peu avec le comité spécial, pour être bien honnête, c'est qu'il semble avoir omis bien des points de vue. J'ai hâte de suivre les délibérations de votre Comité.

Mes questions vont porter sur l'examen préalable. Monsieur Stern, j'ai bien aimé vos commentaires sur la nécessité de clarifier l'expression « raisonnablement prévisible ». Certains ont avancé que ce critère flexible donnait de la latitude aux médecins et que cela démontrait la confiance qu'on leur porte. Cependant, des médecins ont indiqué qu'ils aimeraient avoir un peu de certitude sur le plan juridique, de façon à bien comprendre ce que permet et ne permet pas la loi.

Je comprends votre argument, à savoir que les médecins qui n'ont pas pu satisfaire à la norme de diligence ne devraient pas être assujettis à des poursuites criminelles s'ils ont agi de bonne foi. Toutefois, je crois que les patients pourraient aussi craindre que des médecins qui n'ont pas suivi les règles ou respecté les critères, ou qui ont omis d'obtenir le consentement nécessaire, puissent se soustraire à des poursuites s'ils arrivent à prouver — du moins hors de tout doute raisonnable — qu'ils avaient de bonnes intentions. Nous devons trouver l'équilibre entre les inquiétudes à l'égard de la sécurité des patients et la protection des médecins contre des poursuites.

Est-ce que cela ne justifie pas la tenue d'un examen juridique préalable? Un tel examen pourrait protéger les patients en leur donnant la certitude qu'on a obtenu leur consentement, que les critères ont été respectés et qu'on assurera leur sécurité. Cela procurerait également aux médecins la certitude qu'ils ne seraient pas assujettis à des poursuites une fois l'examen juridique effectué, car il permettrait de déterminer hors de tout doute, selon l'avis d'experts en la matière, que les critères ont été respectés. Je suis curieux d'avoir vos commentaires à ce sujet.

• (1015)

Dr Hartley Stern: En théorie, nous n'avons rien contre la tenue d'un examen juridique préalable. Si je ne m'abuse, ce n'est pas ce que prévoit la loi, et je crois qu'il y a des raisons à cela. Nous voulons que nos médecins puissent établir des liens avec le patient et qu'ils se sentent à l'aise d'offrir une aide médicale à mourir, comme vous l'avez mentionné. Nous voyons la tenue d'un examen juridique préalable comme un obstacle, car cela va engendrer des délais et des retards, ce qui va compliquer la prestation de soins aux patients.

Nous sommes à cheval entre le système juridique et le système de santé. Nous croyons que dans sa forme actuelle — et c'est la forme à adopter, selon nous —, la loi offre suffisamment de protections au niveau des ordres provinciaux, en matière de justice pénale et civile, en ce sens que dans la très très grande majorité des cas, les médecins agissent de bonne foi et font ce qu'il faut en vertu de la loi. Si vous voulez changer la loi pour y inclure des dispositions, notre organisation va accompagner ses membres dans leur application. Cependant, si vous voulez avoir mon opinion, je crois que cela va ajouter des délais indus et compromettre le confort des patients.

M. Garnett Genuis: Pourrais-je vous poser une autre question, dans ce cas? Vous semblez dire que d'un côté les protections sont adéquates, mais que de l'autre, les médecins devraient pouvoir éviter les poursuites s'ils démontrent leur bonne foi, même s'ils enlèvent la vie à des personnes qui n'ont pas donné leur consentement ou s'ils n'ont pas respecté les critères. Il me semble que vous ne devriez pas vous en inquiéter si les protections sont adéquates.

Je note d'ailleurs que bien des processus...

Dr Hartley Stern: Pourrais-je répondre à votre question? Ce n'est pas ce que j'ai dit.

M. Garnett Genuis: Bien sûr. D'accord, allez-y.

Dr Hartley Stern: Je n'ai pas dit qu'un médecin devrait pouvoir échapper à des poursuites s'il a effectivement agi de mauvaise foi. C'est un geste criminel. Nous pensons que les médecins qui n'agissent pas en toute bonne foi devraient subir les conséquences de leurs gestes. Ce que nous disons, c'est qu'un médecin qui agit de bonne foi et comme il se doit devrait être à l'abri de poursuites criminelles. Ce n'est pas du tout la même chose, monsieur.

M. Garnett Genuis: C'est exact. Je me suis peut-être mal exprimé. Je comprends ce que vous voulez dire. Vous dites que si quelqu'un agi de bonne foi mais qu'il finit quand même par enlever la vie à un patient qui n'a pas donné son consentement ou qui ne satisfaisait pas aux critères, pourvu bien sûr que les gestes aient été posés en toute bonne foi, il ne devrait pas y avoir de poursuites criminelles. Je ne suis toutefois pas d'accord avec vous, et j'imagine que les victimes potentielles seraient aussi en désaccord. Je sais que nous aurons l'occasion d'en reparler.

Je veux poser une question rapidement à la Dre Branigan avant de manquer de temps.

J'aime beaucoup ce que vous proposez dans la deuxième modification. Vous avez très bien su souligner l'importance des soins palliatifs, et pas à titre de problématique distincte, mais dans le contexte qui nous occupe, parce que les patients vont devoir évaluer les choix qui s'offrent à eux. La seule façon d'assurer la véritable autonomie des patients, c'est de leur offrir des soins palliatifs.

Je me demande qui, selon vous, ferait l'évaluation et comment l'évaluation serait assurée en fonction de la deuxième modification. Je pense que votre recommandation est très bonne, mais pour revenir à mon point précédent, cela indique qu'un processus d'examen serait à propos. Pourriez-vous nous dire comment cela pourrait fonctionner?

Dre Monica Branigan: Si j'ai bien compris, vous voulez savoir comment on pourrait documenter ou consigner l'accès aux services requis. Je crois que c'est ce que nous proposons à la troisième modification.

Pour ce qui est de l'évaluation en soi, je ne crois pas que cela nécessiterait un examen judiciaire. Je pense qu'on pourrait établir des critères très simples. Par exemple, si un patient vit ses derniers jours à la maison et qu'il demande de l'aide pour accélérer son décès, a-t-il accès à une équipe de soins palliatifs 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7? Cela pourrait être aussi simple que cela; une question à laquelle on peut répondre simplement par oui ou non.

Ai-je bien compris la question?

• (1020)

M. Garnett Genuis: C'est surtout le magasinage de médecins qui me préoccupe. C'est-à-dire que même si un patient a déjà reçu les services dont il a besoin, il pourrait aller chercher l'approbation de deux médecins — et un des témoins du groupe précédent y a d'ailleurs fait allusion.

Si on doit établir un tel critère, pour que cela ait une certaine valeur, il faut qu'une personne compétente évalue si les services ont été fournis ou pas. Un patient ne pourrait-il pas aller de médecin en médecin jusqu'à ce qu'il en trouve un qui accepte de confirmer que des soins lui ont été prodigués? Est-ce que cela a du sens?

Dre Monica Branigan: Je pense que ce sont deux situations distinctes. L'accès à des services qui vont s'attaquer aux causes profondes de la souffrance, et le magasinage de médecins, selon moi, ce sont deux choses différentes.

Vous voulez savoir s'il y a une solution pour remédier au magasinage de médecins. Je pense qu'une des solutions réside dans

le système de coordination en place. Si tout est centralisé, c'est là qu'iront les patients, les établissements et les autres médecins, alors c'est dire qu'ils feront affaire avec des professionnels d'expérience qui travaillent selon des méthodes uniformes et qui sont bien formés.

Il n'est plus seulement question de magasinage de médecins. Faire affaire avec un système de coordination, c'est faire appel à des professionnels reconnus, formés et disposés à offrir ces services, alors cela simplifie grandement les choses. On verrait tout de suite si quelqu'un a tenté à deux reprises d'avoir l'aval des évaluateurs, mais sans succès. Je pense que ce serait une façon de remédier au problème que vous soulevez.

M. Garnett Genuis: C'est une très bonne suggestion, mais j'aimerais personnellement que ce soit prévu par la loi, pas seulement laissé au hasard d'un processus futur.

Le président: Merci.

La parole est à M. McKinnon.

M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.): Mes questions s'adressent au Dr Stern. Comme vous le disiez, vous êtes à cheval entre le système juridique et le système de santé, alors j'imagine que vous avez un point de vue unique de la loi et de ses répercussions sur la pratique de la médecine.

Différentes personnes nous ont donné leur opinion sur ce qui constitue un décès raisonnablement prévisible, et vous nous en avez aussi parlé. La ministre de la Justice estime qu'il s'agit d'une décision d'ordre médical, et des avocats nous ont dit que c'est une décision d'ordre juridique. Il faut vraiment clarifier tout cela.

On se demande également s'il ne devrait pas y avoir un délai prescrit. Certains estiment que oui, car cela permettrait de donner un peu plus de certitude à l'interprétation de la loi. D'autres pensent que non, car il est difficile de fixer une période précise quand il est question de maladie. Cela pourrait être des mois, ou encore des années.

Pourriez-vous nous aider à éclaircir ces points?

Dr Hartley Stern: Merci. Je vais d'abord tenter de répondre à la question sur les décès raisonnablement prévisibles.

Au bout du compte, nous allons soutenir tout ce que nous dictera la loi. Je tiens à réitérer que nous voulons aider les médecins à avoir la certitude qu'ils ne s'exposeront pas à des poursuites s'ils agissent de bonne foi et qu'ils interprètent la loi correctement s'ils entreprennent un tel dialogue avec un patient et qu'ils acquiescent à sa demande. Cela signifie qu'ils ont obtenu le consentement du patient, qu'ils ont agi comme il se doit et qu'ils ont bien interprété la loi.

Nous pensons que la formulation actuelle n'est pas assez claire. Que vous décidiez, en tant que législateurs, d'élargir la portée et d'établir un délai plus long, ou de restreindre la portée et d'établir un délai plus court pour définir ce qui constitue un décès imminent, nous allons nous y plier.

Nous voulons seulement que ce soit formulé clairement, de façon à ce que lorsque les médecins vont nous appeler pour avoir des conseils sur les demandes d'aide médicale à mourir — et ils vont le faire —, nous allons pouvoir leur répondre selon notre interprétation de la loi et les conseiller en conséquence.

Plus la loi est floue, plus il est difficile pour nous de l'interpréter et de conseiller les médecins qui veulent agir en toute bonne foi, croyant qu'ils posent un geste médical approprié, mais qui ne veulent pas s'exposer à des poursuites.

Nous n'avons pas de parti pris par rapport à la direction que vous voulez donner à la loi. Nous voulons seulement que le tout soit clair.

• (1025)

M. Ron McKinnon: Pourriez-vous nous proposer une formulation qui permettrait de définir clairement ce que vous cherchez?

Dr Hartley Stern: J'ai déjà proposé un libellé, qui se trouve dans notre mémoire. Je vais donc répéter le passage, si vous le voulez bien.

Si vous avez l'intention de ne pas attendre que le patient soit en fin de vie — de sorte qu'il n'y a aucune contrainte de temps —, nous vous proposons d'ajouter, sous la disposition disant que sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible, les mots « que celle-ci soit imminente ou non ». En revanche, si vous souhaitez attendre que le patient soit en fin de vie, nous vous proposons d'ajouter les mots « et est imminente » à la suite du même passage. Nos conseillers et nos avocats répondent au téléphone et parlent aux médecins qui souhaitent fournir l'aide, et cette modification leur donnera l'assurance dont ils ont absolument besoin pour aider ces médecins à aller de l'avant. Vous devez choisir l'une ou l'autre des intentions.

M. Ron McKinnon: J'imagine que votre réponse est quelque peu différente de ce que je voulais savoir.

Dr Hartley Stern: J'ai peut-être mal compris la question.

M. Ron McKinnon: Je me suis peut-être mal exprimé. Je m'inquiète davantage de la signification d'une mort « raisonnablement prévisible ». Comme je l'ai dit, la ministre de la Justice affirme qu'il s'agit d'une condition diagnostiquée par un médecin. Un médecin doit indiquer que, selon lui, la mort de la personne en question est raisonnablement prévisible. Or, certains sont d'avis qu'il faut une norme juridique beaucoup plus claire quant à la signification de cette expression.

Dr Hartley Stern: J'ai l'impression que le libellé n'est ni médical ni juridique, même si je ne suis pas un avocat. Je suis accompagné de mon conseiller juridique; si vous souhaitez connaître notre avis juridique sur la question, M. Crolla sera ravi d'en discuter.

Je constate la confusion qui règne et le malaise ressenti par bien des gens étant donné que le passage n'est ni médical ni juridique. Tout dépend de ce que vous voulez, et n'hésitez pas à demander l'avis du conseiller juridique.

M. Ron McKinnon: Dre Branigan aimerait intervenir.

Dre Monica Branigan: Je préside le Groupe de travail sur la mort accélérée, et nous avons abordé la question. Vous pourriez notamment envisager d'ajouter quelque chose comme « dans le cas des patients qui, autant que nous sachions, entament la dernière année de leur vie ». Vous pourriez y inclure un délai de carence proportionnel en guise de protection. Par exemple, si une personne risque manifestement de mourir d'ici quelques jours ou quelques semaines, un délai de 15 jours n'est peut-être pas raisonnable, tandis que s'il lui reste une année, et peut-être même plus, la période de réflexion pourrait être plus longue. Voilà une façon d'équilibrer les choses et d'offrir une certaine protection.

J'ai vérifié auprès de mes collègues, et pas uniquement du côté des soins palliatifs, et ils affirment que l'expression « raisonnablement prévisible » ne veut rien dire sur le plan médical étant donné qu'il est

raisonnablement prévisible que nous allons tous mourir. C'est trop vague.

Le président: Monsieur Rankin.

M. Murray Rankin: Docteur Stern, vous nous avez été d'un grand secours lors des délibérations du Sénat et de la Chambre, et vous nous avez été tout aussi utile aujourd'hui. Je prends votre témoignage très au sérieux étant donné que vous êtes aux premières lignes, comme vous le dites. Vous vous trouvez au croisement de la médecine et de la loi, et c'est votre équipe qui décide si un médecin sera protégé en cas de poursuites pour avoir tenté d'appliquer la loi de bonne foi.

Nous n'avons pas eu la chance de lire vos mémoires très soignés à l'avance. Je tiens à ce que nous leur rendions justice.

J'aimerais revenir sur une chose dont M. McKinnon et vous discutiez, à savoir que le projet de loi C-14 tente de clarifier les choses au moyen de l'expression « raisonnablement prévisible », un objectif qui ne semble toutefois pas avoir été atteint selon la plupart des témoins. Vous nous proposez deux suggestions, en fonction de l'orientation que nous souhaitons prendre, qui consistent à ajouter les mots « que celle-ci soit imminente ou non » ou autre chose.

Grâce aux témoignages et au résumé législatif, bon nombre d'entre nous ont eu vent des répercussions de l'arrêt Carter de la Cour suprême, selon laquelle l'aide ne devait délibérément pas être laissée aux personnes atteintes d'une maladie terminale ou limitée aux personnes en fin de vie. Les juges ont délibérément choisi les mots « atteints d'une maladie grave et irrémédiable ». Il n'était aucunement question d'un caractère terminal.

Certains sont d'avis que l'euphémisme employé en disant que la mort naturelle est devenue « raisonnablement prévisible » n'est pas conforme aux propos de la Cour suprême. Si c'est vrai, votre proposition d'ajouter les mots « que celle-ci soit imminente ou non » n'est pas acceptable. Avec le respect que je vous dois, je dirais que votre autre proposition visant à dire que « sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible et est imminente » est tout aussi vague.

Je ne sais pas trop à quoi m'en tenir à ce sujet. Entre autres, le témoin du Québec, M. Ménard, a dit hier que nous devrions abroger l'article, étant donné qu'il n'ajoute rien. Et nous avons appris aujourd'hui que la disposition n'est ni juridique ni médicale.

Je me demande pourquoi vous ne nous recommandez pas tout bonnement de retirer la phrase pour dissiper toute ambiguïté.

• (1030)

Dr Hartley Stern: Lorsqu'on nous a demandé de témoigner, nous devions parler des segments précis qui, selon nous, devraient être révisés. Nous vous avons soumis deux propositions aussi judicieuses que possible. Vous en soulevez une troisième. Ce que nous voulons dire à ce sujet, c'est que si vous ajoutez l'une ou l'autre de nos propositions...

La première, « que celle-ci soit imminente ou non », serait conforme à votre premier argument. Elle n'est pas contraire au fait que nous souhaitons élargir la portée de la disposition au-delà d'une mort à court terme.

En revanche, si vous souhaitez supprimer l'ensemble du paragraphe, il faudra remplacer certains aspects par autre chose. Encore une fois, je tiens à préciser que notre objectif est de simplifier la participation des médecins. Nous voulons clarifier les choses de sorte que les médecins aient l'assurance de faire la bonne chose en fournissant l'aide, et qu'ils ne contreviennent pas à la loi.

M. Murray Rankin: Je regrette de ne pas avoir le temps de parler de chacune de vos recommandations mûrement réfléchies. Je n'aurai évidemment pas le temps de le faire, et j'espère que d'autres y reviendront.

Vous avez dit que la première recommandation consiste à supprimer le paragraphe proposé 241.2(7). Pourriez-vous nous en dire un peu plus là-dessus? Pourquoi estimez-vous que le passage doit être abrogé? C'est la première de vos propositions concrètes.

Dr Hartley Stern: J'en fais la proposition parce que le paragraphe n'ajoute rien aux dispositions actuelles, et qu'il ne s'agit pas d'un acte criminel. Pourquoi ajouter une telle disposition alors que chaque province a déjà des mesures pour aborder la question convenablement? Le paragraphe n'ajoute rien et reste même un peu flou. Nous arriverons mieux à orienter nos médecins sans ce passage.

M. Murray Rankin: Comme je l'ai dit, je n'aurai pas le temps de passer en revue votre point sur les sanctions disproportionnées, mais j'ai trouvé votre argumentation très solide. Les sanctions semblent être tout à fait disproportionnées; je suis d'accord avec vous.

Vous avez aussi parlé de l'interaction avec la législation provinciale ou territoriale. Le Québec dispose d'une loi, et je présume que d'autres provinces lui emboîteront le pas bientôt. Les gens auront assurément une réglementation pour traiter de la question.

Vous dites qu'il n'y aurait pas lieu de s'inquiéter qu'une loi provinciale soit plus restrictive, mais qu'il serait possible que certains cadres provinciaux soient moins restrictifs que le projet de loi C-14. Dans de telles circonstances, l'accès à l'aide médicale à mourir pourrait être perturbé si les fournisseurs de soins ont des doutes à savoir quelle loi aura préséance, sur la seule base de la doctrine de la prépondérance. Vous dites donc que, peu importe notre décision, nous devons vous dire clairement si ce sont les règles provinciales ou fédérales qui s'appliquent. Normalement, les dispositions fédérales l'emportent en raison de la prépondérance, mais vous dites que cela pourrait poser problème si les mesures sont plus restrictives.

Est-ce exact?

Dr Hartley Stern: Permettez-moi de vous donner un exemple.

Disons que nous décidons que la santé mentale est le seul critère, et qu'un patient atteint de trouble mental ne...

Veillez m'excuser, c'est le contraire. Disons qu'une province adopte une loi qui permet uniquement de fournir l'aide médicale à mourir pour des motifs de santé mentale, alors que la loi fédérale ne dit rien là-dessus; dans un tel cas, il se pourrait bien que les médecins ignorent s'ils s'exposent à des sanctions criminelles en fournissant l'aide. Il ne semble actuellement pas y avoir d'incompatibilité entre les lois québécoises et fédérales, comme elles sont rédigées. Tout ira bien si les autres provinces adoptent des mesures législatives essentiellement similaires à la loi fédérale. Ce n'est que si une des provinces élargit la portée de sa loi en y incluant des mesures qui n'apparaissent pas au texte fédéral que nos membres se retrouveront en mauvaise posture.

• (1035)

M. Murray Rankin: J'ai une dernière chose à dire, étant donné que je serai bientôt coupé.

Mon temps est-il déjà écoulé?

Le président: Vous avez dépassé le temps alloué.

Si vous êtes en mesure de terminer l'échange en 20 secondes, allez-y.

M. Murray Rankin: Vous avez formulé des recommandations très concrètes et fort préoccupantes.

Recommanderiez-vous de protéger les médecins compte tenu des incertitudes que vous avez soulignées dans le projet de loi ?

Dr Hartley Stern: Je vais exposer clairement ma position: notre association existe depuis un siècle, et nous allons continuer à protéger nos membres, peu importe ce qu'il arrive. Ce qui nous importe, c'est de donner les meilleurs conseils. Il est question d'opérationnaliser une nouvelle loi. Il faut faciliter la tâche au médecin qui établit une telle relation avec un patient pour fournir l'aide. Plus les dispositions sont claires, plus il nous sera facile de protéger le médecin. Voilà notre intention.

Le président: Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de M. Hussen.

M. Ahmed Hussen (York-Sud—Weston, Lib.): J'ai quelques questions.

Je vais commencer par M. Stern.

Le projet de loi C-14 n'exige qu'une seule demande d'aide médicale à mourir, alors qu'il en faut plus d'une sous d'autres administrations.

Que pensez-vous de cela? Trouvez-vous qu'une seule demande est convenable?

Dr Hartley Stern: Nous trouvons que c'est cohérent et suffisant, selon notre compréhension. Nous ne sommes pas spécialistes des systèmes mondiaux ou des autres administrations qui ont mis en oeuvre une loi ou des mesures législatives similaires. Nous croyons que le Comité a bien réfléchi à la façon de présenter le projet de loi. Nous composerons avec les dispositions et conseillerons nos médecins en conséquence. Nous ignorons s'il doit y avoir deux ou trois personnes, ou un médecin et une infirmière. Nous aviserons nos médecins de respecter la réglementation telle qu'elle sera rédigée.

M. Ahmed Hussen: En ce qui a trait à votre devoir de protéger les professionnels de la santé, trouvez-vous que le projet de loi C-14 protège adéquatement contre les poursuites criminelles ces gens qui fournissent une aide médicale à mourir?

Dr Hartley Stern: J'ai fait valoir plusieurs arguments visant à préciser les dispositions sur la bonne foi.

Au départ, je pense que le député était un peu dérouté par notre approche. Nous croyons que si les médecins agissent de bonne foi, c'est-à-dire qu'ils comprennent les critères prévus à la loi et en tiennent compte — comme le consentement éclairé, la discussion appropriée et tous les autres éléments prévus à la loi —, le projet de loi tel qu'il est rédigé devrait les protéger contre les poursuites criminelles.

Ce qui nous inquiète, c'est que le texte ne protège pas le médecin contre les poursuites civiles ou relatives à la réglementation. Nous vous recommandons donc d'ajouter que si un médecin agit de bonne foi — et qu'il respecte tout ce qui est proposé ici —, il ne devrait pas s'exposer à des sanctions découlant de poursuites civiles ou d'organismes de réglementation.

M. Ahmed Hussen: Ma prochaine question s'adresse au Dr Mitchell.

Le projet de loi C-14 prévoit un délai de carence de 15 jours entre le jour où la demande d'aide médicale à mourir est formulée et signée, et celui où l'aide médicale à mourir est fournie. Le projet de loi permet aussi au personnel médical de juger si la perte de capacité de la personne à fournir un consentement éclairé est imminente.

À votre avis, est-il généralement possible d'évaluer si une telle perte de capacité est imminente?

• (1040)

Dr Ian Mitchell: Je dirais que c'est un peu comme l'imminence de la mort. Il peut être très difficile d'évaluer l'imminence d'une perte de capacité. Cela peut survenir assez soudainement en situation de fin de vie.

M. Ahmed Hussien: À votre avis, le pouvoir discrétionnaire du personnel médical quant au délai de carence s'applique-t-il aux personnes atteintes de démence, ou seulement à celles qui sont plus susceptibles de perdre connaissance?

Dr Ian Mitchell: J'aimerais demander une précision au député. En ce qui a trait à la démence, parlez-vous d'une démence diagnostiquée...

M. Ahmed Hussien: Oui.

Dr Ian Mitchell: ... si des directives préalables ont été données? Je crois que le projet de loi n'aborde pas... Sinon, parlez-vous des patients qui développent une forme de démence pendant le délai de 15 jours?

M. Ahmed Hussien: Non, je parle de ceux qui sont déjà atteints de démence, comparativement à ceux qui sont plus susceptibles de perdre connaissance au cours de ce délai de 15 jours.

Dr Ian Mitchell: Je crois savoir que les personnes qui sont déjà atteintes de démence ne satisfont pas aux critères de l'arrêt Carter.

Un député: [*Inaudible*]

Le président: Je ne veux tout simplement pas que vous poursuiviez sur cette voie. Vous avez raison de dire qu'ils ne seraient pas...

Allez-y, il vous reste encore une minute et demie.

M. Ahmed Hussien: J'ai une dernière question à l'intention de M. Stern.

À votre avis, le projet de loi C-14 respecte-t-il la liberté de conscience des professionnels de la santé qui ne souhaitent pas fournir l'aide médicale à mourir?

Dr Hartley Stern: Je crois que oui, mais peut-être pas aussi fermement que nous l'aimerions.

J'ai proposé des ajouts au préambule. Que je sache — encore une fois, je suis un médecin, et non pas un avocat —, le fait d'ajouter ces éléments au préambule définit le contexte et donne le ton de la loi. Nous estimons qu'ajouter ce libellé contribuera à renforcer cette protection.

Le président: Madame Branigan, voudriez-vous ajouter quelque chose?

Dre Monica Branigan: Je pense que lorsque nous parlons de protéger la liberté de conscience, nous nous demandons souvent si les gens souhaitent participer à l'accélération de la mort. Il n'est toutefois jamais question de la grande préoccupation en matière de liberté de conscience qui accompagne le fait d'aiguiller efficacement le patient. Je crois savoir que l'Association médicale canadienne vous en parlera. Encore une fois, la solution passe par un système de coordination efficace qui s'occupera de ce volet.

Je pense que le fait d'obliger les médecins à aiguiller le patient et à se sentir complices de l'acte sera un enjeu important. Je doute que cela doive être inscrit au Code criminel. En ce qui a trait à la mise en oeuvre, le maintien d'un système de coordination distinct permettra bel et bien d'assurer un accès aux patients tout en protégeant la liberté de conscience que les médecins méritent.

Dr Hartley Stern: Puis-je faire un petit commentaire complémentaire à ce sujet?

Le président: Oui, bien sûr.

Dr. Hartley Stern: Dans notre mémoire au comité parlementaire mixte, nous recommandions le libellé du Québec puisqu'il s'agirait selon moi d'une chose très utile pour le Comité. Cela apaiserait les préoccupations des personnes dont ma collègue s'inquiète et qui ont même de la difficulté à aiguiller les gens. La loi au Québec est très délicate sur ce point.

Le président: Nous allons faire notre tour éclair. J'ai une très courte question pour le panel, et j'aimerais que chacun d'entre vous y réponde.

Je comprends qu'il y a des gens — M. Rankin l'a laissé entendre — qui croient que le principe de la mort raisonnablement prévisible devrait être abandonné, mais s'il doit demeurer... Vous avez demandé de la clarté, docteur Branigan. Si nous utilisions le concept utilisé en Oregon ou aux États-Unis, selon lequel le décès se produira vraisemblablement à l'intérieur de six mois ou d'un an, quelle que soit la période, est-ce que vous préféreriez cela à ce qui se trouve dans le projet de loi en ce moment?

Docteur Stern.

Dr Hartley Stern: Oui.

Le président: Docteur Branigan.

Dre Monica Branigan: Oui, et ce serait évalué dans cinq ans.

Le président: Absolument.

Madame Guichon.

• (1045)

Mme Juliet Guichon: Oui, à condition qu'il s'agisse des deux seuls choix.

Le président: Ce sont les choix que je vous donne. Cela ne correspond pas aux choix que quelqu'un d'autre vous donnerait, mais ce sont les options que je vous soumets.

Une voix: Oui.

Le président: Je n'ai pas dit que j'étais cohérent. Je n'ai que posé la question. Merci.

Monsieur Cooper, vous aviez une brève question.

M. Michael Cooper: Docteur Stern, vous avez parlé de la protection de l'objection de conscience d'un médecin. Qu'en est-il des établissements de soins de santé? Que diriez-vous de cela? Je sais que dans l'arrêt Loyola, la juge en chef McLachlin a reconnu qu'en vertu de l'article 2 de la Charte, la liberté de conscience des médecins est intimement liée à celle des institutions.

Dr Hartley Stern: Je dirige une organisation qui protège les médecins. C'est un domaine des plus compliqué. Je ne pense pas être la bonne personne pour vous dire quoi faire ou pour vous donner des conseils à propos des institutions.

J'ai déjà dirigé une institution, mais je ne le fais plus. Je ne peux pas vous aider.

Le président: Docteur Branigan.

Dre Monica Branigan: Je m'excuse, mais j'aimerais intervenir et parler de la façon dont c'est là que le système de coordination entre en jeu, de sorte que si vous êtes une institution religieuse et que vous vous retirez, vous avez une façon intégrée d'offrir un plan facile d'accès pour les patients de votre institution. Si vous organisez cela ainsi, vous pouvez répondre aux besoins de bien plus de personnes et de convictions.

Le président: Parfait.

Y a-t-il d'autres questions éclair?

Monsieur Falk, pour une dernière question.

M. Ted Falk: Il y a la culpabilité par commission, mais il y a aussi la culpabilité par omission. Le libellé actuel du projet de loi offre une sortie de secours pour l'omission.

Quand nous parlons de tuer des personnes, et ce, à des niveaux professionnels très élevés, je ne crois pas convenable que nous ayons la sortie de secours que constitue la « croyance raisonnable, mais erronée » au paragraphe 241(6).

Qu'en pensez-vous, monsieur Stern?

Dr Hartley Stern: Je suis désolé, mais je ne comprends pas bien quelle est l'intention de votre question. Me donnez-vous un petit moment pour regarder le paragraphe en question?

M. Ted Falk: Eh bien, on y dit: « Il est entendu que l'exemption / .../ s'applique même si la personne qui l'invoque a une croyance raisonnable, mais erronée, à l'égard de tout fait qui en est un élément constitutif. »

Dr Hartley Stern: Je pense que c'est la disposition relative à la bonne foi dont je parle. Désolé. Je n'avais pas bien compris.

Le président: C'est bien cela.

Dr. Hartley Stern: Si le médecin ou l'infirmière praticienne agit de bonne foi, qu'il se penche sur tous les critères, qu'il obtient le consentement requis, qu'il tient la discussion qu'il faut, qu'il suit toutes les directives relatives au deuxième témoin et qu'il agit de bonne foi, mais qu'il est poursuivi par un membre de la famille qui ne croit pas que son père le pensait vraiment quand il a demandé l'aide à mourir, nous croyons que la disposition visant la bonne foi devrait être maintenue et qu'elle devrait protéger le médecin de toute poursuite.

Le président: Oui, madame Guichon. Vous avez le dernier mot.

Mme Juliet Guichon: Nous sommes venus de Calgary parce que nous ne voulions pas qu'un élément important échappe à votre attention, et c'est qu'on ne comprend pas bien en ce moment l'importance de consigner avec précision et de contrôler scrupuleusement cette pratique. Pour trois des demandes de nature judiciaire qui ont été présentées, les juges ont ordonné aux médecins de falsifier des certificats médicaux de décès, et au Québec, des organisations professionnelles ont...

Le président: Oui. On ne peut donner la vraie raison. On ne peut pas écrire « suicide médicalement assisté », d'après ce que je comprends.

Mme Juliet Guichon: En effet, et le médecin se trouve alors en situation de conflit d'intérêts. Le coroner ou le médecin légiste ne peut plus assurer la surveillance, et nous croyons fermement que cela pourrait être corrigé à l'échelon fédéral par l'obtention de données cohérentes nationales à cette fin, ce qui permettrait aussi de veiller à ce que cette pratique ne serve pas à d'autres fins que celles qui sont voulues.

Le président: Merci beaucoup. Nous vous avons entendu et nous allons lire les mémoires.

Merci à tous les membres du groupe. Nous vous sommes reconnaissants de vos témoignages.

J'aimerais demander aux membres du Comité de rester une seconde.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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