



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la justice et des droits de la personne

JUST • NUMÉRO 014 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 5 mai 2016

—
Président

M. Anthony Housefather

Comité permanent de la justice et des droits de la personne

Le jeudi 5 mai 2016

•(0845)

[Traduction]

Le président (M. Anthony Housefather (Mont-Royal, Lib.)): Je déclare ouverte la séance du Comité permanent de la justice et des droits de la personne.

J'aimerais souhaiter la bienvenue aux témoins d'aujourd'hui. C'est un grand plaisir d'accueillir M. Joe Arvay, qui a agi à titre d'avocat dans l'affaire Carter. Je dois souligner qu'une de ses plus grandes réalisations est probablement le fait qu'il a déjà été l'associé en exercice du droit de M. Rankin, mais peut-être devrions-nous dire aussi l'inverse.

Nous accueillons M. Graydon Nicholas, ancien lieutenant-gouverneur du Nouveau-Brunswick.

Nous accueillons M. Udo Schuklenk, qui est professeur et titulaire de la chaire de recherche en bioéthique de l'Ontario, à l'Université Queen's.

Nous laisserons M. Arvay commencer.

M. Joseph Arvay (à titre personnel): Merci, monsieur le président, et merci aux membres du Comité de me permettre de comparaître devant vous aujourd'hui.

Comme le président l'a indiqué, j'étais l'avocat principal dans l'affaire Carter. C'est pourquoi je crois que je connais probablement mieux que quiconque ce dont il est question et ce que cette affaire représente, étant donné que j'ai participé à préparer ce dossier. Préparer le dossier, cela veut dire que nous avons déterminé de quoi il allait être question, comment nous allions plaider, comment le gouvernement pourrait réagir à nos plaidoyers, les éléments de preuve que nous allions présenter, les arguments que nous allions invoquer et les observations que nous allions présenter.

Je puis vous dire, en me fondant sur tout cela, et j'en parlerai davantage si le temps me le permet, que la définition de « grave et irréremédiable » donnée dans le projet de loi C-14 est clairement en contradiction avec l'arrêt Carter, et que de mon point de vue, un point de vue incontestable, elle est clairement inconstitutionnelle; j'ajoute que, si le projet de loi était adopté, il sera annulé.

Je vous dis cela, mais ce n'est pas seulement parce que j'ai participé en tant qu'avocat principal à l'affaire Carter. Je conteste des dispositions en vertu de la Charte depuis sa création même — il y a 34 ans —, et j'ai probablement plus d'expérience à ce chapitre que n'importe quel autre avocat en pratique privée du Canada, et j'ai d'ailleurs eu quelques succès notables. Alors, lorsque je dis que ce projet de loi, si on y laisse la définition de « grave et irréremédiable », est à mon avis inconstitutionnel, je le dis en fait avec une grande certitude.

En fait, j'aimerais parler de deux enjeux pendant le temps qui m'est imparti. Le premier vise à savoir s'il y a quoi que ce soit, dans la décision Carter qui permettrait au Parlement d'adopter le projet de loi, dans la mesure où il comprend les expressions « raisonnablement

prévisible », dont vous comprenez tous le sens, de même que l'expression « déclin avancé et irréversible » et, puisqu'on y est, « incurable ». J'affirme que rien, dans l'arrêt Carter, ne le permet. En fait, il y a dans l'arrêt Carter bien des choses qui sont incompatibles avec ces expressions.

J'ai distribué un assez long mémoire dans lequel j'explique un grand nombre de ces enjeux plus techniques, et je ne vais pas les répéter pendant le temps dont je dispose. Toutefois, j'ai demandé au greffier de bien vouloir distribuer maintenant un document que j'ai découvert seulement après avoir rédigé le mémoire. Il s'agit d'une transcription d'une séance de la Cour suprême du Canada qui a eu lieu tout juste en janvier dernier, au moment où le gouvernement fédéral demandait une prolongation de six mois pour donner au Parlement plus de temps pour mettre la loi en oeuvre.

Vous devriez l'avoir reçu; le document concerne une affaire dont a été saisie la Cour suprême du Canada, *Lee Carter c. Procureur général du Canada*. L'extrait concerne un échange entre la juge Karakatsanis et Rob Frater, avocat du gouvernement fédéral, de même que le juge Moldaver.

C'est très révélateur, à mon avis. Allez, je vous prie, au bas de la page 18, à la ligne 19, et voici ce que dit la juge Karakatsanis:

Monsieur Frater, puis-je vous poser une question: est-ce que votre position relativement à la loi du Québec signifie que vous êtes d'accord pour dire qu'elle est conforme à l'arrêt Carter? Je pense en particulier au fait qu'il y est question d'une personne en fin de vie, tandis que, dans l'arrêt Carter, nous avons rejeté l'expression « en phase terminale ».

C'est on ne peut plus clair. La Cour suprême du Canada, dans Carter, a rejeté l'exigence selon laquelle la personne devait être en phase terminale. Si vous poursuivez, vous verrez un échange entre le juge Moldaver et M. Frater, où il affirme que la loi du Québec est « sous-inclusive ». Il veut dire par là qu'elle n'allait pas aussi loin que le voulait l'arrêt Carter, ce qui, bien sûr, soulève d'importantes questions touchant la constitutionnalité de la loi du Québec.

Je peux vous expliquer comment nous avons plaidé cette affaire. C'est mon adjoint et moi-même qui avons choisi l'expression « grave et irréremédiable »; ce sont nos mots. Nous avons délibérément écarté le mot « incurable », parce que le mot « incurable » ne reflète pas l'exigence nécessaire. Nous avons choisi les mots « grave et irréremédiable ».

Le gouvernement nous a demandé ce que nous voulions dire par là. Comme vous pouvez le voir dans notre mémoire, nous avons expliqué en détail ce que nous voulions dire par là, et nous n'avons pas parlé de « phase terminale ». Alors, dans son argumentation devant la juge de première instance, l'avocat du gouvernement a dit — et, encore une fois, cela figure dans le mémoire — que le problème, dans la définition donnée par la partie demanderesse de l'expression « grave et irrémédiable » c'est qu'elle ne comprend pas les mots « phase terminale ». La juge de première instance a peut-être utilisé l'expression « phase terminale » 100 fois dans ses motifs, en parlant d'autres régimes, etc., mais elle n'a pas demandé qu'une personne se trouve en phase terminale pour se prévaloir de l'aide médicale à mourir.

● (0850)

Comme je l'ai dit, la Cour suprême du Canada, dans sa décision, dans sa déclaration relative aux personnes qui pouvaient se prévaloir de l'aide médicale à mourir, n'a pas posé pour limite le fait d'être « en phase terminale ». Vous pourriez dire que « raisonnablement prévisible », c'est différent de « en phase terminale ». Eh bien, ce n'est pas différent de la phase terminale; c'est simplement une autre façon de définir la phase terminale. Certains définissent la phase terminale de manière arbitraire, en disant que c'est une période de six mois précédant la fin de la vie. D'autres la définissent de manière vague, en disant « à la fin de la vie », comme dans la loi du Québec.

Ce projet de loi propose une définition semblable, mais les conséquences sont toujours les mêmes. Il impose l'expression « en phase terminale », ce qui est tout simplement contraire à l'arrêt Carter. La raison pour laquelle c'est inconstitutionnel, c'est que, en définissant les personnes qui ont droit à l'aide médicale à mourir, le Parlement exclut un groupe entier de personnes qui, autrement, pourraient se prévaloir des mêmes droits prévus dans la Charte que ce que la Cour suprême du Canada a accordé dans Carter, c'est-à-dire le groupe des personnes qui ont un handicap physique et dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible.

Dans les quelques minutes qu'il me reste, j'aimerais vous dire que — et je l'explique en donnant plus de détails dans mon mémoire —, en tant que personne handicapée, j'ai été très sensible et attentif aux arguments présentés par les organismes de défense des droits des personnes handicapées, des organismes dont je soutiens habituellement la cause. Toutefois, quant au sujet qui nous occupe, je crois qu'ils avaient fondamentalement tort, tout simplement parce qu'ils laissaient entendre que toutes les personnes handicapées ne sont pas en réalité handicapées. Vous allez entendre Mme Pothier et M. Baker. S'ils n'utilisent pas l'expression « le modèle social du handicap », je puis vous dire que l'unique postulat qu'ils présentent devant les tribunaux et devant la Cour suprême du Canada consiste à dire que nous ne sommes pas vraiment handicapés; nous avons tout simplement des facultés amoindries, et c'est la société qui nous handicape, puisque nous vivons dans une ville où il faut utiliser des escaliers pour accéder à un immeuble et dans une société où les gens possédant toutes leurs facultés ont leur propre idée de ce que signifie vivre dans la dignité.

Je reconnais qu'il n'existe pas qu'une seule conception de la vie dans la dignité, mais je rejette la notion selon laquelle les gens qui ont un problème de santé grave, peu importe la cause, peuvent subir des souffrances intolérables et peuvent dire qu'ils ne vivent pas dans la dignité, même si la plupart des personnes handicapées surmontent leur handicap et reconnaissent que les choses qu'elles doivent faire pour vivre au quotidien ne sont pas indignes. Le raisonnement qui sous-tend le projet de loi C-14, dans la mesure où il comprend une disposition sur la prévisibilité raisonnable, porte que la plupart des

personnes handicapées, dont, dans tous les cas le décès n'est pas prévisible, seraient d'une façon ou d'une autre incapables de prendre une décision éclairée sur l'opportunité de demander de l'aide pour mourir.

J'ai déjà lu — et vous l'entendrez de nouveau — que, si les gens disent cela, c'est parce que le handicap peut être de nature temporaire, transitoire ou situationnelle et que, si vous laissez une personne handicapée choisir de mourir, elle pourrait le regretter plus tard. Essayez de concevoir cela. La juge de première instance a entendu tous ces arguments et les a rejetés. L'idée qu'un handicap puisse être de nature temporaire, transitoire ou situationnelle a été présentée à la Cour suprême du Canada par des groupes de personnes handicapées. La Cour suprême du Canada a rejeté cette idée, et pourtant, le projet de loi prévoit essentiellement que les personnes handicapées seront toutes privées de la protection des droits que la Cour suprême du Canada leur avait octroyés dans l'arrêt Carter. Le Parlement ne peut pas faire cela.

Le Parlement ne peut pas faire cela en prétendant qu'il y a justification en vertu de l'article premier. L'article premier a été débattu en long et en large dans l'affaire Carter. Cet arrêt a créé, en ce qui concerne les droits constitutionnels, un plancher, non pas un plafond. Le Parlement peut conférer des droits supplémentaires, et les tribunaux peuvent conférer des droits supplémentaires, mais le Parlement ne peut supprimer aucun des droits que la Cour suprême du Canada a accordés aux personnes handicapées. Le projet de loi C-14, en fait, retranche de l'arrêt Carter les droits qui avaient été accordés aux personnes handicapées, et il ne peut pas faire cela.

● (0855)

Je vois que mon temps est écoulé. Je suis de toute évidence prêt à répondre à vos questions.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Arvay.

Monsieur Nicholas, vous êtes le suivant. Bienvenue.

M. Graydon Nicholas (ancien lieutenant-gouverneur du Nouveau-Brunswick, à titre personnel): Merci beaucoup. Je suis heureux d'avoir l'occasion d'être ici à Ottawa avec les honorables membres de votre comité pour discuter de cette question très importante pour notre pays.

J'ai déposé mon mémoire, dans lequel j'aborde les trois aspects suivants: le caractère sacré de la vie, les soins palliatifs et la liberté de conscience. J'espère que vous avez eu l'occasion de le lire; j'ai respecté la limite que vous avez imposée de 750 mots.

J'aimerais dire pour commencer qu'à mon avis, il est important de reconnaître deux choses. La première, c'est que je comparais ici à titre d'Autochtone. Je fais partie de la tribu Wolastoqiyik du Nouveau-Brunswick. En anglais, on nous appelle les *Maliseet*; en français, les Malécites. Selon mes enseignements, ceux de mes Aînés, bien sûr —, la vie est respectée à toutes ses étapes. Je l'ai mentionné dans mon mémoire. Je suis également ici à titre de catholique. Un principe de notre foi catholique veut également que la vie soit respectée à toutes ses étapes.

Comme je devais venir ici, un de mes amis m'a remis une copie d'un texte de loi instituant la Journée du pape Jean Paul II, qui a été promulguée par le Parlement et a reçu la sanction royale le 16 décembre 2014; dans ce texte, le Parlement reconnaît le rôle important qu'a joué Saint Jean Paul II, non seulement dans son pays, mais dans le monde entier également.

J'aimerais m'attarder en particulier sur sa « Prière pour la Vie ». Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, monsieur le président, je vais pendant ce temps tenir à la main ma plume d'aigle.

Ô Marie, aurore du monde nouveau,
Mère des vivants, nous te confions
la cause de la vie: Regarde, ô Mère,
le nombre immense des enfants que l'on
empêche de naître, des pauvres pour qui
la vie est rendue difficile, des hommes et
des femmes victimes d'une violence inhumaine,
des vieillards et des malades tués par l'indifférence ou
par une pitié fallacieuse.
Fais que ceux qui croient en ton Fils
sachent annoncer aux hommes de notre temps,
avec fermeté et amour l'Évangile de la vie.
Obtiens-leur la grâce de l'accueillir
comme un don toujours nouveau, la joie
de le célébrer avec reconnaissance
dans toute leur existence et le courage d'en témoigner
avec une ténacité active, afin de construire,
avec tous les hommes de bonne volonté, la civilisation
de la vérité et de l'amour, à la louange et à la gloire de Dieu
Créateur qui aime la vie.

C'était le 25 mars 1995.

À l'annonce du projet de loi C-14 faite par deux ministres, le ministre de la Santé a indiqué qu'une certaine somme d'argent serait investie dans les soins palliatifs. J'aimerais porter à l'attention des honorables membres de votre comité une étude dont le rapport s'intitule *Avec dignité et compassion: Soins destinés aux Canadiens vulnérables*. L'étude a été menée par un comité parlementaire en 2011. C'est un long rapport, un rapport exhaustif, mais je recommanderais que vos chercheurs, à tout le moins, en prennent connaissance, car il contient une déclaration très ferme touchant l'importance des soins palliatifs et la nécessité de s'assurer que les gouvernements protègent cet aspect. Il suffit de modifier la Loi sur la santé du Canada pour que cela soit possible. Bien des gens placés dans un hospice ou un autre type de centre attendent littéralement l'heure de mourir. Je connais beaucoup de gens, des amis, des parents, des membres de ma famille, qui se sont retrouvés dans cette situation. Il est important que le gouvernement s'assure que la vie des personnes à qui il ne reste plus que quelques jours soit le plus agréable possible.

L'autre aspect qui m'intéresse, c'est la liberté de conscience. Bien sûr, nous savons que c'est un droit fondamental, selon notre Charte.

Je me souviens du débat à ce sujet, dans les années 1980. Remarquez, j'étais de l'autre côté; je défendais les droits des Autochtones, à ce moment-là, dans toutes les régions du pays pour veiller à ce que ce document puisse réellement protéger nos peuples.

Parmi les signataires de la Déclaration universelle des droits de l'homme, il y a une personne du Nouveau-Brunswick, le professeur Humphrey. L'article 18 de ce document dit que « toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ». Cette expression est bien sûr reprise dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, encore une fois, à l'article 18.

● (0900)

Non seulement le Canada a reconnu l'existence de ces déclarations en particulier, mais, en tant qu'État, le Canada a également signé ce qu'on appelle le protocole facultatif, qui permet à un citoyen d'un pays donné de remettre en question le pouvoir décisionnel du Parlement et le fait qu'il s'acquiesce réellement des obligations qui sont les siennes en vertu des instruments internationaux.

Ma cousine, Sandra Lovelace, a bien sûr été la première à invoquer le protocole facultatif devant les Nations unies, et elle est aujourd'hui sénatrice. Il était question de son identité de femme autochtone qui avait perdu ses droits en raison de son mariage avec un non-Autochtone. Au bout du compte, les Nations unies ont sanctionné le Canada, qui a changé sa loi en 1985.

Si je le dis, c'est peut-être que, quand je regarde ce projet de loi, je me demande si les conseillers du ministère de la Justice l'ont examiné à la lumière de la liberté de conscience — parce qu'il n'en est pas question ici —, et je me demande s'il est vraiment conforme au droit international. Est-il conforme aux instruments des Nations unies? Bien sûr, il y a toutes sortes d'experts au ministère de la Justice. Je pose simplement la question au Comité, monsieur le président, car je crois qu'il ne faudrait pas passer cette question sous silence. Je me souviens que, dans les années 1980, lorsque cette loi a été adoptée, il y avait des gens qui disaient parfois: « bon, bouchez-vous le nez et laissez faire, même si vous n'êtes pas d'accord. »

La conscience est vraiment importante et vraiment essentielle. Si vous obligez quelqu'un à faire quelque chose contre son gré, quelqu'un qui a de véritables croyances, qu'arrivera-t-il à la profession médicale? Qu'arrivera-t-il aux institutions qui existent et ne veulent pas participer au projet que le Parlement s'apprête à adopter? Presque tout le monde dit que c'est inévitable, que ce sera adopté, mais il faut qu'il y ait une raison, et je crois que les parlementaires devraient comprendre que cela exige une étude. Certes, ils disent qu'ils mèneront une étude dans cinq ans, mais il est impossible d'attendre cinq ans. La situation va évoluer.

Voilà ce que j'avais à dire, monsieur le président et honorables membres, car je sais que les trois partis sont représentés ici. Je tiens à vous remercier sincèrement de m'avoir permis de venir vous rencontrer.

J'ai demandé à comparaître parce que, à partir du 31 mai 1991, date de ma nomination comme juge d'un tribunal provincial, jusqu'au mois d'octobre 2014, date de la fin de mon mandat de lieutenant-gouverneur de la province du Nouveau-Brunswick, j'étais pratiquement réduit au silence. Un juge ne peut pas commenter des enjeux publics, et, lorsque vous êtes représentant de Sa Majesté, il vous est définitivement interdit de le faire, alors, au bout du compte, on m'a déchargé de ce fardeau particulier en octobre 2014. Je me suis présenté ici aujourd'hui pour dire qu'il faut témoigner une grande compassion à l'égard des gens qui sont malades, qui souffrent ou qui font face à la mort, mais nous devrions tous également leur rendre la vie agréable au cours de ces dernières étapes.

Merci beaucoup, monsieur le président et merci aux membres du Comité, de m'avoir écouté. Je vous souhaite ce qu'il y a de mieux, mais je tiens à vous dire une autre chose. Pendant mon mandat de lieutenant-gouverneur, j'ai visité des écoles du Nouveau-Brunswick. Dans certaines écoles, croyez-le ou non, les élèves font une prière pour les parlementaires et pour les juges, tous les jours, parce que cela fait partie de la discipline de leur école. J'ai été impressionné. Je ne savais pas qu'ils faisaient cela.

Encore aujourd'hui, pendant que vous siégez et que vous poursuivez vos débats, il y a dans certaines écoles de la province du Nouveau-Brunswick des gens qui prient pour vous, et la prière est puissante. Nous avons besoin de prières; nous avons besoin d'une puissance supérieure et nous avons besoin d'une autorité supérieure, qui prendra des décisions éclairées.

Merci beaucoup.

• (0905)

Le président: Merci beaucoup, monsieur.

Monsieur Schuklenk, c'est votre tour.

M. Udo Schuklenk (professeur et titulaire de la chaire de recherche de l'Ontario en bioéthique, Philosophie, Queen's University, à titre personnel): Merci.

J'ai vu votre document d'information, et je me suis dit que je devrais passer au moins une minute à vous parler de moi, car vous ignorez probablement qui je suis.

De 2009 à 2011, j'ai présidé le groupe international d'experts chargé par la Société royale du Canada de rédiger ce qui serait, espérait-elle à l'époque, un rapport national historique sur la prise de décisions en fin de vie au Canada. Nous recommandions la décriminalisation de l'aide médicale à mourir pour les personnes aptes à prendre des décisions.

Nous recommandions également que la « maladie en phase terminale » — je crois que c'est le sujet dont j'aimerais le plus discuter, aujourd'hui — ne soit pas une condition pour déterminer si une personne est admissible à l'aide médicale à mourir pour deux raisons. La première raison avait déjà été signalée, et elle est juste: il n'existe pas de méthode scientifique pouvant donner un pronostic précis d'espérance de vie relativement à une maladie terminale. Deuxièmement, si le terme « maladie terminale » devient une condition nécessaire aux termes de la loi, alors il serait nécessairement trop limitatif; cela ne fait aucun doute.

Dans l'affaire *Carter c. Canada*, la juge de la Cour suprême s'est dite d'accord sur ce sujet. Le ministère de la Justice a tenté de justifier les limites qu'il veut intégrer au projet de loi et qu'il applique aux personnes dont le décès naturel est prévisible, en disant essentiellement que la juge a déclaré, aux paragraphes 1 à 7 de *Carter*, qu'elles s'appliquaient aux situations de fait que présente l'espèce.

Ce que le ministère omet de dire, c'est que, tout juste avant cette déclaration, le tribunal a clairement déclaré que les dispositions du Code criminel en question étaient nulles dans la mesure où elles prohibent l'aide d'un médecin pour mourir à une personne adulte capable qui consent clairement à mettre fin à sa vie et qui est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables.

Voici ce qu'il en est. La déclaration sur les situations de fait doit être lue à la lumière des critères qui avaient été établis. Le tribunal applique ses critères aux situations de fait, pas le contraire. Il ne faut pas considérer que cette précision vise à justifier l'inclusion des phases terminales d'une maladie, à ce moment-là, comme une des conditions pour l'accès à l'aide médicale à mourir.

De la manière dont la proposition se présente aujourd'hui, le fait de réunir en vrac toutes les personnes qui ne font pas face à une mort prévisible pour les mettre dans une catégorie générale de gens « vulnérables » entraînera inévitablement cette généralisation très excessive et cette disproportionnalité flagrante que la Cour suprême avait cernées lorsqu'elle a annulé certaines dispositions actuelles du Code criminel.

Il me semble que le ministère de la Justice est bien au courant du fait que le projet de loi qu'il soumet est trop restrictif. Pourtant, il n'arrive pas à présenter une justification sensée de la limite qu'il associe à la phase terminale, étant donné que, quand on y pense, le respect de la vie humaine n'est certainement pas menacé quand on accède à la demande d'une personne capable qui désire qu'un médecin l'aide à mourir, car elle souffre d'une affection clinique

incurable qui fait que, pour elle, la vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

En refusant à de tels patients une aide médicale à mourir, on ne remplit aucun objectif souhaitable et on ne fait à coup sûr rien pour protéger les personnes vulnérables. La seule conséquence, c'est que l'on condamne ces mêmes personnes vulnérables à continuer de souffrir, voire, pourquoi pas, à faire une tentative de suicide malhabile. Je pourrais vous donner de multiples exemples, si vous me demandiez de vous parler des cas particuliers que je connais bien et dont je connais exactement l'issue. Il ne s'agit pas d'un simple exercice théorique, ici.

L'an dernier, dans le *Journal of Medical Ethics*, j'ai publié un article, cosigné par Suzanne van de Vathorst, professeure clinicienne à l'école de médecine de l'Université Erasmus; j'ai fait valoir que les patients capables souffrant, par exemple, d'une dépression incurable devraient avoir droit à l'aide médicale à mourir. Je ne veux pas aujourd'hui aller dans les détails de cet article, mais je tiens à vous dire que, fondamentalement, il est fondé sur la reconnaissance du fait que certaines maladies psychiatriques incurables sont reconnues pour entraîner des souffrances graves, tout aussi douloureuses que les douleurs physiques les plus douloureuses, et qu'un nombre important de patients ne répondent pas aux modes de traitement existants. Nous parlons d'environ 30 % des gens atteints d'une dépression clinique. Les patients déprimés ne sont pas en tant que tels incapables, et la façon dont ils évaluent leur qualité de vie est souvent, en fait, très réaliste.

Rien dans la Charte des droits et libertés ne laisse croire que le fait de qualifier de « malade mental » ou de « vulnérable » une personne ne justifie qu'on lui retire sa capacité d'agir dans les questions de vie ou de mort, et c'est pourtant ce que le projet de loi actuel propose.

On a beaucoup parlé de cette catégorie de patients, et vous avez entendu divers témoins experts en parler. On a brossé de sombres portraits des dangers supposés auxquels feraient face les Canadiens les plus vulnérables. Les comptes rendus des témoins experts ont été en substance rejetés à l'unanimité par les juges de la Cour suprême. En fait, vous allez entendre, tout de suite après nous, Harvey Chochinov, qui a vu le témoignage des experts qu'il avait convoqués complètement rejeté par la Cour suprême. Il a également été rejeté par le groupe d'experts qui conseillaient les provinces et les territoires sur ce sujet de même que par le comité mixte spécial du Parlement.

Le ministère de la Justice qui a mal compris la situation juridique et politique actuelle de la Belgique, par exemple, s'appuie sur ce document d'information législatif préparé par son organisation plutôt que sur des études de recherche à grande échelle, ayant fait l'objet d'un examen par les pairs; il s'inspire d'une poignée d'affaires — réfléchissez à cela — qui circulent sur Internet. Voilà le niveau d'expertise qui a débouché sur ce document d'information.

• (0910)

La Cour suprême a en fait rejeté l'approche anecdotique adoptée pour cet enjeu. Je cite le jugement:

La question dont nous sommes saisis doit être tranchée sur le fondement non pas d'anecdotes contradictoires, mais de la preuve.

La réalité, la voici. Toutes les recherches importantes, dans les études soumises à un examen par les pairs, sur ce sujet, en arrivent à la même conclusion: l'aide médicale à mourir ne constitue pas une menace pour les gens vulnérables. Les données probantes existantes s'opposent en outre aux arguments selon lesquels nous devrions d'abord mener une étude sur les répercussions éventuelles d'un régime qui respecterait les critères énoncés par le tribunal. La raison en est que tous les éléments de preuve scientifique disponibles, dans toutes les administrations qui ont décriminalisé l'aide médicale à mourir, contredisent les inquiétudes touchant des cas de violence soulevés même par des groupes qui défendent les droits des personnes handicapées, comme nous l'avons déjà souligné.

J'aimerais en parler un peu, rapidement, parce que vous en avez déjà entendu beaucoup sur le sujet. J'aimerais vous présenter quelques données concernant la Belgique et les Pays-Bas, deux pays qui font figure d'hommes de paille dans le contexte.

Aujourd'hui, les maladies neuropsychiatriques concernent environ 4 % des patients qui ont demandé l'aide médicale à mourir en Belgique. Cela donne environ 70 personnes sur plus de 1 800 cas d'euthanasie. Dans la grande majorité des cas, la demande de ces patients a été rejetée, et ce serait en raison d'un excès de prudence. Il est vrai que, globalement, le pourcentage de ces cas a peu à peu diminué ces dernières années, mais il semble qu'il se maintiendra à son niveau actuel. En général, de tels cas doivent être pris en charge par des équipes spécialisées de cliniciens.

Cela se passe de la même manière aux Pays-Bas. En 2013, le pays comptait 42 patients psychiatriques; en 2014, il en comptait 41 et, en 2015, il en comptait 56. Il n'y a pas eu d'augmentation soudaine de cas d'euthanasie de patients psychiatriques. La dépression est mentionnée dans à peu près la moitié de ces cas. Le document d'information que le ministère de la Justice a transmis parle d'une lettre que 65 psychiatres et psychologues ont fait parvenir à un journal local ou à un journal du pays, et ce n'est pas une blague.

L'association des psychiatres des Pays-Bas, l'association professionnelle de ce pays, représente environ 3 600 psychiatres. Ils ont élaboré des lignes directrices spécifiques pour des cas de ce type en exigeant que chacun des patients soit vu par deux psychiatres et un autre médecin. Cette façon de faire permet d'assurer que les patients sont capables et qu'aucune option de traitement n'a été laissée de côté. Voilà la réalité, dans ce pays.

Je crois que ces chiffres illustrent bien le fait qu'un nombre relativement petit de patients psychiatriques recourent à l'aide médicale à mourir, mais ce sont des patients de ce genre que la version actuelle du projet de loi condamnerait à des souffrances continues et inutiles, et voilà pourquoi il est si important de modifier le projet de loi.

Dans les débats publics actuels sur les critères d'admissibilité, on entend des expressions comme « compromis raisonnable » ou « démarche prudente », et on utilise en partie la même rhétorique que le ministère de la Justice, mais je crois que l'on passe à côté de quelque chose de fondamental, c'est-à-dire que la Cour suprême a énoncé en fait des critères minimums clairs que la nouvelle loi doit respecter. Ces critères auraient été élaborés en vue d'établir des limites raisonnables à l'article premier de la Charte. Le projet de loi proposé, pour les motifs mentionnés, ne respecte pas en fait ces critères.

C'est pourquoi je vous prie instamment, alors, de modifier la version actuelle du projet de loi, comme je l'explique dans ma déclaration préliminaire, en gardant à l'esprit que la norme minimale de la Cour suprême est la suivante: la demande d'aide médicale à

mourir doit être formulée par un adulte capable; sa maladie doit être incurable; le patient doit estimer que sa vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Il n'y a rien à ajouter à cela.

Permettez-moi rapidement, pendant ma dernière minute, de parler des directives anticipées ainsi que des mineurs matures. Aujourd'hui, nous permettons à des patients de prendre des décisions anticipées touchant le type de soins qu'ils accepteront lorsqu'ils ne seront plus capables. Des décisions anticipées de ce type pourraient même avoir pour effet de hâter la mort, par exemple. De telles directives anticipées sont en général respectées.

Nous pouvons dire sans nous tromper que, en effet, la Cour suprême n'a pas besoin que le gouvernement, aujourd'hui, reconnaisse les directives anticipées dans le contexte de l'aide médicale à mourir ou qu'il inclue les mineurs matures parmi les gens admissibles à l'aide médicale à mourir. À mon avis, et j'y ai réfléchi, ce serait souhaitable dans les deux cas et ce serait un prolongement logique du raisonnement qui sous-tend le jugement. Je recommande donc — et cela figure également dans ma déclaration préliminaire — que ces questions fassent l'objet d'une étude, pendant les 18 à 24 prochains mois, et que cela devienne un processus obligatoire, codifié dans la loi.

Merci de votre temps.

Le président: Merci beaucoup à tous les témoins de ces témoignages très convaincants.

Nous allons maintenant commencer la série de questions, en donnant la parole à M. Nicholson.

● (0915)

L'hon. Rob Nicholson (Niagara Falls, PCC): Merci beaucoup.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à tous les témoins d'aujourd'hui et je vous remercie de vos exposés.

Je vous souhaite tout particulièrement la bienvenue, monsieur Arvay, et je sais que M. Bittle sera d'accord avec moi. Vous venez du même coin du Canada que nous, au départ, et c'est pourquoi nous sommes heureux de vous recevoir.

Je vais d'abord m'adresser à vous, monsieur Arvay. Vous avez au moins autant d'expérience que les autres, j'imagine, en ce qui concerne la défense de certains dossiers et l'assurance de la constitutionnalité de divers textes de loi. Vous avez fait carrière dans ce domaine.

J'aimerais connaître votre opinion sur les dispositions de cette loi en ce qui concerne la protection des gens, à la lumière de la liberté de conscience, qui auraient à décider si elles participeraient à une telle initiative. Pensez-vous que cela résisterait à un examen constitutionnel, si c'était...? Bien sûr, cela dépend du libellé, je le comprends, mais quelles sont vos réflexions sur ce sujet, de manière générale?

M. Joseph Arvay: Monsieur Nicholson, merci de poser la question, mais, pour parler franchement, ce n'est pas à ces parties de la loi auxquelles j'ai le plus réfléchi. Je me suis présenté ici pour traiter de la définition de « grave et irrémédiable ».

L'hon. Rob Nicholson: Vous avez droit à un avis juridique gratuit, à ce sujet...

M. Joseph Arvay: Oui, je le comprends.

Je puis cependant dire ceci: il est vrai que, lorsque nous défendions le dossier Carter, nous étions d'avis qu'aucun médecin ne devrait être obligé de fournir une aide médicale à mourir, et la Cour suprême du Canada l'a admis.

Au-delà de ce sujet, je ne suis pas prêt à répondre à cette question. Je suis désolé de ne pouvoir vous aider davantage.

L'hon. Rob Nicholson: C'est de bonne guerre.

Monsieur Nicholas, félicitations, vous avez mené une carrière intéressante et enrichissante dans la province du Nouveau-Brunswick, et dans notre pays.

En tant que juge et à titre de personne qui a étudié la question, vous devez très bien connaître l'histoire. Je crois que, depuis que je fais partie du Parlement, toute cette question de l'aide médicale à mourir a été rejetée trois fois par le Parlement, mais nous ne vivons plus dans le même monde aujourd'hui. Le tribunal a dit que c'était en fait constitutionnel et que nous devons nous en occuper. Je suis heureux de savoir qu'il y a des gens qui prient pour les parlementaires, et nous l'apprécions vraiment beaucoup.

Que pensez-vous que le Parlement peut réellement faire, aujourd'hui et maintenant? Le Parlement a fait clairement connaître sa position, mais aujourd'hui, les tribunaux ont dit très clairement que la loi, dans sa version actuelle, la loi qui figure dans les livres et que le Parlement respecte, est inconstitutionnelle. Que peuvent y faire les parlementaires, à votre avis?

M. Graydon Nicholas: Je me souviens même de la première Charte qui avait été élaborée, dans les années 1980, et des débats qui avaient eu lieu à ce moment-là; si la clause nonobstant a été incluse, ce n'est pas pour rien. Je me souviens précisément de la raison pour laquelle elle a été incluse: pour faire en sorte que ce ne soit pas seulement le Parlement qui l'adopte, mais qu'il faudrait également réunir le vote de 70 % des provinces du pays.

Je suis certain qu'à l'époque le gouvernement a dû consulter diverses personnes quant aux répercussions de la clause nonobstant. Bien sûr, nous savons qu'elle a été invoquée à quelques reprises, au Canada, sous la compétence de diverses assemblées législatives. Aujourd'hui, nous disons qu'elle est dépassée.

J'ai été déçu de constater que ni le gouvernement précédent ni le gouvernement actuel n'avaient exploré publiquement la clause nonobstant. Cette option a été abandonnée, à ce que je sache, et aussi selon ce qu'affirme le gouvernement actuel.

La loi, c'est la loi. La Cour suprême a rendu sa décision, mais les juges savent également que, au bout du compte, le juge qui a le dernier mot, c'est le Parlement. C'est le Parlement qui promulgue les lois, et, si l'un de nos droits fondamentaux est la liberté de conscience, alors je crois que le Parlement doit également protéger ce droit, de façon qu'il ne revienne pas à une province ou à une autre de se demander si les organismes peuvent forcer le personnel médical à faire cela. M. Arvay a souligné que la juge en chef s'était opposée à ce qu'on l'y oblige.

Je crois que la faiblesse de la loi actuelle, c'est qu'elle ne contient rien touchant le respect de ce droit fondamental, et, si ce n'est pas prévu en vertu du droit pénal, on l'utilisera comme défense, et ce sera contesté devant des tribunaux provinciaux et jusque devant la Cour suprême du Canada, ce qui prendra probablement de cinq à sept ans, et il y aura également beaucoup de contestations à ce chapitre.

Je ne vois pas pourquoi le Parlement ne pourrait pas intégrer un article sur la liberté de conscience, dans le projet de loi, à l'intention des gens qui ne veulent pas y participer, y compris les institutions. Par exemple, l'hospice qui a vu le jour à Fredericton et l'hospice de Saint John ont tous deux dit qu'il était absolument exclu qu'ils se conforment à la loi même s'ils étaient forcés de participer à ce projet.

● (0920)

L'hon. Rob Nicholson: Il existe certainement un précédent, comme il y en a eu, à l'échelon fédéral, dans le cas de la Loi sur le mariage civil. On y trouve des dispositions indiquant qu'il est impossible de forcer quelqu'un à faire quelque chose contre sa conscience.

M. Graydon Nicholas: Je présume que des représentants de la Coalition for HealthCARE and Conscience vont comparaître devant vous. Voici ce qu'ils ont dit:

Aucune autre administration du monde, où l'euthanasie et le suicide assisté ont été légalisés, ne force les travailleurs de la santé, les hôpitaux, les maisons de soins ou les hospices à agir contre leur conscience, leur mission ou leurs valeurs.

L'hon. Rob Nicholson: Je suis tout à fait d'accord avec vous.

M. Graydon Nicholas: Merci beaucoup...

L'hon. Rob Nicholson: Merci beaucoup.

Monsieur Schuklenk, vous avez fait un commentaire intéressant sur diverses lois. Vous avez parlé en particulier de la Belgique et des Pays-Bas.

Vous avez dit entre autres qu'aucun élément de preuve ne permettait de soutenir que cela constitue une menace pour les gens vulnérables. Parmi ceux d'entre nous qui ont eu affaire à des gens, à d'autres niveaux et dans d'autres dossiers, nous sommes nombreux à estimer qu'il existe un groupe de gens assez vulnérables. Pendant la dernière législature, nous avons abordé le cas des personnes qui s'en prenaient à des adolescents en les encourageant à se suicider. Il s'agissait là d'un problème de taille.

De plus, nous sommes nombreux à connaître des gens — ils ne sont pas nécessairement reliés — qui se retrouvent parfois de plus en plus vulnérables à mesure qu'ils vieillissent. Ceux parmi nous qui pratiquent le droit rencontrent parfois des gens qui ont été trompés et qui ont été entraînés par d'autres personnes, dans toutes sortes de situations. Dans bien des cas, c'est une question d'argent, c'est une question de leur prendre leur argent et de les forcer à faire certaines choses. Nous recevons un assez fort volume de courriels, d'appels téléphoniques et de lettres à ce chapitre. C'est en fait une des questions qui ont été portées à notre attention. Il y a des gens qui sont bel et bien vulnérables, et il se peut que leur famille voie un intérêt à ce qu'ils acceptent l'idée du suicide assisté.

Vous avez formulé des commentaires plutôt catégoriques, en disant que cela ne constitue pas une menace pour les gens vulnérables. J'aimerais que vous vous expliquiez davantage.

M. Udo Schuklenk: Je vous remercie de me poser la question.

Ma déclaration est fondée sur la façon dont, au cours d'une période qui s'est étendue sur de nombreuses années, depuis que ces administrations ont commencé à décriminaliser cette pratique, on a essentiellement étudié chacun des cas qui ont été signalés dans ces pays et tenté de découvrir quelles catégories de patients demandaient ce service.

Lorsque nous parlons de personnes vulnérables, qui est-ce qui nous vient habituellement à l'esprit? Nous aurions tendance à penser qu'il pourrait s'agir de personnes qui ont de la difficulté à accéder à des soins de santé, par exemple, ou de personnes qui ont de la difficulté à obtenir des soins palliatifs parce qu'elles n'en ont pas les moyens. Il y a un certain nombre de raisons. La réalité, c'est que, dans pratiquement toutes ces administrations, la grande majorité des patients qui demandent l'aide médicale à mourir sont en fait des patients atteints d'un cancer de stade avancé. Même s'il y a un peu de fluctuation, ces chiffres sont assez stables. Il s'agit de la majorité écrasante.

Par exemple, s'il y avait un grave danger pour les personnes atteintes de maladie mentale qui reçoivent l'aide médicale à mourir, on s'attendrait à ce que, après que cela s'est produit pendant de nombreuses années, les chiffres explosent à un certain moment. Si vous étiez préoccupés par les cas prétendus d'abus, vous verriez qu'au cours d'une année, il y aurait peut-être eu 10 personnes, puis 20 personnes, et, tout d'un coup, il y en aurait eu des centaines et des centaines, et ça serait la façon dont on se débarrasse des personnes atteintes de maladie mentale. Bien entendu, ce n'est pas ce qui est en train de se produire. Ce qui se passe réellement, c'est que, dans toutes ces administrations, y compris les Pays-Bas et la Belgique, la majorité écrasante des patients de ce genre qui demandent l'aide médicale à mourir voient leur demande refusée. À mes yeux, il s'agit vraiment d'une forte indication du fait que des mesures de protection sont en place précisément pour ces types de patients vulnérables, et je suis heureux qu'elles existent.

Ne vous méprenez pas. Je comprends tout à fait votre préoccupation. Je dis simplement que, lorsqu'on regarde les données probantes, au-delà des anecdotes, il n'y a rien qui appuie ces allégations, et, oui, je vais m'en tenir à cela.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à M. Fraser.

M. Colin Fraser (Nova-Ouest, Lib.): Je crois que M. McKinnon va prendre la parole en premier.

Le président: Monsieur McKinnon.

M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins.

J'ai des questions pour tout le monde, mais je n'aurai probablement pas le temps de toutes les poser, alors je vais commencer par M. le professeur Arvay.

M. Joseph Arvay: C'est seulement « M. » Arvay.

• (0925)

M. Ron McKinnon: D'accord.

La première recommandation formulée par le comité mixte de la Chambre et du Sénat, c'est que la définition « graves et irrémédiables » n'a pas besoin d'être précisée. Je présume que vous souscrivez à cette opinion.

M. Joseph Arvay: Oui.

M. Ron McKinnon: Toutefois, dans l'éventualité où ce terme serait précisé davantage par la définition fournie dans le projet de loi, seriez-vous d'accord pour dire que les expressions « maladie, affection ou handicap graves et incurables » — je crois savoir que vous hésitez au sujet du terme « incurables » — et « situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible » constitueraient une définition adéquate de la maladie?

M. Joseph Arvay: La réponse est « non ».

Tout d'abord, il est intéressant de constater que, même si, dans l'affaire Carter, la juge de première instance avait employé des termes qui étaient assez semblables à « une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible », elle les avait utilisés pour dire que la personne devait être dans un état avancé d'affaiblissement de ses capacités. Nous n'avons pas fait valoir cet argument. Elle l'a formulé d'elle-même. Fait intéressant, toutefois: la Cour suprême du Canada n'a pas adopté la position de la juge de première instance sur ce point; elle a essentiellement adopté sa position sur tout, sauf sur ce point. Je considère le libellé de la disposition « situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible des capacités » comme étant très semblable à ce dont la juge de première instance voulait parler, selon moi.

L'un des problèmes que me pose cette disposition, c'est que je ne sais vraiment pas ce qu'elle veut dire. Si elle exige un genre de progression de l'« empirement » — je ne suis pas certain que ce terme soit approprié —, je la rejette.

L'une des raisons pour lesquelles nous avons plaidé contre le terme « terminale », c'est que nous avons à l'esprit, notamment, une personne nommée Tony Nicklinson, dont vous, ici présent, avez probablement entendu parler: l'homme qui était atteint du syndrome de déafférentation motrice. Il avait subi un grave accident vasculaire cérébral quand il avait 50 ans. Il ne pouvait pas bouger un muscle de son corps, à part ses paupières — ou, je crois, ses globes oculaires —; pourtant il allait rester dans cet état pendant au moins 20 ans. Nous nous sommes dit que c'était une chose que de laisser entendre qu'une personne pourrait être capable d'endurer la souffrance pendant quelques mois lorsque la mort est imminente, mais il est tout simplement inhumain que de laisser entendre qu'une personne doit endurer cette souffrance pendant 20 ans; c'est tout simplement cruel; il s'agit d'une forme de torture.

Quand Tony Nicklinson a subi son AVC et qu'il a été atteint d'une maladie appelée syndrome de déafférentation motrice, était-il déjà dans une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible des capacités? Peut-être bien, si tout cela signifie que l'on présente des symptômes au lieu d'avoir quelque chose à craindre, mais, si cela exige un certain genre de progression, que l'état de santé empire, eh bien, son état ne pouvait pas empirer davantage.

Ainsi, cette disposition me pose problème. Elle soulève plus de questions qu'elle ne donne de réponses. La raison d'être du projet de loi, selon ce que j'ai entendu dire quand le gouvernement fédéral a comparu devant la Cour suprême du Canada pour demander une prorogation de délai, c'est de clarifier les choses pour la profession médicale. Peut-être bien qu'à elle seule, la décision Carter donne le frisson aux gens de cette profession. Alors, le projet de loi a été conçu pour clarifier les choses. Eh bien, il ne fait qu'ajouter à l'incertitude; il ne clarifie rien du tout.

M. Ron McKinnon: Merci.

Je crois comprendre que vous pensez que cette disposition particulière devrait être retirée, mais, dans l'éventualité où elle serait conservée, vaudrait-il mieux la maintenir en tant qu'exigence supplémentaire ou en tant qu'option, comme dans le cas de la précédente et comme le propose M. Schuklenk dans son mémoire? Ou bien s'agit-il d'un point sans portée pratique, car il ne devrait pas être là d'une manière ou d'une autre?

M. Joseph Arvay: Il ne devrait pas être là, d'une manière ou d'une autre, mais, évidemment, si je devais choisir entre la disposition concernant la prévisibilité raisonnable et celle de la « situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible », je voudrais assurément que vous vous débarrassiez de celle qui concerne la prévisibilité raisonnable. S'il était possible de mieux formuler la disposition sur la situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible pour qu'elle signifie simplement qu'une personne présente des symptômes, alors elle pourrait fonctionner. Nous sommes d'avis que cette définition n'est tout simplement pas utile; la Cour suprême du Canada a déjà suffisamment défini le terme « graves et irrémédiables ».

En passant, une des raisons pour lesquelles nous avons rejeté l'idée d'une maladie « incurable », c'est que je ne sais pas s'il y a des cancers qui sont vraiment curables, mais il pourrait y avoir des maladies qui le sont, mais dont le remède est en fait pire que la maladie.

Je veux dire une chose: j'ai entendu la ministre dire à la Chambre que la prémisse du projet de loi est le soulagement de la souffrance dans le processus qui mène à la mort. La prémisse de la décision Carter est de permettre l'aide médicale à mourir afin de remédier à une souffrance intolérable dans la vie ou de soulager une telle souffrance. La prémisse du projet de loi va tout simplement à l'encontre de celle de la décision Carter.

Je vais m'en tenir à cela.

• (0930)

Le président: Merci beaucoup.

Vous avez le temps de poser une autre question très courte.

M. Ron McKinnon: Il s'agit d'un élément qui, selon moi, n'a encore été soulevé par aucun témoin. L'un des critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir est que la personne doit être admissible en dehors de tout délai de résidence ou de carence applicable aux soins de santé financés par le gouvernement du Canada. Même si je comprends le but stratégique de ce critère, il me semble un peu incongru de l'intégrer dans le Code criminel, et il pourrait porter atteinte aux droits des gens en général qui, autrement, pourraient vouloir légitimement recevoir une aide médicale à mourir. Pourriez-vous formuler un commentaire à ce sujet?

M. Joseph Arvay: Je n'ai pas vraiment de commentaire à formuler sur ce point. Je suis désolé.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à M. Rankin.

M. Murray Rankin (Victoria, NPD): Merci, monsieur Arvay.

Vous avez manifestement été très catégorique, ce matin, lorsque vous nous avez dit, essentiellement — si je ne vous mets pas des mots dans la bouche — que, si nous, en tant que parlementaires, adoptions le projet de loi C-14 sous sa forme actuelle, nous promulguerions une loi qui est inconstitutionnelle. Vous avez dit cela, selon moi, parce que vous avez indiqué que même la juge Karakatsanis affirme que « nous avons rejeté l'expression “en phase terminale” » en tant qu'approche.

Vous avez fait valoir que nous devrions conserver l'expression « graves et irrémédiables », conformément aux termes employés par la Cour, car vous craignez que nous ne compromissions les propos tenus par la Cour suprême par l'adoption d'un projet de loi comme celui que nous étudions actuellement.

Essentiellement, vous avez également dit — et c'est là-dessus que je veux vous poser une question — que « cet arrêt a créé un plancher,

non pas un plafond. ». Je pense que vous voulez dire que le Parlement ne peut pas retirer des droits qui sont prévus dans l'arrêt Carter. Autrement dit, si cette décision crée un grand cercle, nous ne pouvons tout simplement pas créer de sous-ensemble de ce cercle. S'agit-il essentiellement de ce que vous voulez dire, en termes simples?

M. Joseph Arvay: Oui.

M. Murray Rankin: Par conséquent, le fait de procéder à l'adoption d'un tel projet de loi, qui ne protégerait pas les personnes handicapées physiquement souffrant de façon intolérable, à leur avis, et les oblige à accepter des remèdes qui, selon elles, sont inappropriés, irait à l'encontre du plus haut tribunal du pays et nous exposerait donc à une contestation constitutionnelle immédiate... si le projet de loi est adopté.

M. Joseph Arvay: Je souscris à cette opinion.

M. Murray Rankin: Alors, j'ai besoin de savoir quels amendements nous devons apporter au projet de loi afin de le rendre conforme à la Charte et à l'arrêt Carter car l'un des témoins nous a dit, plus tôt, qu'au Québec, il y a des exemples de gens qui ont dû se laisser mourir de faim dans le but de se prévaloir de l'aide médicale à mourir dans cette province.

En outre, il s'agit probablement de la conséquence raisonnablement prévisible de la promulgation du projet de loi. Est-ce que cela constituerait une punition cruelle et inhabituelle pour les personnes qui sont tenues de le faire?

M. Joseph Arvay: Il s'agirait d'un résultat pervers non seulement de l'arrêt Carter, mais aussi du projet de loi. La personne que j'ai mentionnée — Tony Nicklinson — a été plaidé sa propre cause en Angleterre, et il n'a pas obtenu gain de cause dans ce pays. Il a fini par se laisser mourir de faim. Comme vous le savez si vous avez la moindre connaissance au sujet du fait de se laisser mourir de faim, c'est de la torture pure et simple.

La juge de première instance et la Cour suprême du Canada l'ont reconnu; pourtant, sous le régime du projet de loi, une personne qui, comme Tony Nicklinson, fait face à 20 années de misère et de souffrance persistantes et intolérables, ne pourrait pas demander l'aide médicale à mourir, mais elle pourrait tout de même se laisser mourir de faim, et peut-être ne pas en mourir... Peut-être au point où un médecin finirait par dire: « Vous savez, si vous ne buvez ni ne mangez rien d'ici les prochains jours, votre mort sera raisonnablement prévisible. » Alors là, bingo! La personne a droit à l'aide médicale à mourir parce qu'elle a choisi d'entreprendre ce processus qui, à mon avis, est cruel et inhabituel.

Il me semble qu'il s'agit d'un résultat très pervers d'un projet de loi qui est censé empêcher les gens de souffrir.

• (0935)

M. Murray Rankin: Vous avez formulé des arguments opposés à ceux de M. Frater, l'avocat du ministère de la Justice dans l'affaire de la demande de prorogation. Aujourd'hui, vous avez porté à notre attention les termes employés par la Cour, qui a affirmé explicitement dans la décision Carter que « nous avons rejeté l'expression “en phase terminale” ».

Y a-t-il une façon d'interpréter les articles du projet de loi qui définissent le terme « graves et irrémédiables », mais qui prévoient qu'il doit y avoir un changement dans le temps? Pouvez-vous les interpréter de toute autre manière?

M. Joseph Arvay: Non.

M. Murray Rankin: À la lumière de cet échange, comment le gouvernement peut-il présenter un projet de loi qui semble être limité aux malades en phase terminale ou aux situations de fin de vie dans le contexte de ce rejet par la Cour suprême?

M. Joseph Arvay: Manifestement, je n'ai aucune idée de qui conseille le gouvernement et de ce qui motive le gouvernement, mais, pour être très franc à ce sujet, je suis consterné d'avoir à comparaître ici. Nous avons livré une bataille très longue, acharnée et coûteuse à ce sujet, et nous avons eu gain de cause. Pour des raisons qui m'échappent, les avocats du gouvernement ou ses conseillers semblent ne pas arriver à reconnaître ou à saisir le fait que la décision Carter permet à toutes les personnes atteintes d'une maladie grave et irrémédiable, sans égard au fait que leur mort soit prévisible ou non, de se prévaloir de l'aide médicale à mourir.

Ce qui est arrivé, selon moi — et c'est très regrettable —, c'est que, on ne sait trop comment, le gouvernement s'est fait prendre au piège de la rhétorique des organisations oeuvrant pour les droits des personnes handicapées. Selon leur rhétorique, toutes les personnes handicapées physiquement sont présumées être vulnérables, leur vulnérabilité est incontestable, et elles sont incapables de prendre leurs propres décisions quant au moment où leur souffrance devient intolérable.

Elles adoptent cette position parce que de nombreuses personnes handicapées — et j'en fais partie — se débrouillent pour tolérer leurs souffrances et pour s'y adapter, et elles choisissent la vie plutôt que la mort. Mais le fait de laisser entendre que toutes les personnes handicapées physiquement doivent souscrire à cette notion est non seulement condescendant, mais infantilisant; c'est traiter toutes les personnes handicapées physiquement comme des enfants, incapables d'agir et de faire preuve d'autonomie. Je trouve cela incroyablement offensant. La juge de première instance était du même avis, tout comme la Cour suprême du Canada. Je ne comprends pas pourquoi le gouvernement ne comprend pas cela.

Le président: Merci, monsieur Arvay.

Merci beaucoup, monsieur Rankin.

Monsieur Fraser.

M. Colin Fraser: Merci beaucoup, messieurs, de comparaître aujourd'hui et d'avoir présenté vos excellents exposés.

Je voudrais commencer par M. Nicholas, si je le puis.

Vous parlez des soins palliatifs. Je sais que le gouvernement s'est engagé à investir dans les soins palliatifs. Évidemment, tout le monde s'entend sur le fait qu'il doit s'agir d'un volet important dans l'avenir pour que l'on puisse s'assurer que les décisions relatives à la fin de vie sont prises dans la compassion.

En ce qui concerne la liberté de la conscience, je pense bien que personne ne contesterait l'idée que les gens devraient avoir le droit de ne pas accomplir ces tâches, si elles vont à l'encontre de leur conscience.

Vous n'évoquez aucune autre administration étrangère qui force les praticiens médicaux à exercer cette fonction. Mais vous seriez d'accord avec moi pour dire qu'aucun gouvernement national d'une fédération n'a fait face à cette situation. Tous les autres ne sont pas des gouvernements fédéraux.

M. Graydon Nicholas: Vous pensez au type de gouvernement dont nous disposons dans notre pays par opposition à celui d'autres pays?

• (0940)

M. Colin Fraser: Exact.

M. Graydon Nicholas: Eh bien, quel que soit le régime de gouvernement, le fait est, à mon avis, que... Le témoin est avocat, et j'ai déjà été avocat... et on ne peut pas empêcher un avocat de la défense de formuler un argument dans l'avenir au sujet de toute loi établie sous le régime du Code criminel, car il est assujéti à la Charte. Tous les articles sont comme ça. Si vous n'intégrez pas précisément dans le projet de loi la protection du droit à la conscience, il va être soulevé d'une manière ou d'une autre.

Si, en tant que Parlement, vous ne vous prononcez pas sur cette question, il n'y aura probablement pas assez de tribunaux au Canada pour s'occuper de tous les litiges et de toutes les défenses qui vont être présentés à cause de cela, car on a affaire à des milliers et des milliers de personnes exerçant une profession dans le domaine médical.

M. Colin Fraser: C'est mentionné, évidemment, dans le préambule. C'est sous-entendu.

Pour ce qui est du projet de loi en tant que tel, ce que nous faisons, c'est modifier le Code criminel, et il incombe aux provinces et à la profession médicale elle-même de réglementer ces droits de conscience et de se prononcer à leur égard.

Ne souscririez-vous pas à cette opinion?

M. Graydon Nicholas: Avec tout le respect que je vous dois, si vous regardez le préambule de la Charte des droits et que vous découvrez comment les tribunaux utilisent ce libellé dans les observations préliminaires, vous constaterez qu'il s'agit d'une belle déclaration — de belles paroles —, mais, en ce qui concerne l'effet, elles n'en ont pas beaucoup, du point de vue de l'interprétation d'un droit en particulier ou d'un article particulier qui est étudié.

C'est tout ce que je dis, et ce n'est rien de nouveau. Si vous en discutez avec des avocats plaidants, les personnes qui défendent des gens dans le cadre de procédures pénales tous les jours, ils vous le diront également. Toutefois, cela ne libère pas le Canada de ses obligations au titre de ces deux textes.

Le Canada ne peut pas s'adresser à un autre pays pour lui dire: « Vous êtes un gouvernement horrible; vous portez atteinte aux droits de votre peuple, et il s'agit de droits de la personne reconnus par les Nations unies », puis, tout à coup, le Parlement dit: « Vous n'avez pas droit à la liberté de conscience ». Quelles seront les conséquences? »

M. Colin Fraser: Seriez-vous d'accord avec moi, cependant, pour dire qu'il s'agit d'une modification du Code criminel et qu'aucune disposition du projet de loi n'oblige un médecin ou un membre du personnel infirmier à exercer une fonction qui est contraire à sa conscience?

M. Graydon Nicholas: Compte tenu des ouvertures que laisse actuellement le projet de loi C-14, si vous examinez ses dispositions et les infractions qu'elles engendrent... si vous ne le remarquez pas, si vous ne faites pas cela, vous pouvez faire l'objet d'une accusation criminelle, puis, bien entendu, si vous faites l'objet d'une accusation criminelle, vous avez le droit de vous défendre.

M. Colin Fraser: Quelle disposition du projet de loi oblige quiconque à le faire? Il s'agit d'une exemption au Code criminel. Où est l'obligation?

M. Graydon Nicholas: Regardez seulement les infractions que vous avez créées sous le régime du projet de loi. Je ne vais pas entrer dans un débat. Des infractions sont créées au titre du projet de loi. Par exemple, l'article 241.3 proposé en est un qui constitue une infraction, car vous créez une infraction hybride. Il pourrait s'agir d'une infraction punissable par mise en accusation, ou bien d'une infraction punissable par voie de déclaration sommaire de culpabilité, puis, bien sûr, les procureurs détermineront quelle catégorie, dans des circonstances particulières... Lorsqu'une infraction est créée par un projet de loi...

M. Colin Fraser: Monsieur, avec tout le respect que je vous dois, je comprends que des infractions sont prévues dans le projet de loi, mais cela n'a rien à voir avec le fait d'obliger un praticien médical. Il est question de ne pas respecter des mesures de sauvegarde. Il ne s'agit pas de dire que quelqu'un doit le faire. Vous seriez au moins d'accord sur ce point.

M. Graydon Nicholas: Regardez la disposition au titre de laquelle vous envisagez de prendre un règlement, le paragraphe 241.31(4) proposé. Si un schéma réglementaire va être mis en place, ou quel que soit l'aspect que cela prendra, si vous n'aiguillez pas le patient vers quelqu'un d'autre ou que vous ne voulez même pas faire cela, que fera l'organisme d'attribution des permis dans chaque province?

M. Colin Fraser: Je vais m'arrêter là.

Je vais passer à M. Schuklenk, si je le puis.

Merci de votre présence et de votre exposé. Vous avez parlé des Pays-Bas et de la Belgique, et je voudrais simplement mentionner le fait que, dans chacune de ces administrations, il y a une différence en ce qui a trait au délai de carence. En Belgique, ce délai est d'un mois, si la mort n'est pas imminente, et, aux Pays-Bas, il n'y en a aucun, à ce que je sache. De votre point de vue, y a-t-il une différence, en ce qui concerne la maladie psychiatrique, entre les administrations où il y a un délai de carence et celles où il n'y en a pas?

M. Udo Schuklenk: Est-ce que je pense qu'un délai de carence est une chose raisonnable, comme celui de quatre semaines en Belgique, par exemple? Je le trouve très raisonnable. Je ne suis pas avocat, manifestement, mais il me semble raisonnable que, si une personne n'est pas sur le point de mourir, il n'y a aucune raison pour qu'on ne veuille pas être vraiment certain que ce souhait est stable au fil du temps.

M. Colin Fraser: Merci beaucoup.

Le président: Il vous reste une petite question, monsieur Fraser.

M. Colin Fraser: Bien sûr.

Monsieur Arvay, merci de votre exposé. Croyez-vous que la simple annulation de l'alinéa 241.2(2)d) proposé concernant le caractère « raisonnablement prévisible » rende la définition de « graves et irrémédiables » prévue dans le projet de loi conforme à la Charte?

M. Joseph Arvay: Il est certain que cela l'améliorerait grandement, mais, afin d'assurer sa constitutionnalité, je retirerais la définition en entier, car elle mine la définition claire, la déclaration clairement énoncée dans la décision Carter. Le libellé « incurable » est problématique. La mention du fait que l'état de santé doit s'aggraver est problématique. Évidemment, la disposition qui me trouble le plus, c'est celle de la prévisibilité raisonnable, mais, si vous voulez vraiment vous assurer que le projet de loi résistera à une analyse constitutionnelle, je retirerais l'ensemble de la définition.

● (0945)

Le président: Merci beaucoup.

Si les témoins sont d'accord, j'adresserais seulement une question très courte à M. Arvay.

Monsieur Arvay, merci beaucoup du témoignage que vous avez présenté aujourd'hui. Il a été utile. J'ai une question à vous poser, et elle est liée à un problème que M. Rankin a soulevé et à un exemple que vous avez donné. Il s'agit d'une question un peu différente, car je comprends très clairement votre croyance selon laquelle le libellé actuel n'est pas conforme à la Charte. De nombreux témoins ont déjà soulevé le fait que des gens se laissent mourir de faim et de soif afin que leur cas corresponde ensuite à la définition, en conséquence de leurs propres actes intentionnels. Que nous acceptions d'abandonner toutes ces définitions et de retourner à la définition originale de la Cour suprême ou que nous conservions la définition actuelle — et je crois savoir que vous pensez qu'elle n'est pas conforme à la Charte —, serait-il constitutionnel pour nous que de modifier le projet de loi de manière à ce que certains de ces actes intentionnels ne permettent pas à une personne d'obtenir l'aide médicale à mourir parce que sa décision de se laisser mourir de faim ou de soif ou de quoi que ce soit d'autre porte atteinte à sa propre cause et a provoqué l'état dans lequel elle se trouve? Serait-ce constitutionnel?

M. Joseph Arvay: Absolument pas.

Le président: D'accord.

Je veux adresser des sincères remerciements aux témoins pour les témoignages qu'ils ont présentés.

Nous allons faire une courte pause pour que le prochain groupe puisse s'installer.

● (0945)

(Pause)

● (0950)

Le président: Bienvenue, mesdames et messieurs.

Je veux souhaiter la bienvenue à notre prochain groupe de témoins. Je suis très heureux de vous accueillir tous. Par vidéoconférence, nous accueillons Le Dr Harvey Max Chochinov, qui est professeur de psychiatrie à l'Université du Manitoba.

Docteur Chochinov, bienvenue.

Dr Harvey Chochinov (professeur distingué en psychiatrie, University of Manitoba, à titre personnel): Merci.

Le président: Nous accueillons Jennifer Gibson, qui comparait à titre personnel et qui est directrice et détentrice de la chaire Financière Sun Life en bioéthique au Joint Centre for Bioethics de l'Université de Toronto.

Bienvenue.

Nous accueillons aussi M. Josh Paterson, qui est le directeur général de l'Organisation des libertés civiles de la Colombie-Britannique.

Bienvenue.

Comme je n'ai pas eu l'occasion de parler au Dr Chochinov, car il comparait par vidéoconférence, laissez-moi vous expliquer la façon dont cela fonctionnera, monsieur: chaque membre du groupe disposera de huit minutes pour prononcer sa déclaration. Nous serions très reconnaissants de vous en tenir au projet de loi en tant que tel et aux amendements que vous proposez d'y apporter.

Ensuite, les membres du Comité auront des questions à l'intention de chacun d'entre vous. J'ai hâte d'entendre votre témoignage à tous.

Nous commençons toujours par le témoin qui comparait par vidéoconférence, alors nous allons commencer par le Dr Chochinov.

Dr Harvey Chochinov: Mesdames et messieurs les députés, je m'appelle Harvey Max Chochinov. J'ai le titre universitaire de professeur distingué de psychiatrie à l'Université du Manitoba. Je dirige l'Unité de recherche en soins palliatifs du Manitoba, et je suis titulaire de la seule chaire de recherche du Canada en soins palliatifs. J'ai passé toute ma carrière à travailler et à mener des recherches en soins palliatifs de fin de vie. Je suis également l'ancien président du Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*.

Aujourd'hui, j'ai le privilège de vous faire part de certaines réflexions sur le projet de loi C-14 en me concentrant sur des amendements possibles à prendre en considération. Mes observations, que vous avez reçues, décrivent ces amendements plus en détail et comprennent ma justification des raisons pour lesquelles les limites actuellement décrites dans le projet de loi — y compris la limite de l'accès aux patients dont la mort est raisonnablement prévisible, mais pas les dispositions relatives à la santé mentale, aux directives anticipées et aux mineurs — sont éminemment justifiables et prudentes.

Les amendements que je vous ai présentés afin que vous en preniez connaissance comprennent les suivants:

Premièrement, le gouvernement devrait envisager un amendement prévoyant que l'accélération médicale de la mort prendra la forme d'une aide au suicide, pourvu que le patient soit capable de prendre une dose mortelle de médicaments par lui-même. L'euthanasie devrait être réservée aux cas où les patients ne sont plus capables d'ingérer une dose mortelle de médicaments de façon indépendante.

L'expérience à l'étranger révèle que l'euthanasie et l'aide au suicide sont des pratiques très différentes du point de vue de leur mise en oeuvre et de leur létalité. Dans les administrations qui offrent seulement l'aide médicale à mourir, cette aide compte pour environ 0,3 % des décès. Dans celles qui offrent l'euthanasie, cette forme de mort compte pour 3 à 4 % des décès.

Si on extrapole ces chiffres au Canada et que l'on prévoit environ 260 000 décès par année, un régime offrant exclusivement l'aide médicale à mourir devrait donner environ 800 à 1 000 de ces décès par année. D'autre part, un régime dominé par l'euthanasie devrait donner entre 8 000 et 10 000 de ces décès par année.

Selon les experts qui ont comparu devant le comité externe, cette grande différence s'explique principalement par l'ambivalence. L'ambivalence est une dynamique importante lorsqu'on envisage une accélération de la mort. Même si l'aide au suicide offre la possibilité de changer d'idée — de 30 à 40 % des patients qui avaient reçu une ordonnance en Oregon ne l'ont en fait jamais utilisée —, l'euthanasie réduit considérablement cette possibilité, une fois qu'une date a été fixée et que des attentes sont établies quant à un moment et un endroit précis.

Les données sont claires. Le projet de loi garantira que, chaque année, des milliers de personnes qui sont ambivalentes au sujet de l'aide à mourir ne se sentiront pas poussées par les circonstances à passer à l'acte avant qu'elles soient prêtes à mourir.

Deuxièmement, le gouvernement devrait envisager un amendement exigeant que tous les patients qui obtiennent une accélération médicale de la mort reçoivent d'abord une consultation en soins palliatifs. Cette exigence s'ajouterait aux obligations des deux médecins décrits dans le projet de loi actuel et serait cruciale, pourvu que le projet de loi limite l'accès aux patients dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et qui sont dans une situation

médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible des capacités.

Les consultants en soins palliatifs n'assureraient pas un rôle décisionnel; leur rôle consisterait plutôt à cerner toutes les sources de détresse physique, psychologique, existentielle et spirituelle sous-jacentes à la demande d'aide à mourir afin que l'on puisse s'assurer que les patients sont pleinement informés de toutes les options dont ils pourraient se prévaloir, et, enfin, que l'on puisse documenter leurs conclusions, de sorte que les renseignements anonymisés recueillis de façon prospective pourraient être entrés dans une base de données nationale constituant un fondement détaillé et objectif pour l'examen quinquennal du projet de loi C-14 qui serait effectué par le Parlement.

Troisièmement, le gouvernement devrait envisager un amendement exigeant la surveillance et l'approbation judiciaires de toutes les accélérations médicales de la mort. La surveillance judiciaire assurerait un ensemble de points de repère fondés sur des précédents, uniformes et clairement formulés lorsque les critères d'admissibilité sont remplis.

La surveillance judiciaire protégerait les établissements de santé et les professionnels de la santé contre tout danger perçu ou réel associé à l'accélération médicale de la mort et augmenterait probablement l'accès, compte tenu du nombre accru de professionnels de la santé qui seraient préparés à s'occuper de patients demandant l'accélération médicale de la mort. La surveillance dénoterait un leadership profond et indiquerait que, même si le Canada a rendu l'accélération médicale de la mort légale, notre gouvernement ne sait pas encore quelle est la place de cette pratique dans son système de santé actuel.

Quatrièmement, de la manière la plus profonde possible, la surveillance judiciaire garantirait un engagement à l'égard de la transparence et une évaluation objective de tous les facteurs, qu'ils soient d'ordre médical, émotionnel, psychologique, financier ou environnemental, qui pourraient sous-tendre une demande d'accélération médicale de la mort.

●(0955)

En conclusion, je crois que les limites et les mesures de sauvegarde actuellement incluses dans le projet de loi C-14, associées aux amendements que j'ai suggérés, marqueraient l'approche adoptée par le Canada, par rapport à l'accélération médicale de la mort, au coin de l'intégrité, de la transparence et de la sagesse. Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Paterson.

Me Josh Paterson (directeur général, Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique): Merci beaucoup.

Je suis heureux d'être ici aujourd'hui. Je veux seulement dire que, même si je n'aborde pas toutes nos préoccupations aujourd'hui, l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique continue de s'en tenir aux observations que nous avons présentées précédemment au comité parlementaire devant lequel nous avons comparu.

Aujourd'hui, je me concentre simplement sur le fait de rendre le projet de loi C-14 conforme à la Charte. À notre avis, il doit être modifié de manière à s'assurer qu'il est conforme à la décision Carter et à la Charte des droits et libertés. Je dois dire que nous avons été estomaqués quand nous avons vu le projet de loi pour la première fois et que nous avons appris que, non seulement il faisait fi d'un grand nombre des recommandations de base du comité parlementaire, mais qu'il vidait en partie de son essence même la victoire que notre organisation avait remportée dans l'affaire Carter.

À nos yeux, le projet de loi oublie de quoi il était question dans l'arrêt Carter. Cette affaire ne concernait pas seulement le fait d'aider des gens atteints d'une maladie terminale à choisir une façon de mourir dans la dignité; il concernait également le fait de s'assurer que les gens qui sont aux prises avec une souffrance inimaginable causée par une maladie non terminale ont le droit d'échapper à une vie entière de souffrances infinies. Ces deux types de personnes ont comparu devant la Cour, et, fait important, notre organisation a obtenu la qualité pour agir dans l'intérêt public et de plaider cette cause en tant qu'institution, relativement à divers types de patients. La décision n'était pas limitée aux cas en phase terminale, comme nous l'avons entendu de la bouche de la Cour suprême même, en janvier. Elle n'a pas limité la décision aux personnes atteintes d'une maladie terminale ou à celles dont la mort était prévue.

Au dire du gouvernement, eh bien, cette restriction ne limite pas l'accès aux malades en phase terminale. Nous disons que l'effet est le même, que, sous le régime du projet de loi, une personne doit être en train de mourir pour être admissible. La Cour elle-même a affirmé que c'était inacceptable.

Nous avons remporté cette victoire après des années de collecte de données probantes, de travail acharné et de lutte contre un gouvernement fédéral qui s'opposait bec et ongles à la réalisation de ce droit. Nous avons systématiquement été en mesure de contrer chacun des arguments qui ont été rassemblés par le gouvernement au fil des ans. Lorsque nous avons obtenu gain de cause, nous savions que cette décision allait apporter un changement réel pour des personnes qui, autrement, subiraient une mort intolérable et atroce. Nous savions qu'elle changerait les choses pour les personnes qui éprouvaient une souffrance inimaginable causée par une maladie grave et irrémédiable dans la vie, et, maintenant, nous constatons que cette victoire est édulcorée, car la moitié de ces personnes ont été exclues par le projet de loi.

Dans le but de remédier à ce problème, nous appuyons l'amendement qui a été mentionné par Mme Downie, dans sa déclaration d'hier. Nous sommes d'avis que le fait de priver les patients dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible du choix de l'aide médicale à mourir contrevient à la Charte et que l'article entier du projet de loi comportant la définition « graves et irrémédiables » devrait être éliminé. Pour le remplacer, nous croyons que l'alinéa 241.2(1)c) proposé devrait être amendé de manière à prévoir que la personne doit avoir des problèmes de santé graves et irrémédiables, y compris une affection, une maladie ou un handicap lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de son état. Cela — nous le croyons — rendra les critères conformes à l'arrêt Carter.

Si le projet de loi C-14 n'est pas modifié de manière à éliminer l'exigence selon laquelle la maladie doit être « incurable » plutôt qu'« irrémédiable », l'exigence d'une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible, et l'exigence selon laquelle la mort naturelle doit être raisonnablement prévisible... le résultat sera une souffrance horrible pour les Canadiens à qui on interdit l'accès à l'aide médicale à mourir, et c'est de cela dont il s'agit. Il ne s'agit pas d'un exercice théorique, ni même d'un exercice — comme il s'en fait souvent en ce lieu, à juste titre — visant à équilibrer des intérêts politiques. Il s'agit de la souffrance intolérable et inimaginable de vrais Canadiens et de leurs droits.

L'exigence d'une mort « raisonnablement prévisible » est extrêmement vague. Vous avez déjà entendu de nombreux témoins le dire, y compris le Collège des médecins de famille du Canada, lequel représentait les médecins qui semblent les plus susceptibles de devoir composer avec ces questions. Nous croyons que cette

exigence, plus particulièrement celle de la mort naturelle raisonnablement prévisible, est inconstitutionnelle parce qu'elle contrevient au droit à la liberté prévu dans la Charte. Elle prive les patients d'un choix fondamental concernant leur propre corps. La Cour a conclu que, sous sa forme originale, par son interdiction générale du droit de demander l'aide médicale à mourir, le Code criminel allait à l'encontre de la liberté en limitant la capacité de patients admissibles de prendre des décisions concernant leur propre intégrité corporelle et leurs soins médicaux.

● (1000)

Il va à l'encontre du droit à la sécurité de la personne prévu dans la Charte parce qu'il fait en sorte que le patient doit continuer à endurer la souffrance, et il va à l'encontre du droit à la vie prévu dans la Charte. Comme les personnes sont privées du choix de l'aide à mourir, certaines pourraient s'enlever la vie prématurément dans le but d'éviter une souffrance intolérable, pendant qu'elles sont encore physiquement capables de le faire.

Maintenant, le gouvernement laisse entendre que le fait de limiter l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes dont la mort est « raisonnablement prévisible » est justifié parce que cela va protéger les personnes vulnérables. Nous avons déjà entendu M. Arvay affirmer que cet argument avait été utilisé par le Canada devant la Cour et que la décision de la Cour avait été claire; le législateur ne peut pas avoir recours à une exclusion générale visant toute une catégorie de personnes afin de protéger celles qui sont vulnérables si d'autres moyens moins contraignants sont accessibles pour atteindre le même but, par exemple, évaluer la capacité décisionnelle au cas par cas. Dans l'affaire Carter, le Canada a même concédé ce qui suit lors du procès, et je cite les motifs de la Cour suprême:

« Il est admis que les personnes qui veulent se suicider ne sont pas toutes vulnérables, et qu'il peut se trouver des gens atteints d'une déficience qui ont le désir réfléchi, rationnel et constant de mettre fin à leur propre vie »

Il y a une façon très facile d'interpréter cette déclaration: ces arguments ont déjà été soulevés. Comme cela a été décrit, il y a un cercle — une catégorie de personnes — qui a remporté un droit, à qui on a garanti un droit. Le Canada a tenté de dire que ces personnes n'avaient pas ce droit; il a tenté de justifier leur exclusion. Ces arguments n'ont pas été retenus, et ce droit a été reconnu. Maintenant, le gouvernement est en train d'essayer de priver ces mêmes personnes de cette protection et d'utiliser les mêmes justifications. Ce n'est pas un dialogue. C'est la Cour qui dit: « C'est la loi », et le projet de loi qui dit: « Non, ce n'est pas la loi. Nous disons que la loi, c'est autre chose. Nous disons qu'autre chose est constitutionnel ». C'est tout simplement inacceptable, et, honnêtement, nous ne pensons pas que le projet de loi résistera à une contestation constitutionnelle, et le résultat sera de nouveaux procès coûteux concernant la même question qui a déjà été tranchée par la Cour suprême du Canada.

Pour la minute qui me reste, je ne veux pas trop m'y attarder, mais je veux aborder l'idée d'une approbation juridique préalable, qui continue d'être soulevée dans le cadre des séances du Comité. Elle s'éloigne complètement des pratiques actuelles relatives à la fin de vie, et, bien sûr, comme vous êtes nombreux à le savoir, le Canada a déjà tenté de la faire valoir relativement à l'avortement, et elle avait été rejetée dans la décision Morgentaler. Dans cette affaire, la Cour avait confirmé que l'obstacle procédural que constituait l'approbation préalable contribuait à la violation des droits des femmes prévus dans la Charte en créant des délais et, fondamentalement, en entravant directement l'autonomie des femmes pour ce qui est de faire des choix au sujet de leur propre corps en soumettant leur choix à l'approbation de l'État. Actuellement, notre expérience, en tant qu'avocats, en ce qui a trait aux exemptions est que l'approbation préalable est coûteuse, chronophage, propice aux délais et qu'elle constitue un obstacle important à l'accès. Le Parlement commettrait réellement une erreur s'il reproduisait une fonction d'approbation préalable par l'État pour ce genre de décision médicale profondément personnelle, alors qu'elle avait été rejetée catégoriquement il y a près de 30 ans relativement à d'autres décisions d'ordre médical profondément personnelles.

Merci.

• (1005)

Le président: Merci beaucoup.

Madame Gibson.

Dre Jennifer Gibson (directrice et chaire Financière Sun Life en bioéthique, University of Toronto Joint Centre for Bioethics, à titre personnel): Merci.

Bonjour tout le monde, et merci infiniment de m'avoir invitée à me joindre à vous. Comme certains d'entre vous le savent peut-être, j'ai coprésidé le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir. Plus récemment, j'ai travaillé avec le groupe de travail sur l'aide médicale à mourir du Joint Centre for Bioethics, en collaboration avec des intervenants du système de santé, afin de nous préparer à la mise en oeuvre de l'aide médicale à mourir en Ontario.

Toutefois, aujourd'hui, je prends la parole à titre personnel. Même si le président nous a conseillé de ne pas adopter une approche philosophique, je vais puiser dans mon expertise disciplinaire en matière d'éthique et de politiques afin de présenter un point de vue supplémentaire dans le cadre de la conversation d'aujourd'hui.

Dernièrement, j'ai eu l'occasion d'écouter les témoignages de plusieurs groupes de témoins. Il a été fascinant — et, je l'admets, c'était prévisible — d'observer la convergence dans certains domaines et la divergence constante dans d'autres. Le projet de loi C-14 est fondamentalement une modification du Code criminel à l'intérieur des paramètres de la Charte des droits et libertés et de la décision Carter, et il a des conséquences sur la prestation des soins de santé. Toutefois, il ne s'agit pas du régime réglementaire complet envisagé dans la décision Carter.

Des discussions tenues cette semaine font ressortir la mesure dans laquelle les travaux que nous effectuons collectivement dans le cadre de ce processus de consultation ne sont pas seulement juridiques, même s'il s'agit d'un projet de loi et de la compétence appropriée, ni politiques, même s'ils font partie d'un processus parlementaire. En outre, il s'agit fondamentalement de ce que j'appellerais un travail de valeurs, et j'entends par là la recherche d'un juste équilibre dans le projet de loi C-14 entre trois buts éthiques: la reconnaissance et la protection de l'autonomie individuelle, le soulagement ou la réduction de la souffrance, et la prévention des préjudices. Ces trois

buts éthiques ont été formulés dans les témoignages présentés par les témoins au cours des trois derniers jours.

Selon son libellé actuel, le projet de loi C-14 propose une façon d'équilibrer ces trois buts éthiques. Plus précisément, comme le souligne le préambule, il vise à établir le meilleur équilibre entre:

d'une part, l'autonomie des personnes qui demandent cette aide et, d'autre part, les intérêts des personnes vulnérables qui ont besoin de protection et ceux de la société.

Il propose que cet équilibre soit atteint par la limitation de l'accès à l'aide médicale à mourir aux adultes compétents dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible.

S'agit-il du meilleur équilibre? Les témoignages entendus au cours des trois derniers jours donnent à penser que ce n'est pas le cas, et je suis de cet avis. À juste titre, les témoins ont contesté la définition du terme « problèmes de santé graves et irrémédiables », et plus particulièrement l'alinéa 241.2(2)d) proposé, c'est-à-dire la disposition qui contient le libellé très controversé « raisonnablement prévisible ».

Dans mon mémoire, je recommande que le passage « graves et irrémédiables » soit entièrement retiré et que l'alinéa 241.2(1)c) proposé soit modifié afin d'apporter une plus grande clarté, de la cohérence et la conformité avec les paramètres déjà établis dans l'arrêt Carter.

Compte tenu de sa définition de « graves et irrémédiables », le projet de loi C-14 refuse l'aide médicale à mourir aux personnes compétentes qui ont un « problème de santé grave et irrémédiable leur causant des souffrances persistantes et intolérables », mais qui ne sont pas — je cite le document d'information — « à l'approche de la mort » ou « sur une trajectoire menant à une mort naturelle » et dont l'état de santé n'est pas fatal, en soi.

On pourrait soutenir, comme l'ont fait certains témoins, que le fait de limiter l'aide médicale à mourir de cette manière offre une mesure de protection importante aux personnes vulnérables qui pourraient, conformément au préambule, faire l'objet d'une « incitation à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse ». Mais, si, comme l'ont fait valoir d'autres témoins, les personnes comme Kay Carter n'étaient pas admissibles à l'aide médicale à mourir, alors de nombreux Canadiens qui souffrent sont abandonnés par le projet de loi C-14.

Pour paraphraser le témoignage présenté par M. Bauslaugh, hier soir, le projet de loi C-14 rationne la compassion en la réservant à la souffrance des personnes qui sont mourantes. Aux yeux de nombreuses personnes, moi y compris, l'équilibre entre l'autonomie, la protection des personnes vulnérables et la réduction de la souffrance n'a pas encore été établi au moyen de la définition de « graves et irrémédiables ».

Il y a un autre domaine qui remet en doute le fait que le projet de loi C-14 réussit à établir l'équilibre entre ces trois buts éthiques. Hier, plusieurs témoins ont parlé de l'exclusion des mineurs matures, des personnes compétentes qui endurent une souffrance intolérable causée par une maladie psychiatrique et des personnes compétentes qui souhaitent formuler une demande anticipée d'aide médicale à mourir.

Ces exclusions — peut-être temporaires, en attendant une étude plus poussée, conformément à l'engagement non législatif formulé dans le préambule — sont expliquées dans le document d'information comme étant nécessaires pour protéger les « personnes vulnérables » dans ces situations « complexes ». Toutefois, l'exclusion de personnes compétentes au motif d'une présomption de vulnérabilité ne sert pas l'objectif d'établir l'équilibre entre l'autonomie et la prévention des erreurs et de l'abus et pourrait — je le crains — en fait avoir l'effet opposé de marginaliser et d'ancrer encore plus la vulnérabilité sociale des personnes mêmes que nous cherchons à protéger.

● (1010)

La protection des personnes vulnérables est axée sur la compétence, le caractère volontaire et le consentement relativement aux mesures de protection. L'exclusion de personnes autrement compétentes pourrait être justifiable dans la mesure où elle serait proportionnelle et nécessaire pour prévenir une autre injustice. Toutefois, si ce n'est pas le cas, ces exclusions portent atteinte à l'autonomie des personnes compétentes appartenant à ces groupes et les forcent injustement à demeurer dans un état de souffrances persistantes et intolérables.

Le fait d'attendre la cinquième année suivant la sanction royale pour évaluer les résultats d'une étude supplémentaire ne serait ni raisonnable ni juste. Ainsi, se faisant l'écho d'autres témoins, mon mémoire recommande que le projet de loi C-14 soit amendé de manière à établir un calendrier accéléré pour l'étude de l'aide médicale à mourir en ce qui a trait aux mineurs matures, aux personnes compétentes atteintes d'une maladie psychiatrique primaire et aux personnes qui ont donné un consentement anticipé pendant qu'elles étaient compétentes.

Je conclurai ma brève déclaration par une réflexion finale sur la vulnérabilité en ce qui concerne le projet de C-14. L'appel à protéger les personnes vulnérables est un but que nous devrions tous avoir en commun, et il est louable, d'un point de vue moral. Toutefois, nous devons nous demander qui décide qui est vulnérable. Est-ce la personne, par son vécu ou son expérience, ou bien est-ce le reste d'entre nous, dans la société, qui décidons quel type de vulnérabilité est important et pour qui, et quelle est la réaction appropriée à la vulnérabilité?

Les témoins ont offert diverses réponses à ces questions. Certains souhaitent fixer des limites quant aux personnes compétentes qui devraient être admissibles à l'aide médicale à mourir et exclure celles qui sont perçues comme ayant besoin de protection ou susceptibles de connaître des moments de faiblesse. D'autres souhaitent établir des mesures de protection procédurales afin de protéger la compétence, le caractère volontaire et le consentement.

Le projet de loi C-14 offre un compromis gênant entre ces diverses réponses en faisant pencher la balance des buts éthiques de façon précaire du côté opposé à la préservation de l'autonomie individuelle et en minimisant la souffrance intolérable de personnes compétentes.

Je sais que nous pouvons faire mieux pour les Canadiens.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, madame Gibson.

Nous allons maintenant passer à la série de questions adressées au groupe, en commençant par M. Cooper.

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

Merci aux témoins. Je vais adresser mes questions au Dr Chochinov.

Vous avez dressé la liste d'une série de mesures de protection qui, selon vous, devraient être incluses sous la forme d'une réponse législative. Vous avez mentionné une consultation en soins palliatifs. Vous avez mentionné un comité d'examen. J'ai trouvé cela très intéressant, car il s'agit précisément des mesures de protection qui avaient été recommandées par les plaignants dans la décision Carter, et elles sont citées dans la décision de la juge Smith, aux pages 876 et 879. Au paragraphe 854 de la décision de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, la juge Smith a déclaré que, à la lumière des éléments de preuve, elle ne pouvait parvenir à aucune autre conclusion que celle de l'existence de risques inhérents au fait de permettre l'aide médicale à mourir, et ce n'est qu'après avoir tenu compte des mesures de protection présentées par les plaignants, y compris la mise sur pied d'un comité d'examen, qu'elle a été convaincue que ces risques pourraient être atténués de façon importante.

Une autre mesure de protection qui a été présentée par les plaignants, c'était une évaluation psychiatrique en plus d'une consultation en soins palliatifs. S'agit-il d'une mesure de protection que vous considérez comme étant appropriée, en plus d'une consultation en soins palliatifs?

● (1015)

Dr Harvey Chochinov: Pour l'instant, le projet de loi est formulé de manière à prévoir l'accessibilité pour les personnes dont le décès est « raisonnablement prévisible ». C'est pour cette raison qu'il me semble qu'il y a et qu'il devrait y avoir une place pour la consultation en soins palliatifs. Il n'est que raisonnable, si une personne va donner un consentement valide et éclairé, qu'elle soit au courant de toutes les choses qui sont à sa disposition afin qu'elle sache vraiment quelles sont ses options.

Toutefois, en ce qui concerne la question de la consultation en psychiatrie, et celle de la consultation en psychiatrie dans le cas de chacune des demandes, je sais que l'Association des psychiatres du Canada a affirmé que, si le patient est atteint d'une maladie psychiatrique concomitante, si son degré de compétence fait l'objet du moindre doute, alors une consultation en psychiatrie serait raisonnable. Cette consultation ne sera pas requise dans tous les cas pour déterminer si la personne est compétente ou non.

Encore une fois, compte tenu de la façon dont le projet de loi est actuellement formulé et du fait qu'il prévoit que le décès doit être « raisonnablement prévisible », j'ai inclus la disposition selon laquelle la consultation en soins palliatifs doit faire partie de toutes les évaluations. La consultation en psychiatrie ne devrait pas être incluse, car les problèmes psychiatriques ne feront pas partie de toutes les situations dans lesquelles une personne pourrait demander l'aide à mourir.

M. Michael Cooper: Merci de cette réponse.

Si, par exemple, une personne recevait un diagnostic de trouble de santé mentale sous-jacent, vous seriez d'avis que, dans ce cas, la personne devrait subir une évaluation psychiatrique visant à déterminer si elle est capable de donner son consentement. Serait-ce équitable?

Dr Harvey Chochinov: Je le pense. Encore une fois, deux médecins participent à ces évaluations, et il est certain que des médecins participent à la détermination de choses liées à la compétence, mais, s'il y a un problème psychiatrique sous-jacent qui, l'estime-t-on, pourrait brouiller les symptômes que présente cette personne et faire en sorte qu'il soit difficile de déterminer si des problèmes psychiatriques sous-jacents sont à l'origine de son souhait de mourir, alors le rôle de la psychiatrie semblerait être appuyé.

M. Michael Cooper: Actuellement, le projet de loi prévoit simplement que deux médecins — n'importe lesquels parmi les quelque 80 000 qui sont titulaires d'un permis d'exercice au Canada — pourraient déterminer si une personne répond ou non aux critères. Il ne serait même pas nécessaire qu'il s'agisse de deux médecins. Il pourrait s'agir de deux praticiens en soins infirmiers. En votre qualité de psychiatre, pensez-vous que, lorsque nous avons affaire à une chose qui pourrait être un facteur déterminant de la capacité d'une personne à donner son consentement, un praticien en soins infirmiers ou tout médecin au Canada pourrait entreprendre ce type d'analyse?

Dr Harvey Chochinov: Je pense que nous devons aller au-delà de la question de déterminer si la personne a la capacité de donner son consentement. Lorsque notre groupe a tenu ses diverses consultations partout dans le monde, quand nous étions dans les pays du Benelux, je me rappelle que nous avons rencontré des médecins, dont certains prenaient part à cette pratique. Ceux qui le faisaient d'une manière qui, selon moi, était peut-être la plus prudente et la plus responsable disaient que leur tâche consistait non seulement à déterminer si le patient répond aux critères d'admissibilité, mais aussi à découvrir les antécédents du souhait de mourir. Qu'est-ce qui sous-tend la demande que fait une personne pour mettre fin à sa vie?

Quand on regarde les raisons pour lesquelles les gens demandent à mourir de façon précipitée, les situations médicales seules sont la minorité. La majeure partie des recherches que j'ai effectuées au cours des 15 dernières années ont en fait commencé en raison du fait que, en Hollande, la perte de dignité était la raison la plus fréquemment donnée par les gens qui demandaient l'aide à mourir. Si vous allez en Oregon, par contre, il ne s'agit pas de douleur physique. Dans la plupart des cas, c'est la perte d'autonomie. Il y a des questions existentielles. Il y a des choses qui font en sorte que les gens ont l'impression d'être un fardeau pour d'autres personnes.

La raison pour laquelle, plus tôt, j'ai laissé entendre qu'il devrait y avoir une certaine forme de surveillance plus vaste — et j'ai proposé une surveillance judiciaire —, c'est que les sources de détresse qui sous-tendent le souhait de mourir ne se limitent pas simplement aux domaines d'expertise des médecins qui peuvent évaluer si une personne ressent de la douleur ou non ou qui peuvent évaluer certaines des sources de détresse physiques; il va également y avoir des problèmes sociaux, des problèmes financiers et des problèmes liés à l'environnement. Toutes ces choses doivent être évaluées, si nous voulons bien faire notre travail au moment de déterminer si nous comprenons ou non pourquoi une personne demande à mourir de façon précipitée.

• (1020)

Le président: Mme Khalid est la prochaine intervenante.

Mme Iqra Khalid (Mississauga—Erin Mills, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci, chers témoins, des excellents exposés que vous avez présentés aujourd'hui.

Je veux commencer par le Dr Chochinov, si je le puis.

Dans votre exposé, ainsi que dans votre mémoire, vous avez mentionné les exigences relatives au fait de rendre obligatoires les soins palliatifs avant l'administration de l'aide médicale à mourir. Nous savons également que la Constitution fait vraiment une distinction entre la compétence et les pouvoirs du gouvernement fédéral et des provinces, et les soins de santé appartiennent au domaine provincial de l'administration et de la gouvernance.

Alors la question que je vous pose est la suivante: l'exigence d'une consultation obligatoire en soins palliatifs ne serait-elle pas de ressort provincial du point de vue de l'administration de l'aide médicale à mourir et du processus qui s'y rattache?

Dr Harvey Chochinov: Je pense que vous allez devoir vous adresser aux avocats, qui ont une plus grande expertise que moi dans ce domaine. Je ne suis que l'humble médecin du groupe.

Par contre, le gouvernement du Canada est en train d'instaurer une politique qui permettra une accélération médicale de la mort. Si c'est le cas, il doit également s'assurer que les gens donnent un consentement valide et éclairé. L'obtention d'un consentement valide et éclairé consiste en partie à s'assurer que la personne connaît toutes les options qui s'offrent à elle et qu'elle en est consciente.

Il me semble qu'une consultation en soins palliatifs — en passant, pas seulement pour les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir, mais pour tout patient mourant qui ressent une souffrance intolérable... Il semble inimaginable, dans le Canada que nous connaissons et que nous aimons, qu'une consultation en soins palliatifs et l'accessibilité d'une expertise dans ce domaine ne procurent pas les informations que nous voudrions mettre en place et à la disposition de tous les patients avant qu'une décision soit prise quant à la prestation d'une aide pour accélérer son décès.

Mme Iqra Khalid: Je vais me tourner vers les avocats afin qu'ils formulent un commentaire à ce sujet.

Dre Jennifer Gibson: J'ai eu un peu de difficulté à déterminer si nous devons exiger ou non une consultation en soins palliatifs dans tous les cas. En effet, si nous regardons le fonctionnement réel de la pratique clinique ces temps-ci, vous pourriez avoir un patient devant vous et, compte tenu des besoins de ce patient, vous pourriez rédiger un certain nombre de demandes de consultations: vous pourriez faire appel à une personne ayant un point de vue lié au travail social pour vous aider à étayer les travaux; vous pourriez faire appel à un spécialiste en soins palliatifs; vous pourriez inviter un consultant en psychiatrie... mais, toutes ces interventions sont dictées par les besoins du patient.

C'est là qu'il y a, selon moi, un écart entre les modifications que nous voudrions apporter au Code criminel et ce qui est, en réalité, du domaine de la bonne pratique clinique, lequel relève de la compétence des provinces.

Mme Iqra Khalid: Monsieur Paterson.

Me Josh Paterson: Je n'ai rien à ajouter aux propos de Mme Gibson.

Mme Iqra Khalid: D'accord.

Docteur Chochinov.

Dr Harvey Chochinov: J'allais vous demander si je pouvais répondre à cette question en y donnant suite.

Le président: Je pense bien.

Est-ce que ça va, madame Khalid?

Oui.

Dr Harvey Chochinov: Comme l'a affirmé Mme Gibson, il est vrai que, dans la pratique clinique, on peut faire appel à autant de disciplines que l'on veut. Je pense que la raison pour laquelle il est question de consultation en soins palliatifs à proprement parler, c'est que les soins palliatifs sont, plus que toute autre discipline de la médecine, implicitement multidisciplinaires. Il s'agirait de personnes qui possèdent l'expertise nécessaire pour accéder aux sources et dimensions psychologiques, existentielles, spirituelles et physiques de la souffrance.

Selon moi, l'autre raison de mandater une consultation — et, encore une fois, pas seulement pour les personnes qui demandent que leur mort soit accélérée médicalement, mais pour tous les patients mourants qui ressentent une souffrance intolérable —, c'est que, si elle est mandatée et que les renseignements recueillis à ce moment-là sont entrés dans une base de données nationale anonymisée, cela constitue le fondement de l'examen quinquennal du Canada.

Le Parlement s'est engagé à l'égard d'un examen quinquennal. Si nous ne faisons rien au préalable pour commencer à recueillir ces renseignements, dans cinq ans, qu'y aura-t-il à examiner? Qu'allons-nous dire? Allons-nous simplement dire: « Voici le nombre de personnes qui l'ont fait, et il ne semble pas y avoir eu de plaintes »? Je dis que ça n'est pas assez; je pense que nous devons non seulement songer aux cinq prochaines années, mais aux cinq années suivantes, et que nous devons avoir accès à certains renseignements qui constitueront le fondement de l'examen du Parlement.

• (1025)

Mme Iqra Khalid: Merci.

Docteur Chochinov, vous avez également mentionné que nous avons besoin d'assurer une surveillance judiciaire, et M. Paterson a plutôt contredit vos propos. Je me demande si vous pourriez tous les deux ajouter un commentaire.

J'aurais tendance à penser que cette surveillance judiciaire occasionnerait d'autres délais en ce qui a trait aux patients qui attendent de recevoir l'aide médicale à mourir. Nous avons déjà établi une période claire de 15 jours pour le consentement ainsi qu'un délai de réflexion qui est requis, comme l'indique le projet de loi. Je me demande quelle période de traitement supplémentaire exigerait la surveillance judiciaire et si un tel processus est nécessaire.

Puis-je connaître vos commentaires à ce sujet, puis ceux de M. Paterson?

Dr Harvey Chochinov: Bien sûr.

Comment la surveillance judiciaire fonctionne-t-elle, actuellement, du point de vue des exemptions constitutionnelles? Y a-t-il des délais excessifs?

J'ai l'impression que cela ne semble pas être le cas.

Je pense qu'il vaut la peine d'examiner ces données et de les étudier. Certes, cette surveillance n'a pas pour but d'occasionner des délais excessifs, même si M. Paterson a évoqué l'expérience relative à l'avortement. Nous sommes plusieurs décennies plus tard. Nous disposons de technologies qui devraient pouvoir permettre d'établir des liens virtuels afin que les gens puissent faire l'objet d'un examen plus rapide.

La question encore plus générale qu'il faut se poser en ce qui a trait à la surveillance judiciaire, c'est s'il est dans l'intérêt du public de savoir comment ce processus se déroule et que nous soyons le plus transparents et objectifs possible afin que le Canada puisse se dire à lui-même — et le dire à ses citoyens et à la communauté internationale — que, même si la Cour suprême a rendu cette

pratique légale, cela ne signifie pas nécessairement qu'elle l'a rendue médicale. Nous n'avons pas encore déterminé si cette pratique s'inscrit clairement dans le système de santé.

Comme j'ai fait partie du comité externe, j'ai fait le tour du monde, et j'ai parlé avec divers médecins, et je peux vous dire que personne n'était à l'aise en répondant que, oui, cela fait partie de la médecine. En Oregon, nous avons rencontré un médecin qui a décrit cette pratique comme un acte d'amour. Nous avons discuté avec un médecin qui prenait part à ces pratiques dans les pays du Benelux — qui pratiquait lui-même l'intervention —, et il nous a dit que ce n'était pas de la médecine, qu'il s'agissait d'un acte social... il s'agit d'un changement dans notre contrat social.

Eh bien, encore une fois, si c'est le cas, le Canada ne voudrait-il pas s'engager à établir le processus le plus transparent et le plus objectif possible, et, pour les cinq premières années, insister pour qu'il y ait une surveillance judiciaire, pas pour occasionner des délais excessifs, mais pour dire que nous allons le faire d'une façon très transparente et que nous allons être assez courageux, dans cinq ans, pour vivre avec les résultats de ces données? Si, selon les données, nous sommes trop contraignants, alors je pense que nous devons tous respecter les données et dire que le temps est venu d'élargir la pratique. Si les données indiquent qu'il y a de nombreux cas, du point de vue de la surveillance juridique, où il a été déterminé que des personnes étaient vulnérables et que d'autres mesures doivent être prises, alors nous devons prendre du recul et nous dire: « Eh bien, peut-être que nos limites sont suffisantes, ou bien nous devons les resserrer encore plus. »

Voilà les justifications que j'offrirais en ce qui concerne la surveillance judiciaire.

Le président: Merci.

Monsieur Paterson, vous pouvez formuler un dernier commentaire à ce sujet. Ensuite, nous allons passer à M. Rankin.

Me Josh Paterson: Je suis heureux de formuler le dernier commentaire sur le sujet.

Malgré le temps qui s'est écoulé depuis la décision Morgentaler, aucun changement important n'est survenu au chapitre du raisonnement qui avait été utilisé dans cette affaire.

La juge Bertha Wilson avait souscrit à l'opinion de cinq juges différents, et ils avaient tous rendu une décision différente. Elle avait commenté que cet article:

L'article 251 du Code criminel enlève cette décision à la femme à tous les stades de la grossesse. C'est une dénegation complète du droit constitutionnellement garanti à la femme par l'article 7, non une simple limitation de celui-ci.

Puis, elle avait poursuivi que:

L'article a pour objet d'enlever cette décision à la femme pour confier à un comité le soin de la prendre.

Il affirme que la capacité de reproduction de la femme ne doit pas être soumise à son propre contrôle, mais à celui de l'État. C'est aussi une atteinte directe à sa « personne » physique.

Ces justifications s'appliquent vigoureusement à notre situation.

En ce qui concerne les avantages évoqués par le Dr Chochinov concernant notre besoin de savoir comment ce processus est mené, et ainsi de suite, il y a bien d'autres façons d'obtenir cette information, de recueillir des données, et ainsi de suite... qui n'ont absolument rien à voir avec le fait de dire qu'il s'agit d'une décision qui devrait être prise par un certain organisme délégué exerçant le pouvoir de l'État en application d'une loi.

Si je puis me permettre, je voudrais répondre à M. Cooper...

• (1030)

Le président: Je suis désolé, vous ne pouvez pas.

Nous devons passer à M. Rankin. Nous avons une échéance à respecter, et vous ne pouvez tout simplement pas répondre à M. Cooper maintenant.

Monsieur Rankin.

M. Murray Rankin: Merci.

Tout d'abord, je voudrais adresser des remerciements à chacun des témoins individuellement.

Docteur Chochinov, nous avons bénéficié, aux comités du Sénat et de la Chambre de l'intervention de votre collègue Me Pelletier, qui a été très utile. Vous n'avez pas été en mesure d'y être, alors je suis heureux de vous rencontrer ici. Merci de votre travail au comité d'experts.

Madame Gibson, votre leadership au sein du groupe de travail provincial et territorial est vraiment très remarquable, et je vous remercie infiniment de tous les travaux que vous avez effectués.

Bien sûr, monsieur Paterson, je vous remercie pour votre plaidoirie acharnée devant la Cour suprême à titre d'intervenant dans l'affaire Carter. Nous avons été très chanceux de bénéficier de votre présence.

Je veux commencer par vous, madame Gibson, au sujet de la vulnérabilité. Je veux vous donner une possibilité, car vous êtes allée vite, à la fin de votre déclaration, au sujet de la vulnérabilité.

Pourriez-vous nous donner un peu plus de détails et mettre la question dans le contexte du cadre du projet de loi C-14 et nous expliquer comment nous pouvons beaucoup mieux faire, en conclusion?

Dre Jennifer Gibson: Certaines de mes inquiétudes actuelles tiennent à la façon dont, dans un certain sens, le passage de la décision Carter au projet de loi C-14 semble avoir été motivé par une préoccupation réelle au sujet des populations vulnérables. Ce matin, nous avons entendu M. Arvey nous raconter que cela avait donné lieu à certaines exclusions de personnes qui ont été étiquetées et classées dans la catégorie des personnes vulnérables.

Je pense qu'il s'agit d'une réorientation dangereuse, en fait, parce que, tant que nous attribuons l'étiquette de la vulnérabilité à une personne, nous érosons sa capacité. Nous présumons qu'elle n'est pas capable et, ce faisant, nous ne la traitons pas comme une personne égale au reste d'entre nous, dans la société. Je pense qu'il s'agit d'une orientation dangereuse à prendre.

En même temps, nous sommes préoccupés au sujet de la vulnérabilité. Je pense qu'il existe d'autres mécanismes qui peuvent nous permettre de dissiper cette préoccupation. Les mesures de protection qui sont actuellement formulées dans le projet de loi sont assurément sur la bonne voie, mais je commence à devenir nerveuse quand nous allons dans la direction où nous songeons à un examen préalable, à une surveillance judiciaire, mesures qui, selon moi, sont motivées par une préoccupation parfois présentée comme de la transparence, mais plus souvent comme une façon de régler les problèmes liés à la vulnérabilité, alors que nous disposons, dans la pratique des soins de santé, de mécanismes qui serviraient mieux ce but et, de fait, du point de vue d'un patient, leur assureraient une expérience beaucoup plus harmonieuse à la fin de leur vie.

Pour ce qui est du processus d'examen judiciaire, nous avons acquis un peu d'expérience au cours des trois derniers mois relativement à des cas qui ont suivi un processus d'examen judiciaire dans le but de recevoir l'aide à mourir. Les personnes qui ont subi ce

processus nous ont priés de ne pas en faire le mécanisme par lequel elles auront accès à l'aide à mourir, car c'est un fardeau, à la fin de la vie d'une personne, que de suivre ce processus particulier.

M. Murray Rankin: Monsieur Paterson, vous avez affirmé de façon très passionnée que des choses comme le projet de loi contredisent l'essence même de la victoire que vous avez remportée dans Carter. Vous avez dit qu'il empêchait la moitié des gens de profiter de votre victoire.

Ce sont des expressions provocatrices. Je veux vous donner l'occasion de nous en dire plus sur les raisons pour lesquelles vous pensez que le projet de loi, sous sa forme actuelle, serait contraire à l'arrêt Carter.

Me Josh Paterson: Il y a un certain nombre de raisons. J'en ai mentionné certaines, et nos observations écrites décrivent l'affaire un peu plus en détail.

Disons qu'il y aurait une autre affaire de droits fondée sur la Charte dans laquelle une catégorie de personnes aurait gagné un droit. Prenons le mariage gai, par exemple. Disons que, en réaction à une affaire relative au mariage gai — ou à des droits de pension ou à ce genre de choses —, le gouvernement de l'heure disait: « Nous allons déposer un projet de loi, mais, comme le plaignant était un homme gai, et malgré le fait que, oui, il y a eu des mentions des lesbiennes et des transgenres du début à la fin, et ainsi de suite, nous allons nous contenter de limiter son application aux hommes gais, puis il incombera aux lesbiennes, à un certain moment dans l'avenir, d'engager une autre procédure. »

D'une certaine manière, on a l'impression que la situation actuelle est très analogue. Un droit a été reconnu pour une catégorie entière de personnes. Maintenant, le projet de loi intervient et retire des personnes de son champ d'application. Le dialogue — si je puis m'exprimer ainsi — entre le Parlement et les tribunaux devrait, en ce qui concerne la reconnaissance des droits, concerner la mise en oeuvre du droit en question. Nous pouvons tous avoir un point de vue différent sur le nombre de médecins et le nombre de témoins et sur la période de carence, et ainsi de suite. Le Comité connaîtra notre point de vue; d'autres en ont un différent.

C'est à cela que sert le dialogue. Il ne peut pas avoir pour simple but d'exclure des gens.

Un excellent exemple, pas même lié au contexte d'une mort « raisonnablement prévisible », mais à celui d'une maladie « incurable », c'est le fait que, comme vous le remarquerez dans nos observations écrites, il pourrait très bien y avoir une personne atteinte d'un cancer de stade avancé — le cancer de l'anus, dans l'exemple que nous avons utilisé dans nos observations écrites — pour qui d'autres séries de traitements très douloureux et difficiles pourraient — peut-être — guérir cette personne de sa maladie, pourrait éliminer le cancer; pourtant, la personne pourrait très bien dire: « Ce traitement va me causer des brûlures à la vulve et à l'anus, entraînera une dysfonction sexuelle et me causera toutes sortes d'autres choses horribles — même dans l'éventualité qu'il porte fruit, si je guéris —, mais je ne veux pas faire face à cela ». Cette personne pourrait très bien être exclue en raison de la disposition relative à l'incurabilité.

Le terme qu'a employé la Cour suprême était « irrémédiables ». Ensuite, elle l'a défini en disant que la souffrance ne pouvait être atténuée « par un moyen acceptable pour le patient ». Certaines questions ont été soulevées à ce sujet. Je sais que M. Bittle a eu un échange à ce sujet, l'autre jour, avec une personne du ministère de la Justice et qu'ils ont tenté de déterminer s'il s'agissait de la même chose ou si c'était différent. La ministre et les représentants du ministère ont tenté de laisser entendre, selon moi, que c'est la même chose, mais, fondamentalement, ces définitions nous semblent différentes.

La ministre a soutenu que, même s'il y avait encore une disposition au sujet de la douleur ou de la souffrance qui ne peut pas être atténuée par des conditions acceptables pour le patient... c'est différent, car la personne en question pourrait déjà avoir été exclue par le critère relatif à l'incurabilité, puisqu'un médecin pourrait très bien lui dire: « Nous pourrions peut-être vous guérir », puis, le fait qu'il pourrait y avoir certains autres remèdes ou certaines séries de remèdes — dont certains sont acceptables pour les patients, et d'autres pas — n'est pas pertinent, puisque nous avons fait de l'incurabilité la base de référence.

Il ne s'agit là que de quelques façons différentes dont, selon nous, le projet de loi n'est pas conforme à la décision Carter.

• (1035)

Le président: Merci.

Nous allons maintenant passer à M. Bittle.

M. Chris Bittle (St. Catharines, Lib.): Merci infiniment.

Monsieur Paterson, je veux vous offrir une brève occasion. Vous vouliez réagir à des propos tenus par M. Cooper.

Me Josh Paterson: Oui. Merci beaucoup.

Monsieur le président, M. Cooper a formulé des commentaires selon lesquels les plaignants avaient proposé que diverses mesures de protection soient établies, y compris des évaluations psychiatriques obligatoires et d'autres choses. Ces suggestions figuraient dans nos observations formulées en réponse au gouvernement du Canada, et elles étaient fondées sur des hypothèses concernant les personnes dont nous ne pouvions pas établir la capacité avec certitude.

Pendant tout ce temps, nous avons affirmé clairement que, en ce qui concerne les personnes, si un médecin n'est pas certain, bien entendu, on peut avoir recours à d'autres méthodes, y compris les évaluations psychiatriques et les évaluations de la capacité, et ce genre d'autres choses. Nous ne lançons pas d'affirmations en l'air pour dire que nous pensons que tous ces types de restrictions sont nécessaires ou souhaitables. Il s'agit d'interventions adaptées aux problèmes de chaque personne. Ce que fait le projet de loi, c'est créer une exclusion générale en raison de certaines préoccupations que nous pourrions avoir au sujet de certains problèmes individuels.

Merci.

M. Chris Bittle: Merci.

Docteur Chochinov, comme j'ai lu votre mémoire, je vais vous demander si « raisonnablement prévisible » veut dire « en phase terminale ».

Dr Harvey Chochinov: C'est une question intéressante. On a beaucoup débattu de la signification de ce terme.

Il s'agit d'un terme difficile. Je pense qu'il veut dire que la personne est sur le point de mourir. Divers termes ont été utilisés, qu'il s'agisse de « en phase terminale », de « moins de six mois » ou de « raisonnablement prévisible ». Selon moi, ce terme offre peut-

être une plus grande marge de manœuvre que ce qui existe actuellement en Oregon, par exemple.

Comme vous le savez, l'Oregon utilise le critère « moins de six mois ». En parlant de l'Oregon, quand nous avons visité cet État, ce qu'a dit Eli Stutsman — l'avocat qui a participé à la rédaction des lois pour l'Oregon et pour l'État de Washington —, c'est que, même après 17 ans d'expérience de la Death with Dignity Act, personne ne souhaite étendre les critères au-delà de six mois. Même quand on lui a demandé ce qu'il pensait d'une période de 12 mois et qu'on lui a posé des questions au sujet du fait qu'il excluait des gens qui, autrement, pourraient avoir accès à une aide pour mourir dans la dignité, il a affirmé qu'il n'y avait aucun intérêt, même parmi les plus fervents partisans... et ce délai de 6 mois ou moins est la limite qu'ils ont établie après 17 années d'expérience.

Le fait est que nous allons devoir fixer la barre quelque part, et je pense qu'une mort « raisonnablement prévisible » est probablement un endroit prudent où la fixer et que nous devrions voir, après cinq années d'expérience, où elle nous aura menés.

• (1040)

M. Chris Bittle: Merci beaucoup.

C'est probablement injuste de ma part que de vous poser la question, puisque vous n'êtes pas un avocat, mais nous avons reçu une transcription de la Cour suprême qui affirme explicitement qu'elle rejetait la notion d'une maladie « en phase terminale ».

Je vais passer à un autre sujet concernant la surveillance judiciaire. Je sais que vous n'êtes pas avocat, mais cela m'a tout l'air d'une réponse typique d'avocat à un problème: contentons-nous d'ajouter d'autres avocats, et ça règlera tout. Je vous donner l'exemple d'une administration qui est située à l'ouest de ma circonscription, c'est-à-dire le comté de Haldimand.

On y trouve un petit palais de justice: la cour des motions, qui instruit des demandes et siège une fois par mois. La dernière fois que j'ai présenté une demande d'urgence au tribunal de St. Catharines, qui est une administration où l'activité est beaucoup plus intense, il m'a fallu trois semaines pour voir un juge... d'urgence.

Je vais adresser cette question à tous les témoins. Ne faisons-nous pas que prolonger la souffrance? Peut-être qu'il s'agit d'un excellent projet de loi, dans le vide de la théorie juridique, mais n'est-il pas vrai que nous ne faisons que prolonger la souffrance en fonction des ressources judiciaires? N'est-ce pas le cas?

Dr Harvey Chochinov: Tout d'abord, sommes-nous déterminés à aller de l'avant d'une manière qui est transparente? Allons-nous de l'avant d'une manière qui tient également compte du fait qu'un grand nombre des éléments qui poussent les gens à souhaiter mourir vont bien au-delà du champ de la médecine?

Demander à des médecins d'évaluer des choses qui n'ont pratiquement rien à voir avec la médecine, c'est les placer dans une position très difficile. Même les personnes qui sont de fervents partisans et celles qui ont rédigé le rapport pour la Royal Society ont dit qu'idéalement, ce ne devrait peut-être pas être les médecins qui participent à la prise de ces décisions. L'accessibilité d'une surveillance judiciaire est une reconnaissance du fait que nous allons être ouverts à l'inclusion de tous les domaines d'expertise, qu'il s'agisse de médecins, de travailleurs sociaux ou d'avocats, afin de déterminer ce qui pousse la personne à souhaiter mourir.

Si le problème tient à la possibilité qu'il s'agisse d'un processus trop ardu, je dirais qu'il est question de vie et de mort et que ce sont des décisions très importantes. À notre époque, nous devrions pouvoir investir les ressources nécessaires dans le processus afin que nous puissions l'accélérer et que nous ne prolongions pas la souffrance.

M. Chris Bittle: Monsieur Paterson ou madame Gibson, voudriez-vous répondre?

Me Josh Paterson: Bien sûr. Merci.

Sous sa forme actuelle, le projet de loi propose un certain nombre de restrictions et d'obstacles à surmonter qui ne sont imposés dans aucun autre cas de décision concernant la vie et la mort en médecine. Tous les jours, des décisions sont prises concernant le maintien ou le retrait d'un traitement de survie, des décisions qui entraînent la mort par la prise d'une certaine mesure ou par une certaine intervention. Qu'il s'agisse d'administrer quelque chose ou de débrancher quelque chose et de le retirer, des mesures sont prises, et des gens meurent. Nous ne faisons cela dans aucun autre cas.

Les tribunaux ont été clairs. Il a été avancé — mais cela n'a pas été accepté — qu'il n'y avait aucune distinction éthique entre l'aide à mourir envisagée dans la décision Carter et les autres formes de traitements qui entraînent la mort. Ainsi, nous ne voyons aucune justification à l'intégration d'un genre de processus décisionnel étatique. Qu'il s'agisse ou non de représentants du gouvernement, si ces personnes ont recours à des pouvoirs qui leur ont été délégués par le Parlement, elles prennent une décision au moyen du pouvoir de l'État.

Il n'est tout simplement pas logique d'entraver la prise de décisions d'un patient par un processus décisionnel étatique. Ce processus va augmenter les délais; il pourrait intimider les gens; il s'agit tout simplement d'une mauvaise politique, et elle n'est pas logique dans le contexte de la profession médicale.

Le président: Je vois que le Dr Chochinov lève la main, mais la période allouée à l'intervention de M. Bittle est terminée.

Aviez-vous quelque chose à dire de différent, madame Gibson? Il a posé la question à vous tous.

Dre Jennifer Gibson: Non. Je veux simplement souscrire à l'opinion de mon collègue.

Le président: D'accord.

On nous a demandé de procéder à une série de questions éclair. Les règles sont les suivantes: la question ne peut pas durer plus de 30 secondes, et il en va de même pour la réponse. Quiconque a une question à poser peut prendre la parole.

Qui a une question?

Monsieur Nicholson.

•(1045)

L'hon. Rob Nicholson: Merci beaucoup.

Je vais m'adresser à vous. Nous nous sommes demandé si le Parlement devrait établir des groupes qui sont soit vulnérables, soit potentiellement vulnérables, mais, ne seriez-vous pas d'accord pour dire que nous le faisons déjà en ce qui a trait aux enfants? Qu'il s'agisse du Code criminel ou de toutes sortes de lois, nous les désignons précisément en raison de leur vulnérabilité potentielle. Ce

pourrait être l'argument expliquant le fait qu'ils ne sont pas inclus dans le projet de loi.

Me Josh Paterson: Puis-je répondre à cette question pour 30 secondes?

Le président: Je pense qu'elle vous était adressée, monsieur Paterson.

Me Josh Paterson: Oui, les gouvernements prennent tout le temps des dispositions à l'égard de diverses catégories de gens. Dans ce cas-ci, la Cour suprême a déjà dit que ces catégories de gens — les personnes atteintes d'une maladie en phase terminale et celles qui ne le sont pas, mais qui répondent aux critères — sont titulaires de ce droit. Le plancher constitutionnel a été fixé. Il n'incombe plus au Parlement ou au gouvernement d'en retirer des personnes. Cela ne leur incombe tout simplement pas.

L'hon. Rob Nicholson: Est-ce que cela inclut les enfants?

Me Josh Paterson: Eh bien, les enfants ne figuraient pas dans la décision; c'était les adultes compétents. Les enfants sont une autre question.

L'hon. Rob Nicholson: Alors, ce qui vous pose problème, c'est l'exclusion...

Me Josh Paterson: Ce sujet nous pose d'autres problèmes, mais, en ce qui concerne le respect de la décision Carter, il n'incombe pas au gouvernement — de fait, il est illégal qu'il le fasse — de retirer des gens.

Le président: Monsieur Bittle, aviez-vous une question éclair à poser?

M. Chris Bittle: Oui.

Lors de nombreuses consultations obligatoires tenues dans diverses régions, nous avons parlé du projet de loi et en avons discuté avec de nombreux groupes. Le gouvernement fédéral a-t-il la responsabilité — et je m'adresse à Mme Gibson et à M. Paterson — de commencer à réglementer la profession médicale, alors qu'il ne l'a jamais fait auparavant?

Dre Jennifer Gibson: Dans le cadre de nos propres consultations, ce que nous avons entendu de la part de multiples intervenants et parties intéressées, c'était qu'il s'agissait d'une compétence provinciale, et il s'agit de l'endroit approprié pour cette compétence.

Il s'agit aussi d'un rôle de réglementation. Les organismes de réglementation sont conçus pour servir l'intérêt public. Des mécanismes ont été mis en place pour que l'on puisse s'assurer que leurs membres se comportent de façon appropriée, et je pense que c'est là-dessus que nous devons nous concentrer.

Le président: Merci beaucoup.

Ça va pour tout le monde?

Laissez-moi remercier les témoins encore une fois.

Je vous remercie d'avoir témoigné par vidéoconférence, docteur Chochinov.

Merci beaucoup, madame Gibson et monsieur Paterson, de vous être présentés. Nous vous en sommes vraiment reconnaissants.

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>