



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

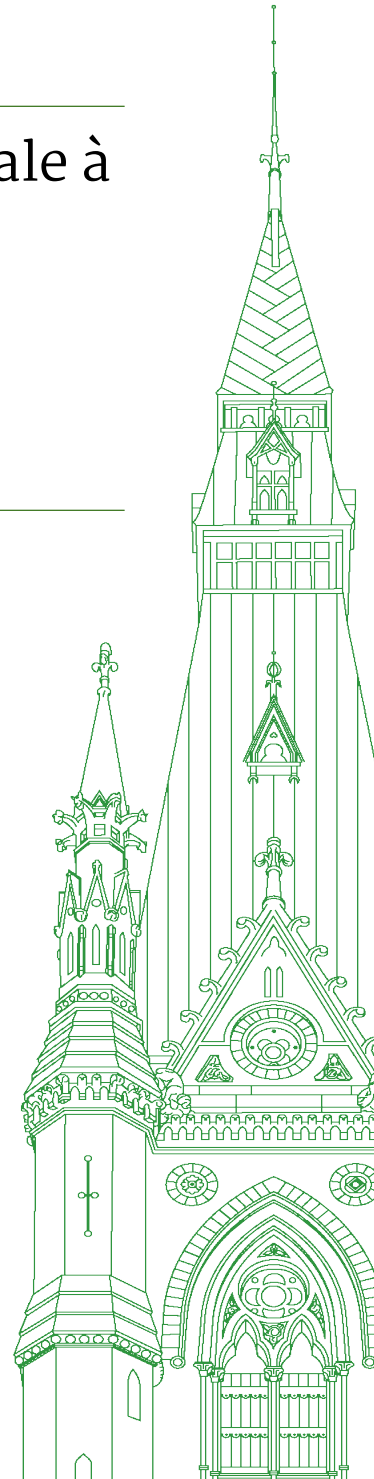
TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 002

PARTIE PUBLIQUE SEULEMENT - PUBLIC PART ONLY

Le lundi 7 juin 2021

Coprésidentes : L'honorable Hedy Fry L'honorable Yonah Martin



Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Le lundi 7 juin 2021

• (1925)

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.)): Ma coprésidente et moi-même avons décidé d'assumer à tour de rôle la présidence du Comité. C'est mon tour aujourd'hui. Je vais donc présider cette séance.

[Français]

Bonsoir à tous.

Soyez les bienvenus à la portion publique de la réunion du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.

Je souhaite la bienvenue aux membres du Comité, aux témoins et à tous ceux et celles qui nous écoutent par l'intermédiaire du Web.

[Traduction]

Je m'appelle Hedy Fry. Je suis la coprésidente pour la Chambre des communes de ce comité mixte de la Chambre des communes et du Sénat.

Aujourd'hui, nous entamons notre étude de l'examen prévu par la loi des dispositions du Code criminel concernant l'aide médicale à mourir et leur application.

Avant de commencer, j'aimerais rappeler aux membres et aux témoins de garder leur micro en sourdine en tout temps, à moins que la présidence leur accorde la parole.

Sur ce, je souhaite la bienvenue à nos témoins du ministère de la Santé et du ministère de la Justice.

Du ministère de la Santé, nous accueillons Abby Hoffman.

Madame Hoffman, quel plaisir de vous revoir. Cela fait une éternité que je ne vous ai pas vue.

Également du ministère de la Santé, nous accueillons Jacque Le-maire, conseillère principale en politiques pour la Direction générale de la politique stratégique. Du ministère de la Justice, nous recevons Joanne Klineberg, avocate générale par intérim à la Section de la politique en matière de droit pénal, Secteur des politiques; et Caroline Quesnel, avocate, également à la Section de la politique en matière de droit pénal.

Nous allons d'abord entendre des remarques liminaires de cinq minutes. J'aimerais simplement m'assurer que les témoins savent qu'ils disposent de cinq minutes et que je devrai les interrompre brusquement lorsque leur temps sera écoulé. Nous passerons ensuite à la période des questions et réponses du Comité.

Merci de vous joindre à nous. Nous allons d'abord entendre les remarques liminaires de Mme Hoffman, suivies de celles de Mme Klineberg.

Madame Hoffman, vous pouvez commencer.

Mme Abby Hoffman (conseillère exécutive principale au sous-ministre, ministère de la Santé): Merci, madame la présidente. Bonsoir à tous.

Le tableau de l'aide médicale à mourir au Canada en 2020, que je présente ce soir, sera publié dans les semaines à venir. Il s'agit du rapport sur l'aide médicale à mourir au Canada. Nous en fournirons un exemplaire au Comité dès que le rapport final sera disponible.

Les données correspondent directement au cadre juridique canadien de l'aide médicale à mourir qui conjugue deux éléments: les critères d'admissibilité auxquels une personne doit répondre, en particulier la nature et l'ampleur de la souffrance qu'elle éprouve; et les mesures de sauvegarde qui doivent être administrées par les prestataires médicaux au cours de l'évaluation de l'admissibilité d'une personne et avant d'entreprendre la procédure d'aide médicale à mourir.

Chaque décision relative à l'aide médicale à mourir nécessite la participation active de deux prestataires de soins de santé indépendants, dont les responsabilités sont énoncées dans les dispositions pertinentes du Code criminel.

Il va de soi que derrière les statistiques, il y a des personnes réelles dont la souffrance est la conséquence d'un ou de plusieurs problèmes de santé graves qui les poussent à envisager l'aide médicale à mourir. Dans cet esprit, permettez-moi de passer en revue certains chiffres.

En 2020, 7 595 cas d'aide médicale à mourir ont été déclarés au Canada, ce qui représente 2,5 % de tous les décès au pays, contre 2 % en 2019. En comparaison, dans d'autres pays qui autorisent une forme ou une autre d'aide à mourir, le pourcentage du total des décès attribués à l'aide médicale à mourir varie de 4,3 % aux États-Unis, où les patients doivent être en fin de vie et où seule l'auto-administration est autorisée, à 4,1 % dans les pays du Benelux, où l'admissibilité est basée sur la souffrance plutôt que sur la proximité du décès et où l'aide médicale à mourir est administrée par un clinicien.

Une sensibilisation accrue à l'aide médicale à mourir et une meilleure acceptation par les Canadiens de celle-ci comme option de fin de vie ont entraîné une croissance régulière du nombre de cas d'aide médicale à mourir depuis 2016. Le taux de décès attribuables à l'aide médicale à mourir varie au pays, mais la répartition entre les hommes et les femmes, et entre les zones rurales et urbaines, est cohérente et correspond à la répartition de la population. Le Québec et la Colombie-Britannique affichent les taux les plus élevés, soit 3,1 % et 4 %, respectivement. Les taux les plus faibles ont été observés à Terre-Neuve-et-Labrador et en Saskatchewan.

Une proportion légèrement plus importante d'hommes que de femmes ont reçu l'aide médicale à mourir. Les hommes étaient légèrement plus jeunes, mais moins de 6 % de tous les décès attribuables à l'aide médicale à mourir concernaient des personnes âgées de moins de 65 ans. Le cancer est la maladie la plus souvent citée, et représente 69 % des cas d'aide médicale à mourir. Viennent ensuite les troubles cardiovasculaires, les troubles respiratoires chroniques et les troubles neurologiques.

Les évaluateurs de l'aide médicale à mourir fournissent un jugement clinique sur l'admissibilité des demandeurs, afin de garantir la conformité avec le cadre juridique, mais ils rendent également compte de la manière dont les personnes qui envisagent l'aide médicale à mourir décrivent leur souffrance et son incidence sur leur vie. Les manifestations de souffrance les plus fréquemment citées chez les personnes demandant l'aide médicale à mourir sont la perte de la capacité à participer à des activités significatives et la perte de la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne.

La majorité des personnes qui demandent l'aide médicale à mourir ont reçu des soins palliatifs ou ont eu accès à des services palliatifs. Mais, selon leurs propres témoignages, leurs souffrances ne peuvent pas être suffisamment soulagées par ces moyens ou par toute autre intervention médicale.

Qui fournit les services d'aide médicale à mourir au Canada? Le cadre juridique permet aux médecins, aux infirmières praticiennes et aux pharmaciens de jouer des rôles particuliers dans l'aide médicale à mourir. Il existe une communauté relativement restreinte de praticiens offrant l'aide médicale à mourir au Canada. En 2020, 1 345 praticiens ont administré l'aide médicale à mourir. La vaste majorité d'entre eux étaient des médecins, et 5 % étaient des infirmiers praticiens. Seuls 40 % d'entre eux ont participé à un seul cas et 15 % à plus de dix cas. De nombreux autres spécialistes sont souvent consultés par le praticien principal pour évaluer la nature et l'évolution probable de la pathologie du demandeur, ainsi que les traitements ou interventions qui pourraient être envisagés.

Qu'advient-il des demandes d'aide médicale à mourir? En 2020, environ 80 % des 9 300 demandes écrites ont abouti à une aide médicale à mourir. Dans les 20 % restants, les demandeurs sont décédés avant de recevoir l'aide médicale à mourir, ont été jugés inadmissibles ou ont retiré leur demande. Sur les 2,5 % de candidats qui ont retiré leur demande, environ 50 l'ont fait immédiatement avant la procédure prévue. Il existe divers motifs d'inadmissibilité, et je serai heureuse de les aborder au cours de la période de questions.

Pour conclure, je tiens à souligner que dans le document écrit que nous avons remis au Comité, nous avons abordé quelques points. Tout d'abord, le fait que certains aspects du cadre de l'aide médicale à mourir ne se sont pas concrétisés comme prévu, notamment l'auto-administration de la substance causant la mort. Deuxièmement, une approche très cohérente a été adoptée dans tout le Canada. Ce résultat est le fruit du travail remontant aux premières discussions sur l'aide médicale à mourir et d'un réel effort de la part des prestataires, des provinces et des territoires. Enfin, en ce qui concerne la surveillance, nous soulignons simplement qu'il s'agit d'une responsabilité partagée.

À la suite des modifications apportées au projet de loi C-7, les données que nous collecterons et les éléments dont nous pourrions rendre compte à l'avenir seront considérablement améliorés.

• (1930)

Merci beaucoup. Je répondrai à vos questions avec plaisir.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci. Vous avez fait votre déclaration en cinq minutes, exactement. C'est très bien.

Madame Klineberg, vous avez la parole.

[Français]

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Madame la présidente, j'invoque le Règlement.

La témoin a peut-être respecté le temps de parole qui lui était alloué, mais ce n'était donc pas une grande réussite, en ce qui me concerne. Par moment, on avait l'impression d'assister au Grand Prix de Formule 1.

À certains moments, ses paroles n'étaient même pas intelligibles. Ce n'est pas parce que nous entendons des phrases, qu'elles soient en anglais ou en français, que notre cerveau en comprend le sens.

Le débit de la témoin était beaucoup trop rapide. Si l'on veut que nous comprenions ce qui est dit, on va devoir ralentir le débit.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci beaucoup.

Allez-y, madame Klineberg.

Mme Joanne Klineberg (avocate générale par intérim, Section de la politique en matière de droit pénal, Secteur des politiques, ministère de la Justice): Merci, madame la coprésidente.

Nous donnerons un aperçu de la chronologie du régime de l'aide médicale à mourir au Canada, ainsi que de l'état actuel de ce régime par rapport à d'autres pays qui permettent l'aide médicale à mourir.

Dans la décision Carter de 2015, la Cour suprême du Canada a déclaré inopérante la prohibition de l'aide médicale à mourir à l'égard des adultes capables qui sont affectés de problèmes de santé graves et irrémédiables leur causant des souffrances intolérables. En réponse, le gouvernement fédéral a déposé l'ancien projet de loi C-14, édicté en juin 2016, qui a modifié le Code criminel afin de créer des exemptions à l'égard d'infractions criminelles applicables, dans le but de permettre aux médecins et aux infirmiers praticiens de fournir l'aide médicale à mourir.

L'un des critères d'admissibilité était que la mort naturelle de la personne soit devenue raisonnablement prévisible, un critère qui exigeait un lien temporel, mais flexible avec la mort d'une personne. Le régime initial de l'aide médicale à mourir était un régime... [Difficultés techniques]... semblable aux approches qui existaient à l'époque dans plusieurs des États américains, et à plusieurs régimes adoptés depuis dans les États australiens de Victoria, de l'Australie-Occidentale et de Tasmanie, et en Nouvelle-Zélande.

Au moment de l'adoption du projet de loi C-14, le Parlement a également demandé au gouvernement de lancer des examens indépendants de certaines des questions que vous examinez actuellement. Nous encourageons le Comité à prendre connaissance des trois rapports du Conseil des académies canadiennes sur l'aide médicale à mourir, qui portent sur la maladie mentale, les mineurs et les demandes anticipées.

À la suite de la décision rendue en 2019 par la Cour supérieure du Québec dans l'affaire Truchon et Gladu, le Parlement a édicté le projet de loi C-7. Il a abrogé le critère d'admissibilité de la mort naturelle raisonnablement prévisible, mais retient ce concept comme moyen de déterminer laquelle de deux séries de mesures de sauvegarde s'applique. Les personnes dont la seule condition médicale est la maladie mentale sont exclues du régime jusqu'en mars 2023. L'aide médicale à mourir peut maintenant être fournie à une personne qui a perdu la capacité de consentir au moment de la recevoir si sa mort est prévisible et si, avant la perte de sa capacité, sa demande d'aide médicale à mourir avait été approuvée, si elle avait choisi la date de la procédure, et si la personne avait conclu avec le praticien une entente selon laquelle il lui administrerait l'aide médicale à mourir à la date déterminée même si elle avait perdu sa capacité. Cette mesure se distingue de la question plus complexe des demandes anticipées, où une personne veut demander par écrit de recevoir l'aide médicale à mourir à un moment dans le futur si certaines conditions, qu'elle croit qui lui causeront des souffrances intolérables, surviennent.

Puisque l'aide médicale à mourir est maintenant accessible en réponse aux souffrances intolérables, quelle que soit la proximité de la mort naturelle, le régime canadien ressemble davantage à ceux de la Belgique, des Pays-Bas et du Luxembourg, et aussi peut-être de l'Espagne qui a récemment adopté une loi.

En ce qui concerne les demandes anticipées, nous constatons que relativement peu d'administrations les autorisent. La Belgique et le Luxembourg permettent l'aide médicale à mourir par demandes anticipées pour les personnes dans un état d'inconscience irréversible. La Colombie permet la prestation de l'aide médicale à mourir à une personne consciente, mais incapable, dont la mort est attendue à court terme. Il n'y a que les Pays-Bas qui autorisent l'aide médicale à mourir par demandes anticipées pour les personnes incapables, mais conscientes dont la mort n'est pas attendue à court terme.

En plus des difficultés d'ordre pratique et éthique associées aux demandes anticipées, comme en fait état le rapport du Conseil des académies canadiennes, il existe des défis législatifs associés au fait que la demande anticipée d'aide médicale à mourir pourrait être préparée longtemps avant le moment de la prestation de l'aide médicale à mourir. Il faut établir des mesures de sauvegarde à la fois relativement à la demande — notamment quant à son caractère volontaire et à la capacité de la personne — et à la prestation ultérieure de l'aide médicale à mourir, notamment quant à savoir qui enclenche la demande et quelles sont les mesures à prendre si la personne semble heureuse ou refuse la procédure. Les mineurs matures sont admissibles à l'aide médicale à mourir en Belgique et aux Pays-Bas, dont les lois font ressortir certaines des questions de politique dans ce domaine, notamment à savoir si l'admissibilité devrait être la même pour les mineurs et les adultes, et s'il est souhaitable d'ajouter des mesures de sauvegarde.

À la lumière de ce contexte, nous serons heureuses de répondre aux questions du Comité.

● (1935)

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci beaucoup, madame Klineberg.

Nous passons maintenant à notre première série de questions. Nous allons d'abord entendre les députés de la Chambre des communes.

Monsieur le greffier, quel est le premier intervenant du Parti conservateur?

Le cogreffier du Comité (M. Marc-Olivier Girard): Selon la motion de régie interne qui a été adoptée, ce sont les libéraux — et M. Arseneault — en premier. Nous passerons ensuite aux conservateurs.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Oui, merci.

[Français]

M. René Arseneault (Madawaska—Restigouche, Lib.): Je vous remercie, madame la présidente.

C'est moi qui ai l'honneur de briser la glace.

Je suis très honoré de siéger à ce comité, pour la deuxième fois. En effet, j'ai siégé au premier comité, en compagnie de mon collègue M. Michael Cooper. Ce dernier est présentement sur la Colonne du Parlement.

Ma première question s'adresse à Mme Hoffman.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt les statistiques cumulées pour l'année 2020; elles sont intéressantes et révélatrices. Cela dit, j'aimerais bien avoir accès à toutes les statistiques depuis le début.

Ma question est la suivante.

Lors du premier Comité mixte sur l'aide médicale à mourir, nous avons entendu les témoignages de représentants de l'Association médicale canadienne. Ils nous ont dit que certains médecins étaient réticents à pratiquer l'aide médicale à mourir, pour des raisons de conscience. Ils nous ont aussi dit que cela ne constituait pas un problème, parce qu'il y avait environ 80 000 médecins au Canada, si ma mémoire est bonne. Cela fait déjà cinq ans que l'on nous a dit cela.

Que pouvez-vous nous dire en ce qui concerne les statistiques relativement aux médecins qui refusent de pratiquer l'aide médicale à mourir, par souci de conscience personnelle?

● (1940)

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Je vous remercie pour votre question, monsieur Arseneault.

Nous n'avons pas de statistiques sur le nombre précis de fournisseurs de soins de santé qui pourraient être autorisés à jouer un rôle dans l'aide médicale à mourir, à titre d'évaluateurs, d'experts-conseils ou de responsables de la procédure. Nous pouvons vous parler des fournisseurs qui ont reçu des demandes et qui sont allés de l'avant avec l'évaluation et peut-être l'offre de la procédure.

Selon nous, de façon générale... C'est en partie parce que plusieurs administrations ont ce qu'on appelle des réseaux de coordination des soins et de navigation des patients. Une personne qui souhaite avoir recours à l'aide médicale à mourir peut faire une demande au réseau régional ou provincial pour faire avancer son dossier.

Nous ne croyons pas que l'exercice des droits de conscience nuit à l'accès pour le moment. Nous savons, toutefois, qu'il y a certains obstacles institutionnels à faire tomber. Vous avez sûrement lu dans les médias que certains établissements — qu'il s'agisse d'établissements de soins de longue durée, de centres de soins palliatifs ou autres — s'opposent à l'aide médicale à mourir, pour des motifs religieux ou autres. Ce sont souvent des établissements confessionnels, mais pas toujours. Ainsi, certaines personnes qui souhaitent avoir recours à l'aide médicale à mourir ne sont pas dirigées vers des intervenants qui peuvent vraiment les aider. Il y a eu plusieurs cas très médiatisés de cette nature, et il va sans dire qu'ils sont préoccupants.

Je dirais qu'à l'heure actuelle, le problème réside dans l'objection institutionnelle plutôt que dans le comportement de certains fournisseurs individuels.

[Français]

M. René Arseneault: C'est très intéressant.

Sait-on si les gens qui n'ont pas pu recevoir l'aide médicale à mourir dans les établissements récalcitrants à offrir cette aide ont réussi à trouver cette aide ailleurs?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Je dois répondre à cette question par des généralités. Oui, dans certains cas, il y a des tensions importantes entre le gouvernement provincial — qui assure le financement — et certains établissements qui s'objectent vivement à l'aide médicale à mourir et même refusent carrément d'orienter les patients à cet égard. C'est préoccupant.

Nous savons aussi que certaines organisations comme Dying with Dignity ont une liste de témoins et de personnel de soutien qui peuvent aider une personne qui se trouve dans un établissement résidentiel, même si celui-ci s'oppose à l'aide médicale à mourir.

[Français]

M. René Arseneault: Je vous remercie.

Madame Klineberg, croyez-vous que, dans certains cas, le fait d'avoir enlevé le critère de la mort prévisible aura une incidence sur la demande ou les demandes d'aide médicale à mourir?

Mme Joanne Klineberg: Je pense que la preuve est assez claire qu'il y aura une augmentation des demandes, mais elle ne sera probablement pas énorme, si l'on tient compte des statistiques de la Belgique et de la Hollande, où l'aide médicale à mourir est permise. Cela reflète toujours une quantité peu nombreuse comparativement aux autres.

• (1945)

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci, madame Klineberg. Vous pourrez peut-être élaborer en réponse à la question d'un autre intervenant.

Nous passons maintenant aux conservateurs.

Madame Findlay, vous disposez de cinq minutes.

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

Ma question s'adresse aux représentantes du ministère de la Santé: Mme Hoffman ou Mme Lemaire.

Je vous remercie d'être avec nous aujourd'hui malgré le court préavis. Nous n'avons pas beaucoup de temps, mais je tiens à dire que cet examen aurait dû être fait il y a bien longtemps. Le projet de loi C-14 demandait un examen législatif en juin 2020 et dans l'intervalle, nous avons plutôt élargi le régime d'aide médicale à mourir. La situation relative aux soins palliatifs devait être étudiée dans le cadre de l'examen du projet de loi C-14, alors j'aimerais commencer par là.

Selon le premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada, bien que de nombreux bénéficiaires de l'aide médicale à mourir avaient reçu des soins palliatifs, les données ne disent rien sur l'adéquation des services offerts. Dans le rapport, on indique que ce pourrait être un domaine d'étude future.

C'est en partie ce que nous faisons ici.

Où en sommes-nous en ce qui a trait à l'évaluation de la qualité des soins palliatifs offerts aux bénéficiaires de l'aide médicale à mourir ou obtenus par ceux-ci? Est-ce qu'il est possible de savoir si des Canadiens ont choisi de mettre fin à leurs jours en ayant recours à l'aide médicale à mourir en raison de la mauvaise qualité des soins palliatifs ou du manque de ressources de façon générale?

Mme Abby Hoffman: Je pourrais commencer, madame Findlay, et ma collègue, Mme Lemaire, pourra intervenir ensuite.

Comme nous l'avons écrit dans le rapport de l'année dernière, nous n'avons pas pu tirer beaucoup de renseignements des rapports qui viennent des fournisseurs et qui, en gros, demandent si une personne a eu recours à des soins palliatifs et, dans la négative, si elle y aurait eu accès sur demande.

Certains fournisseurs ont fait valoir que, pour certaines personnes qui recevaient des soins palliatifs et qui ont tout de même choisi l'aide médicale à mourir, les soins palliatifs n'étaient pas suffisants et ne les soulageaient pas de leurs souffrances, ou n'empêchaient pas le déclin de leurs capacités.

Pour être franche, je ne crois pas que nous soyons en mesure de dire quelle est la nature des soins palliatifs dans chacun des cas, sur le plan qualitatif. Nous nous fions aux rapports de ceux qui nous communiquent des renseignements sur l'accès aux soins palliatifs.

Je crois que le travail du Comité sera plus que le bienvenu, bien honnêtement, mais nous n'avons pas entendu parler de cas où une personne n'avait pas eu accès à des soins palliatifs ou n'avait pas obtenu de soins de qualité, au point où elle aurait décidé d'avoir recours à l'aide médicale à mourir.

L'hon. Kerry-Lynne Findlay: Est-ce que vous convenez qu'il y a des différences et des inégalités entre les provinces et les territoires en ce qui a trait à la disponibilité et à la qualité des soins? D'après les rapports que vous recevez, les soins ne sont pas offerts dans la même mesure ou dans les mêmes régions.

Mme Abby Hoffman: Je crois qu'on pourrait aller encore plus loin et dire que même au sein d'une même communauté, les divers établissements et hôpitaux n'offrent pas le même niveau de soins palliatifs. Nous savons que certains établissements ont des services bien établis en matière de soins palliatifs et de fin de vie et sont reconnus en ce sens, tandis que d'autres ont des forces ailleurs.

Je dirais que la variabilité n'est pas pancanadienne, mais se constate au sein même des administrations et des collectivités.

C'est une question que nous tentons d'aborder par l'entremise du financement offert aux provinces et aux territoires pour un ensemble de services en matière de soins à domicile, de soins palliatifs et de soins de fin de vie, mais nous reconnaissons qu'il y a encore beaucoup à faire.

L'hon. Kerry-Lynne Findlay: Madame Lemaire, avez-vous un commentaire à faire à ce sujet?

Mme Jackie Lemaire (conseillère principale en politiques, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé): Oui. Merci.

La seule chose que j'ajouterais à ce qu'a dit Mme Hoffman, c'est qu'on a réalisé une recherche initiale à ce sujet. Je pense à la recherche du Dr James Downar, un médecin en soins palliatifs qui prodigue aussi l'aide médicale à mourir. Sa recherche se fondait sur les données administratives de l'Ontario et comparait les caractéristiques socioéconomiques des personnes décédées qui avaient eu recours à l'aide médicale à mourir à celles des autres personnes décédées. D'après cette recherche initiale, il n'y avait aucune différence en ce qui a trait au recours à des services de soins palliatifs.

Les conclusions initiales étaient que, sur le plan de l'accès aux services de soins palliatifs, il n'y avait pas de différence entre les personnes qui avaient eu recours à l'aide médicale à mourir et celles qui n'y avaient pas eu recours.

• (1950)

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci.

Madame Findlay, il vous reste 14 secondes.

L'hon. Kerry-Lynne Findlay: Je ne poserai pas d'autres questions.

Merci beaucoup.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci.

Nous allons maintenant entendre M. Thériault. Vous disposez de cinq minutes.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci beaucoup, madame la présidente.

Ma première question s'adresse aux représentantes du ministère de la Justice. J'aimerais obtenir une précision sur un concept.

Au deuxième paragraphe de la première page du rapport, vous dites:

Le régime initial de l'[aide médicale à mourir] était un régime de « fin de vie », semblable aux approches qui existaient à l'époque dans plusieurs des États américains [...]

Pouvez-vous préciser ce que vous entendez par « régime de fin de vie »? Faites-vous référence à ce qu'était aussi le régime d'aide médicale à mourir adopté par le Québec, la Loi concernant les soins de fin de vie?

Mme Joanne Klineberg: Oui, absolument.

M. Luc Thériault: Si je comprends bien, vous dites que le régime concernait la phase de fin de vie, soit le moment où la mort était déjà irréversiblement installée. D'une certaine manière, il excluait les gens dont la maladie était en phase terminale, mais qui n'étaient pas en fin de vie et n'allaient pas nécessairement mourir,

même s'ils étaient aux prises avec des douleurs intolérables, n'est-ce pas?

Mme Joanne Klineberg: Je pense que oui. Il était question du critère de mort raisonnablement prévisible. L'intention était d'être flexible par rapport au critère de fin de vie défini dans la loi québécoise. Il avait donc une portée peut-être plus large, mais, en principe, oui. L'admissibilité dépendait de la prévisibilité de la mort d'une personne dans une période rapprochée.

M. Luc Thériault: Ma deuxième question s'adresse aux représentants du ministère de la Justice. Je laisse le soin à l'une ou l'autre des témoins de répondre.

À la page 4 du rapport, vous dites ceci:

La majorité des demandes écrites (78,8 %) aboutissent à une [aide médicale à mourir]. En 2020, les autres (21,2 %) ont abouti à un résultat autre que l'[aide médicale à mourir] : la plupart (12,7 %) de ces patients sont décédés avant de recevoir l'[aide médicale à mourir]; [...]

Est-ce qu'on en a noté les raisons? Est-ce causé par la mesure de sauvegarde des 10 jours qui doivent s'écouler entre le moment de la demande et celui de la deuxième vérification? Est-ce documenté?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Monsieur Thériault, est-ce que votre question s'adresse à moi directement ou au ministère...?

[Français]

M. Luc Thériault: J'ai bien indiqué au début de ma question que je m'adressais à l'une ou l'autre des représentantes du ministère de la Santé.

Madame la présidente, j'espère que ce ne sera pas déduit de mon temps de parole.

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Je suis désolée. J'ai peut-être mal compris.

De façon précise, en ce qui a trait aux personnes qui sont décédées et pour cette raison... Même si leur demande a été acceptée et qu'elles ont été jugées admissibles à l'aide médicale à mourir, elles sont décédées avant que la procédure ne puisse avoir lieu. En effet, selon le régime actuel, un nombre important de personnes décédées avant d'avoir recours à la procédure étaient décédées dans les 10 jours.

En fait, c'est l'une des raisons pour lesquelles le gouvernement avait recommandé l'abandon de la période de réflexion de 10 jours.

• (1955)

[Français]

M. Luc Thériault: On sait que 2,5 % des patients ont retiré leur demande.

A-t-on documenté les raisons de ces retraits? Avez-vous des données à ce sujet?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Oui, nous avons des données à ce sujet. Un très petit nombre de personnes qui ont retiré leur demande l'ont fait au moment de procéder à l'aide médicale à mourir... dans les instants précédant la procédure. Il s'agit d'environ 50 personnes.

Bon nombre des autres personnes ont dit avoir reçu des soins palliatifs ou d'autres interventions qui leur permettraient de continuer sans avoir recours à l'aide médicale à mourir. Il y a diverses raisons pour lesquelles une personne jugée admissible à l'aide médicale à mourir décide finalement de ne pas y avoir recours.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci, madame Hoffman.

Merci, monsieur Thériault.

La parole est maintenant à M...

M. Alistair MacGregor (Cowichan—Malahat—Langford, NDP): Ce serait mon tour, madame la présidente.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Je suis désolée, monsieur MacGregor, je ne vous voyais pas.

Vous disposez de cinq minutes. Allez-y.

M. Alistair MacGregor: Merci beaucoup.

Je remercie les témoins de nous aider à lancer cette étude très importante.

Je crois que ma première question devrait s'adresser aux représentantes du ministère de la Justice. J'étais là, à la législature précédente, lorsque nous débattions du projet de loi C-14 et je sais qu'on a soulevé des préoccupations légitimes au sujet des mesures de protection qu'il contenait.

Y a-t-il des renseignements disponibles sur la façon dont ces mesures de protection ont servi au fil des années? Qu'en est-il de la conformité? Y a-t-il eu des enquêtes ou est-ce que tout le monde est d'avis que les mesures sont adéquates et qu'elles sont respectées? Si vous pouvez nous éclairer d'une quelconque façon à ce sujet, s'il vous plaît...

Mme Joanne Klineberg: Merci.

Je crois que mes collègues de Santé Canada sont mieux placés que moi pour répondre à cette question, puisque le ministère recueille des données par l'entremise du système de suivi.

M. Alistair MacGregor: Bien sûr. Je vais donc céder la parole à Mme Hoffman.

Merci.

Mme Abby Hoffman: Merci. Je serai heureuse de répondre à la question.

Je vous dirai que lorsque j'ai mentionné, dans mes remarques liminaires, la surveillance que nous faisons et le fait que le rapport de surveillance correspond au projet de loi, je l'entendais de façon très littérale.

Chaque fournisseur de soins qui fournit l'information qu'il est légalement obligé de fournir... Tout commence avec les premières mesures de sauvegarde: la personne est-elle admissible aux services de santé dans la province ou le territoire où elle réside, est-elle apte à prendre des décisions sur son état de santé, a-t-elle l'âge requis, etc. Il y a des questions pour chaque critère d'admissibilité et chaque mesure de sauvegarde. Le fournisseur de soins doit, à tout coup, répondre aux questions et fournir l'information pertinente.

Nous avons cette information et nous en faisons rapport de façon très précise. J'espère que vous aurez l'occasion de lire le rapport dans quelques semaines et de constater que tout cela y est documenté.

M. Alistair MacGregor: Merci.

Pour ceux d'entre nous qui représentent des circonscriptions avec une population autochtone assez importante... Dans ma circonscription, on retrouve de nombreuses nations Salish du littoral, dont les Nuu-chah-nulth. Les peuples autochtones se méfient généralement — et à juste titre — des fournisseurs de soins de santé depuis des décennies.

Pouvez-vous nous parler du point de vue de Santé Canada sur la propriété de données ou nous donner de l'information sur les peuples autochtones qui pourrait nous aider dans le cadre de notre étude?

Mme Abby Hoffman: Je crois qu'il nous faut faire mieux pour les données sur les peuples autochtones. Nous savons certainement que les attitudes et les points de vue varient grandement et que certains ne voient pas l'aide médicale à mourir comme une option viable pour les soins en fin de vie. Cela dit, en même temps, nous savons qu'il y a des fournisseurs d'aide médicale à mourir autochtones et que certaines personnes autochtones y ont eu recours. Nous savons qu'il existe maints défis à cet égard.

Bien sûr, dans un grand centre urbain, vous avez différents choix pour les fournisseurs de soins de santé, les dates, les témoins qui étaient autrefois requis, etc. Il est très difficile de prendre ces arrangements dans des communautés autochtones éloignées. À la fin de mes remarques liminaires, j'ai parlé des nouveaux types de données que nous sommes tenus de recueillir et que nous avons hâte de recueillir pour nos rapports de surveillance. Certaines de ces données concerneront précisément les communautés autochtones.

La dernière chose que je dirais, c'est qu'il n'existe pas qu'une seule attitude ou [*Difficultés techniques*].

• (2000)

M. Alistair MacGregor: Vous avez mentionné le fait qu'en effet, de nombreuses communautés autochtones vivent dans des régions éloignées. C'est aussi le cas d'autres communautés non autochtones. Pouvez-vous nous parler de la façon dont les provinces recueillent l'information sur ceux qui vivent dans des communautés éloignées et qui désirent avoir accès à ce service?

Répondent-elles à la demande?

Mme Abby Hoffman: J'ai bien peur de ne pouvoir vous répondre que de façon générale.

J'ai mentionné les réseaux de coordination des soins et de navigation des patients. Ceux-ci sont certainement utiles. Nous savons — bien que j'estime personnellement que ces statistiques sont parfois contre-intuitives — qu'apparemment le nombre de demandes et de services d'aide médicale à mourir est proportionnel à la répartition géographique de la population. Cela dit, nous devons creuser un peu plus la question, afin de déterminer si l'accès est réellement comparable dans tous les contextes au pays.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci, madame Hoffman et monsieur MacGregor.

Nous allons maintenant passer aux sénateurs.

J'ai la sénatrice Mégie sur ma liste.

[Français]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins de leur présence.

J'aimerais poser d'une autre façon la question qui vient d'être posée par M. MacGregor aux représentants du ministère de la Santé.

Dans vos notes, vous mentionnez que vos données montrent que la répartition des décès attribuables à l'aide médicale à mourir dans les milieux urbains et ruraux de chaque province est à peu près représentative du schéma dans la population en général. Pour tous les autres éléments, vous présentez des chiffres. Comment avez-vous déterminé que la situation était similaire dans les milieux ruraux et urbains?

En réponse à la question de M. MacGregor, vous avez parlé des populations autochtones. Nous ne savons pas comment vous arrivez à cette conclusion.

Je vais ajouter une sous-question à ma question. Avez-vous fait une analyse comparative entre les sexes plus, ou ACS+?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: L'analyse comparative entre les sexes... Il s'agit du nombre relatif d'hommes et de femmes et de la répartition par âge. Sans surprise, par exemple, nous savons qu'un peu plus d'hommes que de femmes ont recours à l'aide médicale à mourir. Nous savons que les hommes sont un peu plus jeunes et les femmes, un peu plus vieilles. Plus les cohortes d'âge sont âgées, plus le nombre relatif de femmes est élevé. Ce n'est pas surprenant. Cela ressemble grandement au modèle de morbidité et de mortalité chez les hommes et les femmes dans le groupe d'âge de 65 ans et plus, des cohortes individuelles de cinq ans, au sein desquelles la majorité des demandes d'aide médicale à mourir se font.

[Français]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: Permettez-moi d'intervenir.

Vous auriez pu inclure dans votre ACS+ des groupes de personnes, comme les Autochtones et les non-Autochtones vivant en région éloignée. Je pensais à ces groupes lorsque je vous ai posé la question. Avez-vous pensé à ces groupes, oui ou non?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Nous y avons absolument pensé. Vous ne trouverez pas cela dans le rapport. C'est un travail que nous devons faire et nous devons le faire par d'autres moyens que de simplement demander aux fournisseurs de soins des informations ponctuelles sur des cas individuels. Nous avons besoin de recherches parallèles pour comprendre réellement quels groupes de personnes ont accès à l'aide médicale à mourir et quels groupes n'y ont pas accès, les raisons qui expliquent cela et quels sont les autres contextes sociaux.

Le projet de loi C-7 comprend des dispositions sur la collecte de données qui nous autoriseront à recueillir de nouvelles informations que nous n'avions pas recueillies par le passé, mais nous aurons encore besoin d'études parallèles utilisant des données liées, entre autres, à Statistique Canada. Le champ de recherche est immense. Je ne peux pas vous dire que nous avons déjà fait ce travail.

[Français]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: Je vous remercie.

Je passe à un autre chapitre.

Madame la présidente, combien de temps me reste-t-il?

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Il ne vous reste malheureusement qu'environ 40 secondes.

[Français]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: D'accord. Dans ce cas, je poserai une brève question.

Le budget de 2021 prévoit 2,6 millions de dollars par année pour assurer l'uniformité de la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir avec l'orientation et la formation, entre autres. Quelle est votre stratégie pour organiser toutes ces dépenses afin qu'elles soient efficaces?

● (2005)

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Il vous reste 20 secondes, madame Hoffman.

Mme Abby Hoffman: J'allais céder la parole à Mme Lemaire, qui a travaillé sur ce dossier.

Mme Jacquie Lemaire: Nous utilisons la terminologie dans le budget pour examiner des façons de travailler de concert avec les provinces et les territoires et leurs organismes de réglementation pour élaborer des lignes directrices qui permettront d'uniformiser la mise en application de la nouvelle loi. Nous cherchons aussi à veiller à ce que les fournisseurs de soins l'appliquent avec une plus grande sensibilité et de façon culturellement sûre.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci.

Nous allons maintenant passer au sénateur Kutcher pour trois minutes.

L'hon. Stanley Kutcher (sénateur, Nouvelle-Écosse, GSI): Merci beaucoup.

Avant de poser ma question, serait-il possible pour Mme Lemaire de nous fournir l'étude dont elle a fait mention dans son témoignage?

J'ai deux questions pour les représentants de Santé Canada: une très précise et une plus large. Permettez-moi de commencer avec la question plus large, mais je poserai mes deux questions d'un coup.

Est-ce réellement nécessaire d'avoir une collecte et une analyse de données robustes, de haute qualité et à méthodes mixtes? Selon vous, comment pourrait-on améliorer le système de données actuel sur l'aide médicale à mourir avec une compréhension plus nuancée des pratiques en la matière au Canada? Le système de données du Canada sur l'aide médicale à mourir est-il ouvert et accessible aux chercheurs indépendants de bonne foi?

Pour ce qui est de ma question plus précise, je vous remercie de votre réponse sur le faible nombre ou pourcentage de gens qui ont retiré leur demande d'aide médicale à mourir et leurs caractéristiques. Par curiosité, certains d'entre eux ont-ils demandé l'aide médicale à nouveau après avoir retiré leur demande?

Mme Abby Hoffman: Je peux commencer.

Pour ce qui est du retrait de demandes, les données se concentrent principalement sur ceux qui ont retiré leur demande et qui, donc, n'ont pas recours à l'aide médicale à mourir à la suite de celle-ci. Il se peut que certains fassent une autre demande. Je ne sais pas si je peux vous répondre à l'affirmative, sénateur Kutcher. Il nous faudra peut-être vous envoyer ces données après la réunion.

Il faut se rappeler une chose concernant les données: notre système de collecte des données prévu dans le projet de loi initial C-14 et maintenant plus importante dans le projet de loi C-7 impose des obligations aux individus exemptés de certaines interdictions prévues dans le Code criminel.

Il s'agit de fournisseurs de soins de santé, et non pas de sociologues ou de spécialistes culturels. Je crois que nous pouvons certainement leur demander plus d'information et nous allons le faire, mais nous avons besoin de plus d'études aux données liées. Nous avons besoin de plus de recherche dans la même veine que ce dont ma collègue, Mme Lemaire, vous a parlé, à savoir l'étude de James Downar sur les soins palliatifs.

Je crois qu'il est déraisonnable de croire que nous allons recueillir tout ce qu'il nous faut par l'entremise de dossiers individuels fournis par les fournisseurs de soins de santé, entre autres parce que je crois pouvoir dire sans me tromper que certains candidats à l'aide médicale à mourir et certains bénéficiaires n'apprécieront pas du tout un examen plus approfondi de leur raisonnement, de leur situation personnelle, etc.

Nous devons trouver d'autres moyens de comprendre davantage ce qui motive la décision de demander l'aide médicale à mourir. Pour ce faire, nous aurons besoin de recueillir des données, de rédiger des rapports, de mener des recherches, etc.

L'hon. Stanley Kutcher: Merci beaucoup.

J'ai une question sur les soins palliatifs.

Vous avez dit que les soins palliatifs peuvent varier grandement d'un centre à l'autre. D'après votre expérience et votre connaissance du système de soins de santé canadien, cette variation ressemble-t-elle ou est-elle très différente de celles observées pour d'autres types d'interventions en matière de soins de santé disponibles au pays?

Mme Abby Hoffman: Pour être brève, je dirais qu'elle est quelque peu différente, dans la mesure où les soins palliatifs sont relativement nouveaux. D'un autre côté, si vous pensez à nos institutions de soins de santé, nombre d'entre elles se spécialisent dans certains soins ou dans certaines maladies, chroniques ou aiguës. Je pense qu'il y a peut-être de grandes différences à l'heure actuelle, mais, au fil du temps, je pense qu'elles seront moins importantes lorsque les soins palliatifs seront devenus plus légitimes et présents dans les services de soins de santé au Canada.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci, madame Hoffman.

Nous allons maintenant passer à la sénatrice Wallin.

● (2010)

L'hon. Pamela Wallin (sénatrice, Saskatchewan, GSC): Merci beaucoup.

Je vais m'adresser à notre experte juridique du ministère de la Justice. J'aimerais relire ce que vous nous avez dit.

Vous avez dit:

L'AMM peut maintenant être fournie à une personne qui a perdu la capacité de consentir au moment de la recevoir si sa mort est prévisible et si, avant la perte de sa capacité, sa demande d'AMM avait été approuvée, si elle avait choisi la date de la procédure, et si la personne avait conclu avec le praticien une entente selon laquelle il lui administrerait l'AMM à la date déterminée même si elle avait perdu sa capacité.

Puis, vous avez dit:

Cette mesure se distingue de la question plus complexe des demandes anticipées, où une personne veut demander par écrit de recevoir l'AMM à un moment dans le futur si certaines conditions, qu'elle croit lui causeront des souffrances intolérables, surviennent.

J'aimerais savoir pourquoi cette mesure est toujours considérée comme beaucoup plus compliquée que la première.

Mme Joanne Klineberg: C'est une question un peu compliquée et aux dimensions diverses. Je pourrais entre autres vous recommander de lire le rapport du Conseil des académies canadiennes...

L'hon. Pamela Wallin: Oui, je l'ai lu. Merci.

Mme Joanne Klineberg: ... qui traite des trois incertitudes. L'une des incertitudes concerne la clarté avec laquelle la personne a exprimé son désir de recevoir l'aide médicale à mourir à l'avenir si certaines conditions surviennent. Pour ce qui est de ce qui est autorisé dans le projet de loi C-7, il existe déjà des conditions qui rendent la personne admissible dans la loi actuelle. On parle de personnes qui souffrent incroyablement et qui ont déjà demandé à recevoir l'aide médicale à mourir sous peu. Cela dit, pour ce qui est des demandes anticipées, la personne croit que si certaines circonstances surviennent à l'avenir, elles pourraient la faire souffrir de façon insupportable et voilà pourquoi elle décide alors de faire une demande anticipée.

Les recherches nous ont démontré, entre autres, que les gens estiment parfois mal leur capacité de faire face à des situations avant qu'elles ne se produisent, ce qui peut rendre les choses complexes. Si cette situation survient au bout d'un an ou deux, il se peut que la personne la gère mieux. Cela dit, si la personne n'a plus la capacité de retirer sa demande d'aide médicale à mourir, c'est préoccupant. Au moins la capacité de fournir l'aide médicale à mourir...

L'hon. Pamela Wallin: Comme certains d'entre vous le savent, ce qui me préoccupe, ce sont les différents cas de démence et d'Alzheimer. Selon moi, les choses ne seraient pas si compliquées que cela si on faisait les choses dans l'ordre.

Mme Joanne Klineberg: Je ne suis pas certaine de comprendre ce que vous voulez dire par faire les choses dans l'ordre.

L'hon. Pamela Wallin: Si vous entreprenez la première mesure que je vous ai lue, si la personne a conclu une entente avec un praticien pour recevoir l'aide médicale à mourir à une certaine date, etc., alors je ne vois pas le saut, particulièrement pour les personnes atteintes de démence qui n'ont pas la capacité à consentir à l'aide médicale à mourir, même si elles pourraient être conscientes plus tard, ce qui explique, bien sûr, pourquoi elles font une demande anticipée.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci. Je crois que le temps est écoulé. Je vais devoir demander à Mme Klineberg de tenter de répondre à cette question lors du prochain tour de questions.

Nous allons maintenant passer à la sénatrice Martin.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin (sénatrice, Colombie-Britannique, C)): Pardonnez-moi, mais le sénateur Dalphond devrait commencer.

L'hon. Pierre Dalphond (sénateur, Québec (De Lorimier), GPS): Merci, madame la coprésidente.

J'ai une question pour madame Hoffman. À la page 3 du rapport, vous écrivez: « La majorité des personnes qui demandent l'AMM ont reçu des soins palliatifs ou ont eu accès à des services palliatifs. ». À la page 2, on lit qu'environ 48 % des bénéficiaires reçoivent l'aide médicale à mourir dans des résidences privées, contre 28 % dans les hôpitaux et environ 17 % dans les établissements de soins palliatifs.

Cela signifie-t-il que certains reçoivent des soins palliatifs, mais qu'ils retournent à la maison pour recevoir l'aide médicale à mourir s'ils désirent y avoir recours?

Mme Abby Hoffman: Je pense qu'il y a divers éléments. Tout d'abord, certains services de soins palliatifs peuvent être fournis chez le patient, dans une maison de retraite ou dans tout ce qui constitue une résidence privée, afin de pas avoir à recevoir des soins palliatifs dans une institution. Je crois qu'il s'agit peut-être d'un facteur important dont il faut tenir compte.

• (2015)

L'hon. Pierre Dalphond: Ma prochaine question concerne la fiabilité de l'information que vous recueillez, surtout en ce qui a trait aux raisons données pour fournir les services d'aide médicale à mourir, en particulier la présence d'une comorbidité ou de causes multiples.

Est-ce la prestataire qui décide quoi inscrire dans cette case?

Mme Abby Hoffman: Oui, il y a eu beaucoup de discussions avec les prestataires de soins et ils ont reçu un grand nombre de directives sur la façon de répondre aux questions, mais c'est vrai. Je vais répéter une observation que j'ai faite durant ma déclaration préliminaire et qui se trouve aussi dans notre mémoire: oui, les gens souffrent terriblement et ils craignent que leur souffrance augmente et devienne plus difficile à supporter, mais ils ont aussi de grandes inquiétudes par rapport à leurs capacités. Ils ne peuvent plus faire les choses qu'ils faisaient avant. Ils ne peuvent pas s'occuper d'eux-mêmes et accomplir les activités de la vie quotidienne.

Selon moi, c'est la raison pour laquelle de nombreux prestataires répondent au nom de leurs patients que, oui, ils ont accès à des soins palliatifs, mais les soins palliatifs ne remédient pas pleinement au déclin des capacités de personnes énergiques normalement autonomes et relativement indépendantes. Ils n'offrent pas vraiment une réponse adéquate à la perception des personnes dans de telles situations par rapport à leurs capacités.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Il vous reste une minute, sénateur Dalphond.

L'hon. Pierre Dalphond: Je vais la céder à la sénatrice Martin pour qu'elle dispose de près de trois minutes.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci, monsieur le sénateur.

Merci, madame la présidente.

Ma première question concerne les données dont vous parlez et qui se trouveront dans votre rapport. Ces données ne semblent pas fournir les détails que nous recherchons, à savoir le profil démographique, surtout en ce qui a trait aux communautés autochtones. Nous avons entendu, durant l'examen du projet de loi C-7, qu'elles n'avaient pas l'impression d'avoir été consultées et qu'elles étaient aux prises avec des difficultés à cet égard.

Avez-vous de l'information sur le profil démographique du petit groupe de prestataires de l'aide médicale à mourir? Comprend-il

des prestataires autochtones? Évidemment, notre pays est très divers. Pouvez-vous nous parler de ce petit groupe?

Mme Abby Hoffman: Oui, avec plaisir.

Un fait que je devrais mentionner, c'est qu'il existe un organisme nommé l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir. Certains d'entre vous font probablement partie de comités qui ont accueilli des représentants de cette association comme témoins. Elle recevra sûrement une partie des fonds prévus dans le budget de 2021 dont nous avons parlé.

Nous nous attendons à ce qu'elle entreprenne de collaborer avec une plus vaste gamme de praticiens et à ce qu'elle travaille avec l'ensemble des prestataires pour faire en sorte que l'aide médicale à mourir soit fournie avec la délicatesse voulue et aussi à ce qu'elle soit offerte à l'échelle du pays.

Pour répondre précisément à votre question sur les évaluateurs et prestataires autochtones de l'aide médicale à mourir, sénatrice Martin, il y en a, mais ils sont peu nombreux, et il va sans dire que les besoins ne sont pas nécessairement les mêmes.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Ce que les communautés autochtones nous disent, c'est qu'elles ont des difficultés à surmonter et qu'il doit y avoir plus de consultations.

Au sujet des mécanismes d'arrêt, j'ai posé la question à différents témoins, et personne n'a pu confirmer qu'une fois le processus enclenché, les gens ont maintes possibilités de retirer leur demande.

Pouvez-vous nous fournir des renseignements précis sur les mécanismes d'arrêt qui ont été mis en place?

Mme Abby Hoffman: Certainement.

Le mécanisme d'arrêt ultime, c'est qu'au moment de la procédure, la personne doit donner son consentement final. Par conséquent, il n'y a pas de procédure, même si la personne a... Chaque geste et chaque parole jusque-là donnent à la personne la possibilité de changer d'idée. De fait, c'est une des raisons données pour le retrait des demandes: les personnes changent tout simplement d'idée. Certaines sont influencées par leur famille; d'autres prennent la décision par elles-mêmes.

Je pense que nous savons et que nous pouvons affirmer avec certitude que les prestataires de l'aide médicale à mourir sont extrêmement diligents et empreints d'une profonde compassion. Ils ne cherchent pas à se rendre jusqu'au bout du processus envers et contre tout. Ce n'est tout simplement pas la mentalité dominante, loin de là. Selon moi, la vérification constante que la personne ayant exprimé la volonté de recevoir l'aide médicale à mourir reste ferme dans sa décision est ce qui distingue la prestation de l'aide médicale à mourir au Canada.

• (2020)

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Je vous remercie, madame Hoffman.

Nous passons maintenant à la deuxième série de questions du côté de la Chambre des communes.

Madame Koutrakis, vous disposez de trois minutes.

Mme Annie Koutrakis (Vimy, Lib.): Je vous remercie, madame la présidente.

Je souhaite la bienvenue à...

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Soit dit en passant, je précise, très rapidement, que le temps de parole de trois minutes comprend les questions ainsi que les réponses. Je vous prie donc d'être brefs.

Mme Annie Koutrakis: Je vous remercie, madame la présidente, et je remercie les témoins qui sont avec nous aujourd'hui.

Il a beaucoup été question des soins palliatifs cet après-midi. Je vais poursuivre dans la même veine.

Comme tous le savent, une mesure de sauvegarde importante du régime canadien de l'aide médicale à mourir est l'obligation d'informer le patient de toutes ses options de traitement, y compris les soins palliatifs, afin qu'il puisse fournir un consentement éclairé. Pouvez-vous nous parler des mesures qui sont prises pour s'assurer que les patients connaissent toutes les autres options auxquelles ils ont accès et qu'ils les ont réellement prises en considération?

J'aimerais aussi savoir à quelle fréquence les patients acceptent d'autres traitements lorsqu'ils leur sont offerts.

Mme Abby Hoffman: Je vais tenter de donner une réponse courte.

Je ne pense pas que nous puissions répondre à votre dernière question, car nous n'avons pas de données probantes là-dessus. Ce que nous pouvons vous dire, c'est que chaque prestataire qui s'occupe d'un patient ayant demandé l'aide médicale à mourir doit l'informer des traitements et des services disponibles, y compris les soins palliatifs; il doit lui poser des questions à ce sujet et en faire rapport. Dans chaque dossier qu'ils remplissent, les prestataires notent les traitements qu'ils ont offerts au patient.

Quelqu'un se tient-il derrière le prestataire ou le demandeur pour superviser leurs échanges? Non. Nous nous fions aux rapports que les prestataires nous rendent sur les options qu'ils ont présentées à leurs patients et sur les réponses qu'ils ont reçues. Toutefois, comme je l'ai dit en réponse à une question précédente, la priorité absolue des prestataires est le bien-être des personnes qui font appel à eux; ainsi...

Mme Annie Koutrakis: Pardonnez-moi de vous interrompre; mon temps de parole est limité.

D'autre part, quelles mesures sont en place actuellement pour garantir que la demande d'aide médicale à mourir a été faite librement et sans influence induite? Que fait un praticien lorsqu'il détermine qu'il y a eu influence induite?

Mme Abby Hoffman: Encore une fois, nous nous fions au prestataire. S'il a des raisons de croire que le patient a été forcé d'une façon quelconque à présenter sa demande, il ne doit pas poursuivre les démarches, car c'est ce que j'appellerais un des premiers critères d'admissibilité: la demande doit être volontaire.

Comme dans tous les autres secteurs des soins de santé, nous devons avoir confiance que les prestataires respectent la loi et les règles des organismes professionnels de réglementation qui les régissent.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci beaucoup.

Nous passons maintenant aux conservateurs. Vous disposez de trois minutes.

M. Michael Cooper (St. Albert—Edmonton, PCC): Je vous remercie, madame la présidente.

Je vais m'adresser aux fonctionnaires du ministère de la Santé.

Ma question concerne la réglementation sur la surveillance fédérale touchant la communication des données aux organismes d'application de la loi dans les cas où les mesures de sauvegarde prévues dans le Code criminel ne sont pas respectées. Plus précisément, d'après ce que j'ai compris, il y a actuellement deux façons de communiquer les données de surveillance. Dans environ la moitié des provinces et des territoires, les prestataires de l'aide médicale à mourir doivent faire rapport au gouvernement fédéral par l'intermédiaire d'un organisme provincial ou territorial désigné; ces gouvernements peuvent alors accéder aux données par le truchement de ces organismes. Cependant, dans l'autre moitié des provinces et des territoires, les prestataires de l'aide médicale à mourir transmettent les données directement au gouvernement fédéral.

Pouvez-vous nous parler de la communication des données de surveillance recueillies par le gouvernement fédéral aux organismes locaux d'application de la loi?

• (2025)

Mme Abby Hoffman: Certainement. Je vais vous donner une réponse relativement brève.

Tout d'abord, je précise qu'il n'appartient pas au gouvernement fédéral d'appliquer le Code criminel. Cette responsabilité relève des provinces, plus précisément d'un ensemble d'autorités publiques et de professions autoréglementées.

Ce que je peux vous dire, toutefois, c'est que les provinces et les territoires où la communication se fait par l'intermédiaire d'un organisme désigné — autrement dit, les provinces qui nous envoient tous les rapports en même temps — représentent la vaste majorité de la population canadienne et des cas d'aide médicale à mourir.

Tout cela pour dire que, de la perspective du Code criminel et du cadre juridique de l'aide médicale à mourir, les rapports sont adéquats, et il n'est pas du tout difficile pour les provinces d'examiner les données et d'évaluer elles-mêmes la conformité avec le Code criminel.

M. Michael Cooper: Comment les Canadiens peuvent-ils être sûrs que les critères et les mesures de sauvegarde sont systématiquement respectés dans chaque province et territoire?

Mme Abby Hoffman: J'ai déjà abordé ce sujet. Nos rapports rendent compte des observations des prestataires sur chaque critère d'admissibilité et chaque mesure de protection définis dans le cadre juridique.

Si vous voulez savoir si nous avons des observateurs ou si les provinces elles-mêmes ont des observateurs sur le terrain qui vérifient les données, la réponse est non. Le régime fonctionne de façon très semblable au reste du système de soins de santé. Les personnes qui se sentent lésées peuvent porter plainte. L'Ontario a des organismes de surveillance de la prestation des soins de santé. Le bureau du coroner mène des enquêtes et...

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Je vous remercie, madame Hoffman. Je suis désolée, mais notre temps est très limité.

Nous passons maintenant à M. Thériault. Vous disposez de deux minutes pour la question et la réponse.

[Français]

M. Luc Thériault: Plus tôt, on lisait que 6 % des demandes avaient été jugées inadmissibles. Je me questionne, car on sait que les praticiens doivent justifier l'acte de l'aide médicale à mourir et qu'ils peuvent faire l'objet d'une enquête quant à certaines pratiques en la matière.

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Oui, ils peuvent certainement faire l'objet d'une enquête, mais elle ne serait pas menée par le gouvernement fédéral. Les enquêtes sur les fautes liées à la pratique sont la responsabilité des provinces.

[Français]

M. Luc Thériault: Je n'ai pas fini de formuler ma question.

En ce qui concerne les demandes jugées inadmissibles [*difficiles techniques*], elles font aussi l'objet d'enquêtes.

Dans ce que vous avez colligé, avez-vous des indications selon lesquelles on enquête aussi sur les demandes jugées inadmissibles et non seulement sur les demandes d'aide médicale à mourir?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Nous n'avons pas de données à ce sujet, mais une personne dont la demande est rejetée pourrait sans doute demander un nouvel examen de son dossier.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Il vous reste 41 secondes, monsieur Thériault. Ce n'est pas beaucoup, mais c'est assez pour une question courte et une réponse rapide.

[Français]

M. Luc Thériault: Vous avez indiqué que 82,8 % des gens avaient accès aux soins palliatifs. Vous avez dit qu'ils pouvaient être prodigués dans une unité, à la maison, dans un centre, dans une maison de soins palliatifs, etc. Bref, c'est assez vague et assez large.

Recevoir un médicament contre la douleur quand on est dans un corridor d'hôpital, est-ce considéré comme des soins palliatifs?

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): J'ai bien peur que vous n'ayez que trois secondes pour répondre, madame Hoffman.

Mme Abby Hoffman: Nous comptons ce que les prestataires considèrent comme des soins palliatifs. Je pense qu'ils savent ce qu'ils sont.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Je vous remercie.

Je donne la parole à M. MacGregor, qui dispose d'un total de deux minutes.

M. Alistair MacGregor: Je vous remercie.

Comme je n'ai que deux minutes, je pense que je vais poser tout de suite deux questions pour gagner du temps.

D'abord, pardonnez-moi si vous avez déjà abordé ce sujet, mais vous avez dit que 12,7 % des patients ayant présenté une demande écrite étaient décédés avant de recevoir l'aide médicale à mourir. Est-ce principalement parce qu'ils étaient à un stade très avancé ou y a-t-il eu des retards inutiles? Pouvez-vous nous éclairer là-dessus?

Ma deuxième question concerne la place du modèle canadien dans la discussion sur l'aide médicale à mourir à l'échelle internationale. D'autres pays qui travaillent à l'élaboration de leur propre régime font-ils officiellement appel à nous? Pouvez-vous nous dire, par exemple, si d'autres pays se servent du Canada comme modèle?

Je vous remercie.

• (2030)

Mme Abby Hoffman: Très brièvement, pour répondre à votre première question, la mort de 56 % des personnes décédées avant l'exécution de leur demande est survenue à l'intérieur de 10 jours; elles étaient donc manifestement très près de la fin de leur vie.

En ce qui concerne les autres pays, nous savons que la Nouvelle-Zélande, par exemple, élabore actuellement son propre régime. À ma connaissance, il n'y a pas eu de communication directe avec le gouvernement du Canada en vue d'obtenir des renseignements sur le régime canadien. Il y a peut-être eu des échanges de toutes sortes avec le milieu des prestataires, des chercheurs et autres, mais je n'ai pas de détails à ce sujet.

M. Alistair MacGregor: Je vais m'arrêter là, madame la présidente.

La coprésidente (L'hon. Hedy Fry): Merci beaucoup. Vous tombez à point.

Je remercie les témoins de s'être joints à nous et d'avoir répondu à des questions assez complexes.

Je suis prête à recevoir une motion d'ajournement. Je vous remercie, monsieur Arseneault.

Nous nous reverrons la semaine prochaine, à la même heure et au même endroit.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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