



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

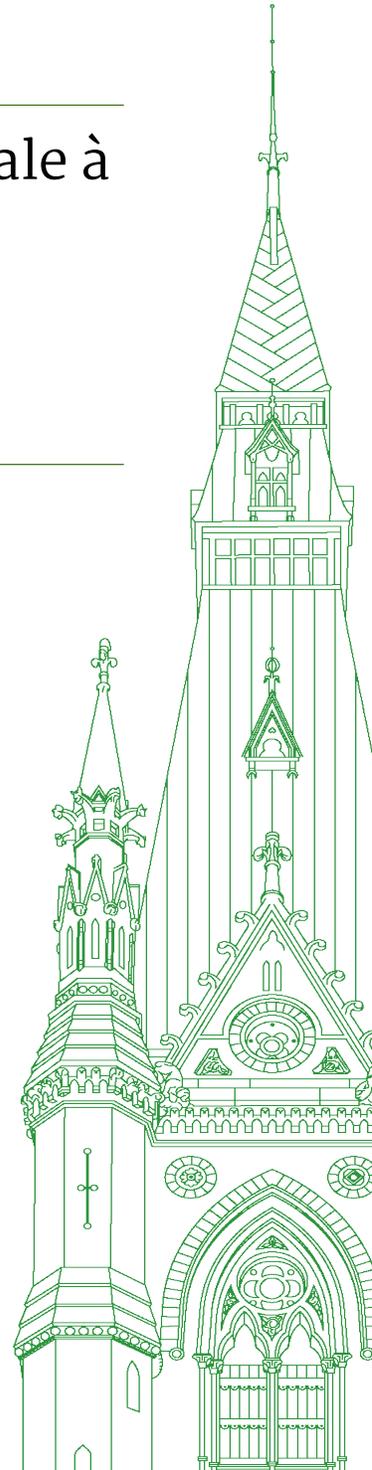
Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 002

Le mercredi 13 avril 2022

Coprésidents : L'honorable Marc GarneauL'honorable Yonah Martin



Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Le mercredi 13 avril 2022

• (1440)

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin, sénatrice, Colombie-Britannique, C): Je déclare la séance ouverte, en ma qualité de coprésidente du Comité en compagnie du député Michael Barrett.

[Français]

Bon après-midi, tout le monde.

Je vous souhaite la bienvenue à la deuxième réunion du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.

Je souhaite la bienvenue aux membres du Comité, aux témoins et aux gens du public qui suivent la réunion sur le Web.

Je m'appelle Yonah Martin et je suis coprésidente de ce comité.

[Traduction]

M. James Maloney (Etobicoke—Lakeshore, Lib.): Madame la présidente, excusez-moi. Je vous entends, vous, et j'entends l'interprétation simultanément. Je ne sais pas si quelqu'un d'autre a le même problème.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Oui, je suis sur le canal anglais. Vous avez raison. Je dois me souvenir de le désactiver. Merci. Je m'en excuse.

M. James Maloney: Ce n'est pas grave.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je pense que tout le monde m'a entendue malgré l'écho, alors je vais continuer.

Est-ce que M. Anandasangaree [*difficultés techniques*] est prêt?

M. Gary Anandasangaree (Scarborough—Rouge Park, Lib.): Merci, madame la présidente.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Bon, nous commençons aujourd'hui notre examen [*difficultés techniques*].

On n'entend pas le son dans la salle du Comité, mais je vais tout de même continuer pour l'instant.

Nous commençons aujourd'hui notre examen des dispositions du Code criminel concernant l'aide médicale à mourir et leur application.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, j'aimerais rappeler aux membres et aux témoins de garder leur micro en sourdine en tout temps — nous éprouvons déjà quelques difficultés techniques —, à moins que les coprésidents ne vous nomment pour vous donner la parole.

Je vous rappelle également que tous les commentaires doivent être adressés aux coprésidents. Lorsque vous vous exprimez, veuillez parler lentement et distinctement. L'interprétation dans cette vidéo fonctionnera comme lors d'une réunion de comité en

personne. Vous avez le choix, au bas de votre écran, entre « Parquet », « Anglais » et « Français ».

Sur ce, j'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Nous accueillons trois représentantes du ministère de la Santé: Abby Hoffman, conseillère exécutive principale au sous-ministre; Jacque Lemaire, conseillère principale des politiques à l'Unité des soins de fin de vie de la Direction générale de la politique stratégique, et Venetia Lawless, gestionnaire de l'Unité des soins de fin de vie, à la Direction générale de la politique stratégique.

Nous entendrons également Joanne Klineberg, avocate-conseil, et Jay Potter, avocat-conseil par intérim au ministère de la Justice.

Merci à tous de vous joindre à nous pour cette importante deuxième réunion du Comité.

Nous entendrons d'abord l'allocution de Mme Hoffman, puis celle de Mme Klineberg. Chacun de nos témoins d'aujourd'hui dispose de cinq minutes. J'ai un chronomètre à côté de moi pour chronométrer tous les intervenants, et j'essaierai de vous avertir 30 secondes avant la fin de votre temps.

Sur ce, j'aimerais inviter notre premier témoin, Mme Hoffman, à prendre la parole.

M. Gary Anandasangaree: Madame la présidente, j'aurais un rappel au Règlement à faire avant...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Oui, allez-y.

M. Gary Anandasangaree: Très brièvement, j'aimerais que nous nous réservions environ 15 minutes à la fin pour discuter des travaux du Comité. Je suis très reconnaissant aux témoins d'être ici et je ne voudrais pas retarder les travaux à ce stade-ci, mais vers la fin de la réunion, monsieur Barrett et madame Martin, pourrions-nous avoir environ 15 minutes pour finir d'organiser les travaux du Comité?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): C'est noté.

Nous entendrons maintenant notre premier témoin, Mme Hoffman.

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

Bonjour à tous, où que vous soyez.

Lorsque je me suis adressée au Comité l'an dernier, je me suis appuyée sur le rapport annuel du gouvernement sur l'aide médicale à mourir (AMM) afin de donner un aperçu statistique de l'aide à mourir au Canada. Vous avez accès à notre dernier rapport pour l'année civile 2020, je ne relèverai donc que quelques points clés.

En 2020, 7 595 personnes ont bénéficié d'une aide médicale à mourir, ce qui représente 2,5 % de tous les décès survenus au Canada cette année-là. C'est la croissance constante à laquelle on s'attendait d'une année à l'autre. La proportion des décès survenus par procédure d'AMM se stabilisera probablement à environ 4 %.

Voici les faits qu'on observe depuis la mise en œuvre de l'AMM au Canada, en 2016: l'âge moyen des personnes qui la demandent est de 75 ans; le problème médical le plus fréquemment évoqué est le cancer; le pourcentage de demandes écrites aboutissant à un décès par AMM est d'environ 75 %; la répartition entre les villes et les régions est équivalente à la répartition de la population; la proportion de demandeurs ayant eu accès à des soins palliatifs est d'un peu plus de 80 %; la manifestation de la souffrance la plus couramment mentionnée par les demandeurs est une grande diminution de la qualité de vie et l'incapacité de gérer les activités de la vie quotidienne. De même, la proportion des procédures administrées par le prestataire plutôt qu'autoadministrées est de plus de 99 % et elle reste plus ou moins constante.

Nous savons que l'image de l'AMM au Canada évoluera au fil du temps à la lumière des changements autorisés dans le projet de loi C-7. Nous n'aurons pas de données exhaustives à vous fournir d'ici la fin de votre examen, mais nous disposons de quelques indications tirées de données préliminaires de l'année 2021 et de sources anecdotiques, notamment les suivantes.

Le nombre de procédures d'AMM réalisées continue d'augmenter (de près de 10 000 en 2021). Malgré la pandémie de COVID-19, cela représente une augmentation d'environ 30 %. Environ 2 % des cas, soit un peu plus de 200 cas, concernaient des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible. Comme on pouvait s'y attendre, ces personnes sont légèrement plus jeunes. Leurs principaux problèmes de santé sont le plus souvent de nature neurologique, comme la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques ou des douleurs chroniques.

Nous travaillons à élaborer de nouvelles exigences réglementaires concernant la production de données sur l'AMM. Nous prévoyons que ces mesures seront en place d'ici le 1^{er} janvier 2023. Les nouvelles données feront état des cas d'AMM où le demandeur n'était pas confronté à une mort imminente et des cas où un demandeur dont la demande d'AMM a été approuvée a signé un accord avec le prestataire pour renoncer à son consentement final.

Le nouveau règlement garantira également la production de rapports sur l'application des mesures de protection renforcées qui s'appliquent aux demandeurs dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. Celles-ci comprennent la consultation d'un spécialiste de l'état de la personne, l'offre de services et de soutien pour soulager la souffrance de la personne, et l'accord du prestataire et de la personne demandant l'AMM que la personne a sérieusement envisagé ces moyens.

Nous serons également autorisés à exiger que les prestataires de l'AMM recueillent et communiquent des renseignements sur la race, l'identité autochtone, la situation de handicap et d'autres caractéristiques du demandeur, avec le consentement de ce dernier. Cela permettra d'établir la présence de toute inégalité, y compris l'inégalité systémique, dans le régime d'AMM du Canada.

Quelques mots encore sur les demandes émanant de personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. Ces cas sont difficiles en raison de la complexité de la situation de chaque demandeur, de la nécessité de réaliser l'analyse clinique de chaque

élément des critères d'admissibilité et de l'application de mesures de protection rigoureuses. Certains professionnels offrant l'AMM nous ont dit qu'il était extrêmement difficile de réaliser ces évaluations, comme nous nous y attendions.

Pour faciliter l'application cohérente et sûre du nouveau cadre législatif, Santé Canada finance la Canadian Association of MAID Assessors and Providers, qui est mandatée de créer des ressources à l'intention des professionnels offrant l'AMM. Au cours des quatre prochaines années, la CAMAP élaborera et offrira un programme de formation sur l'AMM accrédité à l'échelle nationale, pour fournir une formation de grande qualité, en personne et en ligne, aux prestataires de services de tout le Canada. Les modules couvriront des sujets tels que l'évaluation de la capacité à donner un consentement éclairé, la vulnérabilité et la gestion de cas et de situations complexes, et l'AMM dans un contexte de maladie mentale. Nous prévoyons que ce programme de formation aidera à garantir des services d'AMM de grande qualité aux Canadiens et à favoriser le recrutement et la rétention de prestataires de soins de santé participants.

Je pourrais vous parler davantage...

• (1445)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il vous reste 10 secondes.

Mme Abby Hoffman: Oui. Merci.

Je pourrais vous parler davantage des recherches que nous finançons pour venir enrichir le système de surveillance fédéral.

Nous voulons également examiner les diverses approches de la prestation et de la surveillance de l'AMM adoptées partout au Canada, afin de déterminer les défis et les réussites, qui peuvent ensuite venir éclairer la politique et la planification.

Madame la présidente, mes collègues et moi serons heureuses de répondre à vos questions concernant l'AMM en général ou sur les sujets plus précis de votre examen. Merci.

• (1450)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous terminez juste à l'heure. Merci, madame Hoffman. Je sais que vous avez beaucoup d'expertise à nous apporter aujourd'hui.

Nous allons passer à notre première série de questions, qui dureront cinq minutes chacune. Nous commencerons par M. Cooper, qui représente les conservateurs de l'opposition, il sera suivi d'un député du Parti libéral.

Je serais curieuse de savoir qui...

M. Gary Anandasangaree: Madame la présidente, j'invoque le Règlement.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Oui, monsieur Anandasangaree?

M. Gary Anandasangaree: Je crois qu'il y a d'autres fonctionnaires qui sont présents parmi nous. Il y a au moins un autre fonctionnaire qui serait en mesure de nous présenter un exposé, au nom du ministère de la Justice, dans ce cas-ci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je m'excuse. J'étais trop impatiente d'amorcer le premier tour. Vous avez raison pour le prochain témoin. Je vous remercie.

M. Jay Potter (avocat-conseil par intérim, ministère de la Justice): Bonjour, et merci aux membres du Comité. Je m'appelle Jay Potter. Je vous présenterai les observations de Justice Canada aujourd'hui.

Je suis heureux d'être ici pour vous aider dans votre examen de l'aide médicale à mourir. Mes commentaires iront dans le même sens que ceux de Mme Klineberg l'année dernière. Je vous donnerai un aperçu du cadre fédéral de l'AMM et soulignerai quelques considérations que vous voudrez peut-être garder à l'esprit pendant que vous étudiez les questions complexes et importantes qui vous sont soumises.

Comme vous le savez, notre droit a considérablement évolué depuis l'arrêt Carter rendu par la Cour suprême du Canada en 2015. En moins d'une décennie, l'assise juridique s'est transformée, passant d'une interdiction absolue de l'AMM en toutes circonstances à un régime complexe qui l'autorise en toute légitimité pour mettre fin à une souffrance médicale intolérable, sous réserve de critères d'admissibilité, de garanties procédurales et d'un régime de surveillance pour protéger les personnes vulnérables.

Des milliers de Canadiens se sont prévalus de l'AMM, la plupart dans le cadre initial établi par l'ancien projet de loi C-14. Comme vous le savez tous, ce cadre a été modifié l'année dernière par l'ancien projet de loi C-7, en réponse à la décision Truchon.

Le changement le plus important apporté par l'ancien projet de loi C-7 concerne les critères d'admissibilité. La loi autorise désormais l'AMM que la mort naturelle d'une personne soit raisonnablement prévisible ou non, mais ce concept est utilisé pour déterminer quelles garanties procédurales s'appliqueront à une demande. Il y a également une exclusion temporaire pour les demandes dans les cas où une maladie mentale est le seul problème médical sous-jacent, qui viendra à échéance en mars 2023.

Un certain nombre de changements ont également été apportés aux garanties procédurales, il est notamment possible maintenant de renoncer au consentement final, ce qui permet de fournir l'AMM à une personne inapte dans certaines circonstances bien définies: plus précisément, lorsque le décès de la personne est raisonnablement prévisible et qu'elle a demandé l'AMM pendant qu'elle en était encore capable, que cette demande a été évaluée et approuvée et que la procédure a été prévue à une date précise, convenue avec son médecin, afin que la personne reçoive l'AMM à cette date ou avant si elle perd sa capacité.

Pour vous guider dans votre travail, il peut être utile de rappeler que le cadre régissant l'AMM est partagé entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Le Parlement est responsable du droit pénal, qui est le fondement du cadre fédéral, et le Code criminel prévoit des exemptions aux infractions d'homicide coupable et d'aide au suicide, de sorte que les médecins et ceux qui les soutiennent ne sont pas criminellement responsables de la prestation de l'AMM ou de la participation à sa prestation légale. Les critères et les mesures de protection sont les éléments clés de ces exemptions.

En revanche, la prestation des services de santé relève généralement des provinces. Cela inclut l'organisation de l'accès à l'AMM, la réglementation des professionnels de la santé et l'application de la loi, qu'il s'agisse de la discipline professionnelle ou de l'application du droit pénal. En droit de la santé, les provinces ou les organismes de réglementation professionnelle peuvent ajouter des exigences au cadre fédéral régissant l'AMM; toutefois, ils ne pourraient normalement pas autoriser quelque chose qui dépasse la por-

tée des exemptions prévues. Ce type de changement nécessiterait l'adoption d'une loi fédérale.

Dans le même ordre d'idées, j'aimerais souligner que la question des demandes anticipées d'AMM présente une complexité particulière de ce point de vue. Les exemptions au Code criminel ne visent qu'un seul moment, à savoir celui où le médecin administre une substance destinée à causer la mort d'une personne ou lui fournit une substance létale à s'autoadministrer. Dans le cas d'une demande anticipée, un deuxième moment est également pertinent, à savoir celui où la demande est préparée par la personne qui, à ce moment-là, ne cherche pas à obtenir l'AMM immédiatement. Ce premier moment ne constitue évidemment pas une infraction pénale nécessitant une exemption, il est donc juridiquement complexe de déterminer comment le droit pénal pourrait prévoir des garanties procédurales ou prescrire d'autres exigences pour régir la chose. Ces questions relèveraient normalement du droit de la santé.

Enfin, pour vous guider dans votre étude, je rappellerai au Comité les trois rapports du Conseil des académies canadiennes. Ces rapports ont été préparés conformément à l'ancien projet de loi C-14 et traitent de bon nombre des questions qui vous sont soumises. Nul doute que vous serez également intéressés par les recommandations à venir du Groupe d'experts sur l'AMM et les maladies mentales, qui a été créé l'année dernière pour examiner les mesures de protection, les protocoles et les directives pour fournir l'AMM dans ces circonstances.

Voilà qui conclut ma déclaration préliminaire. Je serai également heureux, avec mes collègues, de répondre aux questions du Comité.

Je vous remercie.

• (1455)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci, monsieur Potter. Merci de votre patience.

Nous allons amorcer notre premier tour de questions avec M. Cooper, qui sera suivi de M. Maloney, pour cinq minutes. Pour nous assurer de respecter le temps imparti, j'avertirai chacun lorsqu'il lui restera 30 secondes.

À vous la parole, monsieur Cooper.

M. Michael Cooper (St. Albert—Edmonton, PCC): Merci, madame la présidente, et merci aux fonctionnaires qui sont avec nous.

Pour débiter, est-ce que les représentants de Santé Canada ou du ministère de la Justice pourraient nous parler des données qui sont collectées concernant les cas de non-respect des exigences d'admissibilité et de sauvegarde prévues dans le Code criminel?

Mme Abby Hoffman: Madame la présidente, je suis ravie de pouvoir apporter quelques précisions à ce sujet.

Nous collectons à l'échelon fédéral des données sur à peu près tous les aspects liés aux exigences établies dans le Code criminel — données que nous publions, comme vous le savez —, mais ce sont les provinces et les territoires qui assument en fait les responsabilités principales de surveillance et d'application de la loi.

Chaque gouvernement utilise ses propres méthodes. Dans certaines régions, c'est par exemple le bureau du médecin légiste en chef ou du coroner en chef qui fait enquête et présente son rapport sur chaque cas. Ailleurs au pays, on a établi expressément à cette fin un comité de surveillance ou d'examen. Il y a aussi des organismes de réglementation de la profession médicale qui jouent un rôle dans ce processus.

Il n'y a qu'un très petit nombre de cas pouvant être problématiques du point de vue du respect des exigences qui ont été portées à notre connaissance et qui ont fait l'objet d'un rapport. Dans les cas qui semblent les plus fréquents, le fournisseur... Pour vous donner un exemple, un praticien a administré l'aide médicale à mourir dans un établissement alors que l'on se demandait s'il était raisonnable que cet établissement offre l'accès à un tel service. C'est l'un des cas portés à notre connaissance où le praticien a en fin de compte été exonéré de tout blâme pour ses actions...

M. Michael Cooper: Merci. Je suis désolé, mais je dispose de peu de temps. Merci pour votre réponse, mais pourriez-vous me dire très simplement s'il existe des données nationales sous une forme ou une autre?

Mme Abby Hoffman: Non, il n'y en a pas.

M. Michael Cooper: Vous venez de nous dire que les cas de non-conformité sont très rares. Comment pouvez-vous en arriver à une telle conclusion en l'absence de données nationales?

Mme Abby Hoffman: Cette conclusion est fondée sur les rapports produits par les provinces et les territoires concernant les cas d'aide médicale à mourir relevant de leur compétence. Comme ces gouvernements sont responsables de l'application des règles, il est naturel que nous nous en remettions aux données concernant leurs activités à ce chapitre.

Comme je le disais, il s'agit le plus souvent d'une évaluation directe de chaque cas d'aide médicale à mourir.

M. Michael Cooper: Merci. Pourriez-vous nous dire ce que vous entendez plus précisément par « très petit nombre »?

Mme Abby Hoffman: À notre connaissance, ce serait inférieur à 10.

M. Michael Cooper: C'est plutôt intéressant, car la Commission sur les soins de fin de vie du Québec a statué dans son rapport d'avril 2019 que la loi n'avait pas été respectée dans 13 cas. Vous nous dites qu'il y avait moins de 10 cas dans la province de Québec, et le rapport de cette commission en indique 13.

J'ajouterais que le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a procédé à un examen de 2 000 cas qui a révélé « quelques préoccupations, parfois récurrentes, en ce qui concerne la conformité aux dispositions du Code criminel et aux attentes de l'organisme de réglementation. » Je n'ai pas l'impression qu'il s'agit là de problèmes mineurs.

Mme Abby Hoffman: Je dirais qu'il faut faire la distinction...

M. Michael Cooper: En fin de compte, si vous ne vous assurez pas que la loi est respectée, à quoi sert exactement votre surveillance?

Mme Abby Hoffman: Madame la présidente, si vous me permettez de réagir, je dirais simplement que nous assurons la surveillance de la pratique de l'aide médicale à mourir au Canada en nous acquittant du rôle qui nous incombe en tant que gouvernement fédéral.

Comme je l'indiquais, ce sont les provinces et les territoires qui doivent veiller au respect de la loi. Je noterais aussi que certaines lacunes d'ordre administratif ont marqué les débuts de l'aide médicale à mourir, et qu'il n'est pas impossible que ce soit encore le cas pour certains nouveaux fournisseurs.

S'il s'agit de savoir si la date exacte a été apposée sur une déclaration, si l'on a omis de le faire ou quelque chose du genre, c'est différent des cas où il y a peut-être des raisons de croire qu'une erreur grave...

• (1500)

M. Michael Cooper: Je profiterai simplement du temps qu'il me reste pour noter que le nombre de cas de non-conformité que vous avez indiqué — 10 — est inférieur à celui recensé par une province pour une année donnée.

Mme Abby Hoffman: Je parle des cas graves de non-conformité, plutôt que des simples erreurs administratives qui n'ont pas de conséquence sur la détermination de l'admissibilité du patient et sur la décision du praticien d'administrer ou non l'aide médicale à mourir.

M. Michael Cooper: Quand on parle ici de non-conformité, c'est du non-respect de la loi dont il est question. Et cette loi, c'est le Code criminel.

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

Nous passons à M. Maloney pour les cinq prochaines minutes.

M. James Maloney: Merci, madame la présidente.

Merci à nos deux témoins pour leurs exposés et pour tous les efforts déployés afin que nous puissions en arriver à la situation actuelle, bien que celle-ci demeure fort complexe, comme M. Potter l'a souligné à juste titre.

Je vais traiter de deux aspects de cette problématique, à savoir les mineurs matures et les personnes aux prises avec des troubles mentaux. Je regroupe ces deux éléments parce que j'estime qu'ils ont un point en commun, c'est-à-dire la question consistant à savoir si l'évaluation est objective ou subjective.

Pour les personnes souffrant d'un trouble mental, une évaluation médicale doit permettre d'établir que l'on satisfait aux différents critères. Dans le cas des mineurs matures, quelqu'un doit procéder à une évaluation subjective — je la qualifie de subjective, mais vous serez peut-être d'un autre avis — pour déterminer si la personne est suffisamment mature pour prendre une telle décision.

J'aimerais d'abord savoir si vous convenez tous les deux que mon interprétation est juste.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous pouvez répondre, monsieur Potter.

M. Jay Potter: Il y a peut-être une recommandation que je pourrais vous soumettre à ce sujet. Si le Comité doit se pencher sur la possibilité d'étendre aux mineurs matures l'admissibilité à l'aide médicale à mourir, il pourrait du même coup préciser les mesures de sauvegarde ou les conditions à mettre en place pour que cela devienne possible. Les dispositifs de sauvegarde pourraient notamment permettre de régler les questions relatives à l'évaluation des capacités. Il y aurait, comme c'est le cas actuellement pour les adultes, des critères d'admissibilité exigeant par exemple que la personne formule sa demande de manière volontaire et donne son consentement éclairé. Le tout serait assorti de mesures de sauvegarde énonçant les dispositions concrètes qu'un praticien doit prendre à l'avance pour s'assurer que les critères ont été satisfaits. Compte tenu de la situation particulière des mineurs matures en raison de leur âge, le Comité pourrait déterminer si des mesures additionnelles sont requises pour s'assurer, par exemple, que la personne est apte à prendre une décision aussi importante.

M. James Maloney: Merci.

Parlons donc des mineurs matures.

Avec un adulte, il faut obtenir le consentement éclairé. Avec un mineur, il y a toutefois un niveau de complexité additionnel du fait qu'il faut déterminer si la personne est apte à prendre une décision et si elle a même une idée de ce qu'est le consentement éclairé. C'est là que réside la difficulté. Je sais que les mineurs ont accès à l'aide médicale à mourir dans certains pays. J'ai pu consulter des statistiques qui semblent indiquer qu'ils sont très peu nombreux à se prévaloir de cette possibilité. Existe-t-il des données sur les critères utilisés dans ces pays pour déterminer si une personne est suffisamment mature à cette fin?

J'ai aussi une autre question. Avons-nous des statistiques sur le nombre de mineurs qui ont réclamé ce droit à l'aide médicale à mourir et ont dû essuyer un refus, ce qui nous donnerait une meilleure idée de l'efficacité avec laquelle on assure l'application des critères en place, si tant est qu'il en existe effectivement?

M. Jay Potter: Je n'ai pas pu prendre connaissance de chiffres précis sur la situation dans ces autres pays auxquels vous faites référence. Il y a des pays comme la Belgique qui pourraient fournir des données à ce sujet. Il y a certes des informations plus facilement accessibles concernant, par exemple, les critères en place, notamment pour ce qui est de l'âge, et les exigences à remplir, entre autres quant à savoir si le consentement parental est requis, ou s'il suffit de consulter les parents.

Pour revenir à la première partie de votre question, on peut effectivement se demander si l'évaluation de la capacité est un processus subjectif ou objectif. Il y a peut-être une piste de réponse dans le fait que l'évaluation de la capacité ne consiste pas au Canada, tout au moins d'après mon interprétation, à laisser une personne décider elle-même si elle est apte ou non. C'est une évaluation objective qui doit être effectuée par un praticien. On présume généralement que les adultes sont en mesure de prendre eux-mêmes les décisions concernant leur santé, mais si le praticien a des raisons de douter de cette capacité, il peut procéder à une évaluation en ayant recours à différents outils qui l'aideront à confirmer si la personne est capable de prendre des décisions d'un certain ordre.

Pour reprendre l'exemple des mineurs matures, si le Comité souhaite explorer cette avenue...

• (1505)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il vous reste 30 secondes.

M. Jay Potter: Comme je le disais précédemment, vous pourriez vous demander s'il convient d'intégrer des éléments obligatoires à ce genre d'évaluation.

M. James Maloney: Nous pourrions certes en débattre plus longuement, mais il faudra que quelqu'un me convainque que la décision à prendre quant à savoir si une personne est suffisamment mature découle d'une évaluation objective, plutôt que d'une évaluation subjective.

Merci, madame la présidente.

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

Le prochain à poser ses questions sera M. Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Merci, madame la présidente.

Je remercie beaucoup tous les témoins d'être présents.

Je vais commencer par une question très simple qui s'adresse à M. Potter, puisqu'il a parlé du comité d'experts et du rapport qu'il produira.

Auriez-vous par hasard une petite idée du moment où ce rapport sera déposé? Cela pourrait aider le Comité à élaborer son plan de travail.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous pouvez répondre, monsieur Potter.

M. Jay Potter: Si vous n'y voyez pas d'objection, madame la présidente, je vais laisser Mme Hoffman, ma collègue de Santé Canada, répondre à cette question.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Oui, vous pouvez répondre.

Mme Abby Hoffman: Merci, madame la présidente. Merci, monsieur Thériault.

Santé Canada joue un rôle de secrétariat en appuyant le travail du groupe d'experts. Comme la loi l'exige, c'est un processus totalement indépendant. Je crois pouvoir vous assurer que le rapport du groupe d'experts sera accessible en mai, peut-être plutôt vers la fin du mois.

Je peux également vous dire que le groupe d'experts en est rendu aux dernières étapes de finalisation du rapport avec la production, la traduction et tout le reste.

Le groupe d'experts est tout à fait conscient du rôle joué par votre comité, du travail que vous effectuez et de votre grand intérêt pour son rapport. Il met donc tout en œuvre pour veiller à ce que ce rapport soit déposé assez tôt pour permettre à votre comité d'en faire comme il se doit un examen approfondi.

Je me permettrai aussi d'ajouter que la date du dépôt du rapport est laissée à la discrétion des deux ministres, M. Lametti et M. Duclos, mais que ceux-ci comprennent bien évidemment l'importance que revêt l'examen de ce rapport par votre comité.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

Poursuivez, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

Madame Hoffman, en juin dernier, vous nous aviez indiqué les principaux milieux où l'aide médicale à mourir avait été administrée en 2020: 47 % des cas avaient eu lieu dans des résidences privées, 28 % dans des hôpitaux, 17 % dans des établissements de soins palliatifs et 5,7 % dans des établissements de soins de longue durée.

Aujourd'hui, vous indiquez dans votre témoignage que, malgré la pandémie de la COVID-19, le nombre de cas d'aide médicale à mourir a connu une augmentation de 30 % en 2021. Il y a eu tout près de 10 000 cas.

Savez-vous s'il existe des chiffres indiquant dans quelles proportions l'aide médicale à mourir a été administrée dans chacun des différents milieux en 2021?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Nous n'avons pas encore ces données. Elles seront rendues publiques dans le rapport annuel de 2021, lequel sera malheureusement sans doute déposé quelques semaines après que votre comité aura terminé son travail.

D'après ce que nous avons été à même d'observer et à la lumière des rapports produits par les différents intervenants, rien ne permet de croire qu'il y ait pu avoir un changement quant à la proportion dans laquelle l'aide médicale à mourir a été administrée dans les différents milieux. Comme il n'y a pas à notre connaissance de différence significative par rapport aux années antérieures, j'estime que la répartition des cas a sans doute été à peu près la même en 2021.

• (1510)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Monsieur Thériault, vous avez...

[Français]

M. Luc Thériault: Vous voulez donc dire que, malgré la pandémie de la COVID-19, il n'y a pas nécessairement eu de changements quant aux proportions dans lesquelles l'aide médicale à mourir a été administrée dans les différents milieux. C'est intéressant. Je vous remercie beaucoup de votre réponse.

Monsieur Potter, en ce qui concerne le cadre réglementaire, vous avez dit que certains territoires et provinces pouvaient imposer des exigences supplémentaires. Pouvez-vous nous donner des exemples de ces exigences supplémentaires et nous dire dans quelle mesure elles pourraient influencer sur l'accessibilité de l'aide médicale à mourir?

[Traduction]

M. Jay Potter: Comme je l'indiquais...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous avez 30 secondes.

M. Jay Potter: ... en ce qui concerne les lois en matière de santé, très rapidement, les provinces, dans le cadre de la réglementation visant leurs professionnels de la santé, pourraient imposer des exigences sur la façon dont ils doivent procéder à l'évaluation d'un patient, par exemple, en plus de ce que prévoient les garanties du droit pénal.

Rappelez-vous que les garanties du droit pénal établissent effectivement un seuil minimum dans tout le pays, car un fournisseur ne peut offrir l'aide médicale à mourir et être exempt de responsabilité pénale que s'il se conforme à toutes les exigences fédérales, mais une province ou un organisme de réglementation, dans le cadre du droit ou des pratiques en matière de santé, pourrait imposer des exigences supplémentaires et plus précises qui vont au-delà de celles prévues dans le droit pénal, si telle était son intention.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je vous remercie.

Le dernier intervenant de cette première série de questions avant les sénateurs est M. MacGregor.

M. Alistair MacGregor (Cowichan—Malahat—Langford, NPD): Je vous remercie beaucoup, madame la présidente. J'aimerais également remercier les témoins de comparaître devant notre comité pour faire le point.

Puisque le projet de loi C-7 a été adopté, nous faisons maintenant face à une échéance imminente, car l'an prochain, la maladie mentale comme condition sous-jacente sera éliminée.

Madame Hoffman, dans votre déclaration préliminaire, vous avez indiqué que vous vous étiez attendue à ce que les praticiens éprouvent des difficultés avec le nouveau régime. Si j'ai bien compris, c'est en raison de l'entrée en vigueur du projet de loi C-7. Je pense que vous pourriez également parler au futur en disant que vous vous attendez à ce que le nouveau régime qui entrera en vigueur en mars 2023 soit aussi très difficile.

Dans le contexte de la maladie mentale et en tenant compte du fait qu'elle sera désormais considérée comme une maladie, une affection ou un handicap — je crois comprendre que les patients devront également satisfaire à d'autres exigences, à savoir qu'ils sont dans un état avancé de déclin irréversible et que cela leur cause également une souffrance psychologique durable —, étant donné que Santé Canada travaille dans le cadre de cette échéance qui expirera dans moins d'un an, comment se déroulent les discussions entre votre ministère et les praticiens? Quels types de conversations ont lieu et comment serviront-elles à élaborer des lignes directrices pour faire face à ce changement fondamental dans la loi canadienne?

Mme Abby Hoffman: Je peux formuler quelques commentaires à ce sujet.

Premièrement, je pense que nous avons vu le même genre de situation se produire dans les premiers jours de l'application de l'aide médicale à mourir. Je pense en effet que les praticiens s'inquiétaient beaucoup, à ce moment-là, de la capacité et de l'aptitude et, honnêtement, ils se demandaient s'ils profiteraient des protections juridiques dont ils avaient besoin s'ils offraient l'aide médicale à mourir. Je pense certainement que nous faisons maintenant face à des cas plus difficiles, par exemple ceux où la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et, comme vous l'avez indiqué, les cas de maladie mentale.

Les discussions que nous avons eues avec les praticiens ont absolument mis en évidence leurs préoccupations. Certains praticiens ont certainement indiqué qu'ils ne souhaitaient peut-être pas pratiquer l'aide médicale à mourir dans des cas autres que ceux où une mort naturelle est raisonnablement prévisible. Ce que nous entendons le plus souvent, en particulier dans le cadre de nos interactions avec les prestataires qui sont liés à l'organisme que j'ai mentionné, à savoir la CAMAP, c'est qu'ils veulent avoir les outils et les renseignements nécessaires et qu'ils souhaitent interagir avec leurs collègues. Cela les aidera à former les types de jugements cliniques très complexes qui doivent être formulés pour déterminer si une personne répond aux caractéristiques que vous avez énumérées et qui font état d'un problème de santé grave et irrémédiable. Ils ont également besoin de soutien pour appliquer les mesures de protection, surtout celles qui ont trait à l'offre de soutiens et de services susceptibles d'atténuer les souffrances d'une personne.

Ce que nous observons — et nous nous attendons à ce que cette tendance se poursuive —, c'est que si le nombre de prestataires de l'aide médicale à mourir augmente, l'augmentation du nombre de cas est traitée par moins de personnes, c'est-à-dire qu'un plus grand nombre de praticiens de l'aide médicale à mourir s'occupent d'un plus grand nombre de cas. Nous assistons donc à l'évolution d'une spécialité. C'est la raison pour laquelle il est essentiel de soutenir le programme de formation relative à l'accréditation, car il faudra un certain niveau d'expertise pour répondre à toutes ces préoccupations — et tout le monde convient qu'elles sont légitimes — en matière de maladie mentale, par exemple, ainsi qu'en ce qui concerne les critères liés à l'incurabilité et à l'irréversibilité.

D'autres préoccupations concernent la façon d'évaluer la compétence et la capacité. De plus, qu'en est-il des idées suicidaires? Qu'en est-il des autres circonstances liées à la vulnérabilité qui ont une incidence sur l'état de la personne, et donc sur l'évaluation?

Nous entendons... Je ne sais pas si je peux appeler cela une « préoccupation », mais ce que nous entendons, c'est qu'on a besoin de soutien. La communauté de l'aide médicale à mourir s'est réellement engagée, à notre avis, à s'efforcer de trouver des solutions à ces préoccupations. Cela ne signifie pas qu'il n'y aura pas d'attrition parmi les prestataires qui ont des préoccupations. Je pense que c'est naturel et compréhensible.

• (1515)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il reste 30 secondes.

M. Alistair MacGregor: Je vous remercie, madame la présidente. Je vais redonner ce temps au Comité, car j'aimerais avoir plus de temps lors de la prochaine série de questions.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je vous remercie, monsieur MacGregor.

La parole est maintenant aux sénateurs. Nous entendrons d'abord la sénatrice Mégie, qui sera suivie du sénateur Kutcher. Chaque sénateur aura trois minutes.

[Français]

L'hon. Marie-Françoise Mégie (sénatrice, Québec (Rougemont), GSI): Merci, madame la présidente.

Ma question s'adresse à Mme Hoffman.

Dans votre présentation, vous avez dit qu'on allait exiger de ceux qui administrent l'aide médicale à mourir qu'ils recueillent, auprès des personnes qui la reçoivent, des renseignements sur leur race, leur identité autochtone ou leur situation de handicap, entre autres

choses, et que cela allait permettre d'établir la présence de toute inégalité dans le système de l'aide médicale à mourir du Canada, y compris l'inégalité systémique.

Jusqu'à présent, avez-vous des renseignements sur l'inégalité systémique dans le système de l'aide médicale à mourir?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Je ne peux pas répondre avec une certitude absolue, mais l'impression que l'on a en parlant aux fournisseurs et en examinant certaines des données — et franchement, certaines de ces données sont anecdotiques —, c'est que les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir sont, en général, raisonnablement bien informées. Il peut s'agir de professionnels de la classe moyenne. Ce sont des personnes qui semblent avoir eu un engagement positif et continu avec le système de santé, et c'est un point très important. Ce ne sont pas des personnes privées de droits en matière d'accès aux soins de santé, mais plutôt des personnes qui ont eu une relation respectueuse et positive avec les prestataires de soins de santé. Nous ne pouvons pas le vérifier, mais nous pensons qu'il s'agit majoritairement de Blancs. Encore une fois, nous n'avons pas de données solides à ce sujet. Il s'agit seulement d'une impression.

Les données que nous recueillons aideront à mieux comprendre tout cela, mais elles doivent être appuyées par d'autres recherches dans lesquelles on traitera directement avec les gens, c'est-à-dire qu'on parlera aux personnes qui demandent l'aide médicale à mourir, afin de mieux comprendre les circonstances qui motivent leur demande, ainsi que l'ensemble de leur situation. Nous prévoyons soutenir ce type de recherche.

Nous utilisons également les données que nous recueillons par l'entremise du système de surveillance pour établir des liens avec les données sur l'utilisation des soins de santé, les données collectées par Statistique Canada et les données collectées et divulguées par l'Agence du revenu du Canada. Nous tenterons de combiner toutes ces sources pour avoir une meilleure idée de l'accès à l'aide médicale à mourir et, honnêtement, de la façon dont les demandes d'aide médicale à mourir provenant de personnes appartenant à différents groupes de la population sont traitées, mais surtout de la façon dont le processus de l'aide médicale à mourir est vécu par les personnes qui entrent dans ce système ou qui choisissent de ne pas y entrer, car leurs motivations peuvent tout aussi être importantes.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Sénatrice, il ne vous reste que 10 secondes.

[Français]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: Je vous remercie de la réponse, madame Hoffman.

Je vais prendre ces 10 secondes pour confirmer que vous n'avez aucune donnée sur le nombre de personnes noires ou racisées qui ont demandé l'aide médicale à mourir. Du moins, c'est ce que j'ai compris de votre réponse. Est-ce exact?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: C'est exact à l'heure actuelle, et c'est une chose que nous devons certainement corriger. Le projet de loi C-7 prescrit au ministre de la Santé d'élaborer des règlements qui garantiraient la collecte de ce type de données. C'est ce que nous sommes en train de faire.

• (1520)

[Français]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: D'accord, merci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je vous remercie.

[Traduction]

La parole est maintenant au sénateur Kutcher.

L'hon. Stanley Kutcher (sénateur, Nouvelle-Écosse, GSI): Je vous remercie beaucoup, madame la présidente.

Je remercie tous les témoins. Je tiens à reconnaître leur expertise sur ce sujet extrêmement difficile.

J'ai deux questions à poser à Mme Hoffman.

Tout d'abord, environ 15 % des Canadiens souffrent d'un trouble mental. Quelle proportion de ceux qui reçoivent actuellement l'aide médicale à mourir souffre d'un trouble mental comorbide?

Deuxièmement, quelle proportion des personnes qui ont reçu l'aide médicale à mourir ont cité des facteurs psychosociaux, plutôt que des facteurs physiques telle la douleur, comme raison principale de leur demande d'aide médicale à mourir?

Mme Abby Hoffman: Je vous remercie, sénateur Kutcher.

Peut-être qu'un de mes collègues de Santé Canada pourra le faire, mais je ne peux pas, de mémoire, vous indiquer le nombre de personnes qui ont une situation de commodité entre une maladie physique et un trouble psychologique ou mental. Si l'un de mes collègues peut répondre à cette question, je lui demanderais de le faire, mais je pense qu'à ce moment-ci, nous ne disposons pas de ces données.

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux, lorsqu'on examine les explications données par les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir et documentées par les prestataires qui remplissent les rapports exigés par le système de surveillance, ce qu'ils disent au sujet des causes de leurs souffrances... Si une personne est atteinte d'un cancer en phase terminale et que son espérance de vie est très courte, il est évident qu'elle ressentira une douleur physique très aiguë. Lorsque les gens disent qu'ils ont l'impression de ne plus pouvoir faire les choses qu'ils faisaient auparavant et qu'ils ont besoin d'une assistance plus grande que ce qu'ils estiment pouvoir recevoir tout en gardant leur dignité pour mener à bien des activités normales de la vie quotidienne, je dirais que cela relève de la dimension psychosociale.

Je pense que ce que nous voulons déterminer, en particulier dans les cas de personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible et qui commencent à entrer dans le système de l'aide médicale à mourir, c'est si ces circonstances psychosociales peuvent être atténuées d'une manière ou d'une autre par de l'aide supplémentaire. En toute honnêteté, nous constatons que les personnes dont le décès est imminent ont déjà dépassé le point où un soutien au revenu ou une interaction sociale plus importante pourrait les dissuader de donner suite à leur demande d'aide médicale à mourir.

Nous entrons dans une nouvelle ère où le fait de documenter — et c'est pourquoi les protections sont si importantes — les types de soutiens qui sont offerts et ensuite pris en compte par les personnes qui demandent une aide médicale à mourir nous en dira beaucoup plus sur la façon dont les circonstances psychosociales et d'autres formes de position dans la société ont une incidence sur la demande d'aide médicale à mourir formulée par une personne.

Nous ne voyons pas cela comme un facteur aussi essentiel dans les cas d'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort est raisonnablement prévisible.

L'hon. Stanley Kutcher: Je vous remercie beaucoup de votre réponse.

Ce que vous avez dit est certainement logique pour cet autre groupe qui a... Nous avons besoin de lignes directrices, de protections et de garanties. Espérons que les rapports du Comité nous les fourniront.

Serait-il juste de dire que dans la situation actuelle, la majorité des personnes qui demandent l'aide médicale à mourir le font principalement pour des facteurs psychosociaux?

Mme Abby Hoffman: Je pense qu'il est difficile de faire la différence entre la souffrance, la douleur, le manque de capacité, le manque de mobilité, les difficultés en matière de communication et en particulier la douleur aiguë liée à une affection médicale très grave et toutes ces choses. Il est très difficile de les séparer de l'anxiété de la personne et de son questionnement existentiel.

Lorsque vous parlerez — et j'espère que vous le ferez — à des prestataires de l'aide médicale à mourir, je pense qu'ils pourront probablement vous donner une idée plus précise — une idée qui correspond plus à la situation au chevet du malade, si l'on peut dire — de l'état mental des personnes qui demandent l'aide médicale à mourir.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je vous remercie.

Sénateur Dalphond, vous avez quatre minutes. Je m'assurerai de prolonger le temps imparti à la sénatrice Mégie lors de la prochaine série de questions, car il y a maintenant seulement quatre sénateurs. J'aurai trois minutes après votre intervention.

Vous avez la parole, sénateur Dalphond.

[Français]

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

Ma question s'adresse aux représentants des deux ministères et elle porte sur la conception des politiques.

Au Canada, l'idée des directives médicales anticipées reçoit un très fort appui. C'est une mesure que le Sénat a recommandée, de même que ce précédent comité mixte, en 2016.

Est-ce que, dans la conception des politiques, on envisage un système très complet pour l'encadrement des directives anticipées? Est-ce que, au contraire, on prévoit plutôt inclure cette possibilité dans le Code criminel et laisser aux provinces le soin d'encadrer les formalités entourant l'enregistrement du consentement, sa préservation, la vérification des témoins, et ainsi de suite?

• (1525)

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je suis désolée, sénateur Dalphond, mais les interprètes ont de la difficulté à vous entendre. Pourriez-vous remonter votre microphone?

[Français]

Je vous remercie.

L'hon. Pierre Dalphond: En fait, j'ai fini de poser ma question.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): J'ai arrêté le chronomètre, donc...

Le coprésident (M. Michael Barrett (Leeds—Grenville—Thousand Islands et Rideau Lakes, PCC)): Sénateur Dalphond, pourriez-vous reposer votre question, à partir du début, maintenant que votre micro est ajusté?

Votre compte repartira à zéro.

[Français]

L'hon. Pierre Dalphond: Merci, monsieur le président.

Ma question porte essentiellement sur les directives anticipées. Les sondages démontrent que les Canadiens appuient fortement cette mesure, que le Sénat avait recommandée, de même que l'ancien comité mixte formé en 2016.

En ce qui concerne la conception des politiques, je me demande si les gens qui sont avec nous aujourd'hui peuvent nous dire si l'on envisage un système complet d'encadrement, ou bien un système qui se limiterait à permettre les directives anticipées en vertu du Code criminel et qui laisserait aux provinces le soin d'encadrer les formalités entourant la conservation et la révision périodique de ces directives anticipées, la présence de témoins, et ainsi de suite.

[Traduction]

M. Jay Potter: Je peux peut-être formuler début de réponse à la question.

Le Comité devrait certainement prendre en considération la portée du régime des demandes anticipées, si telle est la volonté du Parlement. Les caractéristiques en sont notamment, comme je viens de le dire, sa désirabilité pour le Parlement ou l'avantage des deux formules d'encadrement pour les deux moments que j'ai mentionnés.

Pour la période pendant laquelle la demande est faite, sans mesures de protection ni marches à suivre fédérales concomitantes, puis pour le praticien qui administre la demande d'aide médicale à mourir, peut-être bien des années plus tard, il n'y aurait pas nécessairement de norme garantie en place qui le conforterait dans sa confiance dans l'intégrité de la demande ou dans les renseignements communiqués au patient, par exemple, et qui lui assurerait la fidélité de la demande aux souhaits antérieurs du patient.

Voilà un moment qui, comme je l'ai dit, est plus ordinairement l'objet du droit de la santé, et sur lequel le Parlement peut souhaiter fixer son attention, si un désir d'uniformisation a été exprimé. Sinon, si les provinces n'occupent pas ce terrain, on risque de voir surgir des écarts d'un bout à l'autre du Canada sur les modalités de création, de stockage, de documentation et, en fin de compte, d'utilisation, des demandes anticipées.

Je pense que nous nous accorderions tous à dire que, pour que le deuxième praticien, qui administrera l'aide médicale à mourir, il importe de s'assurer du caractère volontaire de la demande initiale. Vous avez raison sur les enjeux de cette détermination. Ils sont certainement très importants.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous avez la parole, madame Hoffman.

Mme Abby Hoffman: Je compléterai seulement la réponse de M. Potter.

Même aujourd'hui, les directives anticipées, qui, souvent, comportent des conséquences beaucoup moins importantes, se distinguent principalement des demandes anticipées par le fait qu'elles portent seulement sur le retrait de traitement.

Non seulement les systèmes des provinces et des territoires, des établissements et de tout le Canada sont-ils divers, mais ils ne sont franchement pas si fonctionnels. Une demande qui peut être d'aide médicale à mourir ou une directive qu'une personne peut déposer dans le contexte de ses rapports avec son médecin de famille, une visite à l'hôpital ou n'importe quoi d'autre peut, mais pas nécessairement, refaire surface ultérieurement. Ça présenterait une tâche énorme, non seulement sur le plan législatif et sur l'admissibilité d'un tel régime dans le Code criminel, mais sur le plan, également, de la mise en œuvre dans le réseau de santé.

Je n'exprime pas ici une opinion sur l'admissibilité des demandes anticipées, seulement sur les infrastructures qui seraient nécessaires, notamment, par exemple, le renouvellement périodique de la demande, pour que la dernière en date soit la plus proche possible du moment désigné par la personne pour y donner suite.

• (1530)

[Français]

L'hon. Pierre Dalphond: Je vous remercie.

[Traduction]

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci, madame Hoffman. Merci, sénateur Dalphond.

Sénatrice Martin, vous disposez de quatre minutes.

Nous vous écoutons.

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

Je pose la question à Mme Hoffman.

Vous avez dit que le gouvernement fédéral finançait la formation des fournisseurs de l'aide médicale à mourir. La santé étant du ressort des provinces, la formation, ou quoi que ce soit, devrait être donnée à ce niveau.

Je me demande ce que vous vouliez dire par « financement ». Est-ce que ça concerne des provinces précises? Nous savons que la pratique se trouve à des stades différents d'avancement selon la province. Pouvez-vous nous éclairer sur le rôle fédéral dans ce financement?

Mme Abby Hoffman: Bien sûr. C'est assez caractéristique de ce que le gouvernement fédéral prend en charge, soit par un financement massif au moyen du Transfert canadien en matière de santé ou de projets plus modestes. Manifestement, le gouvernement fédéral joue un rôle dans divers aspects de la santé.

Ce dont il est question, ici, c'est ce qui est ressorti du milieu des praticiens de l'aide médicale à mourir. Ça a mené à la création de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM. C'est elle qui, à la faveur de ses interactions avec ses sous-groupes, a fait valoir la nécessité de régulariser la pratique, grâce à un programme agréé de formation.

À remarquer, également, que, partout dans le réseau de santé, la formation des spécialistes est agréée par le Collège royal des médecins et chirurgiens. On s'attend, ici, à ce que la formation à l'aide médicale à mourir soit agréée par le même système. Il incomberait à chaque province et territoire de décider de rendre cette formation et cet agrément obligatoires pour un fournisseur, pour l'autoriser à y donner l'aide médicale à mourir.

De même, on trouve dans ce secteur beaucoup de formes de collaboration entre des organismes nationaux et provinciaux ainsi que des organismes provinciaux de réglementation pour les médecins et les infirmières praticiennes. Eux aussi seraient parties prenantes à la discussion, mais c'est la façon normale de faire.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

Naturellement, il y aura des différences. Je m'inquiète à cause des difficultés qui guettent les fournisseurs ruraux et urbains. Qui s'intéresse à ces différences dans les modalités de prestation? Comment assurerons-nous l'uniformité?

Mme Abby Hoffman: Dans quelques provinces, peu nombreuses, il existe des réseaux de coordination de l'aide médicale à mourir. Quelqu'un, peu importe l'endroit où il vit, peut entrer dans le système grâce à ce réseau. Les ressources nécessaires — non pas financières, mais, principalement, humaines et professionnelles — sont ensuite affectées à cette personne. Quant à la formation, elle sera prodiguée en ligne et en personne. Avec un peu de chance, ça devrait aider les fournisseurs des petites collectivités.

Écoutez, je ne présenterai pas la situation sous un faux jour. Pour les nouveaux cas d'accès à l'aide médicale à mourir, les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, le processus d'évaluation est beaucoup plus complexe. Il faut le concours d'un spécialiste de la maladie de ces personnes.

Le coprésident (M. Michael Barrett): Il vous reste 10 secondes.

Mme Abby Hoffman: Si l'un des deux évaluateurs ou fournisseurs ne possède pas cette information, ça présente une grande difficulté. Il faudra consacrer beaucoup d'efforts pour assurer un accès équitable aux habitants de petites collectivités, en raison de la complexité beaucoup plus grande du processus.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci. À ma prochaine intervention, je m'informerai sur cette complexité.

Merci, monsieur Barrett.

Passons maintenant au deuxième tour des députés. Commençons par M. Barrett, qui dispose de trois minutes. Il sera suivi de Mme Fry, qui disposera du même temps de parole.

Allez-y, monsieur Barrett.

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci, madame la présidente.

Le gouvernement reconnaît-il l'assertion de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Association canadienne des soins palliatifs et de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs selon laquelle l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs sont des pratiques séparées et distinctes?

• (1535)

Mme Abby Hoffman: Il semble, d'après les interventions des médecins de soins palliatifs, que les pratiques ne sont pas entièrement séparées et distinctes. Je pense avoir entendu le sénateur Kutcher ou, peut-être, un autre membre du Comité, dire qu'un nombre

important de procédures d'aide médicale à mourir a lieu dans les unités de soins palliatifs. Une proportion importante de fournisseurs qui participent à l'aide médicale à mourir est constituée de médecins spécialistes des soins palliatifs.

Je pense que, au début de l'aide médicale à mourir et dans la période qui a conduit à son encadrement originel dans le Code criminel, une sorte d'épreuve de force a opposé les médecins et fournisseurs de soins palliatifs et leurs homologues de l'aide médicale à mourir. Mais, au fil du temps, on a eu tendance à examiner toutes les facettes et tous les éléments des soins de fin de vie, et beaucoup de fournisseurs de soins palliatifs se sont aperçus que l'aide médicale à mourir n'atteste pas l'échec des soins palliatifs. Il est vrai que, parfois, les soins palliatifs ne croient pas en la souffrance de l'individu. Nous ne percevons donc pas cette sorte d'antagonisme, disons, entre les deux.

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci, madame Hoffman.

Les deux principales associations canadiennes de soins palliatifs ont réclamé la priorité des services de soins palliatifs, un investissement suffisant dans ces soins et leur distinction plus marquée de l'aide médicale à mourir. Comment le gouvernement du Canada a-t-il réagi à ces appels et demandes?

Mme Abby Hoffman: Je ferai un début de réponse.

D'abord, même si nous avons versé des sommes très généreuses aux provinces à la faveur des accords récents sur les soins à domicile et les soins communautaires, y compris les soins palliatifs, nous ne pouvons leur dicter de conduite ni la proportion de leurs ressources qu'elles doivent affecter aux soins palliatifs, et nous nous gardons de le faire. Nous savons qu'elles apportent des améliorations et que le réseau de soins palliatifs n'est pas aussi solide qu'il le devrait.

Le cancéreux qui souffre atrocement trouvera probablement, grâce à la continuité du réseau de soins mobilisé dans ce domaine, l'accès aux soins palliatifs nécessaires, mais, pour beaucoup d'autres malades, il n'y aura peut-être rien.

L'autre chose...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci, madame Hoffman. Je regrette, mais les trois minutes sont écoulées.

Mme Abby Hoffman: Très bien.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): La parole est à Mme Fry.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci beaucoup aux coprésidents.

Merci encore à Mme Hoffman et à M. Potter d'être venus nous présenter leur information.

Je dois dire que je suis impressionnée par la capacité de Mme Hoffman de répondre aux questions très complexes grâce à ses connaissances pointues des problèmes. Elle a vraiment assuré le suivi de tout.

J'ai deux petites questions à poser. L'une d'elles a trait aux demandes anticipées. Avant l'AMM et avant l'arrêt Carter et ainsi de suite, les médecins établissaient depuis longtemps des directives anticipées avec leurs patients. Ils le faisaient conformément à la ligne de conduite des collègues préconisant de parler de la prise de décision éthique avec un patient qui souhaitait donner des directives préalables, et cela se faisait dans le cadre de ces compétences.

Je veux savoir si le gouvernement du Canada a l'intention de s'immiscer dans le processus de prise de décision éthique et éclairée du Collège des médecins et chirurgiens qui guide les médecins et d'adopter soudainement de lourdes dispositions législatives concernant la façon dont les médecins devraient exercer leur profession en ce qui concerne des choses comme les directives préalables — très axées sur le rapport médecin-patient et impliquant donc une prise de décision privilégiée —, et je veux savoir pourquoi. C'est ma première question.

Je vais poser ma deuxième question, et je vais vous laisser répondre.

Nous savons, concernant les facteurs de vulnérabilité, notamment la vulnérabilité sociale, que de nombreux pays ont une pratique de longue date de l'AMM. Il y a le Luxembourg, la Belgique et la Suisse, ainsi que les États de Washington et de l'Oregon, et ainsi de suite. Nous savons en fait que deux d'entre eux — les Pays-Bas et l'Oregon — se distinguent en ce qui concerne l'examen de la question de la protection des personnes vulnérables dans le cadre de l'AMM, et ils ont maintenant un bon processus de décision fondé sur des preuves quant à l'efficacité de cette pratique ou à son manque d'efficacité.

Avez-vous examiné ce que les données de ces instances nous disent maintenant?

Merci.

• (1540)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il ne reste qu'une minute, alors nous allons d'abord entendre M. Potter, ou Mme Hoffman. Vous devrez tous deux être très brefs.

M. Jay Potter: Je pourrais répondre très brièvement à la première question.

Je soulignerais simplement que les directives anticipées et l'AMM sont des choses très différentes, et que les directives anticipées telles qu'elles existent actuellement concernent le refus de soins, ce que les gens ont toujours eu le droit de faire, alors que l'AMM est légalement un acte qui nécessite une exemption criminelle parce qu'elle met activement fin à la vie d'une personne. Il y a là une distinction importante, du moins d'un point de vue juridique.

Je vais laisser ma collègue, Mme Hoffman, poursuivre.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous avez 30 secondes.

Mme Abby Hoffman: Nous devons revenir sur les questions soulevées par Mme Fry, car elles sont très importantes.

En ce qui concerne la vulnérabilité, je n'ai que deux observations rapides à faire. La première est que les nouvelles mesures de protection, dans le cas où une personne n'est pas en train de mourir, cherchent à garantir que le prestataire de soins examine l'ensemble des circonstances de la personne afin de déceler tout facteur de vulnérabilité autre que son état de santé, et qu'il a la possibilité d'y remédier.

L'autre chose que je veux dire au sujet de la vulnérabilité, selon l'expérience de ces autres pays et le plan du Canada, c'est qu'elle doit être évaluée dans le contexte de chaque personne. Nous ne pouvons pas dire qu'une personne est vulnérable parce qu'elle est membre d'un groupe et qu'elle ne peut donc pas bénéficier de l'AMM. C'est absolument...

L'hon. Hedy Fry: Merci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Nous y reviendrons, je l'espère, au prochain tour.

Nous revenons aux tours de cinq minutes, et l'intervenant sera M. Barrett. Est-ce bien le cas, où souhaitez-vous revenir à M. Cooper? C'est un tour de cinq minutes.

M. Michael Cooper: Je suis prêt, mais je pensais que c'était le tour de Mme Vien.

Le coprésident (M. Michael Barrett): C'est juste.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): D'accord. Merci beaucoup.

C'est à vous, madame Vien.

[Français]

Mme Dominique Vien (Bellechasse—Les Etchemins—Lévis, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Bonjour, tout le monde.

Je remercie nos invités d'être parmi nous cet après-midi.

Madame Hoffman, j'ai peut-être mal compris, mais vous saurez me le dire. Dans la présentation que vous avez faite un peu plus tôt aujourd'hui, vous souteniez que, selon les données de 2020, la proportion de décès par procédures relatives à l'aide médicale à mourir, par rapport au nombre total de décès, allait probablement se stabiliser aux alentours de 4 %.

Tout d'abord, comment évaluez-vous qu'il s'agira de 4 %? Pourquoi évaluez-vous que la proportion de dossiers d'aide médicale à mourir se stabilisera à 4 %, alors qu'on sait que l'accès à l'aide médicale à mourir sera élargi à d'autres situations, notamment en ce qui a trait à la santé mentale? Comment en est-on arrivé à ce pourcentage, compte tenu de la situation qui évolue?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: La raison pour laquelle nous disons cela tient à deux choses. Premièrement, nous examinons ce que nous appelons des « régimes progressifs » d'AMM, dans d'autres pays — les Pays-Bas, par exemple — et au fil du temps, le taux a augmenté pour atteindre une proportion d'environ 4 % de tous les décès. Nous pensons que c'est vraisemblable au Canada, mais cela n'a rien de plus scientifique que ce type de comparaison internationale. Nous verrons bien comment cela se passe.

Deuxièmement, j'ai mentionné que 200 personnes avaient recouru à l'AMM sans que leur mort soit raisonnablement prévisible. C'est un faible nombre, ce qui est normal pour la première année suivant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. Nous verrons, mais nous ne nous attendons pas pour l'instant à ce que de très nombreuses personnes dont la mort naturelle n'est pas prévisible demandent l'AMM, non plus que de nombreuses personnes dont la principale affection sous-jacente est une maladie mentale. Nous pouvons nous tromper, mais c'est ce que nous voyons pour l'instant.

Je dirai simplement que nous savons que les taux sont plus élevés dans certaines régions du pays — au Québec, par exemple, et sur l'île de Vancouver. Il reste à voir s'il en sera de même dans tout le pays. Cela dépend à la fois de la volonté des individus et de la réceptivité et du degré de préparation du système de santé. Les deux doivent être en place pour influencer le taux de recours à l'AMM.

[Français]

Mme Dominique Vien: Madame Hoffman, vous m'ouvrez une porte.

Comme vous l'avez dit un peu plus tôt dans votre présentation ainsi qu'en réponse à mon collègue M. Thériault, le recours à l'aide médicale à mourir a augmenté de 30 %, ce qui nous semble quand même assez élevé.

Cette augmentation de 30 % au pays est énorme, mais, selon ce que vous observez à la grandeur du pays, je comprends que c'est à géométrie variable. La situation n'est pas la même un peu partout au pays. Quel est l'état de la situation dans chaque province?

• (1545)

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Certains d'entre vous l'ont peut-être observé, mais je me contenterai de noter, par exemple, que l'accès à l'AMM sur l'île de Vancouver a récemment fait l'objet d'une couverture télévisée. Le médecin responsable des services d'AMM dans cette partie du pays a déclaré qu'ils étaient ouverts et qu'ils veillaient à ce que tous les établissements de soins de santé de l'île de Vancouver soient informés et prêts à accepter et à traiter les demandes d'AMM. Ce n'est pas le cas partout. Les attitudes diffèrent selon les régions du pays. Les taux dans les parties du pays où les citoyens étaient moins susceptibles de demander l'AMM commencent à augmenter.

Ce taux de 4 % n'est pas une prévision ferme de ma part. Je dirai simplement qu'il y a des différences, dont certaines persisteront. Cependant, 4 % est le taux à retenir dans un système où l'AMM peut être fournie par un prestataire de soins et par l'autoadministration. Dans les sociétés où l'AMM... Du moins au Canada...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il vous reste 30 secondes.

Mme Abby Hoffman: ... où la quasi-totalité des cas sont en fait administrés par un prestataire de soins, et non par la personne qui souhaite mettre fin à ses jours, le pourcentage établi est d'environ 4 %. Ce que nous espérons, c'est qu'il n'y aura pas d'obstacles d'ordre institutionnel ou autre qui empêcheraient une personne vivant dans un établissement de soins de longue durée ou dans un centre de soins palliatifs, par exemple, de se faire dire: « Désolé, vous ne pouvez pas avoir accès à l'AMM dans cet établissement. » C'est un type d'obstacle qui nous préoccupe.

Le coprésident (M. Michael Barrett): Madame la coprésidente, en ce qui a trait à la procédure, j'aimerais simplement obtenir des précisions sur le tour qui vient de se terminer. Nous avons trois minutes pour les conservateurs et trois minutes pour les libéraux. Est-ce qu'il y aurait dû y avoir des tranches de deux minutes pour...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Pour le Bloc et le NPD, oui. C'est ce que je vais faire ensuite, puis nous allons... Oh, vous dites que je les ai oubliés. Vous avez raison, monsieur Barrett.

Le coprésident (M. Michael Barrett): Oui, il faudrait revenir en arrière et accorder deux minutes à M. Thériault et deux minutes à M. MacGregor, puis revenir aux libéraux.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Oui. Je m'excuse. J'ai tout cela sous les yeux, mais mes yeux m'ont joué des tours. Je vous en remercie, monsieur Barrett.

Au deuxième tour, les intervenants du Bloc et du NPD auraient dû avoir deux minutes chacun, alors je vais les leur accorder, puis je reviendrai aux tours de cinq minutes.

La parole est à M. Thériault pour deux minutes, et il sera suivi de M. MacGregor. Je vous prie de m'excuser.

[Français]

M. Luc Thériault: Je remercie mon collègue M. Barrett d'avoir soulevé ce point.

Nous avons hâte de recevoir le rapport des experts sur le fait que la maladie mentale pourrait, à elle seule, être suffisante pour qu'une personne ait accès à l'aide médicale à mourir. En attendant, il y a des choses que vous pouvez nous dire là-dessus pour nous aiguiller un peu.

Dans certains États, on fournit effectivement l'aide médicale à mourir à des personnes atteintes de maladie mentale. Est-ce que vous pourriez nous parler des mesures de protection instaurées dans ces États et nous dire quelles leçons on peut tirer aujourd'hui de ces expériences, qui sont quand même peu nombreuses?

J'aimerais entendre ce qu'ont à dire Mme Hoffman, Mme Klineberg ou M. Potter à ce sujet.

[Traduction]

M. Jay Potter: Je pourrais commencer par souligner une différence importante entre, disons, la Belgique et les Pays-Bas et le Canada, sur le plan de nos cadres d'AMM. En Belgique et aux Pays-Bas, un critère exige effectivement que les autres traitements ou méthodes de rechange pour soulager la souffrance aient été essayés et aient échoué, alors que dans le cadre juridique de l'AMM au Canada, c'est à l'individu, à la personne qui demande l'AMM, de déterminer si un traitement particulier est acceptable pour elle, ou non, comme moyen de soulager la souffrance. C'est une différence importante entre les régimes que vous pouvez examiner.

En guise de commentaire plus général sur les leçons apprises, bien que ces autorités aient certainement une plus longue expérience de l'AMM en dehors d'un contexte de fin de vie par rapport au Canada, ces cas restent controversés et difficiles même là-bas. Il existe également d'importantes différences, non seulement dans le cadre juridique, mais aussi dans notre système de santé et dans notre société, que le Comité voudra peut-être prendre en considération en examinant cette question — la géographie du Canada, la responsabilité partagée entre les provinces et les territoires, etc.

• (1550)

Mme Abby Hoffman: Très rapidement, madame la présidente, j'ajouterais, à propos...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je suis désolée, mais ce sont des tours de deux minutes. Je suppose que nous pourrions entendre certaines de ces réponses plus tard, mais c'est maintenant au tour de M. MacGregor, qui dispose de deux minutes.

M. Alistair MacGregor: Merci, madame la coprésidente.

Monsieur Potter, vous avez clairement illustré les défis qui nous attendent si le Parlement décide d'approuver les demandes anticipées d'aide médicale à mourir. Le prestataire de soins devra avoir la certitude que la demande a été faite correctement. Un laps de temps incroyable peut s'être écoulé entre le moment où la demande a été faite et celui où l'aide médicale à mourir est administrée. Elle peut avoir été faite dans une autre province, etc.

Ma question est la suivante, et je souligne que mon temps est limité. À votre avis, quels seraient les défis particuliers pour le droit pénal, compte tenu de l'évolution de la compréhension des maladies? Notre compréhension médicale de la vie avec diverses maladies mentales a évolué au fil des décennies. Comment pensez-vous que le Code criminel pourrait en tenir compte de façon appropriée? Avec l'évolution de notre compréhension, dans 10, 20 ou 30 ans, il pourrait y avoir différentes façons d'aider les gens à faire face à diverses maladies mentales qui, selon notre régime actuel, pourraient les rendre admissibles à l'aide médicale à mourir. Comment une demande anticipée pourrait-elle en tenir compte dans le cadre du Code criminel? Est-ce que les provinces devront en tenir compte?

M. Jay Potter: À un niveau très élevé, ce que je vous dirais, c'est que les dispositions du Code criminel sont conçues de manière à être indépendantes de toute condition, pour ainsi dire; elles ne sont pas axées sur des troubles médicaux particuliers ou sur une maladie ou une autre.

Dans le cadre des mesures de sauvegarde, par exemple, le projet de loi C-7 a ajouté l'obligation d'offrir à la personne de consulter des professionnels compétents et de s'assurer qu'elle a envisagé sérieusement d'autres moyens de soulager ses souffrances. Ce type de libellé dans une mesure de sauvegarde peut évoluer au rythme des options de traitement et de notre compréhension des maladies. Une option de traitement en 2022 pourrait... Nous aurons peut-être plus d'options de traitement en 2042, par exemple.

Les mesures de sauvegarde que comporte le Code criminel actuel sont susceptibles d'évoluer avec le temps, mais si vous réfléchissez à des mesures de sauvegarde plus générales, il est important de garder à l'esprit que vous ne voudrez peut-être pas d'une mesure qui ne concerne qu'un type particulier d'affection, car elle pourrait alors être difficile à appliquer à un plus vaste éventail de circonstances.

M. Alistair MacGregor: Je vous remercie.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je vous remercie, monsieur Potter.

Nous passerons au prochain intervenant, qui disposera de cinq minutes. Nous accorderons la parole à M. Arsenault, puis à M. Thériault.

[Français]

M. René Arseneault: Merci, madame la présidente.

Évidemment, quand on arrive à la fin de la liste des personnes souhaitant intervenir, toutes les meilleures questions ont déjà été posées.

Tout d'abord, madame Hoffman et monsieur Potter, je vous tire mon chapeau, ainsi qu'à vos équipes respectives, pour la solidité de vos témoignages et votre maîtrise du sujet.

J'aimerais ensuite vous demander de bien vouloir faire parvenir à nos greffiers, d'ici la fin de tous nos travaux, toute donnée qui deviendrait publique et dont le Comité n'aurait pas encore pris connaissance.

Ce qui m'intéresse particulièrement aujourd'hui, c'est le rapport qu'il existe entre les soins palliatifs et les demandes d'aide médicale à mourir. Selon les données que vous nous avez présentées, les patients qui demandent l'aide médicale à mourir n'ont pas nécessairement tous reçu des soins palliatifs. Pouvez-vous revenir sur ces statistiques? J'ai cru entendre que 17 % des demandes d'aide médicale à mourir provenaient de personnes ayant eu accès à des soins palliatifs et que le reste des demandes provenait de personnes ne bénéficiant pas de ces soins. Ai-je bien compris?

• (1555)

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Monsieur Arsenault, je vous présente mes excuses si mes propos portaient quelque peu à confusion. J'apporterai les précisions suivantes.

Tout d'abord, la vaste majorité des personnes qui demandent et reçoivent l'aide médicale à mourir ont reçu des soins palliatifs. Les soins palliatifs ne sont pas seulement accessibles: 80 % des personnes en reçoivent.

Quant aux autres personnes qui n'en ont pas reçu, la vaste majorité aurait eu accès aux soins palliatifs si elles l'avaient souhaité, mais pour une raison quelconque, elles n'en ont pas voulu, probablement parce qu'elles étaient très proches de la fin de leur vie. Nous parlons ici de données sur des personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible.

Les 17 % dont j'ai parlé correspondent au pourcentage de praticiens offrant l'aide médicale à mourir qui sont des médecins qui prodiguent des soins palliatifs. J'ai fourni cette donnée dans le contexte de la relation entre les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir afin de souligner qu'une part substantielle du milieu des soins palliatifs convient maintenant que l'aide médicale à mourir est une pratique légitime qui devrait être offerte aux gens et qui ont agi quand une personne l'a demandée.

Cela étant dit, je n'affirmerai pas que l'aide médicale à mourir est parfaite au Canada et que tout le monde obtient la quantité et la durée de soins palliatifs nécessaires. L'accès aux soins palliatifs est encore très problématique pour les personnes qui résident à domicile, qui n'ont pas besoin d'être hospitalisées ou qui vivent dans d'autres établissements que des hôpitaux. Il y a encore d'importantes lacunes à combler à ce chapitre.

J'espère que cela clarifie...

[Français]

M. René Arseneault: Je vous remercie, votre réponse clarifie bien des choses. J'avais compris presque l'inverse.

Comme vous l'avez dit, madame Hoffman, quand on parle d'un patient aux soins palliatifs, il peut s'agir d'une personne à la maison qui reçoit des soins palliatifs mobiles dispensés par une infirmière, d'une personne résidant dans un centre privé de soins palliatifs ou d'une personne en fin de vie à l'étage des soins palliatifs d'un hôpital. A-t-on des données sur ces trois catégories de soins palliatifs?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Oui, nous en avons. Je ne peux pas vous les fournir de mémoire, mais l'Institut canadien d'information sur la santé a publié en 2018 une étude très solide que je me ferais une joie de transmettre au Comité.

Cette étude montre que selon la maladie en présence — particulièrement s'il s'agit de la maladie pulmonaire obstructive chronique et du cancer —, il est fort probable que les personnes aient accès aux soins palliatifs. La probabilité d'en recevoir est plus élevée pour les personnes hospitalisées et moins élevée pour celles à la maison.

Il est également manifeste que la prestation de soins palliatifs ne doit plus se limiter aux spécialistes du domaine et s'étendre aux travailleurs paramédicaux, par exemple, qui peuvent prodiguer des soins palliatifs à domicile. Il existe des programmes à cette fin.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il vous reste 30 secondes.

Mme Abby Hoffman: Les médecins de famille peuvent également être formés pour servir d'interlocuteurs concernant les soins palliatifs.

[Français]

M. René Arseneault: Pourriez-vous nous envoyer ces données, si ce n'est déjà fait?

Est-ce que vous constatez des disparités dans les services d'aide médicale à mourir offerts selon qu'on se trouve en région rurale, en région urbaine, dans le Grand Nord canadien ou dans une province donnée?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Selon nos données, il n'y en a pas, mais je pense qu'en réalité, il y en aura sous le régime de la nouvelle loi sur l'aide médicale à mourir, notamment dans les cas les plus complexes. Je pense qu'il s'agit d'une question à laquelle nous devons réellement porter attention, sinon, il y aura des disparités en raison de la complexité du processus d'évaluation.

[Français]

M. René Arseneault: Merci beaucoup.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je vous remercie.

J'accorderai la parole à M. Thériault pour les cinq prochaines minutes, puis à M. MacGregor pour cinq minutes.

Vous avez la parole, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: J'aimerais d'abord permettre à Mme Hoffman de répondre à la question que j'ai posée tout à l'heure.

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Je vous remercie, madame la présidente et monsieur Thériault.

En réponse à votre observation et à votre question, je voulais préciser ce que nous pourrions apprendre d'autres pays en ce qui a trait à l'aide médicale à mourir, particulièrement dans le cas de maladies mentales. J'hésite à m'étendre sur le sujet, car vous entendrez le groupe d'experts plus loin au cours de votre examen.

Il y a deux choses à savoir. D'abord, c'est principalement à l'échelle clinique que les directives doivent être fournies. Il faut indiquer aux praticiens ce qu'ils devraient faire pour composer avec les défis très complexes que présentent ces cas. Avec tout le respect qui est dû à mes collègues, M. Potter et Joanne Klineberg, on ne peut pas mettre de directives cliniques détaillées dans le Code criminel. Ce n'est pas le bon endroit pour le faire, car, comme M. MacGregor l'a fait remarquer, la compréhension des maladies et

des troubles — en ce qui concerne notamment leur évolution et leur traitement — évolue.

J'ajouterais que les besoins en ressources humaines seront très importants et intenses si une évaluation adéquate est réalisée — et c'est la seule évaluation qui devrait être autorisée — afin de déterminer si la maladie est incurable ou si le déclin qu'elle provoque pourrait être renversé, atténué ou soulagé de quelque manière. Il faut déterminer si la personne a la capacité de comprendre ce qu'on lui dit à propos de sa maladie et ce qu'elle fait lorsqu'elle semble réclamer l'aide médicale à mourir.

Toutes ces questions relatives au consentement éclairé, à la capacité et au caractère irrémédiable sont extrêmement complexes et exigeront beaucoup de temps. Comme pour d'autres cas où la personne n'est pas mourante, il faut, pour comprendre si des traitements ou des interventions sont efficaces, réfléchir à toutes les expériences que la personne a déjà vécues dans le système de santé. Quels traitements ont porté fruit jusqu'à présent?

Ce qu'il faut comprendre ici, c'est que ces cas seront très exigeants et requerront beaucoup de ressources humaines. C'est probablement la principale leçon que je présenterais au Comité pour alimenter sa réflexion.

• (1600)

[Français]

M. Luc Thériault: C'est probablement pour cette raison qu'au Québec, comme on peut le constater dans le rapport de révision de la loi, on a décidé de ne pas aller de l'avant relativement à cette question.

Lorsqu'on lit les évaluations du Conseil des académies canadiennes quant à l'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les personnes dont le seul problème évoqué est un trouble mental, on peut constater à plusieurs reprises qu'il n'y a aucun consensus autour de cette question, et même que les gens sont divisés à ce sujet.

J'ai bien hâte de voir ce que le comité d'experts nous recommandera.

Dans un autre ordre d'idées...

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Si vous me permettez d'intervenir, madame la présidente, je ferais remarquer qu'il n'y a jamais eu de consensus absolu sur le moindre aspect de l'aide médicale à mourir. Je pense que la question à se poser est la suivante: est-il sécuritaire et raisonnable d'accorder l'aide médicale à mourir? C'est, selon moi, la question fondamentale à se poser.

[Français]

M. Luc Thériault: En effet, plusieurs aspects de l'aide médicale à mourir ne faisaient pas l'objet d'un consensus, mais on n'avait pas l'impression que cela divisait les gens quasiment à parts égales. Quand on lit l'ensemble des rapports sur l'aspect de la santé mentale, on a l'impression que, pour chaque personne qui a une opinion donnée, on en trouve une autre qui a l'opinion inverse.

J'aimerais maintenant parler de l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures. C'est une pratique qui a cours dans très peu de pays, c'est-à-dire seulement aux Pays-Bas et en Belgique. Les Pays-Bas autorisent les enfants âgés de 12 ans ou plus à y recourir, mais le consentement parental est exigé pour les enfants de 12 à 16 ans. Pour ce qui est de la Belgique, elle n'impose pas d'âge minimal, mais le consentement parental est aussi exigé.

Y a-t-il un seul processus d'aide médicale à mourir pour les mineurs matures qui n'implique pas les parents ou qui n'exige pas qu'on obtienne leur consentement? Moi, je n'en ai pas vu à ce jour. L'implication et le consentement des parents me semblent intrinsèquement liés à la démarche, même s'il y a très peu de cas.

• (1605)

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Les cinq minutes sont écoulées, madame Hoffman. Je pense donc que vous devrez répondre à cette question lors de la prochaine intervention de deux minutes de M. Thériault.

Honorables collègues, je dois faire une pause pour vous informer qu'une autre témoin est disponible. Avec votre consentement, nous pourrions l'entendre. Elle a déjà procédé aux tests avec les techniciens pour être en mesure de témoigner. Il s'agit de Mausumi Banerjee, directrice du Bureau des enjeux pour les personnes canadiennes handicapées, d'Emploi et Développement social Canada. Les tests de son ont déjà été réalisés. Acceptez-vous d'entendre cette troisième témoin avant que nous passions aux interventions des sénateurs, au cours desquelles chaque sénateur se verra accorder quatre minutes et j'aurai trois minutes?

Donnez-vous votre consentement? D'accord. Je vous remercie.

Nous inviterons donc notre troisième témoin à ajouter son grain de sel à la conversation ou au dialogue très approfondi et fort complexe du Comité.

Notre troisième témoin est-elle prête à se joindre à nous et à faire son exposé?

[Français]

Il semble que oui. Merci.

Bienvenue, madame Banerjee.

[Traduction]

Mme Mausumi Banerjee (directrice, Bureau des enjeux pour les personnes handicapées, Emploi et Développement social Canada): Je vous remercie, madame la présidente.

Voulez-vous que je parle maintenant?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Oui, s'il vous plaît.

Mme Mausumi Banerjee: Bonjour. Je me présenterai à nouveau. Je m'appelle Mausumi Banerjee et suis directrice au Bureau des enjeux pour les personnes canadiennes handicapées à Emploi et Développement social Canada.

Mon équipe collabore très étroitement avec Santé Canada pour soutenir le ministère concernant les questions relatives à l'aide médicale à mourir et aux règlements qui sont élaborés. À ce titre, notre rôle consiste principalement à souligner l'importance de l'inclusion des personnes handicapées dans le travail effectué pour assurer la participation des organisations qui représentent ces personnes. Nous apportons de l'aide concernant le genre de questions qui sont

posées et mettons Santé Canada en rapport avec les organisations et les personnes avec lesquelles nous jugeons qu'il devrait travailler et nous offrons du soutien à cet égard. Nous aidons également notre ministre en lui offrant des séances d'information pour qu'elle puisse collaborer avec le ministre de la Santé.

Je n'ai rien à ajouter, car notre rôle consiste surtout à offrir du soutien et à favoriser l'inclusion des personnes handicapées, mais je suis là s'il y a des questions.

Je vous remercie beaucoup.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je vous remercie beaucoup.

Ce sera maintenant au tour des sénateurs de poser des questions.

M. Alistair MacGregor: J'invoque le Règlement.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous avez la parole.

M. Alistair MacGregor: Sénatrice Martin, je pense avoir cinq minutes après M. Thériault.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je vous présente mes excuses. Je pensais que ce tour était terminé. Oui, monsieur MacGregor, vous aurez cinq minutes.

M. Alistair MacGregor: Je vous remercie beaucoup.

Ma question s'adresse à Mme Hoffman et porte, une fois de plus, sur la maladie mentale.

Nous savons que les lignes directrices... La modification entrera en vigueur bientôt, l'an prochain.

En fait, je poserai une autre question, car Mme Banerjee est ici.

Je vous interrogerai sur les personnes handicapées. Avez-vous de l'information à fournir au Comité sur la population qui vit actuellement sous le seuil de la pauvreté au Canada?

Mme Mausumi Banerjee: Je ne peux vous fournir cette information de mémoire, mais je peux vous l'envoyer. Nous disposons de cette information et je peux vous la faire parvenir.

M. Alistair MacGregor: Nous vous saurions gré de remettre un mémoire écrit au Comité.

Mme Mausumi Banerjee: Volontiers.

M. Alistair MacGregor: Je vous remercie.

Madame Hoffman, je reviendrai à vous. Je changerai de sujet pour aborder celui des demandes anticipées d'aide médicale à mourir. Nous savons qu'un rapport sur la stratégie du Canada en matière de démence a été publié en 2021, et qu'une bonne partie traitait de l'opprobre qui entoure les personnes atteintes de démence.

Comme notre compréhension des personnes atteintes de démence jouera un rôle crucial dans le débat du Parlement sur les demandes anticipées, je suppose que je vous demanderai ce qui suit: selon Santé Canada, comment notre compréhension de la question évolue-t-elle? Qu'apprenons-nous actuellement sur les personnes atteintes de démence, sur l'opprobre dont elles font l'objet et sur les stratégies que l'on met en place actuellement pour aider les personnes atteintes de cette maladie?

• (1610)

Mme Abby Hoffman: Je vous remercie, monsieur MacGregor.

Je ne suis pas experte de la démence ou des maladies neurodégénératives en général, mais je peux néanmoins formuler quelques observations d'ordre général.

Je pense que la discussion sur la démence et les maladies connexes qui ont des symptômes et des manifestations semblables est très utile, car elle contribue à réduire l'opprobre. On peut maintenant imaginer que le degré d'acceptabilité envers les personnes atteintes de démence est plus élevé quand elles vivent avec cette maladie pendant longtemps et peuvent vivre au sein de la communauté où elles bénéficient de certaines interactions en dehors du contexte institutionnel.

Je pense que la situation évolue, sans toutefois exagérer la rapidité avec laquelle l'opprobre diminue ou, en fait, la capacité des familles à offrir dans leur foyer du soutien à une personne atteinte de démence. Je pense qu'il arrive encore un moment où cela devient extrêmement difficile et, malheureusement, impossible, même avec le meilleur soutien du monde.

M. Alistair MacGregor: Je vous remercie.

Je veux juste glisser une brève question sur la santé mentale.

Les deux dernières années de pandémie ont entraîné une hausse des problèmes de maladie mentale au Canada en ce qui concerne le nombre de cas détectés. Je suppose que je veux savoir ce qui suit: quand une maladie mentale justifie-t-elle le recours à l'aide médicale à mourir? On s'entend que la personne doit être dans un état avancé de déclin irréversible qui doit causer une souffrance psychologique persistante.

Quelles stratégies Santé Canada met-il en place pour éviter que les personnes atteintes de maladie mentale en arrivent à un état remplissant ces conditions? Pouvez-vous indiquer au Comité le genre de stratégies que vous mettez en place? Le financement est-il suffisant? Est-ce une question à laquelle il faut davantage s'attarder dans la société canadienne?

Mme Abby Hoffman: Eh bien, malgré les mesures prises, que ce soit le transfert de la santé mentale aux provinces ou d'autres initiatives précises, la réalité est probablement que nous connaissons tous — nous le lisons sans cesse dans les journaux — des amis, des voisins et d'autres familles qui sont confrontés à ces défis. En particulier pour les personnes qui souffrent de ce que je qualifierais de conditions moins aiguës qui peuvent, comme vous le suggérez, se détériorer davantage en l'absence de soins, il existe un problème de pertinence et de suffisance dans les services d'intervention en matière de santé mentale.

C'est un enjeu sur lequel tous les gouvernements travaillent, mais comme vous l'avez noté, durant la pandémie, il est devenu évident que, en particulier — mais pas seulement — chez les jeunes, une sorte de pandémie de maladie mentale liée à la COVID sévit, ou peut-être qu'elle vient de commencer...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Bien. Merci, madame Hoffman.

Les cinq minutes sont maintenant écoulées.

Mme Abby Hoffman: Merci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Par ailleurs, je dois demander au Comité de se prononcer sur un précédent rappel au Règlement de M. Anandasangaree, qui demandait que nous disposions de 15 minutes pour nous réunir à huis clos. Si je souscris à ce rappel au Règlement, les greffiers prépareront un nouveau lien qui nous sera remis pour les 15 dernières minutes. Je sais que nos témoins seront avec nous jusqu'à 17 heures.

D'ici là, nous poursuivrons avec l'ordre des intervenants, alors je vais céder... Mais dans un premier temps, sommes-nous d'accord pour faire cela?

M. James Maloney: J'invoque le Règlement, madame la présidente. Je ne crois pas que la demande incluait la tenue d'une réunion à huis clos. Je pense que c'était simplement pour que nous utilisions les 15 dernières minutes pour discuter de certaines questions. Ce faisant, nous gagnerions du temps, car si nous devons cliquer sur le bouton pour nous déconnecter et le bouton pour nous reconnecter, nous perdrons 10 minutes de plus. Cela fait une grande différence.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je vois.

Monsieur Anandasangaree, quelle est votre demande? Était-ce seulement pour utiliser les 15 dernières minutes?

M. Gary Anandasangaree: C'est exact, madame la présidente.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): C'est correct.

M. Gary Anandasangaree: Je n'ai pas demandé que nous passions à huis clos. Merci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): J'ai mal compris. Merci de cette clarification.

Je vais céder la parole à M. Barrett, mon coprésident, pour les questions des sénateurs.

• (1615)

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci, madame la coprésidente.

Nous entendrons maintenant la sénatrice Mégie, pour quatre minutes.

On vous écoute, madame la sénatrice.

[Français]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: Merci, monsieur le président.

Madame Hoffman, je reviens sur le règlement qui permettra de recueillir des données plus ventilées sur les personnes racisées, celles en situation de handicap et ainsi de suite.

Est-ce que ce règlement est en préparation? Le cas échéant, quand sera-t-il prêt? De plus, comment ces données permettront-elles d'éclairer le gouvernement pour les futures décisions politiques relatives à l'aide médicale à mourir?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Merci, madame la sénatrice. Je peux répondre à cette question.

Les règlements sont en cours de rédaction. Nous prévoyons qu'au cours des six prochaines semaines, ils seront publiés dans ce qu'on appelle la Partie I de la *Gazette du Canada*. Les règlements seront en place. Il y a aura une autre période de consultation, et le règlement final sera publié à l'automne. Cela signifie qu'ils entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Cela peut sembler long, mais cela signifie que pour toute l'année civile 2023, nous disposerons de ces données considérablement plus détaillées. Toutefois, cela signifie également que ces données ne seront pas disponibles avant la fin du premier semestre de 2024. Quelle sera l'utilité de ces données? Cela dépendra aussi de ce que les demandeurs sont prêts à divulguer. Ils peuvent choisir de ne pas divulguer ces données, mais comme je l'ai déjà mentionné, nous utiliserons ces données conjointement avec d'autres recherches et des liens avec d'autres données pour mieux comprendre comment la relation entre différentes formes d'inégalité peut se manifester dans le système de l'AMM.

[Français]

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

Je passe maintenant à un tout autre registre, soit les budgets pour les soins palliatifs.

On a déjà tenu des discussions pour tenter de déterminer si c'était le manque de soins palliatifs qui poussait les gens à demander l'aide médicale à mourir, mais on s'est rendu compte que ce n'était pas tout à fait cela.

Comme vous l'avez mentionné, 80 % des gens qui ont demandé l'aide médicale à mourir ont eu accès à des soins palliatifs. Néanmoins, cela soulève parfois des hésitations dans mon entourage. En effet, même si le formulaire indique qu'une personne a reçu des soins palliatifs, on ne sait pas trop de quel niveau de soins palliatifs il s'agit: a-t-elle reçu des soins palliatifs pendant seulement trois jours ou pendant une longue période?

Les formulaires que remplissent les fournisseurs d'aide médicale à mourir vous permettent-ils d'en savoir un peu plus à cet égard? Est-ce inscrit quelque part qu'une personne a vraiment reçu des soins palliatifs ou qu'elle n'a eu qu'une seule rencontre avec une équipe de soins palliatifs, par exemple?

[Traduction]

Le coprésident (M. Michael Barrett): Vous avez 30 secondes.

Mme Abby Hoffman: Monsieur le sénateur, ce que vous sous-entendez dans votre question est exact. Nous avons des renseignements pour déterminer si la personne a reçu des soins palliatifs, mais l'étendue de ces soins n'est pas bien documentée. Dans de nombreuses régions du pays — dans la plupart des régions du pays, en fait —, il y a des limites de temps pour les soins palliatifs pour ce qui est de la quantité de soins que l'on peut recevoir et de l'imminence de la mort prévue, etc.

Dans la mesure où ce comité se penche sur l'état des soins palliatifs au Canada en général, de nombreux progrès positifs ont eu lieu, mais ce qui demeure, c'est que 1 % des spécialistes oeuvrent dans les soins palliatifs. C'est très peu. Les ressources augmentent à l'heure actuelle, mais pas suffisamment pour répondre à ce qui devrait être une demande légitime. Je pense que ces conclusions sont justes.

• (1620)

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci, madame Hoffman.

Ensuite, pour quatre minutes, nous allons entendre le sénateur Kutcher, s'il vous plaît.

L'hon. Stanley Kutcher: Merci beaucoup, monsieur le président.

J'ai un éclaircissement pour Mme Hoffman, puis une question pour Mme Banerjee.

Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de programme accrédité au niveau national pour les fournisseurs de l'AMM. Je veux juste m'assurer de bien comprendre.

Mme Abby Hoffman: C'est exact.

L'hon. Stanley Kutcher: Depuis la rédaction du projet de loi C-7, un programme de formation accrédité est en cours d'élaboration. Il a pour objectif d'améliorer la qualité et la normalisation de l'évaluation et de la prestation de l'AMM. Je crois savoir que l'accréditation sera accordée par l'organisation médicale nationale la plus responsable, comme le Collège royal des médecins et chirurgiens. Par conséquent, cela deviendra une norme nationale, semblable à la façon dont tous les médecins praticiens sont actuellement accrédités. Si vous êtes psychiatre, gastro-entérologue ou spécialiste des soins palliatifs, le niveau d'accréditation est le même.

L'accréditation n'est pas du ressort des provinces et des territoires; elle relève des organisations médicales nationales, comme c'est le cas pour tous les spécialistes. Les organismes de réglementation comme les collèges de médecins et de chirurgiens des provinces et des territoires peuvent, à leur discrétion, s'ils choisissent de le faire, exiger que les praticiens du système de l'AMM soient accrédités. Est-ce exact?

Mme Abby Hoffman: C'est très bien dit, sénateur Kutcher, oui.

L'hon. Stanley Kutcher: Très bien, merci. Cela peut peut-être figurer au compte rendu.

La question s'adresse à Mme Banerjee.

Quelle proportion de personnes qui ont reçu l'AMM jusqu'à présent au Canada l'ont reçue uniquement en raison d'un handicap? Si vous n'avez pas ces données sous la main, pourriez-vous les trouver pour nous, s'il vous plaît?

Pourriez-vous également trouver, pour d'autres instances telles que les pays du Benelux, la Suisse et les États de Washington et de l'Oregon, quelles seraient ces proportions — le nombre ou la proportion de personnes qui avaient uniquement un handicap et qui ont reçu l'AMM?

Mme Mausumi Banerjee: Je vais certainement assurer un suivi sur cette question pour voir quelles données sont à notre disposition.

L'hon. Stanley Kutcher: Formidable. Merci beaucoup de cette réponse. Nous vous en serions très reconnaissants.

Je vais céder le reste de mon temps de parole à mon collègue Pierre Dalphond, qui est beaucoup éclairé et avisé que moi en la matière.

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci, sénateur Kutcher.

Nous allons maintenant passer au sénateur Dalphond pour quatre minutes, je vous prie.

L'hon. Pierre Dalphond: Merci. Je vous remercie, monsieur Kutcher.

Ma question s'adresse à Mme Hoffman.

Vous avez mentionné le fait que le rapport du ministère de la Santé pour l'année 2020-2021 ne sera publié qu'une fois que nous aurons remis notre rapport, car nous avons une date limite en juin. Serait-il possible que le ministère envoie une sorte d'ébauche ou d'aperçu de ce que sera le rapport, ou des données brutes qui n'ont pas été traitées, afin que le Comité puisse avoir accès à ce type de renseignements essentiels?

Mme Abby Hoffman: Sénateur, nous verrons ce que nous pouvons faire. Comme j'ai parlé l'an dernier des données pour 2020 avant leur publication, nous verrons ce que nous pouvons vous fournir. Nous voulons simplement nous assurer que nous ne vous remettons pas des données qui n'ont pas été correctement et complètement vérifiées et que vous incluez au final des données incorrectes. Nous serons heureux de travailler avec le Comité pour répondre à votre demande très raisonnable.

L'hon. Pierre Dalphond: Je présume que 95 % du rapport sera exact, si bien que vous pouvez mettre une importante mise en garde sur la première page, et nous nous fierons aux 95 %.

[Français]

J'aimerais vous poser une autre question.

L'Assemblée nationale du Québec risque d'adopter une modification à sa loi concernant la fourniture de services de santé afin d'interdire l'aide médicale à mourir aux personnes qui souffrent uniquement de maladie mentale. C'est une décision qui a été prise à la suite d'un rapport produit par un groupe du Québec.

Si jamais une province décide d'aller dans cette direction, est-ce que le gouvernement a une stratégie pour voir...

[Traduction]

Le coprésident (M. Michael Barrett): Pardonnez-moi, sénateur Dalphond, et j'ai arrêté le chronomètre. Pourriez-vous abaisser votre microphone, s'il vous plaît, pour les interprètes?

[Français]

L'hon. Pierre Dalphond: Je vous remercie.

En décembre 2021, un comité spécial de l'Assemblée nationale du Québec a recommandé de ne pas rendre l'aide médicale à mourir accessible aux personnes pour seule cause de maladie mentale. Je sais que c'est un sujet sur lequel le Comité devra se prononcer. Nous attendons avec beaucoup d'intérêt le rapport du comité spécial d'experts qui a été formé l'an passé.

Advenant un accès à l'aide médicale à mourir élargi aux cas de maladie mentale, comment entrevoyez-vous le travail avec les provinces? Sans la collaboration des provinces, les services ne peuvent pas être fournis.

• (1625)

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: C'est tout à fait exact. Une province pourrait décider de mettre en place un régime plus restrictif que celui du gouvernement fédéral. Selon la nature de ce régime plus restrictif, cette instance pourrait faire l'objet d'une contestation judiciaire. Je ne veux pas dire que cela s'apparente à l'affaire Truchon et Gladu, qui a remis en question le régime du Québec et du Canada, mais le risque est bel et bien réel.

Je pense que sur une note plus positive, nous avons discuté et nous continuerons de discuter de cette question. Par ailleurs, lorsque le rapport du groupe d'experts sera publié, il y aura des dis-

cussions approfondies avec les provinces et les territoires, ainsi que des conversations entre les organisations de cliniciens, sur la meilleure façon de mettre en oeuvre les recommandations que le groupe d'experts devrait formuler et que vous verrez comme la prochaine partie de votre travail.

Le coprésident (M. Michael Barrett): Vous avez 30 secondes.

[Français]

L'hon. Pierre Dalphond: Je vous remercie, j'ai terminé.

[Traduction]

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci, sénateur.

Nous allons maintenant céder la parole à la sénatrice Martin pour trois minutes, s'il vous plaît.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci, monsieur le vice-président.

Ma question s'adresse encore une fois à Mme Hoffman. Elle porte sur les communautés autochtones au Canada. L'un des témoins les plus convaincants que nous avons eus au Sénat était le chef de la nation dénée qui a dit que, pendant très longtemps, 300 ans, le mot « suicide » n'existait même pas dans leur langue, ce qui nous donne un aperçu de sa perspective.

Des consultations avec les communautés autochtones sont-elles menées avant que l'AMM soit ouverte aux personnes qui souffrent de troubles mentaux comme seule condition médicale sous-jacente?

Mme Abby Hoffman: Je peux peut-être répondre à cela.

Je pense qu'il est probablement censé de commencer à reconnaître qu'il n'y a pas eu les consultations requises avec les communautés autochtones. Je ne parle pas des Autochtones comme un seul segment de population. De toute évidence, l'approche fondée sur les distinctions qui est maintenant conventionnelle doit être adoptée dans ce cas particulier.

À Santé Canada, nous sommes en train de travailler avec des représentants et des intervenants des communautés autochtones pour essayer de déterminer quels types d'activités de consultation seraient utiles. Cela peut se rapporter aux recommandations qui émanent du groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale, mais elles s'appliquent aussi beaucoup plus généralement à l'AMM au Canada.

Juste à titre d'exemple, il y a le programme de formation et d'accréditation pour les fournisseurs de l'AMM que j'ai mentionné à quelques reprises et qui est géré et appuyé par nous. Il sera très important qu'il y ait un dialogue avec les représentants des communautés autochtones sur la façon dont ces modules qui sont élaborés doivent incorporer une sécurité culturelle et une sensibilisation afin que tous les praticiens, tant autochtones que non autochtones, puissent agir avec la sensibilité et la sensibilisation appropriées aux préoccupations de la communauté autochtone.

Je dirai également que nous devons garder à l'esprit, comme nous l'avons entendu à maintes reprises, que même dans des groupes où la représentation autochtone est forte...

Le coprésident (M. Michael Barrett): Vous avez 30 secondes.

Mme Abby Hoffman: ... aucun Autochtone ne peut parler au nom de l'ensemble de sa communauté, et certainement pas au nom de tous les Autochtones. La question est la suivante: comment sensibiliser les gens afin qu'ils soient conscients du type de considérations qui doivent être intégrées dans une conversation sur l'AMM ou la pratique de l'AMM lorsque des Autochtones sont en cause?

C'est un processus dans lequel nous sommes engagés en ce moment. Nous soutiendrons le processus que les porte-parole autochtones souhaitent mettre en œuvre. S'ils veulent que nous participions, nous le ferons. S'ils ne le veulent pas, nous ne le ferons pas.

• (1630)

Le coprésident (M. Michael Barrett): Je vous remercie, madame. Votre temps est écoulé, sénatrice.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): D'accord.

En fait, monsieur Barrett, pour le deuxième tour de cette deuxième série, c'est à votre tour d'avoir trois minutes.

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci, madame la coprésidente.

Tout patient qui envisage l'aide médicale à mourir doit avoir accès aux soins palliatifs. Cela doit servir de protection pour les personnes qui ont l'impression de ne pas avoir d'autre choix. Nous avons entendu, dans les témoignages d'aujourd'hui, que beaucoup de gens ont seulement l'occasion de parler de soins palliatifs le jour où ils font une demande d'aide médicale à mourir voire après. Cela s'ajoute aux lacunes en soins palliatifs qui ont été cernées au pays.

Lorsque les gens ne se font pas offrir des soins palliatifs adéquats, ou lorsqu'ils n'ont pas le temps de réfléchir à la question ou de prendre une décision éclairée avant de faire une demande d'aide médicale à mourir, cela ne démontre-t-il pas une non-conformité systémique aux mesures de sauvegarde de l'aide médicale à mourir?

Mme Abby Hoffman: Si la question m'est adressée, monsieur Barrett, je vais essayer d'y répondre.

Je ne pense pas qu'il s'agit d'un mépris systémique de la Loi. Aux termes de la Loi, une personne ne peut donner son consentement éclairé pour recevoir l'aide médicale à mourir qu'après avoir reçu de l'information sur des façons de soulager ses souffrances, y compris les soins palliatifs. Voilà l'exigence. Il n'y a aucune exigence précise selon laquelle des soins palliatifs auraient dû être offerts à la personne.

L'aide médicale à mourir ne vise pas à régler toutes les lacunes perçues — ou réelles, d'ailleurs — de la prestation des services de soins de santé au Canada. Elle ne peut avoir ce rôle. Les soins palliatifs occupent une place importante et prépondérante dans la loi originale sur l'aide médicale à mourir et dans la nouvelle mesure législative. Les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir sont le produit de leurs circonstances, y compris les types de services qu'elles ont reçus.

Notre impression — et c'est préoccupant pour une autre raison —, c'est que la majorité des personnes qui demandent l'aide médicale à mourir ont surtout eu des interactions très positives avec le système de santé, de sorte qu'ils sont plus susceptibles d'avoir bénéficié des services offerts. En général, ce ne sont pas les personnes qui ont eu de mauvaises expériences avec le système de santé qui demandent l'aide médicale à mourir.

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci. Il ne me reste que 30 secondes environ.

J'aimerais savoir quelles mesures de reddition de comptes sont mises en place lorsque le gouvernement fédéral transfère des fonds aux provinces pour les soins palliatifs. Cet argent reste-t-il dans une enveloppe réservée aux soins palliatifs, ou est-il intégré dans une enveloppe destinée à l'administration ou la promotion de l'aide médicale à mourir?

Je ne pense pas que vous ayez le temps de répondre à cette question, mais je me demande si vous pourriez fournir certains renseignements à ce sujet au Comité, par écrit, avant que nous préparions notre rapport.

Mme Abby Hoffman: Certainement. Je peux cependant vous dire tout de suite que je n'ai pas constaté que ces fonds sont détournés des soins palliatifs au profit de la promotion de l'aide médicale à mourir. Je ne pense pas que ce soit le cas actuellement.

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

La parole est maintenant à M. Anandasangaree pour trois minutes.

M. Gary Anandasangaree: Merci, madame la présidente.

Ma question s'adresse à Mme Banerjee.

Madame Banerjee, est-il juste de dire, du point de vue des personnes handicapées, que vous avez un engagement important auprès de la communauté des personnes handicapées au Canada?

Mme Mausumi Banerjee: Nous avons en effet un engagement important avec la communauté des personnes handicapées. Cet engagement n'est pas lié à l'aide médicale à mourir en soi; il est plutôt lié au Plan pour l'inclusion des personnes en situation de handicap que le gouvernement est en voie d'élaborer.

M. Gary Anandasangaree: Dans la communauté des personnes handicapées, de façon générale, quelles sont les perceptions, préoccupations et opinions à l'égard de l'aide médicale à mourir? Pourriez-vous nous donner un aperçu des diverses perspectives de cette communauté au sujet de l'aide médicale à mourir?

Mme Mausumi Banerjee: Nous avons le sentiment qu'il y a un vaste éventail d'opinions à ce sujet dans la communauté des personnes handicapées. Une partie de la communauté veut avoir accès à l'aide médicale à mourir, tandis que d'autres personnes et organismes se préoccupent de la nécessité de garantir un accès adéquat aux mesures de soutien et aux services.

Les avis sont assez partagés dans la communauté. Je sais qu'une des priorités du ministère et de notre ministre, c'est de veiller à ce que les différentes voix puissent se faire entendre dans ce processus.

• (1635)

M. Gary Anandasangaree: Divers reportages dans les médias ont fait état de certaines appréhensions. Pourriez-vous donner des exemples des craintes qui existent?

Étendre l'aide médicale à mourir aux personnes handicapées est une question litigieuse, mais il semble qu'il n'y a rien de concluant. Pouvez-vous nous donner des suggestions concrètes sur le genre de mesures de sauvegarde qui pourraient être incluses?

Je ne sais pas si vous pouvez répondre aujourd'hui, mais vous êtes libre de nous présenter des observations supplémentaires par écrit. Vous pourriez nous en dire plus sur les commentaires que vous avez reçus et sur les mesures de sauvegarde qui pourraient s'imposer si l'aide médicale à mourir était élargie.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous avez 30 secondes.

Mme Mausumi Banerjee: Il serait préférable que j'examine les données plus en détail et que je vous transmette une réponse ultérieurement, avec les autres renseignements.

M. Jay Potter: Si vous me donnez 10 secondes, madame la présidente, j'aimerais ajouter quelque chose.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): D'accord, allez-y.

M. Jay Potter: Lorsque le projet de loi C-7 a été adopté, les mesures de sauvegarde relatives aux personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible comprenaient une exigence selon laquelle la personne devait être informée des services de consultation offerts par divers professionnels, y compris des services de soutien aux personnes handicapées. Je crois comprendre que cela visait à répondre aux préoccupations de la communauté des personnes handicapées. On pourrait évidemment en dire beaucoup plus sur la question.

Le Comité pourrait chercher à obtenir des témoignages des membres de cette communauté et des organismes de défense des droits des personnes handicapées pour l'aider dans ses réflexions.

M. Gary Anandasangaree: Merci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

Nous passons maintenant à M. Thériault, pour deux minutes, suivi de M. MacGregor.

Allez-y, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Une question reste sans réponse...

[Français]

M. Luc Thériault: Qu'avez-vous dit, madame la présidente? Je ne vous ai pas entendue.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Allez-y, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: D'accord, merci.

Comme le précise le rapport du Conseil des académies canadiennes à propos des demandes anticipées, « une directive anticipée peut inclure le consentement ou le refus anticipé de certains traitements, comme l'administration [...] de produits sanguins, la réanimation en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire ou l'alimentation et l'hydratation artificielles ». Il est déjà possible de donner des directives anticipées. Elles sont réglementées et appliquées au Québec et dans les provinces. En revanche, les demandes anticipées portent seulement sur l'aide médicale à mourir. À ce sujet, le rapport mentionne que « le cadre réglementaire canadien relatif aux demandes anticipées d[aide médicale à mourir] serait constitué d'un régime

légal établi dans le droit criminel fédéral, tandis que la mise en pratique dépendrait de lois provinciales et territoriales ainsi que de la réglementation professionnelle ».

Étant donné qu'on a déjà l'habitude de gérer les directives anticipées, le fait d'élargir l'aide médicale à mourir pour y inclure les demandes anticipées poserait-il beaucoup moins de problèmes sur le plan de la pratique et de l'implantation?

La question s'adresse à M. Potter.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous avez 40 secondes.

M. Jay Potter: Merci, madame la présidente.

En guise de réponse, j'aimerais rappeler que le droit pénal exempté de toute responsabilité pénale le praticien qui administre l'aide médicale à mourir. Le droit pénal devrait comporter un degré de certitude et de spécificité afin que le praticien puisse déterminer quand aller de l'avant.

Comme je l'ai mentionné, cela sous-entend, en partie, que le praticien demeure certain du caractère volontaire de la demande formulée par la personne inapte qui se trouve devant lui. Une autre partie est liée au contenu de la demande. Est-elle suffisamment claire? Est-elle suffisamment précise? Comment savons-nous que la demande est toujours représentative de la volonté du patient? Il faut aussi regarder dans le passé, alors que les intervenants et les équipes de traitement étaient peut-être très différents.

Je pense qu'il faut savoir que cela peut être un domaine de responsabilité partagée. Comme je l'ai mentionné plus tôt, si les provinces ne légiféraient pas ou ne fournissaient aucun cadre à cet égard, par exemple, pour la consignation, la conservation et le respect des directives médicales anticipées, il serait difficile pour le fournisseur de soins, au moment d'offrir l'aide médicale à mourir, d'être certain que le document qu'il a devant lui a bien été rédigé par la personne et qu'il représente l'expression volontaire de son consentement, etc.

S'il n'y a pas de...

• (1640)

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

M. Jay Potter: Très bien. Merci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Allez-y, monsieur MacGregor.

M. Alistair MacGregor: Merci, madame la coprésidente.

Très rapidement, madame Hoffman, est-ce que Santé Canada a des données sur le nombre de personnes de moins de 18 ans, au Canada, qui souffrent de problèmes de santé graves et irrémédiables tels que définis dans le Code criminel?

Mme Abby Hoffman: Non, nous n'en avons pas.

M. Alistair MacGregor: Est-il possible d'obtenir ces données? Cherche-t-on à les obtenir?

Mme Abby Hoffman: Non. Je pense que nous pourrions obtenir du milieu de la pédiatrie des données relatives à la prévalence. On pourrait trouver des renseignements sur le cancer pédiatrique, par exemple, et des données sur la morbidité et la mortalité, mais pas pour la plupart des autres maladies.

M. Alistair MacGregor: Je vois. Merci.

J'aimerais passer à M. Potter.

Monsieur Potter, en Colombie-Britannique, l'Infants Act définit ce qui constitue le consentement d'un mineur mature. Essentiellement, un fournisseur de soins de santé peut accepter le consentement d'un enfant s'il a la certitude que l'enfant comprend la nécessité d'obtenir ces soins, la nature des soins et les avantages et les risques associés.

Y a-t-il d'autres mesures législatives semblables au Canada, dans les provinces et les territoires? Si nous comptons examiner la question des mineurs matures, nous devons comprendre les fondements des lois provinciales concernées.

M. Jay Potter: Je crois savoir que cela varie. Je vous renvoie de nouveau à l'étude du Conseil des académies canadiennes, car si ma mémoire est bonne, on y présente un résumé comparatif fort utile entre les diverses administrations. Il y a des variations, d'après ce que je comprends, et dans certains cas en particulier, ce n'est peut-être pas aussi précis que dans la loi de la Colombie-Britannique dont vous avez parlé. Cela découle peut-être davantage de l'évolution et de l'application de jurisprudence en common law.

Encore une fois, je vous invite à consulter l'étude du Conseil des académies canadiennes, car je pense que vous y trouverez votre réponse.

M. Alistair MacGregor: Devrait-on envisager d'inclure une telle définition dans le Code criminel afin d'assurer une certaine uniformité?

M. Jay Potter: Si le législateur voulait autoriser l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, alors...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous avez 10 secondes.

M. Jay Potter: ... il pourrait être obligé de se pencher sur la définition de « mineur mature ». Il pourrait soit s'inspirer de mesures législatives provinciales, soit établir sa propre définition précise. Cela dépendrait essentiellement de l'objectif du législateur à cet égard.

M. Alistair MacGregor: Merci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

Nous retournons en haut de la liste. Je donne la parole à M. Cooper pour cinq minutes.

M. Michael Cooper: Merci, madame la coprésidente.

Mes questions portent sur les premier et deuxième rapports annuels, qui ne contiennent aucune statistique sur le nombre de rapports sur l'aide médicale à mourir incomplets ou inexacts transmis à Santé Canada ni de renseignements sur les correctifs apportés. Un des fonctionnaires pourrait-il nous dire combien de rapports inexacts ont été transmis et de quelle façon ces rapports ont été corrigés pour en assurer l'exactitude?

Mme Abby Hoffman: Je peux répondre à cela.

Je ne peux pas vous donner un chiffre exact, mais je peux vous dire que nous communiquons avec le fournisseur concerné chaque fois que nous recevons un rapport de cas dans lequel certains renseignements sont manquants ou semblent incomplets. Dans le cas des provinces qui nous transmettent des rapports pour l'ensemble de leurs fournisseurs, nous avons des discussions avec les autorités

responsables pour veiller à ce que les rapports soient remplis correctement.

Je souligne simplement que la très grande majorité des rapports nous sont transmis par les provinces au nom de tous les fournisseurs d'aide médicale à mourir qui ont eu des cas actifs sur une période donnée. Souvent, ces provinces collectent des renseignements supplémentaires de leur côté. Un certain contrôle de qualité des données est donc effectué avant que nous ne les recevions. Par conséquent, nous avons bon espoir que...

M. Michael Cooper: Merci, j'apprécie l'information qui est utile, mais, comme vous l'indiquez, certaines données sont transmises directement à Santé Canada et non pas par l'entremise d'un organisme provincial. Le deuxième rapport que j'ai examiné fait référence à un système de vérification électronique pour garantir l'exhaustivité, mais est-ce la seule mesure en place? Que je sache, il faut 10 minutes ou moins pour remplir ces rapports. Si on prend l'exemple d'un rapport qui semble être complet parce que toutes les cases sont cochées, qu'est-ce qui garantit qu'il est bel et bien complet et exact?

• (1645)

Mme Abby Hoffman: Je crois qu'il vient un moment où il faut faire confiance aux fournisseurs. Je crois que quiconque a interagi avec les médecins fournissant l'AMM a été ébloui par la diligence raisonnable...

M. Michael Cooper: D'accord, je comprends ce que...

Mme Abby Hoffman: ... qu'appliquent ces professionnels. Si le rapport est incomplet, nous communiquons avec la personne qui l'a envoyé.

M. Michael Cooper: S'il n'y a aucune vérification supplémentaire, comment savez-vous s'il est complet?

Mme Abby Hoffman: Nous ne passons pas nos journées à vérifier chacun des...

M. Michael Cooper: Je ne vous demande pas... Désolé, j'ai peu de temps. Je ne cherche pas à vous interrompre.

Je ne suggère pas qu'il serait réaliste de vérifier chaque rapport, un à la fois. Il doit toutefois y avoir une mesure supplémentaire en place pour veiller à l'exactitude. Si je comprends bien ce que vous dites, il n'y en a pas.

Mme Abby Hoffman: Non, ce n'est pas ce que je vous dis. Je vous dis que le rapport...

M. Michael Cooper: Je pourrais peut-être vous poser une question précise. Y a-t-il des vérifications sur place, par exemple, de cas sélectionnés aléatoirement au pays? Ce pourrait être une façon de...

Mme Abby Hoffman: Il n'y en a pas qui soient menées par nous, mais j'ai mentionné plus tôt, en réponse à une autre question, que les provinces sont dotées de mécanismes de surveillance et qu'il existe des procédures d'examen de la qualité; à notre avis, la surveillance de l'AMM est en général très satisfaisante. Nous n'avons pas de préoccupations présentement. Nous n'avons pas de raisons de nous soucier que des rapports sur l'AMM remplis par des professionnels de la santé comportent des données incomplètes, inexacts ou frauduleuses — et rien n'indique que nous devrions nous en inquiéter. Nous n'avons pas observé de signes préoccupants. En fait, comme je le disais, grâce aux mécanismes supplémentaires en place dans les provinces — certains étant pour l'évaluation de la qualité et d'autres étant pour la surveillance et la conformité — nous jugeons que le système est bien rodé.

J'ajouterais qu'il faut plus de 10 minutes pour remplir le rapport, et que les nouveaux ensembles de données seront considérablement plus complexes et nécessiteront plus de temps.

M. Michael Cooper: Je le répète, certains rapports ne sont pas transmis par l'entremise des organismes provinciaux.

Mme Abby Hoffman: C'est exact. Une petite proportion du nombre total de cas d'AMM nous sont directement transmis.

M. Michael Cooper: Quelle est cette proportion?

Mme Abby Hoffman: Cette proportion représente probablement moins de 10 % de tous les cas d'AMM au Canada.

M. Michael Cooper: En ce qui a trait à ces cas qui sont directement transmis à Santé Canada, y a-t-il un mécanisme en place pour veiller à ce que les données de surveillance recueillies au niveau fédéral sont transmises aux forces de l'ordre tel que prévu par la réglementation?

Mme Abby Hoffman: Monsieur Cooper, je crois que vous m'avez posé cette même question l'an dernier et je crois vous avoir répondu que l'application de la loi ne relève pas du gouvernement fédéral ni du système de surveillance.

Si, dans un cas exceptionnel — ou dans une situation hypothétique — nous avons des raisons de croire que le rapport était incomplet, nous communiquerions avec la personne qui a envoyé le rapport. Étant donné la nature des données que nous traitons, il ne serait pas raisonnable que nous alertions les organismes d'application de la loi.

Ces responsabilités relèvent des provinces. C'est très clair.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci, madame Hoffman.

Je peux maintenant revenir à l'ordre initial des députés libéraux, mais, comme leur nombre est pair, ce serait à nouveau au tour de M. Maloney, pour cinq minutes.

Est-ce exact?

M. James Maloney: Je crois que ce l'est, madame la présidente.

Je vais partager mon temps avec la Dre Fry.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci. Vous disposez de cinq minutes.

M. James Maloney: Merci.

Je vais rapidement poser quelques questions, puis je cèderai le reste de mon temps.

Madame Hoffman, je vous remercie d'avoir mentionné Victoria. J'ai regardé l'émission de télévision à laquelle vous avez fait référence, et la médecin impliquée était la Dre Stefanie Green. Je crois que le taux sur l'île de Vancouver s'élève à 7 %. Connaissez-vous l'explication derrière ce taux élevé? Il s'explique peut-être par la forte présence d'aînés, par exemple.

Mme Abby Hoffman: Je crois que la démographie explique quelque peu ce taux: le profil de la population, l'âge, le niveau de scolarité, etc. L'autre facteur, auquel j'ai fait allusion tout à l'heure, est que les régions de la santé sur l'île de Vancouver ont déployé des efforts considérables pour garantir l'accès à l'AMM.

Ces deux facteurs réunis font de toute évidence une différence: le profil démographique, le statut socioéconomique et la disponibilité d'un régime d'AMM très ouvert, accueillant et bien adapté.

M. James Maloney: Merci. Je posais la question en pensant au taux de 4 %. Là où je veux en venir, c'est qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter.

Mme Abby Hoffman: Nous n'en sommes pas à ce stade.

Comprenez bien que la situation varie d'une région à l'autre du pays. Nous le savons. Tout le monde sait que le taux provincial au Québec est considérablement plus élevé que celui de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Si le taux national montait en flèche pour atteindre 7 % — ce que je n'anticipe pas, mais si c'était le cas — je crois qu'il serait alors sage et prudent d'examiner la situation de près. Ce n'est pas une tendance que nous avons décelée.

• (1650)

M. James Maloney: Je vois.

Le sénateur Kutcher a posé une question que j'allais poser. Elle portait sur le pourcentage de cas où un trouble mental s'ajoute à l'autre diagnostic. Je ne suis pas convaincu que nous ayons obtenu une réponse à cette question; serait-ce possible d'y répondre?

Mme Abby Hoffman: Nous pouvons essayer de répondre, mais je ne pense pas que le système de collecte de données actuel nous fournisse les données à ce sujet. Il recueille plutôt des données sur les conditions médicales principales. Si vous me le permettez, madame la présidente, je vais m'en remettre à ma collègue Mme Lemaire pour répondre rapidement à la question de M. Maloney.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je précise simplement qu'il reste environ la moitié du temps.

M. James Maloney: Je vais en rester là. Si l'information est disponible et pouvait nous être transmise, ce serait formidable.

Mme Jackie Lemaire (conseillère principale des politiques, Unité des soins en fin de vie, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé): J'ai une brève réponse. L'information n'est pas disponible. Nous indiquons s'il y a de multiples troubles comorbides, mais nous ne ventilons pas ces données.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

M. James Maloney: Merci. Je vais m'arrêter ici pour donner la parole à la Dre Fry.

L'hon. Hedy Fry: Merci beaucoup, monsieur Maloney. Je vous suis reconnaissante de votre générosité pour partager votre temps avec moi.

Nous discutons de différents enjeux. La décision Carter a mené à la loi canadienne, et nous essayons de déterminer si le système fonctionne réellement ou pas. Madame Hoffman, connaissez-vous le pourcentage de patients qui ont vu leur demande d'AMM refusée ou le pourcentage de patients qui ont demandé l'AMM pour ensuite changer d'idée? Détenez-vous ces données?

Mme Abby Hoffman: Nous détenons ces données, et elles figurent dans les rapports annuels, madame Fry. Ainsi, plutôt que de discuter sur ces données, cela me fera plaisir de vous acheminer le tableau où figure l'information montrant l'évolution de la situation depuis la création de l'AMM.

Je puis tout de même vous dire que le nombre de refus représente une plus faible proportion que nous pourrions le croire. Je suis désolée, je vais me fier à ma mémoire, mais je crois qu'elle se situe entre 15 et 17 %.

Une des raisons n'est pas que les professionnels de la santé fournissant l'AMM approuvent toutes les demandes. Bien souvent, un patient demandant l'AMM aura une discussion avec le fournisseur quant à la probabilité d'être réputé admissible; s'il ne l'est pas, il ne fera pas de demande formelle. Par conséquent, la proportion de refus que j'ai mentionnée vise les demandes écrites formelles, ce qui est quelque peu différent.

Nous avons aussi des renseignements détaillés sur les demandes retirées et les demandes approuvées qui ne mènent finalement pas à un décès par l'AMM. Dans bien des cas, la personne décède avant que la procédure puisse avoir lieu. Un nombre très faible de personnes — qui n'est pas négligeable pour autant — renoncent à leur demande à l'approche de la date choisie ou même la journée prévue pour l'AMM. Elles disent simplement: « Je ne désire plus aller de l'avant. » D'autres patients sont dans une situation intermédiaire: ils ont reçu des soins palliatifs ou une autre forme d'aide et disent: « Je peux continuer. Je n'ai plus besoin de poursuivre les démarches de l'AMM présentement. »

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): D'accord. Merci. Le temps est écoulé.

Je suis désolée, madame Fry.

L'hon. Hedy Fry: Merci, madame Hoffman. J'apprécierais que vous nous envoyiez ce graphique; acheminez-le aux cogreffiers.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Monsieur Thériault, vous disposez de cinq minutes.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

Pour ce qui est des troubles mentaux comme seul problème médical invoqué, j'aimerais donner un exemple pour démontrer la difficulté que nous aurons à statuer sur la question. Vous me direz ce que vous en pensez par la suite. En fait, je cherche à savoir si cela constitue le défi principal.

Je cite encore une fois le rapport du Conseil des académies canadiennes:

Le défi particulier que présentent certaines personnes demandant l'[aide médicale à mourir lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué], c'est que leur désir de mourir pourrait être un symptôme de leur trouble mental. L'idéation suicidaire est un symptôme psychiatrique courant, et certains troubles mentaux peuvent déformer les pensées et les émotions d'une personne, entraînant le désir de mourir, le désespoir et une vision négative de l'avenir, même si la personne a conservé sa capacité décisionnelle. Il peut être difficile pour un clinicien de faire la distinction entre une personne capable, qui prend une décision autonome en matière d'[aide médicale à mourir], et une personne dont le désir pathologique de mourir est un symptôme de son trouble mental, qui interfère ainsi avec la prise de décision.

Quand je lis cela, je me dis que j'ai hâte de pouvoir lire le rapport du comité d'experts sur cette question. Nous ne pourrions pas non plus faire l'économie de leur comparution devant notre comité afin qu'ils nous expliquent, entre autres choses, comment on peut se sortir de ce genre de difficulté.

Qu'en pensez-vous?

• (1655)

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Je suis tout à fait d'accord. C'est précisé-mont ce sur quoi le groupe de travail va se pencher. Il ne fait aucun doute que certaines décisions sont complexes et ardues, mais je crois qu'il est important de ne pas entamer la discussion avec des « préjugés, » si je puis employer ce mot. Dans les faits, le désir de

s'enlever la vie est un symptôme de certaines maladies mentales, mais les tendances suicidaires ne sont pas des symptômes ou des caractéristiques de la grande majorité des maladies mentales.

Nous avons besoin de certitude. Je ne devrais pas me prononcer davantage sur la question. Je suis persuadée que les experts du groupe de travail se feront un plaisir de se réunir avec votre comité. Ils pourront vous expliquer davantage la pratique professionnelle qui sous-tend les points que je viens de soulever et vous éclairer quant aux autres moyens de faire une évaluation clinique d'un patient selon les critères pour l'AMM, les critères d'admissibilité et les mesures de précaution en place.

[Français]

M. Luc Thériault: On sait que l'état suicidaire est réversible, mais, selon la littérature, le caractère irrémédiable de la maladie semble bien difficile à cerner, étant donné l'évolution d'une maladie mentale ou d'un trouble mental chez un individu en particulier et les différents états qu'il peut présenter.

Bref, beaucoup de travail nous attend, et je suis un peu angoissé par le temps dont nous disposons pour prendre des décisions à ce sujet.

Dans un autre ordre d'idées, nous parlions tantôt des mineurs matures. Il y a très peu de données à propos de l'aide médicale à mourir qui est maintenant offerte aussi aux mineurs matures aux Pays-Bas et en Belgique. Quelles sont les protections mises en place dans ces pays entourant les demandes d'aide médicale à mourir pour les mineurs matures?

[Traduction]

M. Jay Potter: je peux peut-être entamer une réponse. Ici encore, je vous référerai au rapport du Conseil des académies canadiennes puisque c'est de lui que relèvent ces responsabilités.

Pour revenir à la question que vous avez posée plus tôt, monsieur Thériault, sachez que, aux Pays-Bas, le consentement parental est nécessaire pour les jeunes de 12 à 16 ans. Les parents doivent être consultés si le patient est âgé de 16 à 18 ans, mais ils n'ont pas de droit de veto. J'espère que ces renseignements répondent à la question posée tout à l'heure, mais, de façon générale, je vous inviterais à d'abord consulter le rapport.

Mme Abby Hoffman: Si vous me le permettez, madame la présidente, j'ajouterai que, dans certains pays, la personne...

[Français]

M. Luc Thériault: Je le sais, j'ai lu le...

D'accord, allez-y, madame Hoffman.

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Pardonnez-moi. J'allais juste noter très rapidement que dans certains pays du Benelux, seuls les mineurs en phase terminale sont admissibles à l'aide médicale à mourir; il n'y aurait donc pas d'équivalent à notre situation avec les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible.

[Français]

M. Luc Thériault: C'est tout à fait exact.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Voilà qui conclut vos cinq minutes. Merci.

C'est maintenant au tour de M. MacGregor, pendant cinq minutes.

M. Alistair MacGregor: Merci beaucoup, madame la coprésidente.

Je peux peut-être poser ma question à EDSC et à Mme Banerjee, qui portera sur les Canadiens vivant avec un handicap. De votre point de vue et d'après la rétroaction que vous recevez au service de cette partie de la population, quels sont les principaux commentaires que vous entendez à propos d'obstacles les empêchant d'avoir une réelle qualité de vie au Canada? Y a-t-il des éléments dont vous pouvez nous parler afin de guider le Comité dans ses travaux sur cet enjeu fort sensible?

• (1700)

Mme Mausumi Banerjee: Comme je l'ai dit, nous avons davantage travaillé sur le plan de l'inclusion des personnes vivant avec un handicap en général que sur le dossier de l'aide médicale à mourir, et nous entretenons aussi des liens avec un certain nombre d'intervenants. Il est clair que la sécurité financière est source de préoccupation, tout comme les effets ressentis de la pandémie, et tous ces enjeux nous guident dans notre travail qui vise à élaborer un plan d'action sur l'inclusion des personnes handicapées.

On nous parle d'obstacles de différentes sortes, qu'ils soient comportementaux ou physiques, et nous en tenons compte pour notre plan d'action sur l'inclusion des personnes handicapées et la prestation canadienne pour les personnes handicapées qui a été annoncée dans le discours du Trône de 2020.

M. Alistair MacGregor: En ce qui concerne l'inclusion, est-ce que les gens parlent davantage de la sécurité financière, ou alors plutôt des mesures de soutien générales disponibles, qu'il s'agisse de l'accès aux services, de la mobilité, etc.? Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

Mme Mausumi Banerjee: Je pense que les préoccupations les plus importantes concernaient la sécurité financière et l'emploi; c'est surtout cela. Cela dit, d'un point de vue plus général, on a évoqué l'accès aux programmes et le fait que toute mesure au niveau fédéral ou autre — une prestation pour les personnes handicapées, par exemple — doit globalement avoir des effets bénéfiques sur les personnes handicapées afin qu'elles ne perdent pas d'autres mesures de soutien auxquelles elles pourraient être admissibles.

M. Alistair MacGregor: Merci beaucoup.

Madame Hoffman, à propos des soins palliatifs, dans le plan d'action de 2019 de Santé Canada à ce sujet, l'un des objectifs était d'améliorer l'accès à ces soins pour les populations mal desservies. Avons-nous une idée du manque à gagner actuel? Que faut-il encore accomplir pour veiller à ce que tous les Canadiens, peu importe où ils vivent au pays, aient un accès juste et équitable aux soins palliatifs? Avez-vous une idée du temps que cela prendra pour atteindre ces objectifs et du financement nécessaire à prévoir pour que cela devienne réalité?

Mme Abby Hoffman: Je ne suis pas certaine de pouvoir vous donner des statistiques réelles sur le manque à gagner, monsieur MacGregor. Nous savons qu'il y a encore beaucoup à faire pour les soins palliatifs offerts à domicile, qui peuvent être offerts lorsque le patient a besoin de soins palliatifs, mais sans pour autant devoir être hospitalisé. Nous avons une approche sectorielle qui prévoit diverses initiatives et différents projets, en plus des fonds qui nous ont été octroyés dans le budget de 2021, et tout cela vise à combler certaines des lacunes qui avaient été relevées dans le plan d'action.

Pour ce qui est des populations mal desservies, vous ne serez pas surpris d'apprendre que les communautés autochtones le sont particulièrement. Un montant d'argent a été précisément octroyé au début de l'initiative pour cette population. Nous travaillons de concert avec Services aux Autochtones Canada et divers groupes autochtones pour distribuer l'argent au mieux, mais ces décisions ne nous reviennent pas tant que cela. Les décisions se prennent davantage de concert avec les communautés et SAC.

Quant aux données que vous aimeriez avoir, je peux demander à mes collègues s'ils ont quelque chose à ajouter à cet égard, mais je ne crois pas que le manque à gagner ait été documenté en détail au niveau où vous le désireriez. Je ne crois pas que nous ayons ces données.

Je m'en remets à mes collègues. Quelqu'un désire-t-il répondre à la question ou ajouter quelque chose?

Mme Venetia Lawless (gestionnaire, Unité des soins en fin de vie, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé): Je suis d'accord avec ce qui a été dit. Nous n'avons pas les données quant à l'ampleur du manque à gagner. Nous savons qu'il y a beaucoup à faire. Nous travaillons de concert avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec nos partenaires pour voir comment combler toutes ces lacunes ensemble.

M. Alistair MacGregor: Merci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): D'accord, merci.

Le coprésident (M. Michael Barrett): Il reste 11 minutes et nous avons encore 12 minutes de questions prévues pour les sénateurs, alors je serai strict avec le temps.

Nous allons entamer un tour de trois minutes avec la sénatrice Mégie.

• (1705)

[Français]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: Merci, monsieur le président.

J'aimerais aborder la question de la maladie mentale.

Il y a souvent un lien entre la maladie mentale et les inégalités sociales. Quelles mesures de sauvegarde ont été prises par les autres États en ce qui concerne les personnes atteintes d'une maladie mentale?

Le gouvernement fédéral peut-il investir en vue d'améliorer l'accès à des services de soutien pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale? Cela pourrait aider ces personnes à cheminer avant d'en arriver à faire une demande d'aide médicale à mourir.

Je ne sais pas lequel des témoins peut répondre à ces questions.

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Madame la sénatrice, je peux peut-être commencer par dire que nous savons que le groupe d'experts a examiné de très près certaines mesures prises ailleurs en matière de mécanismes de protection pour les cas de maladie mentale. Plutôt que d'essayer de spéculer sur ce que le groupe d'experts pourrait dire dans son rapport, je vous demanderais d'attendre la publication dudit rapport et l'occasion de leur poser des questions.

[Français]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: D'accord.

Je vous remercie.

[Traduction]

Le coprésident (M. Michael Barrett): Il vous reste une minute et 30 secondes, madame la sénatrice. Désirez-vous poursuivre ou céder votre temps?

[Français]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: Je vais céder la place à l'un de mes collègues.

[Traduction]

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci, madame la sénatrice.

Nous allons maintenant passer au sénateur Kutcher pendant trois minutes. Allez-y, je vous prie.

L'hon. Stanley Kutcher: Merci beaucoup, monsieur le président.

Madame Hoffman, vous avez dit plutôt qu'il n'y a pas eu un consensus sur l'aide médicale à mourir dès le début du processus. Pourriez-vous nous donner une idée de la proportion des professionnels de la santé qui, disons, lorsque le projet de loi C-14 est devenu loi, étaient à l'aise avec l'idée de prodiguer l'aide médicale à mourir, ou AMM, et étaient en faveur d'une telle chose et de ceux qui ne l'étaient pas? Dans la communauté des soins palliatifs, quelles étaient les proportions lorsque l'aide médicale à mourir a été légalisée? Est-ce que la situation a changé? Le consensus a-t-il évolué au fil du temps?

Mme Abby Hoffman: Tout d'abord, je crois qu'il y avait une petite masse critique de prestataires qui étaient prêts à prodiguer l'aide médicale à mourir lorsque la loi a été instaurée. Certains avaient tout fait, sauf prodiguer l'aide médicale à mourir à leurs patients en fin de vie et étaient donc prêts à le faire. Cela dit, nous sommes arrivés au point où nous en sommes aujourd'hui assez rapidement, alors que l'on compte près de 1 500 prestataires et évaluateurs. Tous ne s'occupent pas de nombreux cas. Certains en font relativement peu.

Des sondages menés au début par l'Association canadienne médicale, par exemple, ont montré que la communauté médicale n'était pas unanimement en faveur de l'AMM, mais qu'elle y était relativement favorable et disposée à la prodiguer ou à assurer le rôle d'évaluateur. Ce n'est pas exactement la même chose.

De façon générale, plus de gens sont en faveur de l'AMM désormais et sont prêts à la prodiguer ou à assurer le rôle d'évaluateur. Nous savons qu'il va y avoir une pause, si l'on peut dire, lorsque les prestataires commenceront à recevoir ce qu'on appelle des cas du « deuxième volet », qui pourraient susciter de sérieuses réflexions chez certains. Cela pourrait être en partie dû au fait qu'ils pourraient avoir des réserves quant à l'idée de prodiguer l'aide médicale à mourir à une personne qui n'est pas en fin de vie. Cela pourrait tout autant être dû au fait qu'il leur faudrait un ensemble de compétences précises pour ces cas et qu'à moins qu'ils ne désirent devenir une sorte de praticien spécialisé dans l'aide médicale à mourir, ce n'est pas une voie qu'ils désirent emprunter.

Voilà pourquoi j'ai dit plus tôt que nous avons déjà décelé une tendance de certains praticiens à traiter un plus grand nombre de cas et nous nous attendons à ce que les choses évoluent et prennent de l'ampleur à l'avenir. Je ne peux pas vous dire exactement combien étaient pour et combien étaient contre. Je pense que l'opinion des gens change au fil du temps, et c'est ce qui s'est produit dans la communauté médicale. Nous l'avons constaté.

L'hon. Stanley Kutcher: Merci beaucoup.

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci, monsieur le sénateur.

Merci, madame Hoffman.

Nous allons passer au sénateur Dalphond pendant trois minutes. Allez-y, je vous prie.

• (1710)

[Français]

L'hon. Pierre Dalphond: Merci, monsieur le président.

Madame Hoffman, je comprends le droit à l'autodétermination. Je comprends aussi que, dans certaines situations, on peut évaluer au cas par cas les dossiers des gens souffrant d'une maladie mentale.

Cependant, sur le plan de la politique générale, ne croyez-vous pas qu'il serait plus acceptable pour les Canadiens que ce changement s'accompagne d'une injection supplémentaire de fonds publics dans les traitements de la maladie mentale? Pendant la pandémie, on a vu que les ressources étaient malheureusement insuffisantes à ce chapitre.

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Je pense qu'en règle générale, lorsqu'il est largement reconnu qu'un milieu ne dispose pas de suffisamment de ressources, il est logique d'investir dans celui-ci afin d'offrir plus de services et de meilleures ressources pour ces derniers.

Cela dit, permettez-moi de noter que dans le cadre de l'AMM, les cas où la seule condition médicale sous-jacente est une maladie mentale seront probablement des cas où le traitement n'aura pas fonctionné. Prenez le système actuel prévu pour les cas de personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible et pensez à ce que le groupe d'experts vous dira inévitablement sur des mécanismes de protection additionnels. Je pense qu'on aura une idée d'un accès à l'aide médicale à mourir pour les gens qui sont atteints d'une maladie mentale grave et pour lesquels il y a aura un examen exhaustif de tous les traitements, soutiens et interventions offerts sur une longue période de temps.

Il s'agira plus vraisemblablement de gens qui pourraient être considérés pour recevoir l'aide médicale à mourir après des démarches exhaustives en soins psychiatriques. On ne parle pas de gens qui obtiendraient soudainement un diagnostic de bipolarité ou de quelque chose du genre, et qui se retrouveraient un mois plus tard dans le bureau d'un prestataire d'aide médicale à mourir pour demander à ce qu'on la lui prodigue.

Quoi qu'il en soit, le groupe d'experts vous expliquera tout cela à sa manière, et pas de façon vernaculaire comme je viens de le faire. Je pense que ces questions sont liées, mais qu'elles sont quelque peu différentes. Je parle de la disponibilité générale des services en bien-être et en santé mentale et de l'enjeu de l'accès aux traitements pour une personne souffrant d'une maladie mentale qui se rend au point de demander l'AMM.

[Français]

L'hon. Pierre Dalphond: Je vous remercie.

[Traduction]

Le coprésident (M. Michael Barrett): Merci, monsieur le sénateur.

Sénatrice Martin, vous disposez de trois minutes. Allez-y.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci, monsieur le vice-coprésident.

Madame Hoffman, j'aimerais vous poser une question. Je suis de la Colombie-Britannique, et en ce qui a trait aux soins palliatifs, certains témoins nous ont parlé non pas d'une compétition pour les fonds, mais de leur affectation pour l'aide médicale à mourir, alors qu'ils auraient pu servir aux soins palliatifs. Il y a une certaine concurrence en vue du financement.

Ma question rejoint celle de M. Barrett. Est-il possible pour le gouvernement fédéral de communiquer avec les provinces afin de déterminer quelles sont les dépenses exactes en matière de soins palliatifs, par opposition aux dépenses relatives à l'aide médicale à mourir? Est-ce que vous pourriez nous revenir avec cette information ou la transmettre au Comité?

Mme Abby Hoffman: Si vous me le permettez, sénatrice Martin, je demanderais à Venetia Lawless de répondre à cette question.

Mme Venetia Lawless: Merci.

Si vous faites référence à l'énoncé de principes communs sur les accords bilatéraux en matière de financement, nous avons des ententes d'ordre général sur les dépenses relatives aux soins palliatifs par l'entremise des plans d'action convenus. Ce sont tous des documents publics. Il est difficile de déterminer le montant exact des dépenses. Par exemple, en Ontario, les fonds octroyés ont été fusionnés aux dépenses relatives aux soins palliatifs dans les domiciles et les collectivités. Les fonds provinciaux sont donc inclus. Il y a beaucoup de chevauchement.

Nous n'avons pas les chiffres exacts, mais nous pourrions vous donner une idée générale de l'enveloppe consacrée aux soins palliatifs. Nous pourrions faire un suivi et vous transmettre l'information.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Cela nous serait utile. C'est une question d'exactitude et de transparence. Il faut veiller à ce que les soins palliatifs ne fassent pas l'objet d'une quelconque concurrence et à ce qu'ils ne soient pas moins financés en raison d'un financement accru de l'aide médicale à mourir.

Merci beaucoup, monsieur le vice-coprésident.

C'est le moment pour nous de remercier tous les représentants qui ont témoigné devant nous aujourd'hui et qui ont répondu à nos questions. Nous aurions aimé avoir plusieurs heures supplémentaires avec vous, mais c'est tout pour aujourd'hui. Merci beaucoup.

• (1715)

Mme Abby Hoffman: Merci, madame la présidente.

M. Jay Potter: Merci beaucoup, madame la présidente.

Mme Mausumi Banerjee: Merci beaucoup.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Mesdames et messieurs les membres du Comité, avant de passer à la demande de M. Anandasangaree visant une discussion pour les 15 dernières minutes de la réunion, je tenais à vous rappeler de transmettre votre liste de témoins proposés aux greffiers d'ici demain 16 heures, heure de l'Est. Cela ne nous donne pas beaucoup de temps, mais je sais que nous travaillons tous déjà à cette liste depuis un moment. Les greffiers et les analystes examineront et compileront la liste des témoins à des fins d'étude par le Comité. Je vous rappelle donc que vous avez jusqu'à demain, 16 heures pour nous transmettre une liste.

J'inviterais maintenant M. Anandasangaree à nous présenter le point que nous avons convenu d'examiner pour les 15 dernières minutes de la réunion.

M. Gary Anandasangaree: Merci, madame la présidente.

Chers collègues, je vous remercie pour votre indulgence.

Étant donné le peu de temps dont nous disposons pour réaliser cette étude et la déposer d'ici le 23 juin, je crois qu'il serait important de tenir une réunion du Sous-comité afin de confirmer les témoins et d'en établir l'ordre de priorité. Nous pourrions également nous entendre sur le nombre de réunions que nous allons tenir et sur la disponibilité des ressources de la Chambre à cette fin.

Je propose — et je ne sais pas si je dois présenter une motion officielle — que nous tenions une réunion du Sous-comité mercredi prochain, le 20 avril, de 13 h 30 à 15 h 30, afin d'aborder ce sujet. Ensuite, je crois que selon les disponibilités de la Chambre, nous pourrions tenir une réunion le lundi 25 avril. Dans le cadre de cette réunion, nous pourrions présenter le rapport, le faire approuver par les membres du Comité et poursuivre avec la comparution des témoins.

Je voulais savoir ce qu'en pensent les membres du Comité. Nous pourrions approfondir la question mercredi et établir le plan de travail pour les prochaines semaines.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

La motion vise la tenue d'une réunion du Sous-comité mercredi prochain, le 20 avril, à... avez-vous dit 11 h 30?

M. Gary Anandasangaree: De 13 h 30 à 15 h 30.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Avez-vous des questions ou des commentaires avant que nous demandions le consentement? Comme il n'y en a pas, je crois que la motion est adoptée.

Nous allons tenir une réunion du Sous-comité la semaine prochaine; le 20 avril.

Pour cette réunion, je me demande si nous avons reçu la candidature du député libéral supplémentaire qui siègera au Sous-Comité. Pour le Sénat, nous avons confirmé que le sénateur Kutcher ferait partie du Sous-comité, mais savons-nous quel député libéral en fera partie également?

M. Gary Anandasangaree: Madame la présidente, je serais prêt à siéger au Sous-comité si les autres membres du Comité le souhaitent.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): D'accord. Y a-t-il une motion à cet effet ou une acceptation de l'offre?

M. James Maloney: J'en fais la proposition.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): M. Maloney propose la motion. D'accord. Elle est adoptée.

Chers collègues, je vous remercie une fois de plus. Notre réunion a duré trois heures, mais nous avons réussi à nous en tenir au temps qui était prévu, en grande partie. Nous remercions les greffiers pour le travail qu'ils ont fait en coulisse pour que nous soyons prêts pour la réunion d'aujourd'hui, et tout le personnel qui y a participé également.

Je vous souhaite de joyeuses Pâques et un bon congé à tous. Je sais que vous travaillez fort dans vos circonscriptions au cours de cette période.

Merci. 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>