



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

# **Comité permanent de la justice et des droits de la personne**

---

JUST • NUMÉRO 013 • 1<sup>re</sup> SESSION • 42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mercredi 4 mai 2016**

—  
**Président**

**M. Anthony Housefather**



## Comité permanent de la justice et des droits de la personne

Le mercredi 4 mai 2016

• (1600)

[Traduction]

**Le président (M. Anthony Housefather (Mont-Royal, Lib.)):** Mesdames et messieurs, il me fait grand plaisir d'accueillir tous nos témoins au Comité permanent de la justice et des droits de la personne.

Je dois vous prévenir que, par suite des votes à la Chambre des communes, nous devons peut-être suspendre la réunion, au beau milieu des témoignages, pour que tous les membres puissent aller voter. Vous ne perdrez pas de temps. On suspend les travaux et on revient.

Nos groupes de travail se termineront sans doute plus tard, après l'heure prévue. Nous sommes désolés. C'est juste la façon dont les choses ont fini.

Encore une fois, nous vous sommes très reconnaissants à tous d'être ici.

Nous avons la Dre Catherine Ferrier, présidente du Collectif des médecins contre l'euthanasie; M. Michel Racicot, de Vivre dans la dignité; Wanda Morris, de l'Association canadienne des individus retraités; et de l'Association médicale canadienne, la Dre Cindy Forbes, présidente, et Jeff Blackmer, vice-président, secteur Professionnalisme médical.

Chacun de vous a huit minutes. Nous vous demandons de vous en tenir au projet de loi et de proposer des amendements au projet de loi. Nous ne voulons pas refaire le travail du comité spécial.

Nous allons commencer par l'Association médicale canadienne, madame Forbes, la parole est à vous.

Avant de commencer, je dois avoir le consentement unanime du Comité pour poursuivre les travaux pendant que les cloches sonnent. Ai-je le consentement unanime du Comité?

**Des voix:** D'accord.

**Le président:** Merci.

Nous suspendrons nos travaux pour voter. Le greffier nous dira quand nous devons y aller.

**Dre Cindy Forbes (présidente, Association médicale canadienne):** Merci, monsieur le président.

Comme vous l'avez mentionné, je suis la Dre Cindy Forbes, présidente de l'Association médicale canadienne. Je suis aussi médecin de famille de la Nouvelle-Écosse. Je suis accompagnée aujourd'hui par le Dr Jeff Blackmer, vice-président du professionnalisme médical. M. Blackmer a dirigé les travaux de l'AMC sur l'aide médicale à mourir.

En sa qualité d'organisation nationale représentant plus de 83 000 médecins canadiens, l'AMC a joué un rôle déterminant dans le dialogue public sur ce que devrait être le cadre régissant l'aide à mourir. Permettez-moi de récapituler notre rôle. L'AMC avait pour position qu'il appartenait à la société de décider de légaliser ou non

l'aide médicale à mourir. Nous n'avons pas pris position sur cette question.

Suite à la décision historique de la Cour suprême l'année dernière, la définition de ce cadre a été placée au centre de tous les efforts considérables déployés par l'AMC, en consultation avec les médecins et le public. Au cours de notre travail, l'AMC a consulté directement des dizaines de milliers de membres. Ces larges consultations ont informé la position et les observations que nous vous présentons aujourd'hui au nom des médecins du Canada qui vous adressent ce message: l'AMC recommande que les parlementaires soutiennent l'adoption du projet de loi C-14 tel quel et sans amendement.

En sa qualité d'association professionnelle nationale représentant les médecins du Canada, l'AMC a joué un rôle important dans la conduite du dialogue public sur les soins de fin de vie. Elle a largement tenu compte de cette consultation approfondie dans l'élaboration de son ouvrage intitulé *Une approche fondée sur des principes pour encadrer l'aide à mourir au Canada*. Les principales recommandations de l'AMC portent sur quatre domaines: l'admissibilité des patients, les garanties en matière de procédure, les rôles et les responsabilités des médecins, et les garanties d'accès offertes aux patients. Les recommandations de l'AMC sur ces questions constituent notre position sur le cadre général régissant l'aide médicale à mourir au Canada.

Avant de passer la parole à mon collègue, le Dr Blackmer, qui va vous présenter la réponse de l'AMC sur les éléments principaux de la législation, je vous donnerai notre position sur l'approche globale.

Pour parler simplement, l'AMC appuie fortement la réponse globale du gouvernement à l'arrêt Carter, qui comprend des mesures législatives et non législatives. D'une importance particulière sont les engagements relatifs à la mise en place d'un système pancanadien de coordination des soins de fin de vie et d'une gamme complète de soins de fin de vie offerts aux patients, prévoyant notamment le développement des soins palliatifs.

Enfin, l'AMC reconnaît que les questions « Carter Plus » ont fait l'objet d'un débat public significatif. En particulier, celles concernant l'admissibilité des mineurs matures, les directives de soins anticipés, et la santé mentale comme seule affection.

L'AMC soutient l'approche proposée par le gouvernement fédéral de ne pas inclure ces questions dans le projet de loi C-14 et de les étudier plus en détail avant d'avancer des propositions législatives. Cette approche s'aligne sur celle adoptée par d'autres pays, par exemple, la Belgique.

Je vais maintenant céder la parole à mon collègue, le Dr Blackmer.

• (1605)

**Dr Jeff Blackmer (vice-président, Professionnalisme médical, Association médicale canadienne):** Merci, madame Forbes, et les membres du Comité.

Comme on vous l'a dit, je vais vous présenter la position de l'AMC sur les éléments principaux de ce projet de loi. Nous nous ferons un plaisir de répondre aux questions du Comité aujourd'hui et à tout moment au cours de votre importante étude.

Premièrement, la position de l'AMC est que les garanties proposées dans le projet de loi C-14 sont robustes et sont alignées avec nos recommandations. Ces garanties concernent notamment les critères d'admissibilité des patients, les exigences relatives au processus de demande de l'aide médicale à mourir, ainsi que celles concernant la surveillance et la présentation de rapports.

Deuxièmement, l'AMC soutient ce projet de loi tendant à mettre en place un cadre cohérent à l'échelle du Canada pour l'aide médicale à mourir, objectif reconnu comme extrêmement souhaitable.

En plus de ces garanties robustes, l'adoption, dans la législation fédérale, de définitions concernant l'aide médicale à mourir ainsi que ce qui constitue une affection médicale grave et irrémédiable, est une condition essentielle de la réalisation d'un cadre cohérent, pancanadien.

Nos recommandations fondées sur le principe reflètent la nature subjective de ce qui constitue une souffrance durable et intolérable, ainsi qu'une affection grave et irrémédiable, ainsi que le rôle du médecin dans la détermination de l'admissibilité.

Nous appuyons également l'objectif de soutenir la fourniture d'une gamme complète d'options pour les soins de fin de vie et de toujours respecter les convictions personnelles des dispensateurs de soins de santé. À cette fin, nous encourageons le gouvernement fédéral à faire au plus vite une réalité de son engagement à mettre en place un système de coordination pancanadien des soins de fin de vie. Idéalement, cela devrait être fait au plus tard le 6 juin.

L'AMC est consciente qu'une juridiction a rendu un tel système disponible pour aider à mettre en contact les patients qui sont admissibles à l'aide à mourir avec les prestataires disposés à la dispenser. Tant que ce système ne sera pas disponible dans tout le pays, il pourra y avoir une disparité eu égard au soutien dont bénéficient patients et praticiens selon la province.

Enfin, notre position est que le projet de loi C-14, dans la mesure du constitutionnellement possible, doit respecter les convictions personnelles des dispensateurs de soins de santé en protégeant le droit de ceux qui ne souhaitent pas participer à l'aide médicale à mourir ni renvoyer directement un patient à quelqu'un qui souhaite participer.

Nous serions très heureux de nous étendre davantage sur cette question cruciale, qui est également essentielle pour un cadre pancanadien cohérent.

Je vous remercie de votre attention.

**Le président:** Je remercie vivement l'AMC. Nous apprécions beaucoup votre intervention.

[Français]

Nous passons maintenant à M<sup>e</sup> Racicot.

[Traduction]

**M. Michel Racicot (vice-président, Vivre dans la dignité):** Merci, monsieur le président.

Comme vous le savez, je suis un avocat qui a plus de 40 ans d'expérience dans le droit de l'informatique et des télécommunications, de sorte que vous vous demandez peut-être ce que je fais ici. Je suis ici parce que j'ai aidé beaucoup de personnes malades en phase terminale, à commencer par ma femme, qui est morte d'un cancer à 37 ans en 1985, après que nous avons adopté trois enfants.

Je suis ici aussi parce que j'ai vu, quotidiennement et parfois pendant plusieurs semaines et des années, la réalité au jour le jour des travailleurs de soins palliatifs qui répondent aux besoins des patients dans leurs dernières semaines, jours, et parfois heures de la vie. Je suis également vice-président de Vivre dans la dignité, une organisation qui représente plus de 5 000 citoyens qui se préoccupent de l'avenir de notre système de soins de santé et, bien sûr, de notre nation.

Les gouvernements de ce pays lancent de grandes campagnes médiatiques pour tenter d'empêcher le suicide — suicide des jeunes, des Autochtones, des Inuits — et, malheureusement, les personnalités politiques font les manchettes quand une vague de suicides frappe une réserve. Mais maintenant, nous sommes sur le point d'autoriser les médecins à mettre fin à la vie de leurs patients ou à les aider à se suicider. N'allons-nous plus envoyer des brigades d'urgence pour tenter de persuader une personne de ne pas sauter d'un pont, ou allons-nous envoyer des médecins pour les pousser à leur mort? C'est la dure réalité à laquelle nous sommes maintenant confrontés.

Beaucoup ont affirmé que l'aide médicale à mourir est maintenant un nouveau droit en vertu de la Charte. L'arrêt Carter n'a pas créé un nouveau droit constitutionnel à la mort; la cour a seulement conclu que les interdictions du Code criminel portent atteinte aux droits existants à la vie, à la liberté et à la sécurité, garantis par la Charte. La Charte faisant partie de notre Constitution, la création d'un nouveau droit à la mort en vertu de la Charte, aurait dû exiger une modification de la Constitution, ce qui nécessite la participation du Parlement et de toutes les législatures provinciales. Cela ne pouvait pas être fait par la Cour suprême, et celle-ci n'a pas créé un nouveau droit à la mort en vertu de la Charte, seulement une exemption au droit pénal.

Avec votre permission, je voudrais, avant de passer aux amendements, essayer de vous montrer comment nous concevons les pouvoirs du Parlement. Beaucoup ont affirmé que le Parlement est tenu d'adopter une loi respectant les limites établies dans l'arrêt Carter. Le Parlement n'est pas tenu par la décision de la Cour suprême. Il n'est pas tenu d'adopter une loi qui cadre avec les paramètres énoncés dans l'arrêt Carter. Celui-ci repose sur la prémisse que l'interdiction du suicide assisté et de l'euthanasie vise à protéger uniquement les personnes vulnérables, pas à protéger tous les Canadiens. Le Parlement a maintenant le pouvoir de corriger le tir et de confirmer sans ambiguïté dans un nouveau projet de loi que l'interdiction du suicide assisté et de l'euthanasie vise bien à protéger tous les Canadiens. Il a également le pouvoir de rétablir ces interdictions, en dépit de la décision de la Cour suprême.

Comme la Cour suprême elle-même l'a reconnu, entre 1991 et 2010, cette Chambre et ses comités ont débattu pas moins de six projets de loi d'initiative parlementaire qui cherchaient à décriminaliser l'aide au suicide, et aucun n'a été adopté. Je fais appel à vous. Devriez-vous ignorer complètement la sagesse des centaines de députés de la Chambre des communes qui ont décidé de ne pas décriminaliser l'aide au suicide dans le passé? Ou, ne devriez-vous pas rappeler à vos collègues que vos prédécesseurs ont en fait agi de façon responsable et sage en rejetant cette approche? Vous avez le pouvoir et vous avez la responsabilité de faire l'histoire pour notre population, nos enfants, nos petits-enfants, et leurs descendants.

Remettre en vigueur les dispositions annulées en partie par l'arrêt Carter exige du courage politique. Cela exige également que tous les membres du Parlement soient en mesure d'exercer leur droit à la liberté de conscience protégé par la Charte et sans être obligés de respecter la discipline de parti dans le vote. Ceci est notre appel à l'action.

Bien sûr, si le Parlement ne rétablit pas ces interdictions, il peut toujours définir des garanties. Contrairement à ce qu'a dit l'AMC, notre expérience nous enseigne que ces garanties peuvent ne pas être suffisantes pour protéger tous les Canadiens. Cette Chambre a le pouvoir de prescrire, comme il est dit dans la Charte, « des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique ». Ces limites peuvent être plus strictes que celles spécifiées dans l'arrêt Carter.

●(1610)

La Cour elle-même a reconnu dans l'arrêt Carter:

Il faut donner au législateur l'occasion de concevoir une réparation convenable. [...] ...pareille exemption [constitutionnelle] serait source d'incertitude, saperait la primauté du droit et constituerait une usurpation de la fonction du législateur, qui est mieux placé que les tribunaux pour créer des régimes de réglementation complexes.

Permettez-moi maintenant d'en venir à certains amendements que nous proposons.

Dans son ordonnance du 15 janvier dernier, visant à prolonger l'extension de la suspension de sa décision, la Cour suprême a déclaré que les personnes qui voulaient se prévaloir de l'aide médicale à mourir, comme les y autorise l'arrêt Carter, pouvaient saisir l'instance supérieure de leur juridiction. Et la Cour a même dit:

Exiger l'obtention d'une autorisation judiciaire durant cette période intérimaire assure le respect de la primauté du droit et offre une protection efficace contre les risques que pourraient courir les personnes vulnérables.

Nous pensons que ce raisonnement est non seulement valable jusqu'au 6 juin, mais ce processus devrait se poursuivre au-delà du 6 juin lorsque le projet de loi C-14 entrera en vigueur. Des abus et des erreurs peuvent se produire. Nous savons que les erreurs médicales existent, et en matière d'aide médicale à mourir, un abus ou une erreur sera fatale. Nous demandons par conséquent que le projet de loi C-14 soit modifié de sorte que l'aide médicale à mourir ne puisse être obtenue qu'avec l'autorisation préalable d'une cour supérieure.

En ce qui concerne la transparence dans la collecte des données et les rapports, le Québec connaît maintenant l'euthanasie depuis plus de quatre mois. Plusieurs aspects sont désormais plus clairs, dont certains sont franchement très troublants.

L'un d'eux concerne la transparence et la collecte de données et les rapports. Selon les lignes directrices de pratique émises par notre Collège des médecins du Québec, un médecin remplissant le certificat de décès, prescrit en vertu de la Loi sur la santé publique du Québec, doit indiquer la maladie ou l'état morbide qui justifie l'aide médicale à mourir et a conduit à la mort, comme cause immédiate du

décès. Il ne s'agit pas de la modalité de la mort — arrêt cardiaque —, mais de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a causé la mort.

Le Collège poursuit en déclarant que le terme « aide médicale à mourir » ne devrait pas figurer sur le certificat de décès. En effet, si ces informations étaient communiquées à des membres de la famille qui n'avaient pas été informés, cela pourrait, d'une part aller contre la volonté d'un patient de garder l'information confidentielle, et d'autre part leur causer des dommages.

Eh bien, cette directive oblige les médecins à falsifier la cause du décès dans un document public, ce qui est contraire à la réglementation applicable qui précisait que le médecin doit indiquer la cause de la mort de la manière la plus précise possible. Ainsi, si un médecin suit les lignes directrices du Collège des médecins du Québec, il risque d'être poursuivi pour avoir commis une infraction pénale.

Pour obvier à ce risque, le projet de loi C-14 propose d'ajouter au Code criminel l'infraction de commission de faux en relation à une demande d'aide médicale à mourir. Toutefois, le terme « faux » n'est pas défini, et nous devons nous reporter à l'article 366 du Code criminel pour sa définition.

À la lumière de l'expérience du Québec, et de la nécessité de contrôler le respect de toutes les conditions requises pour fournir une aide médicale à mourir dans l'avenir, nous recommandons vivement que le paragraphe 241.4(1) proposé soit modifié pour inclure l'infraction par fausse déclaration, par quelque moyen que ce soit, à l'effet que la cause du décès n'était pas l'aide médicale à mourir, mais était la condition médicale sous-jacente qui a justifié qu'il y soit fait recours.

Enfin, je voudrais parler brièvement du danger d'une défense se fondant sur la bonne foi. Le projet de loi C-14 propose que toute personne dont la bonne foi est prise en défaut relativement à un fait qui est un élément de l'exemption de l'aide médicale à mourir devrait néanmoins être en mesure d'invoquer l'exemption du crime d'homicide coupable ou le crime de suicide assisté.

En dépit de leurs bonnes intentions, ces dispositions ne résistent malheureusement pas à un examen sérieux à la lumière de l'expérience montrant que les abus aux dépens des personnes âgées et des malades sont un mal endémique dans notre société, comme la Dre Ferrier, et d'autres médecins traitant au jour le jour ce type de patients peuvent en témoigner. Elles ouvrent tout grand la porte aux abus.

●(1615)

Pour ces raisons, nous recommandons que ces dispositions concernant la défense de la bonne foi soient rayées du projet de loi C-14.

Je vous remercie de votre attention.

[Français]

**Le président:** Merci, maître Racicot. C'est un grand plaisir de vous revoir.

[Traduction]

Malheureusement, en ce moment, étant donné la proximité du vote — nous en sommes à environ 10 minutes — nous allons devoir suspendre la séance. Nous reviendrons pour entendre les deux autres témoins et passer aux questions. Toutes nos excuses pour le retard.

La séance est suspendue. Nous reviendrons dès que nous le pourrons. Nous vous remercions de votre patience.

•(1615) \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

•(1645)

**Le président:** Mesdames et messieurs, nous allons reprendre. Encore une fois, je vous prie de m'excuser. Je comprends que vous avez fait un effort incroyable de venir ici, et cela me met mal à l'aise de suspendre nos travaux comme cela. Je vous remercie de votre patience à ce sujet.

Ensuite, nous avons l'Association canadienne des individus retraités, représentée par Mme Morris.

**Mme Wanda Morris (chef des opérations, vice-présidente de la défense des droits, Association canadienne des individus retraités):** Merci. Mon nom est Wanda Morris, et je suis la vice-présidente de la défense des droits de l'Association canadienne des individus retraités. Nous sommes un organisme sans but lucratif, non partisan, qui représente 300 000 personnes âgées, de 60 chapitres à travers le pays. L'âge moyen de nos membres, selon les données de nos sondages, est de 71 ans.

Nos membres sont profondément déçus par les restrictions contenues dans ce projet de loi, et ont fait savoir à l'organisation que le projet de loi non seulement n'est pas conforme à la Constitution, mais est également juridiquement et médicalement inapplicable.

L'Association s'intéresse depuis longtemps à la question de l'aide médicale à mourir. Les mots ci-après sont tirés d'un résumé de notre sondage de 2014: « La grande majorité des membres de l'Association approuve la légalisation de l'aide médicale à mourir, et cela depuis des années, quelle que soit la façon dont la question est posée. Le nombre de ses partisans a d'ailleurs encore augmenté ces dernières années. » D'après le premier sondage dont je conserve la trace et qui remonte à 2010, 71 % de nos membres soutenaient l'aide médicale à mourir pour les patients en fin de vie. Le sondage ne comportait pas de questions sur les patients dans d'autres conditions.

Le sondage de 2014 auquel j'ai fait allusion demandait à nos membres s'ils en étaient partisans dans d'autres conditions: 81 % appuyaient le projet de loi du Québec, et cela avant que le projet de loi ne soit modifié pour se référer spécifiquement aux patients en fin de vie; et 82 % soutenaient les dispositions du projet de loi d'initiative parlementaire de Steven Fletcher, qui précisait explicitement que les personnes atteintes d'une maladie dégénérative seraient également admissibles.

Dans notre dernier sondage, de cette année, 80 % approuvaient les recommandations du comité mixte spécial, que les personnes atteintes d'une maladie grave et irréversible devraient recevoir une aide à mourir. Il n'y avait pas de restriction précisant que la mort devait être raisonnablement prévisible.

La crainte de vivre pendant des dizaines d'années en souffrant de démence est un sujet récurrent de conversation parmi nos membres. C'est aussi une question qui me touche personnellement. Mon beau-père est mort de la démence. En fait, mes deux beaux-parents en sont morts, mais la mort de mon beau-père a été particulièrement difficile. Il était en Angleterre, et comme cela arrive à beaucoup de gens souffrant de cette maladie, il est devenu agressif à la fin de sa vie. Du fait de cette agressivité, il a été attaché dans un fauteuil roulant, immobilisé, et c'est ainsi qu'il a passé les dernières semaines de sa vie.

Au Canada, en général, on ne recourt pas à la contrainte physique à l'égard des personnes atteintes de démence, mais lisez n'importe quelle étude sur les établissements de soins de longue durée et la

consommation de drogues et vous verrez que nous utilisons la contrainte chimique à profusion.

Mon premier contact avec la démence était en tant que vérificatrice. Il y a des décennies, j'ai fait un audit d'une série d'établissements de soins de longue durée, où de nombreux patients étaient profondément, profondément malades, souvent atteints de démence. C'est cette expérience qui m'a enseigné qu'il y a effectivement des sorts pires que la mort.

Vous pouvez imaginer ma joie, et la joie de nos membres, avec la décision de la Cour suprême. Je me souviens d'avoir étreint mon mari et pensé que, finalement, nous n'avions plus à craindre de ne pas trouver d'issue quand le pire serait arrivé. Même si cela signifiait que nous devions partir plus tôt, au moins nous avions encore un choix.

Puis, quand le comité mixte spécial a formulé ses recommandations, et il recommandait qu'il y ait une disposition prévoyant le consentement préalable, je me souviens d'avoir pleuré en pensant que, non seulement j'avais le choix d'être en mesure de partir, mais je n'étais pas obligée de perdre ces jours où, peut-être, je ne serais plus capable de prendre une décision sur le plan médical pour mettre fin à ma vie. Je continuerais à avoir une qualité de vie.

Vous pouvez imaginer quel coup cela fut pour moi de voir arriver ce projet de loi, qui restreint toutes les voies de recours pour les personnes atteintes de démence. J'ai le sentiment que nous en sommes revenus à ce choix cruel à propos duquel la Cour suprême faisait observer que les personnes qui sont gravement et irrémédiablement malades doivent soit mettre fin à leur vie trop tôt, souvent par des moyens violents, ou attendre beaucoup trop longtemps et souffrir de manière insupportable.

En tant que résidente de la Colombie-Britannique, j'ai vu cette situation se produire sous mes yeux. Margot Bentley était une infirmière qui avait soigné des patients atteints de démence dans ses jeunes années et elle savait ce que la démence avait dans son sac. Aussi avait-elle dit à sa famille et mis par écrit que, si jamais elle devait être frappée de démence, elle ne voulait pas vivre avec cette maladie. En fait, elle a spécifiquement écrit qu'elle voulait être euthanasiée.

•(1650)

Maintenant, elle est dans un établissement de soins à l'étape 7 — la phase finale de la démence — incapable de communiquer et inconsciente de son entourage, mais elle continue d'être nourrie à la cuillère contre la volonté de sa famille.

C'est peut-être pour éviter cette situation qu'une autre femme, Mme Gillian Bennett, a mis fin à ses jours. Comme elle l'a écrit dans son blogue, *Deadatnoon*, au moment où vous lirez ces lignes, je serai morte. Elle ne voulait pas vivre en souffrant de démence. Voilà pourquoi j'encourage le Comité à inclure une disposition de consentement préalable. Si le calendrier ne permet tout simplement pas de le faire, alors veuillez, s'il vous plaît, inclure un engagement contraignant à adopter une loi régissant le consentement préalable dans les 18 mois.

La question du consentement préalable mérite d'être examinée et pas seulement au regard de la démence, encore qu'elle soit certainement d'une grande importance à cet égard. À l'heure actuelle, il y a une phrase très problématique dans le projet de loi, à l'article 241.2 proposé, qui exige que le « consentement clair » soit donné à recevoir de l'aide à mourir « immédiatement avant » que la mort assistée ne se produise. Ceci est contraire à ce que prévoit la loi en Belgique, au Luxembourg et aux Pays-Bas. En Belgique et au Luxembourg, le consentement préalable peut être fourni pour un maximum de cinq ans, et indéfiniment aux Pays-Bas.

J'encourage également le Comité à se pencher sur les questions relatives à l'examen judiciaire. J'ai entendu un de mes collègues exhorter le Comité à se pencher sur l'examen judiciaire. Chaque jour, dans notre pays, des médecins mettent fin à la vie de patients. Ils le font en ce moment, en arrêtant le maintien des fonctions vitales. De quoi ont-ils besoin pour faire cela? Ils ont besoin de l'appui et du consentement du patient ou de la personne responsable à sa place, habituellement le plus proche parent. Il n'y a pas de formulaires détaillés à remplir. Il n'y a pas d'exigences concernant l'intervention d'un second médecin.

Maintenant, je ne suis pas en train de protester contre ces dispositions dans ce projet de loi, mais je dis qu'elles sont plus que suffisantes. Nous n'avons nul besoin d'obstacles administratifs, juridiques ou bureaucratiques supplémentaires pour empêcher les gens d'accéder à une mort compatissante. Ceux-ci fourniraient peu de sécurité pour les personnes qui peuvent être vulnérables, mais ne feraient qu'aggraver encore les difficultés d'accès de ceux qui souffrent déjà.

Enfin, je voudrais simplement corriger une erreur de fait que j'ai entendue dans le débat. À propos des périodes d'attente. Il existe en effet de nombreuses juridictions qui ont une aide à mourir légalisée et qui n'ont pas de période d'attente. Il n'y a aucune période d'attente aux Pays-Bas ni au Luxembourg. En Belgique, la période d'attente d'un mois ne s'applique que si la mort n'est pas imminente. Bien sûr, plus près de chez nous, au Québec, la législation ne prévoit pas de période d'attente.

Merci.

•(1655)

**Le président:** Merci beaucoup, madame Morris. Nous vous sommes très reconnaissants.

[Français]

Nous allons maintenant passer à la Dre Ferrier.

Je vous souhaite la bienvenue.

[Traduction]

**Dre Catherine Ferrier (présidente, Collectif des médecins contre l'euthanasie):** Merci beaucoup.

Je suis médecin et j'ai une expérience de plus de 30 ans du diagnostic, du traitement et des soins aux personnes âgées fragiles, qui souffrent bien souvent de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences. En plus de voir les patients dans la clinique, je leur rends souvent visite à domicile en tant que consultante en gériatrie auprès d'un service de soins à domicile.

Mon créneau professionnel, pour ainsi dire, comprend l'évaluation des capacités, l'évaluation de l'intervention pour les patients et les familles en crise à cause de problèmes cognitifs, psychiatriques et sociaux. Je vois régulièrement des patients maltraités et négligés, et je témoigne souvent devant les tribunaux pour les patients victimes

de violence ou pour ceux dont les familles se battent pour des questions de délégations de pouvoirs ou de succession.

Je suis aussi la présidente du Collectif des médecins contre l'euthanasie, un groupe de médecins pour qui toute loi permettant au médecin de mettre fin intentionnellement à la vie de son patient apparaît comme contraire aux objectifs de la médecine et au bien de nos patients, en particulier les plus vulnérables et ceux qui ne peuvent pas parler pour eux-mêmes. Fondé au Québec en 2012, le Collectif comprend maintenant plus de 750 médecins, dont chacun a signé notre déclaration et a derrière lui plus de 14 000 citoyens. Nous sommes, bien sûr, conscients du fait que le projet de loi C-14 légalisera l'aide médicale à mourir sous une certaine forme, comme cela est déjà le cas au Québec. Tout en restant totalement opposés à ces actes, nous offrons nos propositions d'amendements au projet de loi dans le but de protéger l'environnement de soins de santé des patients et l'intégrité de notre profession.

Nous sommes quelque peu soulagés qu'il y ait une certaine prudence dans le projet de loi par rapport aux recommandations extrêmes du comité mixte spécial. Nous relevons également que le projet de loi ne propose pas de traiter l'euthanasie et le suicide assisté comme des actes médicaux ou des soins de santé, alors qu'ils le sont au Québec. Nous sommes d'accord qu'ils ne sont ni l'un ni l'autre, donc aucun membre de notre profession ne peut être tenu de les exécuter. La communauté médicale internationale maintient à ce jour son opposition à ces pratiques.

Puisque la cause de la grande majorité des désirs de mort est la maladie mentale, qui peut coexister et coexiste souvent avec les conditions médicales qui sont considérées comme justifiant l'euthanasie ou le suicide assisté dans l'arrêt Carter et dans ce projet de loi, nous sommes appelés à faire preuve d'une extrême prudence. Ces désirs peuvent aussi être causés par des sentiments de désespoir, la solitude, la peur, le chagrin, la honte, le manque d'accès au soutien, des soins palliatifs insuffisants, la pauvreté, le chômage, la violence et les abus. Ceux-ci peuvent également être traités par des professionnels de la santé et des services sociaux.

Dans ce contexte, mon collègue, M. Racicot, a parlé du fait qu'il ne s'agit pas de droits reconnus par la Charte. Je soutiens qu'ils ne sont pas non plus des soins de santé. Nous ne parvenons pas à comprendre les préoccupations concernant l'accès à la mort qui sont exprimées dans le débat public autour de cette loi. Les Canadiens âgés atteints de maladies chroniques et en phase terminale n'ont pas besoin d'avoir accès à la mort, ils ont besoin d'avoir accès aux soins — aux soins médicaux, aux soins à domicile, aux soins dispensés par les membres de la famille, aux soins résidentiels — qui font tous gravement défaut.

Vous venez d'entendre quelques descriptions de carence cruelle de soins pour les patients âgés. Je dirais que l'alternative n'est pas de les tuer, mais de mieux prendre soin d'eux, ce que nous devrions faire au Canada en 2016. Faciliter l'accès à la mort tout en restant incapable de fournir les soins dont ont besoin nos citoyens est irresponsable, à dire le moins, et est indigne d'un pays progressiste et prospère comme le nôtre.

Nous nous réjouissons que le gouvernement s'engage à élaborer des mesures non législatives visant à améliorer toute la gamme des soins de fin de vie offerts aux patients, comme il est dit dans le préambule de ce projet de loi, mais il faudrait qu'elles soient mises en oeuvre à vraiment grande vitesse si nous voulons que le patient puisse choisir de vivre aussi facilement qu'il pourra, avant longtemps, choisir de mourir.

Si vous souhaitez montrer un véritable engagement en faveur de la vie pour les Canadiens, il faut inclure dans ce projet de loi une protection pour les patients qui risquent d'être contraints de choisir la mort. En l'état actuel, il n'est certainement pas aussi mauvais que cela aurait pu être si vous aviez suivi toutes les recommandations du comité, mais les critères sont encore ambigus et se prêtent à une interprétation subjective. Cela est inévitable dans une certaine mesure, parce qu'il est impossible de définir un critère d'admissibilité qui permette de protéger tout le monde, mais nous pensons que vous pouvez faire mieux.

La seule façon d'assurer la sécurité des patients dans un régime légalisant l'euthanasie et le suicide assisté est d'exiger l'autorisation préalable d'un juge pour dispenser l'aide à mourir. Dans la pratique de la médecine, nous recourons constamment aux tribunaux pour faire hospitaliser des patients qui sont dangereux pour eux-mêmes ou d'autres personnes, ou faire interner une personne qui n'est plus en sécurité dans sa maison.

• (1700)

C'est quelque chose de commun. Cela peut être fait rapidement. Sans que cela devienne un obstacle, et les cas que nous avons vus ces derniers mois dans d'autres provinces ont montré que tout se déroule assez rapidement. Je pense que cela devrait également se faire après une évaluation du patient et de la situation du patient par des professionnels de la santé et des services sociaux visant à explorer les causes de la souffrance, ainsi que toute incitation à choisir la mort qui pourrait découler de conditions et circonstances autres que médicales, et que des mesures devraient être prises pour remédier à ces causes de souffrance avant d'accepter une demande de mort.

Cela ne devrait pas être considéré comme un filtrage de l'accès à la mort, mais plutôt comme un encouragement à vivre, chaque fois que cela est possible, ce qui devrait être l'objectif de la loi.

Quelques brefs commentaires sur les critères dans leur rédaction actuelle. L'exigence que la demande soit faite par un adulte capable est essentielle, mais la plupart des médecins ne possèdent pas les compétences pour évaluer la capacité de prise de décision, et même les experts sont en désaccord dans les cas complexes. Les termes « affection grave et irrémédiable », « état avancé de déclin de la capacité » et « déclin irréversible » se prêtent aux plus diverses interprétations subjectives et pourraient être compris comme incluant des centaines de milliers de Canadiens souffrant d'une maladie chronique grave qui seraient admissibles à la mort sous ce critère.

Endurer une souffrance physique ou psychique qui est intolérable, et qui ne peut être soulagée dans des conditions que la personne juge acceptables, est quelque chose de tout à fait subjectif et autorise quiconque refuse un traitement efficace à demander l'euthanasie à la place. L'exigence que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible ne signifie rien pour nous médecins. Les médecins ne sont pas en mesure d'estimer avec précision l'espérance de vie avant les tout derniers jours peut-être les deux semaines précédant la mort. Avant, c'est un jeu de devinettes. Dites « mort imminente », alors nous saurons de quoi vous parlez.

Pour s'assurer qu'une demande de mort est volontaire et sans pression extérieure, une évaluation psychosociale et familiale approfondie menée par une équipe ne comprenant pas uniquement des professionnels de la médecine est nécessaire. Même dans ce cas, il est parfois impossible de savoir si le patient agit sous l'emprise d'un sentiment de culpabilité ou pour protéger l'auteur d'un abus. Le consentement écrit, la période d'attente et l'intervention d'un second médecin n'offrent pas de protection contre les abus ou la contrainte

de demander la mort. Les deux premières exigences peuvent être levées, et les patients ou quelqu'un d'autre peuvent démarcher les médecins jusqu'à ce qu'ils en trouvent deux prêts à coopérer.

Il ne devrait y avoir aucune possibilité d'admissibilité, même plus tard, pour les enfants ou les personnes atteintes de maladie psychiatrique. J'ai écrit un mémoire distinct en mon nom propre, outre le mémoire du Collectif, qui traite des dangers de l'euthanasie par directive préalable dont nous pourrions parler durant la période de questions si vous le souhaitez.

Mon deuxième commentaire concerne ce qu'on appelle souvent la liberté de conscience, mais vise aussi à prémunir les services de soins de santé contre le danger de devenir des environnements tendant à promouvoir la mort et par là à protéger les patients de ces influences. Je vous suggère d'inclure dans la loi une disposition interdisant d'exiger d'un professionnel de la santé qu'il provoque la mort d'un patient, ou qu'il renvoie un patient à une autre personne pour obtenir qu'il meure — même par le truchement d'un tiers, comme cela est le cas au Québec — et interdisant d'exiger de tout établissement de soins de santé qu'il euthanasie un patient sous sa garde ou qu'il concoure au suicide d'un patient.

Rien ne peut justifier d'imposer l'obligation de mettre en œuvre cette décision politique, qui est étrangère à la profession médicale, au corps médical dans son ensemble, ou à un praticien ou une institution en particulier. Des tentatives dans ce sens ont déjà lieu, tant au Québec qu'en Ontario, par le biais de l'exigence de renvoyer le patient à un médecin. La loi fédérale ne peut pas simplement laisser cette question aux provinces. Au Québec, depuis décembre, les médecins qui ne sont pas disposés à euthanasier les patients doivent les référer à un organe administratif qui veillera à ce que la mort se produise. Cela ne protège pas le patient ni l'intégrité professionnelle du médecin. Si j'étais chirurgien et qu'un patient me demande de réaliser une procédure à mon avis non susceptible de l'aider ou trop risquée, je refuserais de le faire, et je refuserais aussi de renvoyer le patient à quelqu'un d'autre qui le ferait. Le patient reste, bien entendu, libre de s'adresser au médecin de son choix s'il le souhaite.

Pour ce qui est des soins palliatifs au Québec, une excellente médecin de soins palliatifs a comparé sa vie quotidienne en vertu de cette loi à la vie dans une zone de guerre. Vous ne savez jamais quand une demande de mort va vous tomber dessus. Vous ne pouvez pas donner de l'espoir aux patients mourants dans une pièce et les euthanasier dans la pièce d'à côté.

Un autre médecin a pris une retraite anticipée le jour où la loi est entrée en vigueur, pour cette raison. Des médecins et infirmières hautement qualifiés qui ont consacré des dizaines d'années à la prise en charge des patients mourants souffrent d'épuisement, se mettent en congé de maladie, et sont évincés du domaine par ces affrontements sur un prétendu droit à être tué, et par des menaces de perdre leur financement s'ils insistent pour soigner les personnes plutôt que de les tuer.

Des patients refusent d'être traités pour leurs symptômes, de crainte de recevoir l'injection sans l'avoir demandée. Certains patients qui tentent de se suicider par overdose ne sont pas ressuscités, parce qu'on répand l'idée qu'il faut aider les gens qui veulent mourir au lieu de les sauver de leurs pulsions suicidaires. Nous avons besoin d'espaces sûrs pour les patients où infliger la mort n'est pas une option, et nous devons respecter la liberté des professionnels de la santé pour qui c'est une violation de leurs principes fondamentaux et les institutions dont la philosophie rejette cette idée.

• (1705)

Les patients peuvent être transférés à un autre professionnel ou une autre institution, si nécessaire. Cela ne devrait pas causer ce qu'on appelle des problèmes d'accès, à la rigueur quelques inconvénients parfois. Si le professionnel ou l'institution prend clairement position, le patient n'a pas besoin de les consulter. La protection des patients devrait toujours primer sur l'accès à la mort.

En résumé, à tout le moins nous avons besoin d'une autorisation préalable délivrée par un tribunal après évaluation minutieuse de la situation, comme je l'ai fait valoir. Nous devons créer des espaces sûrs pour les patients en respectant toutes les personnes et institutions qui refusent de collaborer à infliger la mort.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, docteur Ferrier.

Nous allons commencer nos questions avec M. Falk.

**M. Ted Falk (Provencher, PCC):** Merci à tous nos témoins. Je vous présente moi aussi mes excuses pour les désagréments que vous avez subis à cause de nos votes et de la procédure à la Chambre.

Je voudrais pour commencer adresser ma question à l'AMC.

Un simple éclaircissement, parce que je ne savais pas combien de médecins vous avez dit que vous représentiez. Vous avez dit que vous aimez le projet de loi et que vous souhaitez le voir adopté sans amendement. Est-ce exact?

**Dr Jeff Blackmer:** C'est exact. Nous représentons plus de 83 000 médecins au Canada.

**M. Ted Falk:** D'accord.

Je trouve cela vraiment intéressant, parce que je n'ai pas parlé à un seul médecin qui défende cette position, que je n'ai entendue qu'ici. Je me demande où sont ces médecins que vous représentez.

**Dr Jeff Blackmer:** Pardon, nous avons consulté des dizaines de milliers de médecins au cours des deux, trois dernières années dans le cadre de divers sondages que nous avons réalisés dans tout le pays. Nous avons effectué de nombreux sondages et organisé de nombreux débats lors de notre assemblée annuelle nationale.

Donc, nous représentons bien ces médecins.

**M. Ted Falk:** D'accord. Je vous remercie.

Monsieur Racicot, votre présentation était très intéressante. Vous avez dit que la mort n'est pas un droit inscrit à la Charte, l'aide à la mort n'est pas un droit inscrit à la Charte, et la Cour suprême n'a pas affirmé que c'était un droit inscrit à la Charte. Je voudrais que vous développiez un peu.

Vous avez également dit qu'il y avait des alternatives à ce projet de loi si nous, en tant que parlementaires, avions seulement le courage de faire usage de nos prérogatives. Vous avez également indiqué qu'il y avait eu des tentatives par le passé de faire adopter une loi ici au Parlement, qui aurait permis le suicide médicalement assisté, mais que les députés de la Chambre n'étaient pas d'accord: 300 députés, formant une majorité, n'auraient pas accepté en principe, d'adopter ce genre de loi.

Je voudrais que vous étoffiez un peu vos déclarations.

• (1710)

**M. Michel Racicot:** Le premier point concerne l'absence de création d'un droit en vertu de la Charte. La Cour a reconnu que les droits à la vie et à la sécurité des personnes demandant une aide médicale à mourir étaient en cause. Elle a déclaré que l'interdiction, dans certaines circonstances, de l'aide à mourir et de l'euthanasie, porte atteinte à ces droits, si vous voulez, ou en constitue une

violation. Donc, en fait, la Cour fait une exception à un acte criminel, décriminalise l'acte d'homicide coupable, ou l'assassinat, et l'aide au suicide.

Quant à l'autre aspect, cette Chambre a, je pense, le pouvoir de réaffirmer que l'intention de l'interdiction du suicide assisté, de l'euthanasie, du meurtre, de l'homicide coupable dans notre Code criminel est de protéger tous les Canadiens. Si vous partez de cette prémisse plutôt que de la prémisse utilisée par la Cour, le jugement ne tient plus, parce qu'il repose entièrement sur le fait que ces dispositions visent uniquement à protéger les Canadiens vulnérables. Le procureur général du Canada a argumenté qu'elles visaient à protéger tous les Canadiens, à protéger la vie de tous les Canadiens, mais la Cour a rejeté cet argument.

Cette Chambre a le pouvoir de dire que ces interdictions demeurent, qu'il n'y a pas d'exception, et que l'intention est de protéger tous les Canadiens. Vous avez le pouvoir de le faire. Plusieurs projets de loi d'initiative parlementaire — il est vrai qu'ils n'étaient pas présentés par un gouvernement majoritaire — ont été rejetés, et je pense que c'était une preuve de grande sagesse.

Je crains que l'on se précipite en cherchant à mettre en œuvre cette législation avant le 6 juin, quand vraiment il existe des solutions de rechange. C'est à l'histoire qu'il appartiendra de vous juger. Je ne cherche à blâmer personne. Nous sommes tous confrontés à la situation. Il existe des solutions, sauf que personne n'en fait cas pour le moment.

**M. Ted Falk:** Je vous remercie, monsieur Racicot.

Docteur Ferrier, vous avez indiqué que vous passez beaucoup de temps à travailler avec des personnes en fin de vie. Je pense que vous conviendrez sans doute que ne pas administrer un traitement et administrer la mort sont deux choses très différentes.

**Dre Catherine Ferrier:** Merci pour cette observation. C'est une erreur, je pense, dans ce qu'a dit l'un des autres témoins.

Ne pas administrer un traitement revient simplement à reconnaître que la médecine a des limites et que nous ne pouvons plus rien faire pour le patient sans le faire souffrir trop. Causer la mort directement est un acte totalement différent, d'un point de vue éthique.

**M. Ted Falk:** Je suis d'accord avec cela.

Vous avez aussi parlé des dangers de directives anticipées. Je voudrais vous donner l'occasion de développer votre point de vue là-dessus.

**Dre Catherine Ferrier:** J'informe régulièrement les intéressés d'un diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Cela fait partie de ce que je fais dans mon travail tout le temps. Quand cette information leur est communiquée, au départ, elle est évidemment source de grande détresse pour eux, pour leurs familles. C'est un moment très difficile pour eux.

L'une des choses qu'a recommandée le comité mixte était que quelqu'un, à un stade précoce d'une maladie comme la maladie d'Alzheimer, puisse rédiger un document disant: « Quand j'atteins un certain stade, je voudrais être euthanasié. » Quelqu'un dans cette situation n'est pas dans un état émotionnel approprié pour prendre une décision qui va changer sa vie, mais en même temps la renvoyer à plus tard, c'est risquer de n'avoir plus la capacité de signer le document, de sorte que le patient est contraint de le signer pendant qu'il est encore en crise. C'est un aspect de la chose.

L'autre est que les priorités et les préférences des gens changent au fil du temps. Dans leur quasi-totalité, mes patients se réconcilient avec leur maladie et sont heureux de vivre avec pendant de nombreuses années.

Certaines des descriptions de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer m'ont bouleversée. Il est très regrettable selon moi d'en arriver à dire que la vie de certaines personnes est si mauvaise qu'elles sont mieux mortes, parce que je pense que la vie de chacun de mes patients est précieuse, aussi malades soient-ils. Je ne peux pas imaginer le scénario, par exemple, où, peut-être, le patient a signé ce document, puis sombre dans la démence au point de ne plus être capable de prendre une décision. Qui va décider que le moment est venu? Les enfants? Le médecin? Comment les enfants vivront cette décision une fois prise? Rien n'est si noir et blanc que le seul document puisse tout résoudre.

Dans le mémoire que je vous ai envoyé, je citais un article d'un universitaire néerlandais dont le père a été euthanasié conformément à une directive préalable. Ils avaient tous été pro-euthanasie au moment de la signature et les enfants avaient tous accepté, mais par la suite ils ont eu le sentiment qu'ils étaient prisonniers de ce document et que ce n'était pas ce qu'ils auraient choisi, ni ce que leur père aurait choisi le moment venu, mais ils se sont sentis obligés de s'y tenir jusqu'au bout.

La question est très complexe. Qu'est-ce qui devrait primer? Les souhaits du patient au stade le plus avancé de la démence ou ce document qu'ils ont signé quand ils étaient bien ou pas si bien et qu'ils étaient en crise?

Beaucoup de questions se posent, et je pense qu'il est très dangereux de s'engager dans cette voie.

• (1715)

**Le président:** Merci beaucoup, docteur Ferrier.

Monsieur Bittle.

**M. Chris Bittle (St. Catharines, Lib.):** Je voudrais adresser mes premières questions à l'Association. On se préoccupe de la liberté de conscience, comme en ont témoigné ici nombre de groupes. Y a-t-il, que vous sachiez, d'autres procédures, en dehors de l'aide médicale à mourir, amenant à se préoccuper du risque que les médecins soient forcés ou contraints d'effectuer une procédure médicale contre leur volonté?

**Dr Jeff Blackmer:** Je dirais que la meilleure analogie est probablement l'avortement thérapeutique. La question a donné beaucoup de fil à retordre à la profession médicale dans son ensemble et à chaque praticien. Il est fréquent qu'on s'interroge sur la liberté de conscience et le droit à l'objection et l'obligation pour le médecin de renvoyer le patient à un autre praticien. C'est probablement la situation analogue la plus proche.

**M. Chris Bittle:** Les médecins sont-ils tenus de procéder à un avortement thérapeutique?

**Dr Jeff Blackmer:** Non. Rien ne les y oblige, et il n'y a qu'une seule province qui exige actuellement de renvoyer quelqu'un à un collègue, et c'est l'Ontario. L'Ontario est en fait la seule juridiction au monde à exiger cela.

**M. Chris Bittle:** Les collègues à travers le pays, les collègues de médecins des différentes provinces, protègent farouchement les droits de conscience des médecins au moyen de leurs propres règles professionnelles?

**Dr Jeff Blackmer:** C'est exact. Je dirais que, sur l'aide à mourir en particulier, nous avons vu les neuf provinces, en dehors du Québec,

adopter des règlements. Toutes, sauf l'Ontario, ont des dispositions qui protègent très clairement les droits de conscience des médecins, mais pas toujours exactement dans les mêmes termes, il est vrai. Comme je l'ai dit, l'Ontario fait bande à part à cet égard.

**M. Chris Bittle:** Vous pourriez peut-être dire quelques mots sur l'importance de l'autoréglementation pour vos adhérents?

**Dr Jeff Blackmer:** L'autoréglementation est un privilège et non un droit de la profession médicale. Nous devons constamment nous efforcer de le défendre par nos actions, collectivement et individuellement.

Comme vous le savez, il y a maintenant des membres du public au sein de ces organismes de réglementation, et nous comptons aussi sur eux pour décider de nos orientations. La possibilité de s'autoréguler et de garantir le haut niveau de compétence de nos membres revêt une grande importance pour tout professionnel de la santé.

Nos orientations sur des questions comme l'objection de conscience sont déterminées en consultation avec les collègues. De nouveau, la difficulté en la matière tenait au fait que les avis reçus divergeaient.

**M. Chris Bittle:** Je pourrais peut-être poser ma prochaine question à Dre Forbes. Vous avez dit que vous êtes médecin de famille. Je suppose que, dans le cadre de votre pratique, vous avez eu un certain nombre de patients qui ont connu la souffrance en fin de vie.

Ma préoccupation concerne la période d'attente de 15 jours. Je sais que la loi prévoit la possibilité de l'abrèger, mais pour les besoins du raisonnement, nous dirons qu'en moyenne la personne admissible à l'aide médicale à mourir devra attendre 15 jours francs. Y a-t-il une cruauté dans cela? Nous avons déclaré que quelqu'un qui souffre en fin de vie doit attendre plus de deux semaines, en moyenne.

**Dre Cindy Forbes:** La question a déjà été posée. La loi dit au moins 15 jours francs, ce qui permet une période plus longue, si cela est approprié. Cependant, elle prévoit aussi la possibilité de l'abrèger quand le pronostic anticipe une échéance plus rapprochée.

Avez-vous le libellé?

• (1720)

**M. Chris Bittle:** Je me demandais si vous pouviez parler davantage de l'approche centrée sur le patient plutôt que des aspects juridiques — de ce que vivent les patients dans leurs derniers jours, les souffrances qu'ils doivent endurer, et l'obligation d'attendre deux semaines supplémentaires.

**Dre Cindy Forbes:** Toute la question de l'aide à mourir tourne autour de la compassion envers le patient, de la compassion dont fait preuve la société pour les personnes dans cette situation, et certainement du droit de tout médecin à y participer ou non. On se préoccupe avant tout d'éviter aux patients des souffrances inutiles. Mais il faut en même temps mettre en place des garanties sous la forme d'un délai permettant de se raviser après mûre réflexion. Il s'agit, je crois, de trouver un juste équilibre.

Le libellé du projet de loi est que si les deux médecins

jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances.

Il y a une disposition là. Je pense que ce serait une circonstance exceptionnelle, mais au moins elle donne cette latitude. Comme je l'ai dit, ce sont des questions complexes. Nous voulons faire en sorte que les garanties protègent les gens dans ces moments d'extrême vulnérabilité dans leur vie.

**M. Chris Bittle:** Cela se comprend.

L'Association serait en faveur d'un délai d'attente plus court, compte tenu du souci d'équilibre dont vous parlez?

**Dre Cindy Forbes:** Je pense que tant qu'il y a une disposition... Notre document original suggérait bien deux semaines, mais nous avons également suggéré que, dans le cas où le pronostic était beaucoup plus grave, l'échéance plus rapprochée, il devait y avoir une certaine souplesse. Je pense que le projet de loi C-14 y pourvoit.

**M. Chris Bittle:** Merci.

Madame Morris, vous avez dit que ce projet de loi n'était pas médicalement viable. Je me demandais si vous pourriez nous en dire davantage et nous expliquer ce commentaire, encore une fois, à partir d'une approche centrée sur le patient.

**Mme Wanda Morris:** Tout à fait.

Je pense à nos membres, des personnes aux prises avec de multiples maladies chroniques, souvent dans une grande douleur. Leur dire qu'elles ne peuvent avoir une aide à mourir que si la mort est raisonnablement prévisible, c'est priver nombre d'entre elles du soutien compatissant qu'elles recherchent.

Quand on regarde l'histoire de la question du droit de mourir au Canada, nous voyons des personnes atteintes de SLA, de la maladie de Parkinson, de la sclérose en plaques, de la maladie de Huntington — maladies qui peuvent causer de grandes souffrances, mais où la mort n'est certainement pas imminente et, peut-être, de l'avis d'un médecin, pas raisonnablement prévisible. Je pense à des personnes atteintes de plusieurs maladies dégénératives chroniques qui souffrent beaucoup et veulent avoir accès à l'aide à mourir. Les en priver revient pour nous à contrecarrer l'esprit de la décision de la Cour suprême.

**Le président:** Merci.

Monsieur Rankin, allez-y.

**M. Murray Rankin (Victoria, NPD):** Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins d'être venus et pour votre patience aujourd'hui.

Docteur Forbes, je tenais d'abord à vous remercier d'avoir fait référence à l'engagement pancanadien en matière de soins de fin de vie et de soins palliatifs. Quand nous avons eu ici madame la ministre Philpott il y a quelques jours, elle m'a demandé de continuer à marteler cela, et je vous remercie de me donner cette occasion de revenir une fois de plus sur cet important sujet.

**Dre Cindy Forbes:** Merci.

**M. Murray Rankin:** Docteur Blackmer, nous avons bénéficié hier du témoignage de monsieur Stern de l'Association canadienne de protection médicale. Je veux vous lire diverses choses et vous demander vos commentaires. On peut supposer, si je ne me trompe pas, que l'Association assure les médecins d'un bout à l'autre du pays, donc j'aurais pensé que ces choses étaient importantes pour vos membres aussi.

Ils disent ce qui suit à propos du souci de clarté et des critères d'admissibilité: « Les critères d'admissibilité pour « condition médicale grave et irrémédiable », au paragraphe 241.2(2), et l'obligation pour les praticiens d'être « indépendants » au paragraphe 241.2(6), doivent être plus clairement définis pour

assurer un accès approprié à l'aide médicale à mourir et protéger les patients vulnérables. Le projet de loi C-14 devrait indiquer clairement si oui ou non un patient doit être en fin de vie pour être admissible à l'aide. »

Si je vous demande de commenter cela, c'est parce que le projet de loi dans sa rédaction actuelle préoccupe vivement votre assureur, alors que vous sembliez dire que vous étiez content du projet de loi tel qu'il est rédigé.

**Dr Jeff Blackmer:** Je pense qu'il est important de reconnaître que, bien que nous soyons toutes deux des organisations médicales, nous abordons ce projet de loi sous un angle légèrement différent et usons de filtres légèrement différents dans l'interprétation que nous en faisons. J'ai eu la possibilité de lire les commentaires de M. Stern.

Je dirais qu'il y a eu beaucoup de discussions autour de l'alinéa d) et la question de savoir quand la mort naturelle devient raisonnablement prévisible. Le résultat nous semble infiniment meilleur que l'alternative consistant à en rester à grave et irrémédiable, qui n'a aucun sens pour les médecins et qui donnerait, en substance, à toute personne souffrant d'une quelconque affection médicale la possibilité de demander l'aide à mourir.

Ce que fait le libellé du projet de loi C-14, c'est qu'il nous permet de comprendre quel doit être le degré de gravité de l'affection en question. C'est pourquoi nous disons que s'il n'est pas parfait du point de vue du médecin — et j'ai entendu des collègues dire qu'il donne des indications claires, et d'autres qu'ils ne savent pas exactement comment l'interpréter —, c'est en tout cas une nette amélioration.

Si le Comité estime qu'un ajout pourrait encore l'améliorer et rendre la chose plus claire pour les médecins, nous en serions ravis.

Mais nous reconnaissons aussi qu'une loi fédérale ne peut couvrir toutes les éventualités.

• (1725)

**M. Murray Rankin:** Exact.

D'aucuns assurent que vous cherchez une plus grande clarté, ce qu'il faut reconnaître, je pense.

L'autre question que soulève le projet de loi pour votre assureur concerne l'extension de la protection prévue dans l'une des sections aux praticiens de bonne foi en cas de procédures civiles et disciplinaires. La disposition les met à l'abri des sanctions pénales, mais n'offre aucune protection pour le reste, d'où la modification demandée.

De toute évidence, vous pouvez l'accepter tel quel.

**Dr Jeff Blackmer:** Il est important, je pense, de reconnaître que ces commentaires ont été faits devant le Comité et que nous n'avons pas eu l'occasion de les entériner, en interne ou avec nos membres. Nous estimons que le projet de loi actuel est suffisant. Nous respectons l'opinion de nos collègues dans ce domaine.

Nous n'avons pas eu l'occasion de consulter nos membres sur ces changements.

**M. Murray Rankin:** Ils sont vos avocats, cependant. C'est à vous, monsieur, que je le fais remarquer.

**Dr Jeff Blackmer:** Leur avis est important.

**M. Murray Rankin:** Madame Morris, je vous remercie beaucoup pour votre témoignage.

Hier, nous avons bénéficié du témoignage de M. Derryck Smith. Peut-être le connaissez-vous. C'est un pédopsychiatre de premier plan chez nous en Colombie-Britannique et un ancien chef de l'Association médicale provinciale.

Il a parlé avec passion des directives anticipées et a dit que le dernier changement qu'il recommanderait est l'inclusion d'une directive préalable qui permette aux personnes atteintes de démence, quand elles sont encore capables, de donner leur accord pour recevoir l'aide à mourir à un moment ultérieur.

Je voudrais que vous développiez. Vous avez entendu un de vos collègues dire que ce n'est pas un objectif que devrait se fixer ce projet de loi. Je vous ai entendu dire le contraire. Je voudrais que vous commentiez les propos de M. Smith.

**Mme Wanda Morris:** Nous avons sondé nos membres sur cette question. Quatre-vingt pour cent d'entre eux étaient en faveur du consentement préalable, dans les cas de démence, notamment.

C'est fondamental, je pense, pour ce qui est des modalités d'application de la loi sur l'aide à mourir. Allons-nous vraiment mettre le patient au centre de notre approche et donner aux gens ce qu'ils veulent?

Il fut un temps où les médecins ne disaient même pas aux patients qu'ils avaient un diagnostic de mort imminente. Je pense que nous sommes vraiment passés de ça à une époque où le patient est au centre de la démarche médicale.

Ma collègue disait que pour elle la vie de chaque patient était précieuse, et je l'en félicite, mais n'appartient-il pas vraiment aux patients eux-mêmes de décider s'ils veulent continuer à vivre dans un état où de toute évidence ils ne veulent pas? Je pense que nous pouvons être très précis dans le libellé et le sens du consentement préalable, et établir des critères particuliers qui permettent un contrôle strict, mais je pense que c'est fondamental.

**M. Murray Rankin:** Je veux vous donner aussi l'occasion de faire un commentaire. Un de vos collègues du groupe de travail a parlé de la nécessité d'une « autorisation préalable d'une cour supérieure », d'une autorisation judiciaire. Pourriez-vous faire un commentaire sur cette question?

**Mme Wanda Morris:** C'est juste un commentaire fondamentalement mal inspiré. Ce que nous savons par d'autres collègues qui travaillent en ce moment avec des personnes qui choisissent l'aide à mourir, c'est que la perspective d'aller devant un tribunal est profondément décourageante, et la démarche lourde et coûteuse. Pour moi, il n'est pas nécessaire d'ajouter cette couche de procédure administrative et bureaucratique et juridique. Nous sommes déjà allés plus loin que dans tout autre cas de consentement éclairé pour ce qui est des procédures requises. Aller plus loin encore n'apporterait aucun avantage réel, mais impose un fardeau considérable à des personnes qui sont déjà gravement malades et aux prises avec de grandes souffrances.

**M. Murray Rankin:** Puis-je poser une autre question, ou n'ai-je plus le temps?

**Le président:** Vous dépasserez le temps imparti, mais si la réponse tient en un mot...

**M. Murray Rankin:** Elle est pour Dr Blackmer.

Nous sommes aux prises avec la protection du droit de conscience au sein du Comité et la façon de le faire, et j'ai remarqué que vous avez pris soin de dire, « dans la mesure où la Constitution le permet ».

À votre avis, sur le plan juridique, pouvons-nous le faire dans cette loi fédérale?

• (1730)

**Dr Jeff Blackmer:** Je ne suis pas avocat, mais d'après les nombreux avocats auxquels j'ai parlé, ce ne serait pas possible. Si le Comité n'est pas de cet avis et estime qu'il existe une possibilité, nous y serions favorables, certainement.

**Le président:** Merci beaucoup.

Monsieur Hussen.

**M. Ahmed Hussen (York-Sud—Weston, Lib.):** Je voudrais commencer par poser une question à Dre Ferrier. Je voudrais souligner, pour commencer, une section de votre soumission pour le Collectif des médecins contre l'euthanasie. Il y est dit que du fait que « la grande majorité des désirs de mort a pour cause la maladie mentale », la prévention du suicide par le traitement de cette maladie et le traitement de l'automutilation que s'infligent des personnes suicidaires font partie de la pratique quotidienne de nombreux médecins.

Je suis curieux de savoir si vous disposez de recherches indiquant que la grande majorité des désirs de mort a pour cause la maladie mentale.

**Dre Catherine Ferrier:** Je n'ai aucune étude particulière à portée de main, mais je peux vous dire que la quasi-totalité des médecins a pu en faire l'expérience.

**M. Ahmed Hussen:** Deuxièmement, à la page suivante de votre soumission, vous dites que rien ne justifie d'imposer aux médecins et institutions canadiens la moindre obligation de mettre en œuvre cette décision politique.

Pensez-vous que les médecins canadiens seraient obligés de dispenser une aide médicale à mourir?

**Dre Catherine Ferrier:** Au Québec, en ce moment, les médecins qui ne sont pas prêts à la dispenser eux-mêmes sont obligés d'aiguiller le patient sur la voie qui y mène. Cela ressemble, selon moi, à ce que disait Dr Blackmer au sujet de l'Ontario, qui exige que le patient soit renvoyé directement à quelqu'un qui le fera. La plupart des gens qui, comme nous, se refusent à euthanasier des patients se refuseraient également à les envoyer à la mort, non pas en considération de nos propres besoins, mais parce que nous pensons que cela est contraire aux besoins de nos patients.

**M. Ahmed Hussen:** Monsieur Racicot, avez-vous une opinion à ce sujet?

**M. Michel Racicot:** Les médecins aussi ont droit à la liberté de conscience, et un médecin qui estime ne pas devoir le faire en raison de ses propres convictions et pour le bien du patient, ne devrait pas être obligé de le faire et ne devrait pas être obligé, non plus, de renvoyer le patient à quelqu'un qui le fera, comme cela est le cas au Québec.

Il est très important, si nous voulons que cette loi soit appliquée de manière uniforme dans tout le pays, que le Comité recommande la mise en œuvre du droit à l'objection de conscience, tant pour les individus que pour les institutions. Personnellement, je pense que vous en avez la compétence, parce qu'en théorie, cela relève de votre compétence en matière de droit criminel.

Au Québec, en ce moment, certains hôpitaux ne pratiquent pas l'avortement, et on ne les oblige pas à le faire, mais ils sont contraints de dispenser l'aide médicale à mourir. C'est pourquoi il convient de protéger les institutions également.

**M. Ahmed Hussien:** Docteur Ferrier, vous avez déclaré qu'à votre avis, au moins pour des raisons d'organisation, l'aide médicale à mourir devrait être limitée et dispensée uniquement à ceux qui en sont aux derniers stades d'une maladie en phase terminale. Qu'en est-il de ceux qui souffrent d'une maladie incurable, qui sont en déclin irréversible et éprouvent de grandes souffrances, et qui veulent prendre cette décision?

**Dre Catherine Ferrier:** Je pense que nous devons prendre soin de ces personnes.

**M. Ahmed Hussien:** Et si elles ont exprimé le désir de...

**Dre Catherine Ferrier:** Eh bien, si elles ont exprimé leur désir... Je veux dire, cette loi va être adoptée et il y aura toujours quelqu'un qui sera prêt à les aider.

**M. Ahmed Hussien:** Selon votre demande, si on limite l'aide seulement à ceux qui sont dans les dernières étapes de la maladie en phase terminale, ces personnes n'auraient pas accès à leur choix.

**Dre Catherine Ferrier:** Nous devons nous rappeler, je crois, que nous parlons de tuer des gens, et ce n'est pas un traitement médical; ce n'est pas une sorte de panacée qui va résoudre les problèmes de tout le monde. C'est quelque chose que nous avons toujours été en mesure de faire et que la société a toujours choisi de ne pas faire, et il y a beaucoup d'autres choses que nous pouvons faire pour les gens. Par le passé, les gens qui voulaient vraiment, vraiment mourir ont trouvé des moyens d'atteindre leur but sans impliquer la profession médicale.

**M. Ahmed Hussien:** Ma question s'adresse à l'Association médicale canadienne, pas à l'un ou l'autre de ses représentants en particulier.

Je voudrais savoir si vous avez des préoccupations à l'égard du projet de loi C-14 et si les patients auront des difficultés à accéder à l'aide médicale à mourir en attendant qu'il devienne loi.

• (1735)

**Dr Jeff Blackmer:** Voilà une question très importante. Je tiens à souligner qu'il ressort des enquêtes menées auprès des membres de l'AMC, que quelque 30 % des médecins se disaient prêts à participer si elle devient légale. Ce pourcentage, en tant que tel, peut sembler faible; ce n'est pas le cas. Cela équivaut à des dizaines de milliers de médecins. Dans l'Oregon, le pourcentage des médecins qui participent à l'aide à mourir est inférieur à 0,6 %. S'il ne tenait qu'à ces chiffres, le problème de l'accès ne se poserait pas. Le problème réside dans la mise en rapport des patients admissibles avec les praticiens volontaires.

Vous pouvez imaginer que la plupart des médecins ne sont pas prêts à placarder leurs noms pour annoncer qu'ils vont participer; pour des raisons de sécurité. Ce qu'il nous faut, et ce que l'AMC réclame, c'est un système facilitant la mise en rapport des patients admissibles à l'aide à mourir avec les praticiens qui sont prêts à fournir le service. Dans le même temps, cela signifie que les médecins qui ne veulent pas participer, ou ne veulent pas aiguiller le patient, peuvent faire valoir leurs droits de conscience. C'est un moyen de satisfaire les deux parties.

**M. Ahmed Hussien:** Comment fonctionnerait ce système?

**Dr Jeff Blackmer:** Il y a en fait un système en Alberta, en ce moment, sur lequel travaille le gouvernement de l'Alberta, qui permet aux médecins disposés à participer de s'inscrire auprès d'un registre central. Les patients, ou un fournisseur de soins de santé, peuvent appeler ce numéro et obtenir plus d'informations sur la législation et sur le service, mais aussi être mis en contact, le cas échéant, avec un fournisseur. Ce service a été mis en place après

qu'un patient de Calgary, faute de trouver un dispensateur d'aide, a dû voyager à l'extérieur de la province, alors qu'il y avait beaucoup de médecins à Calgary, qui auraient pu aider. Nous avons désespérément besoin de ce type de système pour garantir la mise en rapport des patients avec les prestataires.

**Dre Cindy Forbes:** Je veux aussi me faire l'écho de ces commentaires. Je peux honnêtement dire que la question que me posent le plus souvent mes collègues qui savent que je suis impliqué à ce niveau, c'est qui va fournir le service? Ils seraient disposés à renvoyer le patient à un prestataire, mais à ce stade, ils ne savent pas comment faire, et comme l'a dit Dr Blackmer, il est peu probable que l'on publie un répertoire ou une liste de prestataires. Cette idée d'un système centralisé d'aiguillage des patients, de coordination de l'aide, s'impose en vue de l'échéance du 6 juin, il faut que médecins et patients sachent qu'il existe un système. Cela éviterait la confusion et faciliterait l'accès au service pour les personnes qui en ont réellement besoin.

**Le président:** Merci beaucoup.

Une brève question à l'intention de l'AMC. Je l'ai posée à tous les groupes d'experts médicaux qui ont témoigné devant nous. Elle s'inscrit, en fait, dans le prolongement de la question de M. Rankin.

À propos de la mort raisonnablement prévisible, si l'on était plus clair, si l'on disait que l'on peut raisonnablement prévoir la mort du patient dans les six mois, ou dans l'année, en s'inspirant du modèle de l'Oregon, du modèle mis en place dans tous les États qui ont adopté ce type de loi, cela vous paraîtrait préférable à l'imprécision de la prévisibilité raisonnable?

**Dr Jeff Blackmer:** Je dirais, qu'en principe, davantage de clarté serait bienvenue. Je dirais aussi que, étant donné le type d'association que nous sommes, il est très difficile pour Dre Forbes et moi de prétendre représenter 80 000 membres quand on n'a pas eu cette discussion en interne. Certes, la plus grande clarté, comme je le dis, c'est un principe fondamental, serait la bienvenue.

**Le président:** Je tiens à remercier tous les membres du groupe d'experts. Je sais que cela n'a pas été facile à cause de l'interruption. Je vous remercie beaucoup d'avoir patienté une heure et quarante minutes; nous vous en sommes reconnaissants.

Nous allons demander au prochain groupe d'experts de s'avancer pendant que nous faisons une brève pause.

Merci beaucoup, vous tous. Cela a été très utile.

• (1735)

(Pause)

• (1745)

**Le président:** Mesdames et messieurs dans le fond de la salle, je vous demande maintenant de bien vouloir prendre vos places ou de quitter la pièce. Le temps nous est compté et on ne peut avoir des gens qui parlent dans le fond.

Je tiens à remercier les témoins de ce panel, qui sont restés malgré les perturbations constantes d'aujourd'hui, et qui ont compris que nous allons à nouveau nous interrompre pour un vote au milieu de nos travaux.

Nous avons trois associations différentes représentant les infirmières. Elles sont toutes différentes avec potentiellement des points de vue légèrement différents, mais elles ont été assez aimables pour trouver un moyen de faire une présentation ensemble. Elles interviendront l'une après l'autre.

Nous avons Maureen Klenk, ancienne présidente de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée; Carolyn Pullen, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui est directrice de la section Politiques, représentation et planification stratégique; et Elaine Borg, de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, qui est la conseillère juridique.

Nous avons deux témoins qui font une présentation à titre personnel. Nous avons Dianne Pothier, professeur émérite à la Schulich School of Law de l'Université Dalhousie; et Trudo Lemmens, professeur et titulaire de la chaire Scholl en droit et politique de la santé de la Faculté de Droit à l'Université de Toronto.

Bienvenue à vous tous.

Je vais demander aux différentes associations d'infirmières de faire leur présentation en premier.

Avant de commencer, je dois obtenir le consentement unanime du Comité pour procéder alors que les cloches sonnent et jusqu'à 10 minutes avant le vote. Ai-je le consentement unanime?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Merci.

Madame Klenk, s'il vous plaît allez-y.

**Mme Maureen Klenk (présidente sortante, Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée):** Mon nom est Maureen Klenk et je représente l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée. Je suis fière d'être une infirmière praticienne. Je crois que je serai peut-être la seule infirmière praticienne à faire une présentation devant vous.

Je voudrais vous faire part de trois préoccupations.

Premièrement, bien que le projet de loi C-14 utilise le langage juridique, son objectif principal est de fournir aux Canadiens et aux fournisseurs de soins de santé la protection et l'accès à l'aide médicale à mourir. Conseiller est une activité quotidienne dans le cadre de chaque échange avec le patient. Il y aura beaucoup de conseils entre le moment où un patient demande l'aide médicale à mourir et celui où le fournisseur rédige effectivement la prescription. Par conséquent, nous pensons que l'exemption relative à l'aide médicale à mourir doit inclure les deux dispositions a) et b).

Deuxièmement, une limite et une exigence en matière d'âge est discriminatoire. Un individu de 16 ans souffre autant qu'un de 36 ans d'une tumeur au cerveau, et leur pronostic est le même. Pourtant, nous acceptons comme licite le consentement que signe un jeune de 16 ans autorisant que sa fille de 2 ans soit opérée.

Troisièmement, les termes grave et incurable n'appartiennent pas à la terminologie médicale et sont dépourvus de valeur descriptive pour le praticien.

En outre, que serait une mort naturelle pour un patient de 60 ans atteint de SLA? Il ne va pas mourir de causes naturelles. Il mourra des complications horribles de la SLA. Quand le professionnel de la santé saurait-il que la mort de ce patient de 60 ans était raisonnable et prévisible? Nous pensons que ce terme n'est mesurable dans aucun contexte.

L'Association recommande que les alinéas a) et d) soient biffés du paragraphe 241.2(2).

Merci de nous donner l'opportunité de contribuer à ce processus important.

• (1750)

**Dre Carolyn Pullen (directrice, Politiques, représentation et planification stratégique, Association des infirmières et infirmiers du Canada):** Je vous remercie de nous donner l'occasion de proposer des amendements au projet de libellé du projet de loi C-14 au nom de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Nous sommes l'association nationale de 139 000 infirmières et infirmiers autorisés au Canada, y compris les infirmières praticiennes. Mon nom est Mme Carolyn Pullen.

L'Association se réjouit de l'approche modérée du gouvernement fédéral face à ce projet de loi difficile, et nous sommes partisans de son adoption rapide. L'AIC appuie fermement l'intention déclarée de travailler avec les provinces et les territoires sur un parcours pancanadien de soins de fin de vie, capable de réconcilier les différentes exigences en matière d'accès et de droit de conscience. Nous apportons notre concours à la mise en oeuvre harmonisée des dispositions relatives à l'aide à mourir dans toutes les juridictions, en réunissant les intervenants en soins infirmiers, y compris les organismes de réglementation et les éducateurs, afin d'élaborer un cadre de soins infirmiers national visant à guider les infirmières dans la mise en oeuvre de l'aide à mourir.

Les recommandations de l'AIC pour les amendements au projet de loi C-14 reposent sur la conviction qu'il y va de l'intérêt des patients et des fournisseurs de soins de santé que la législation soit dépourvue d'ambiguïté, facile à comprendre et à mettre en oeuvre pour que les professionnels puissent en démontrer l'utilité pratique, dans le meilleur intérêt du patient. Conformément à ces principes, notre mémoire propose trois modifications au texte du projet de loi.

Nos amendements proposés élimineraient les références à « la maladie incurable et la mort raisonnablement prévisible ». Nous proposons respectueusement une définition élargie de l'« affection médicale grave et irrémédiable », que nous croyons conforme à l'arrêt Carter, qui met l'accent sur la souffrance intolérable plutôt que sur la détermination du temps de vie restant. En faisant ces amendements, nous proposons de supprimer le paragraphe 241.2(2) du projet de loi

Le libellé actuel utilisé dans les alinéas 6a) et c) relatif à l'indépendance des praticiens pose également problème. Dans leur version actuelle, ces alinéas laissent place à des questions sur les relations d'affaires entre les praticiens ainsi que sur les facteurs qui pourraient avoir une incidence sur l'objectivité des praticiens. Par exemple, si des praticiens se sont systématiquement mutuellement renvoyés les patients par le passé, est-ce que cela implique une relation d'affaires? Dans les petites communautés, le simple fait de se connaître implique-t-il une relation qui affecte la pratique indépendante? La confusion sur le sens de ces alinéas, si on les laisse tel quel, pourrait entraîner des retards dans l'accès à l'aide à mourir, en particulier dans les régions rurales et éloignées, où le nombre de fournisseurs de soins de santé auxquels faire appel peut être limité.

Tout en soutenant pleinement la nécessité de ces garanties importantes, ici l'AIC suggère la révision de ces clauses afin d'en faciliter la juste compréhension et la mise en oeuvre pratique dans l'intérêt bien compris du patient.

Merci de nous donner l'opportunité de soumettre nos remarques et de contribuer à ce processus important.

• (1755)

**Le président:** Merci beaucoup.

Madame Borg.

**Mme Elaine Borg (conseillère juridique, Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada):** Je m'appelle Elaine Borg. Je suis infirmière et avocate. Je travaille pour l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. L'AIC est un organisme national sans but lucratif. C'est un fonds de défense juridique pour les infirmiers autorisés et les infirmiers praticiens. Nous nous intéressons surtout, comme vous pourrez le constater en prenant connaissance de notre mémoire, à la clarté de cette mesure. Comment les infirmiers vont-ils faire pour savoir qu'ils respectent le droit lorsque ce projet de loi deviendra une loi au Canada?

La première question dont je vais parler est que, s'il est légal de participer à une mort assistée, il doit être légal d'en parler. Selon l'alinéa 241(1)a) du Code criminel, constitue une infraction le fait de conseiller à une personne de se donner la mort. Le mot conseiller est défini au paragraphe 22(3) du Code criminel et comprend le fait d'amener et d'inciter quelqu'un à faire quelque chose, et le mot conseil s'entend de l'encouragement visant à amener ou à inciter.

Les professionnels de la santé utilisent le même mot, conseiller, pour décrire les communications professionnelles au sein de la relation thérapeutique. C'est une combinaison d'écoute active, d'éducation du patient et de soutien. Les professionnels de la santé sont tenus d'exercer ces activités. La mort assistée n'est pas une exception.

Nous recommandons que l'exemption visant la mort assistée que contient le projet de loi, et qui est formulée à l'alinéa 241(1)a), utilise clairement et expressément le mot conseiller, de sorte que les professionnels de la santé puissent exercer cette activité thérapeutique normale sans craindre que cet acte ou l'utilisation du mot conseiller dans ce contexte, par exemple, pour planifier et documenter les soins donnés, soit compris à tort comme étant une activité interdite par le Code criminel.

Dans le mémoire de l'AIC, nous avons fourni un projet de définition du mot conseiller ainsi qu'un projet d'article qui prévoirait expressément que le fait de conseiller fait partie de l'aide médicale à mourir.

La deuxième question que j'aimerais aborder est celle de la criminalisation de la norme de soins civile. C'est ce que l'on retrouve au paragraphe 241.2(7) du projet de loi. Le fait de ne pas respecter cette disposition pourrait entraîner la perpétration d'une infraction pénale, malgré l'absence de l'élément mental, l'état d'esprit coupable exigé. Il peut arriver qu'un professionnel de la santé ne respecte pas, dans le cadre de ses activités, une des dispositions de cet article, sans avoir l'intention de le faire, sans faire preuve d'insouciance ni d'aveuglement volontaire. C'est un seuil de responsabilité pénale qui est plus faible que celui qui est exigé pour la négligence criminelle, qui se trouve à l'article 219 du Code criminel.

En outre, nous ne savons pas ce à quoi fait référence le reste de la disposition lorsqu'elle parle des lois ou des normes provinciales applicables. Nous ne savons pas encore ce dont il s'agit. Il paraît raisonnable de prévoir qu'elles comprendraient des dispositions administratives qui ne mériteraient pas d'être sanctionnées pénalement en cas de violation. Cette disposition utilise le mot règle. C'est un mot qui n'est pas défini, qui est imprécis et vague.

Les professionnels de la santé doivent respecter la norme de soins civile, et doivent pratiquer leurs activités conformément aux normes professionnelles et à leurs codes de déontologie. L'inobservation de ces normes peut entraîner des recours civils et administratifs. C'est pourquoi l'AIC recommande que soit intégralement supprimé le paragraphe 241.2(7).

Le troisième aspect est la description du rôle que joue l'infirmier en matière d'administration de médicaments. Un aspect essentiel de la pratique infirmière professionnelle est l'administration de médicaments et de substances. L'équipe de soignants sait que les infirmiers exercent cette activité et s'attendent à ce qu'ils le fassent.

Aux termes de l'alinéa 241.1a) du projet de loi, l'aide médicale à mourir est le fait pour un médecin ou un infirmier praticien d'administrer à une personne une substance. Si l'intention de cette disposition est de faire en sorte que la substance en question soit administrée personnellement par un médecin ou un infirmier praticien, nous recommandons d'ajouter le mot personnellement après le mot administré afin d'en préciser le sens, compte tenu du rôle que jouent les infirmiers dans l'administration des médicaments.

Mon dernier commentaire touche la notion de relation d'affaires. Une des mesures de sauvegarde que contient le projet de loi est l'interdiction faite aux praticiens d'avoir une relation d'affaires. Cette expression est vague. Les professionnels de la santé doivent travailler ensemble, de sorte que l'on peut se demander quels sont les éléments d'une relation d'affaires qu'un praticien est en mesure d'établir de façon à éviter toute responsabilité pénale?

Je vous remercie.

• (1800)

**Le président:** Merci. Voici un exposé très intéressant. Je suis heureux que vous ayez réussi à réunir vos exposés en un seul.

Chers collègues, il nous reste 16 minutes avant le vote. Pensez-vous que nous ayons le temps d'entendre un autre témoin?

L'un d'entre vous pense-t-il être en mesure de le faire en huit minutes ou moins, vraiment?

**Mme Dianne Pothier (professeure émérite, Schulich School of Law, Dalhousie University, à titre personnel):** C'est ce que j'ai prévu.

**Le président:** Très bien. Nous allons donner la parole à Mme Pothier. Merci.

Nous devons vraiment respecter ce temps de huit minutes.

Merci beaucoup. Allez-y.

**Mme Dianne Pothier:** Merci. Je suis heureux d'avoir la possibilité d'être ici.

Mon domaine d'expertise est le droit constitutionnel, y compris le droit relié à la Charte. Voilà donc ma formation. Étant donné que notre temps est limité, je vais principalement parler de la constitutionnalité de la définition de problèmes de santé graves et irrémédiables, que l'on trouve au projet de paragraphe 241.2(2).

Il me paraît important de bien savoir que ce que la Cour suprême du Canada n'a pas déclaré dans l'arrêt Carter 2015 est aussi important que ce qu'elle a déclaré. L'arrêt Carter fait référence, au paragraphe 95, à la protection des droits des personnes vulnérables en les qualifiant de droits constitutionnels des personnes vulnérables, mais elle n'a pas vraiment précisé ce point. Cela ne faisait pas partie de la demande dont elle était saisie. Les juges ont reconnu l'existence de droits constitutionnels dont bénéficiaient les personnes vulnérables, mais ils n'ont pas décrit ces droits en détail dans la décision, mais cela fait partie du contexte dans lequel des mesures doivent être prises pour répondre à l'arrêt Carter.

Lorsqu'on analyse ensemble l'article 7 et l'article 1 et que l'on prend en compte la nécessité de protéger les personnes vulnérables, le véritable problème qui se pose dans ce contexte est que la personne vulnérable ne va pas se déclarer telle lorsqu'elle participera au processus. Lorsque nous parlons des droits constitutionnels des personnes vulnérables, il faut bien comprendre qu'il s'agit de personnes qui ne sont pas toujours en mesure de connaître et de défendre leurs droits. Elles vont se présenter comme des personnes qui veulent mourir et il faut alors se demander si elles déclarent vouloir cette issue dans un moment de faiblesse en sachant que, si elles avaient la possibilité d'y réfléchir davantage, elles pourraient changer d'idée et que, si le souhait exprimé est exaucé, elles n'auront jamais la possibilité de le faire parce qu'elles seront mortes.

La question se complique du fait que ces droits s'opposent dans une certaine mesure, mais ils s'opposent de façon inhabituelle parce qu'il est difficile de savoir dans de telles circonstances quelles sont les personnes à protéger.

Je vais examiner en particulier les dispositions du projet d'alinéa 241.2(2)b), qui traite du déclin avancé, et du projet d'alinéa 241.2(2)d), la disposition qui parle d'une mort raisonnablement prévisible. Il s'agit de savoir si ces deux restrictions sont constitutionnelles.

Il y a beaucoup de gens, y compris ceux qui sont assis près de moi à cette table, qui ont déclaré que ces dispositions n'ont pas été mentionnées par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt Carter, et que, par conséquent, il n'est pas possible d'imposer de telles restrictions. Cette analyse ne me paraît pas très solide parce qu'en plus, il faut tenir compte de ce que la Cour n'a pas déclaré pour bien apprécier ce qu'elle a déclaré.

Pour ce qui est du projet d'alinéa 241.2(2)b), le déclin avancé, lorsque la juge Smith a été saisie de l'affaire en première instance, la loi québécoise n'était pas encore en vigueur, mais elle en avait connaissance de la recommandation du comité du Québec dont elle a repris les expressions déclin avancé et aptitude, qu'elle a incluses dans sa déclaration d'invalidité. La Cour suprême du Canada n'a pas repris ces expressions. Elle n'a pas déclaré vouloir les écarter ni y souscrire. Elle n'a même pas reconnu qu'elles avaient été utilisées.

Par conséquent, le fait d'affirmer qu'en ne faisant aucun commentaire, en ne reconnaissant même pas cet aspect, constitue une interprétation tout à fait extrême de ce que peut faire un tribunal. La Cour n'a fait aucun commentaire à ce sujet et c'est le langage que l'on retrouve dans la loi québécoise et que l'on retrouve dans le projet de loi C-14. Il paraît raisonnable d'interpréter le fait que la Cour suprême du Canada n'ait pas fait de commentaire à ce sujet comme s'il indiquait qu'elle s'en était remise au Parlement pour qu'il agisse au mieux.

De la même façon, la question de la prévisibilité raisonnable de la mort n'est pas mentionnée dans Carter, mais devant la juge Smith, devant la Cour suprême du Canada, les avocats ont présenté l'historique nord-américain et l'historique européen de ces notions. Certaines versions de l'historique nord-américain montrent qu'il existe certaines restrictions en matière de fin de vie. Les dispositions européennes n'en contiennent pas.

• (1805)

On aurait pu penser que la Cour aurait précisé ce qui était acceptable et ce qui ne l'était pas, ainsi que les avantages et les inconvénients. Ce n'est pas une analyse qu'elle a faite. Il me semble donc clair qu'elle n'a pas préjugé de ce qui devrait être fait et qu'elle a renvoyé la question au Parlement pour qu'il décide s'il est approprié d'inclure ici une disposition visant la fin de vie. Je dirais que la

première remarque à faire sur ce point est que la Cour suprême du Canada n'a pas tranché cette question.

Si vous voulez une confirmation du fait que c'est bien ce que la Cour a déclaré, il suffit de savoir que c'est ce qu'elle a fait dans l'arrêt Carter 2016 au moment où elle a accordé la prorogation de la suspension de la déclaration d'invalidité. La Cour a pris soin de préciser qu'elle n'exprimait aucune opinion au sujet de la loi québécoise. La loi québécoise contient les deux éléments que l'on retrouve au projet d'alinéa 241.2(2)b) et d). L'alinéa 241.2(2)d) proposée est une version légèrement différente, mais elle concerne le même aspect pour ce qui est d'une disposition concernant la fin de vie.

La Cour s'en est remis au Parlement sur ce point, mais il faut quand même se demander si l'ajout des alinéas 241.2(2)b) et d), est conforme à l'article 7 de la Charte? D'après moi, ces dispositions y sont conformes. En première instance, le Canada a soutenu devant la juge Smith que, si même une seule personne décédait à tort à cause d'une telle disposition, cela suffirait à justifier une interdiction absolue de la mort médicalement assistée. La juge Smith a répondu que cet argument était extrême, aussi bien par rapport aux principes de justice fondamentale qu'au moyen de défense qu'offre l'article 1 pour le gouvernement. C'est aller beaucoup trop loin.

Ni la juge Smith, ni la Cour suprême du Canada n'ont déclaré qu'il y avait un chiffre magique à choisir, mais elles ont clairement déclaré, en partant du principe qu'avec des mesures de sauvegarde, les risques d'erreur ou d'abus, ou de faire mourir des gens prématurément alors qu'ils auraient peut-être changé d'idée s'ils avaient eu la possibilité... Mais si un tel risque est faible...

**Le président:** Je suis désolé. Nous allons devoir revenir pour le reste.

Je vais vous laisser réfléchir à la conclusion que vous souhaitez faire.

**Mme Dianne Pothier:** Très bien.

**Le président:** Je dois mentionner, en passant, que c'est un des exposés les plus intéressants que nous ayons entendus jusqu'ici, de sorte que je ne voudrais pas que vous croyiez que nous ne sommes pas intéressés. Cela nous intéresse beaucoup. Nous vous laisserons finir lorsque vous reviendrez.

**Mme Dianne Pothier:** Je comprends.

**Le président:** Je ne voudrais tout simplement pas manquer ce vote.

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** La séance est suspendue.

• (1805)

(Pause)

• (1845)

**Le président:** Reprenons.

Mesdames et messieurs, je tiens à vous remercier pour la patience que vous avez eue d'attendre pendant que nous allions voter. Je sais que ce processus est très long et j'apprécie beaucoup votre tolérance.

J'ai deux bonnes nouvelles. La première est que nous ne serons pas interrompus à nouveau pour aller voter. La deuxième est que vous êtes les premiers témoins que le Comité va entendre depuis que le projet de loi nous a été renvoyé...

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** ... ce qui fait que vos témoignages sont encore plus intéressants.

Madame Pothier, poursuivez.

**Mme Dianne Pothier:** Merci. On me dit que j'ai deux minutes, je vais donc devoir abrégé cruellement mon exposé.

Je disais avant le vote que la Cour avait déclaré dans l'arrêt *Carter c Canada* que, si le risque d'erreur ou d'abus était faible, alors le respect de l'autonomie pouvait l'emporter, mais le contraire de cette affirmation est que, si le risque d'erreur ou d'abus est élevé, alors c'est la protection des personnes vulnérables qui doit l'emporter. J'estime donc que les alinéas 241.1(2)b) et 241.1(2)d) sont conformes à l'article 7 de la Charte des droits, conformes aux principes de justice fondamentale ou, à titre subsidiaire, validés par l'article 1 de la Charte.

Si vous supprimez les alinéas 241.1(2)b) et 241.1(2)d) proposés, le risque que quelqu'un connaisse une mort prématurée à la suite d'un souhait passer augmente considérablement, alors que si cette personne avait eu la possibilité de réfléchir à sa décision pendant un certain temps, elle aurait pu changer d'idée, trouver d'autres façons de s'adapter à sa situation, ou d'avoir envie de vivre sa vie.

À l'article 1, la difficulté de protéger les personnes vulnérables est un facteur important. Il va au-delà du demandeur concerné.

Je pourrais aborder d'autres sujets, mais je vais faire un dernier commentaire.

Vous avez entendu ces derniers jours de nombreuses observations selon lesquelles les restrictions qu'apportent les alinéas 241.1(2)b) et 241.1(2)d), entraîneront de nombreuses contestations judiciaires. Oui, quelqu'un pourrait fort bien dire: « Vous n'avez pas été suffisamment loin ». Mais il est important de rappeler mon point de départ; la Cour a reconnu les droits constitutionnels des personnes vulnérables. L'autre côté de cette question est que, si vous allez trop loin, si l'accès est trop large, vous risquez d'être contesté au nom des personnes vulnérables. Cela peut constituer une atteinte à leurs droits constitutionnels.

Si vous voulez garantir la constitutionnalité de la mesure que vous allez prendre, la seule façon de le faire est d'utiliser la clause dérogatoire, soit l'article 33 de la Charte. Aucun sénateur, ni aucun député n'a fait savoir que cela serait une bonne idée. Il est donc possible qu'il y ait des contestations provenant des deux côtés de cette question. C'est donc à vous de prendre la meilleure décision possible.

J'estime donc que les alinéas 241.1(2)b) et 241.1(2)d) proposés sont importants pour ce qui est de protéger les personnes vulnérables. L'inclusion de ces dispositions est conforme à l'article 7 et serait validée par l'article 1, au besoin. Les exclure aurait pour effet d'augmenter les risques d'erreur et d'abus et il ne s'agirait pas de savoir si l'article 7 est respecté, mais cela susciterait des contestations de la part des partisans de l'autre côté de cette question.

• (1850)

**Le président:** Merci, madame Pothier, nous l'apprécions beaucoup.

Monsieur Lemmens, vous avez la parole.

[Français]

**M. Trudo Lemmens (professeur, titulaire de la chaire Scholl en droit et politique de la santé, Faculté de Droit, University of Toronto, à titre personnel):** Je remercie le comité de m'avoir invité à lui communiquer quelques réflexions sur ce sujet important, qui touche tous les Canadiens et Canadiennes.

[Traduction]

Mon mémoire repose sur la recherche et l'enseignement que j'ai effectués dans le domaine de la santé et de la bioéthique, y compris sur les règles en matière de fin de vie, de consentement éclairé, et sur la réglementation des professions dans le droit de la discrimination dans le domaine de la santé. Je me suis senti particulièrement obligé de participer activement à la discussion au sujet de ces changements législatifs parce que l'expérience vécue de l'euthanasie dans des pays comme la Belgique, mon pays de naissance, est bien souvent laissée de côté dans ce débat. J'ai effectué une recherche détaillée du droit et de la pratique en matière d'euthanasie en Belgique et j'ai publié un document sur l'intérêt qu'offre cette expérience pour le débat que nous avons au Canada.

Je vais vous parler, premièrement, des raisons pour lesquelles j'appuie la définition que donne le projet de loi de ce qui constitue des problèmes de santé graves et irrémédiables; deuxièmement, des restrictions en matière de mesures de sauvegarde que contient un projet de loi et l'option consistant à prévoir un examen préalable et troisièmement, de l'exclusion des demandes anticipées.

Pour ce qui est du critère étroit, il est assez facile d'en juger si l'on se base sur la notion de consensualité. Je conviens avec Mme Pothier que la réponse qu'apporte le critère repris par le projet de loi aux demandeurs de l'affaire Carter accorde également une certaine protection à de nombreuses personnes vulnérables dont les vies risqueraient autrement de prendre fin prématurément.

Ce n'est pas seulement une exigence constitutionnelle, je pense que c'est également une bonne politique sociale. C'est ce que démontre l'expérience d'autres pays. L'expérience tirée des régimes d'euthanasie qui combinent un accès ouvert à une évaluation de l'aptitude et du consentement éclairé du patient confiée aux médecins et les données provenant des examens limités — et j'insiste sur le mot limité — des cas déclarés montrent que ces régimes ont entraîné une augmentation importante du recours à cette pratique. En Belgique, nous sommes passés de 347 cas en 2004 à plus de 2 000 en 2015. Ce chiffre représente une partie importante du nombre total des décès au pays, en particulier dans la région flamande.

Cela a entraîné ces dernières années une extension problématique aux personnes atteintes d'invalidité, pour englober maintenant les couples qui veulent mourir ensemble, les personnes qui ont des problèmes d'identité sexuelle, et les personnes qui en ont assez de vivre. J'ajouterais à tout ceci une extension problématique dans le domaine de la santé mentale qui ne se limite pas aux personnes qui ne sont pas seulement chroniquement déprimées et qui ne répondent pas bien aux traitements, ce qui paraît être dès le départ une notion controversée. J'ai présenté cet aspect de façon plus détaillée dans certaines publications et commentaires que j'ai présentés au comité parlementaire mixte. Cette extension ne vise plus seulement les personnes qui sont chroniquement déprimées, mais aujourd'hui en Belgique, cela comprend les personnes souffrant de troubles de la personnalité, de troubles post-traumatiques, d'angoisse, de troubles d'alimentation, de schizophrénie, de dépendance, d'autisme et même de deuil non accepté. Ces cas soulèvent des questions d'évaluation de l'aptitude et posent la question de savoir s'il convient de laisser à des gens, qui auraient pu vivre encore de nombreuses années, un accès à l'euthanasie.

Les membres du Comité devraient se méfier de l'affirmation selon laquelle le régime des décès en Belgique ne cause aucun problème parce que cet aspect a été soigneusement examiné par la juge de première instance et par plusieurs comités canadiens, comme cela a été dit. Cela est inexact. La juge de première instance a reconnu que le régime belge connaissait certains problèmes, tout comme l'a fait la Cour suprême, qui s'est prononcée uniquement sur les questions dont elle était saisie, et qui n'a pas voulu examiner des preuves nouvelles concernant l'évolution du régime en Belgique parce que ces cas n'étaient pas conformes aux paramètres de ses motifs et parce que le Parlement pouvait mettre sur pied, comme la Cour suprême l'a suggéré, un régime d'euthanasie plus restreint comportant des mesures de sauvegarde plus strictes.

Il y a surtout le fait que de nombreux problèmes sont apparus au cours des cinq dernières années. J'ai décrit en détail ces aspects controversés de la pratique concrète de l'euthanasie dans mes mémoires et dans d'autres écrits que je pourrais communiquer au Comité.

Permettez-moi de dire quelques mots au sujet de l'aptitude et du consentement. Le projet de loi accorde une grande importance à la notion d'aptitude et de consentement éclairé et à leur évaluation par des médecins. Il est vrai que ces notions sont déjà utilisées dans le domaine de la santé et des situations de fin de vie. Les évaluations de l'aptitude et du consentement éclairé ne sont pas infaillibles. Ce sont des idéaux. Elles essaient de créer une idée de l'autonomie, mais il est largement reconnu que cela soulève des problèmes. La science de l'évaluation de l'aptitude n'en est qu'à ses débuts. Les fournisseurs de soins de santé l'admettent, mais il y en a d'autres qui semblent avoir une très grande confiance dans la capacité des médecins de les effectuer correctement et dans le contexte beaucoup plus difficile qui est celui de la fin de vie.

• (1855)

Dans ce contexte, ces procédures jouent un rôle beaucoup plus important. Elles font la différence entre la vie et la mort et à l'avenir, cela se produira beaucoup plus souvent que dans le contexte des pratiques actuelles en matière de fin de vie. Les limitations associées à l'évaluation actuelle de l'aptitude ainsi que les procédures actuelles relatives au consentement éclairé prennent une importance accrue.

Lorsque nous étendons l'aide médicale à mourir à des personnes qui ne sont pas en fin de vie, les conséquences que pourraient avoir des erreurs sont beaucoup plus graves parce qu'elles risquent d'entraîner la perte de nombreuses années de vie.

C'est pourquoi je recommande — et j'ai présenté ailleurs cette recommandation de façon plus détaillée, mais je ne vais pas le faire ici — que les évaluations de l'aptitude et du consentement éclairé comprennent un examen beaucoup plus sophistiqué des facteurs personnels et contextuels qui peuvent influencer le désir de mourir et le caractère volontaire de la demande. La douleur, la souffrance émotive, la maladie mentale, les pressions familiales ou financières, l'accès à des soins palliatifs, notamment, sont des aspects qu'il importe de prendre en compte. Dans mon mémoire, je propose d'apporter certaines modifications en ce sens au projet de loi.

Pour ce qui est des normes en matière de consentement éclairé, je dirais qu'il est courant de rencontrer dans ce domaine des normes plus rigoureuses, également dans le domaine de la santé où l'on se préoccupe de la vulnérabilité et de la nécessité de faire preuve de prudence. Je peux vous donner comme exemple la recherche médicale. Il est tout à fait clair que, dans ce cas, il s'agit d'un contexte de vulnérabilité extrême dans les situations où les gens souffrent et ne formulent pas clairement les raisons pour lesquelles ils désirent

mourir. Le consentement éclairé est également ici un élément intégré au contexte pénal parce qu'il permet de fonder une exception à une violation du droit pénal, de sorte qu'il doit être exigé selon des critères très stricts. Pour ces motifs, compte tenu des limitations associées aux procédures d'évaluation du consentement éclairé ainsi que de l'aptitude, je pense personnellement qu'un examen préalable offrirait une protection supplémentaire.

Un examen préalable indépendant ne devrait pas être nécessaire dans un monde parfait, dans lequel tous les professionnels respectent toujours les normes professionnelles en matière d'éthique, agissent prudemment, sans commettre d'erreur, sans zèle excessif, et sans subir de pressions de la part du système de soins de santé, mais ce n'est pas le monde que nous connaissons. La présence de quelques médecins négligents peut créer le chaos dans le contexte d'autres pratiques professionnelles, et il est donc évident que ce même résultat peut survenir dans un contexte de fin de vie. Les données provenant de la Belgique et des Pays-Bas démontrent qu'un petit nombre de médecins — il en suffit de quelques-uns — peuvent causer des problèmes et entraîner une augmentation problématique du nombre de cas. Il est vrai que, d'une façon générale, il est possible d'affirmer que la profession médicale est en mesure de régler ce genre de problème, mais un examen préalable serait une mesure de sauvegarde, qui supprimerait, concrètement, le cas exceptionnel des médecins qui font preuve d'imprudence ou qui n'agissent pas de façon appropriée.

Je dirais très brièvement quelques mots, pour conclure, au sujet des demandes anticipées. Je ne pourrais pas vous en parler en détail, mais je vous invite à lire le mémoire.

Les demandes anticipées constituent une exception à la règle exigeant que soit fourni un consentement éclairé pour une mesure qui met fin à la vie, dans ce cas-ci. Deuxièmement, lorsqu'on invite des personnes à présenter une demande anticipée une fois posé un diagnostic de démence, comme l'a recommandé le comité parlementaire mixte, l'aptitude est bien souvent déjà touchée, de sorte que l'on peut s'interroger sur la valeur de l'évaluation de l'aptitude. Troisièmement, les gens ont du mal à imaginer qu'ils puissent avoir une bonne qualité de vie et trouver de nouveaux buts et une nouvelle satisfaction dans leur vie une fois arrivée la démence, alors que cela arrive souvent. Les gens changent et il arrive même que le cerveau subisse des changements associés. Devrions-nous obliger les gens à respecter leur souhait antérieur même s'ils semblent à l'heure actuelle satisfaits de la qualité de leur vie et qu'ils en jouissent? J'invite vivement le comité à regarder un documentaire récent sur les Pays-Bas qui souligne, je le dirais, l'horreur que suscite la situation où on oblige quelqu'un à respecter une demande anticipée alors qu'elle — dans ce cas c'était une femme dans la soixantaine — est toujours autonome et exerce avec plaisir de nombreuses activités de la vie, pour la seule raison qu'elle a signé une demande d'euthanasie anticipée cinq ans auparavant.

Je mentionnerais également que les membres de la famille éprouvent souvent beaucoup de difficulté à accepter la démence. Cela soulève un problème parce que c'est à eux qu'il incombe de décider, même avec les meilleures intentions, si la vie que mène un membre de la famille ne vaut plus la peine d'être vécue.

Je dirais, et je vous invite à examiner le mémoire, que, même dans les régimes particulièrement libéraux de la Belgique et des Pays-Bas, les demandes anticipées ne sont autorisées qu'à des conditions très strictes. En Belgique, par exemple, elles ne sont autorisées que lorsqu'il y a une perte de conscience irréversible chez la personne concernée. Aux Pays-Bas, les demandes ne sont pas impératives et ne sont en général pas respectées parce qu'elles soulèvent de nombreux problèmes.

Permettez-moi de terminer en disant simplement que, dans le cadre de ce débat, on vous a présenté de nombreux cas de personnes qui ne pourraient peut-être pas avoir accès immédiatement à l'aide médicale à mourir avec le projet de loi ou d'autres qui ne peuvent manifester en bénéficiant parce qu'elles ne peuvent donner un consentement. J'invite le Comité à examiner le cas d'autres personnes dont les vies ont été achevées prématurément dans des systèmes très ouverts.

• (1900)

Il y a quelques affaires de ce genre qui ont récemment suscité un vif débat en Belgique et aux Pays-Bas. De nombreux autres cas demeurent inconnus, parce qu'ils concernent des personnes marginalisées, vulnérables et qui ne peuvent plus se plaindre, et pour cause, qu'on ait mis fin à leurs souffrances. Les membres de la famille n'en parlent, bien souvent pas, à cause du traumatisme qu'ils ont vécu.

Nous devrions tirer des leçons de l'expérience de ces autres pays et mettre sur pied un régime prudent qui respecte l'obligation constitutionnelle de protéger les personnes vulnérables. L'élargissement des critères d'accès prévus par le projet de loi risquerait, à mon avis, de mettre en danger les membres les plus vulnérables de notre société.

Je vous remercie.

**Le président:** Merci à tous les membres du panel de nous avoir présenté des exposés très intéressants.

Nous allons maintenant passer aux questions.

Nous allons commencer par M. Cooper.

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

Je vais adresser ma première question à Mme Pothier.

Certains participants à ce débat qui ont comparu devant le Comité ou ailleurs ont déclaré, à propos des paramètres exposés par la Cour suprême dans Carter, que ces paramètres constituaient seulement un plancher, mais non pas un plafond.

Que pensez-vous de cette suggestion?

**Mme Dianne Pothier:** Je ne pense pas que cette comparaison soit très bonne. J'ai dit en fait que les tribunaux avaient laissé de côté une grande partie de cette analyse non pas parce qu'ils s'estimaient incompétents — bien évidemment, ce n'est pas le cas — mais parce qu'ils n'examinaient pas tous les aspects, et qu'ils pensaient que c'était au Parlement de prendre ces décisions. Parler de plancher, lorsque l'on dit qu'il y a des choses qui ont été examinées et d'autres qui ne l'ont pas été, ne me paraît pas très logique.

**M. Michael Cooper:** Très bien. En fait, la Cour a parlé de concilier d'un côté l'autonomie de l'individu avec, de l'autre, la nécessité de protéger les personnes vulnérables.

Vous avez cité le paragraphe 95 de l'arrêt Carter, mais je citerais également le paragraphe 105 de ce même arrêt. La Cour suprême cite la juge Smith au sujet de la nécessité de prévoir un ensemble de mesures de sauvegarde bien conçues et bien administrées.

Ensuite, au paragraphe 111 de la décision, la Cour poursuit — et M. Lemmens l'a mentionné — en citant un affidavit qui a été présenté par M. Montero au sujet de l'expérience belge, dans lequel la Cour déclare qu'il n'est pas nécessaire de prendre en compte cet affidavit à titre de preuve admissible, parce que les paramètres auxquels il est fait allusion dans ces motifs, comme l'euthanasie pour les mineurs ou les personnes souffrant de troubles psychiatriques ou de problèmes médicaux mineurs, ne seraient pas visés par les paramètres que nous envisageons.

Convendez-vous que ces paragraphes supplémentaires confortent l'idée que, lorsque nous parlons de droits, y compris ceux que garantit l'article 7 de la Charte, il ne s'agit pas d'imposer quoi que ce soit, mais de concilier différents aspects?

**Mme Dianne Pothier:** Oui. L'effet réel des principes de justice fondamentale, la portée trop large, est tout simplement qu'une interdiction absolue va trop loin. Il faut alors se demander jusqu'où il est vraiment possible d'aller? Il s'agit de concilier différents principes. C'est au Parlement d'essayer de déterminer comment il convient de concilier ces différents principes.

Je veux dire que, s'il n'y avait pas les restrictions qu'apportent les alinéas 241.1(2)b) et d) alors, cela voudrait dire qu'il faudrait apprécier... Nous avons entendu des témoins qui nous ont parlé de la situation dramatique de personnes qui n'auraient pas été visées par ces deux alinéas, mais il faut apprécier ces situations par rapport à celles, comme Trudo le disait, des personnes qui vont tout simplement mourir en silence parce qu'elles se sentent impuissantes et désespérées, mais qui auraient pu vivre une vie qui valait la peine d'être vécue, si elles avaient eu la possibilité de la construire.

Je ne dis pas seulement que cette affaire ne peut influencer quoi que ce soit. Je dis que, si nous élargissons trop les critères, l'équilibre sera rompu. Oui.

• (1905)

**M. Michael Cooper:** Pour terminer sur cette idée, par conséquent, si l'équilibre est rompu, le Parlement ouvre la porte avec ce projet de loi à des contestations fondées sur l'article 7 émanant de personnes vulnérables qui disent que ce projet de loi les met en danger ou ne protège pas la vie et la sécurité des personnes vulnérables.

**Mme Dianne Pothier:** Je dirais que cela vient à la fois de l'article 7 et de l'article 15. La demande Carter était elle-même fondée sur l'article 15 et l'article 7, et la juge Smith a commencé par examiner l'article 15, et l'article 7 est en quelque sorte venu par la suite. La Cour suprême du Canada a dit que l'article 7 s'appliquait et que, par conséquent, il n'était pas nécessaire d'examiner l'article 15.

La contestation qui pourrait être lancée au nom des personnes vulnérables pourrait invoquer les deux articles, mais je pense que les demandes visant à faire respecter le droit à l'égalité de l'article 15 seraient plus solides.

**M. Michael Cooper:** Très bien.

Me reste-t-il du temps?

**Le président:** Une minute.

**M. Michael Cooper:** Monsieur Lemmens, vous avez parlé de l'expérience des pays du Benelux, l'affidavit que M. Montero avait présenté à la Cour suprême mentionnait de nombreux exemples d'abus survenus dans les pays du Benelux.

Pourriez-vous parler de ces abus par rapport à la nécessité, d'après vous, de mettre sur pied un mécanisme d'examen préalable?

**M. Trudo Lemmens:** Oui, les affaires qui ont été présentées à la Cour suprême par M. Montero ont été examinées par la Cour suprême, mais celle-ci n'en a pas tenu compte parce qu'elle a déclaré que sa décision ne concernait pas les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Elle a indiqué qu'elle ne visait pas cette catégorie de personnes susceptibles de demander une aide médicale à mourir.

Ces affaires ont acquis une importance renouvelée et il est important d'en parler ici et que le législateur en parle, si les gens demandent un assouplissement des critères d'accès. C'est le fait que la Cour suprême ne les a pas examinées qui explique qu'il soit très important d'en parler ici.

Est-ce qu'il y a des abus dans les systèmes belge et hollandais? Je dirais que ces affaires font ressortir la nécessité d'un examen préalable.

Nous avons eu très récemment des cas, par exemple, en Belgique, notamment celui d'une femme de 37 ans. Elle avait souffert d'une maladie mentale dans sa jeunesse, mais n'avait reçu aucun traitement depuis 15 ans. Elle a rencontré un médecin qui, dans le contexte belge, est connu pour être très favorable à l'euthanasie pour les patients psychiatriques. Quatre mois après avoir rencontré ce médecin, elle a demandé une aide médicale à mourir ou à être euthanasiée comme on le dit en Belgique. Il avait été diagnostiqué à l'époque qu'elle souffrait d'autisme. Les gens qui examinent ce cas d'un point de vue professionnel, de l'extérieur, pensent que c'est là un cas étrange et se demandent pourquoi il y a eu ce diagnostic d'autisme à ce moment-là. Les membres de la famille ont eu de la difficulté à obtenir des renseignements au sujet de ce qui s'était passé et des motifs de ce diagnostic et ensuite, deux mois plus tard, elle a été euthanasiée devant les membres de sa famille traumatisés. La famille a ensuite attendu trois ans avant de déposer une plainte. Pourquoi? Parce que ces personnes se sont adressées à la commission belge de l'euthanasie qui a déclaré que les critères juridiques avaient été respectés.

Il est intéressant de noter que l'autisme répond aux critères de la loi belge. De sorte que, lorsque des médecins décident, qu'ils soient bien intentionnés ou non — et je ne dis même pas que ce médecin n'était pas bien intentionné — lorsqu'ils estiment de façon un peu trop zélée qu'il leur incombe de donner accès à l'aide médicale à mourir, il y a de nombreux autres psychiatres qui estimerait que cela est très problématique parce que ces personnes méritent qu'on leur offre des soins et notre attention et qu'elles ne devraient pas être euthanasiées.

Un mécanisme d'examen préalable constituerait une protection parce qu'il pourrait influencer ces décisions individuelles. Il permettrait de remettre en question la décision prise par des médecins qui sont peut-être trop zélés, peu rigoureux et qui peuvent agir de façon incompétente dans des cas de ce genre.

•(1910)

**Le président:** Merci.

Monsieur Fraser.

[Français]

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

Je remercie les témoins d'être parmi nous aujourd'hui et de nous livrer des présentations aussi intéressantes.

[Traduction]

J'aimerais remercier en particulier les trois représentantes des groupes d'infirmières que nous avons entendues aujourd'hui.

Merci pour le travail que vous effectuez, vous et vos membres, tous les jours pour les Canadiens. C'est vraiment un travail important. Je sais que dans votre travail, les soins palliatifs vont prendre de plus en plus d'importance quelle que soit l'issue de ce projet de loi. Je sais que notre gouvernement s'est engagé à affecter les ressources nécessaires aux soins palliatifs.

Madame Klenk, j'aimerais vous poser une question au sujet des infirmiers praticiens. Selon le projet de loi, deux médecins, ou un médecin et une infirmière praticienne, ou deux infirmiers praticiens, peuvent fournir à un patient une aide médicale à mourir. Je m'interroge sur l'aspect provincial. Je crois que vous avez mentionné que le gouvernement fédéral ainsi que les provinces et les territoires avaient travaillé ensemble pour établir un cadre, en particulier en ce qui touche les infirmiers praticiens, et je sais que ce sont les provinces et les territoires qui réglementent ces professions.

Pourriez-vous nous expliquer le genre de cadre auquel vous pensez? Le fait qu'il y ait des différences entre les provinces et les territoires canadiens sur ce que peuvent faire les infirmiers praticiens, malgré ce que prévoit le projet de loi, pose-t-il, d'après vous, des problèmes?

**Mme Maureen Klenk:** Les gestes que posent les infirmiers praticiens dans l'ensemble du Canada ne varient pas beaucoup. Nous avons d'excellents programmes de formation qui permettent aux infirmiers praticiens de fournir l'aide médicale à mourir — de la mettre en oeuvre, si c'est le mot qu'il faut utiliser.

Il pourrait y avoir quelques différences d'une province à l'autre. Je pense néanmoins que nos organismes de réglementation des sciences infirmières s'efforcent constamment d'harmoniser nos mécanismes de réglementation d'un bout à l'autre du pays. Il peut y avoir quelques différences mineures, mais je pense qu'en général, les protocoles que devront mettre en oeuvre les infirmiers praticiens seront les mêmes partout.

**M. Colin Fraser:** Pensez-vous qu'il soit important de donner ce pouvoir aux infirmiers praticiens si nous voulons que tous les Canadiens aient accès à une aide médicale à mourir?

**Mme Maureen Klenk:** Oui. Je pense qu'il est important qu'on applique la même procédure d'un bout à l'autre du pays.

**M. Colin Fraser:** Merci.

Madame Pothier, j'ai beaucoup aimé votre exposé et le mémoire que vous avez présenté. Nous avons parlé des alinéas 241.1(2)b et d) proposés. Vous avez mentionné que, bien sûr, dans Carter, la Cour ne s'était pas prononcée sur ces expressions et qu'il incombait donc au Parlement de le faire et qu'il n'y a rien qui l'empêche de le faire dans Carter.

Je m'interroge au sujet de la période d'attente de 15 jours. Convenez-vous tout comme moi que l'arrêt Carter ne parle aucunement de période d'attente et qu'il s'agit donc d'une sorte de mesure de sauvegarde que le Parlement peut décider de prévoir?

**Mme Dianne Pothier:** Oui.

**M. Colin Fraser:** Pour ce qui est de la liberté de conscience, certains témoins ont déclaré que cette liberté devrait être expressément reconnue dans cette loi. Il s'agit bien sûr d'une modification du Code criminel, mais j'aimerais avoir votre avis sur la question de savoir s'il serait bon d'insérer cette notion dans le Code criminel lui-même. Elle figure à l'heure actuelle dans le préambule.

Qu'en pensez-vous?

**Mme Dianne Pothier:** Je crois qu'il a été mentionné que personne ne sera obligé de fournir une aide médicale pour mourir ou d'y participer. Je pense que cela pourrait figurer dans le droit pénal, mais je ne crois pas que ce soit là la véritable préoccupation. La crainte n'est pas quelqu'un exerce une contrainte comme si quelqu'un vous mettait un revolver sur la tempe. La véritable préoccupation porte sur les répercussions professionnelles d'un refus de participer à un tel régime.

Si c'est bien là la véritable préoccupation, je crois que le gouvernement fédéral ne pourra pas faire grand-chose. Ce n'est pas une disposition du Code criminel, je ne le pense pas, et il y a les hôpitaux militaires qui relèvent du gouvernement fédéral où il pourrait y avoir des conséquences professionnelles. Cela ne représente qu'une petite partie de cet ensemble. Si l'on veut parler de la discrimination que pourraient subir les gens qui exercent leur liberté de conscience, la Loi canadienne sur les droits de la personne a une portée très limitée, tant de façon générale que particulière, pour ce qui est de viser les personnes pour qui l'aide médicale à mourir irait à l'encontre de leurs convictions personnelles. Il y a des choses qui pourraient être faites. Mais dans l'ensemble, le gouvernement fédéral éprouverait de la difficulté à aller très loin dans ce domaine.

Effectivement, les ministres ont déclaré que la loi n'obligeait personne à faire quoi que ce soit. Cela est vrai. Il faut toutefois se demander s'il n'y aurait pas lieu de faire des déclarations plus fermes. Il est effectivement possible de faire un peu mieux, mais les meilleures protections ne peuvent être que provinciales.

• (1915)

**M. Colin Fraser:** Merci.

Pour ce qui est de l'examen judiciaire préalable, il y a certains témoins qui l'ont mentionné et l'arrêt Carter en parle. Il a été affirmé qu'entretemps, il devrait y avoir un contrôle judiciaire. Pensez-vous qu'à ce moment-là, la Cour s'attendait à ce que cette question soit soumise au Parlement pour qu'il mette en place un cadre de réglementation qui contiendrait des mesures de sauvegarde?

**Mme Dianne Pothier:** Le rôle confié aux tribunaux à l'heure actuelle est une solution intérimaire proposée par la Cour. Elle s'attend à ce que le Parlement adopte un ensemble de mesures de sauvegarde. La Cour a déclaré que les juges faisaient partie du principe de la primauté du droit, d'un mécanisme de protection. Je pense qu'elle a accordé au Parlement la possibilité de maintenir le système basé sur une autorisation judiciaire, mais elle lui permet également de trouver d'autres façons de mettre sur pied un ensemble de mesures de sauvegarde.

**M. Colin Fraser:** Merci.

J'aimerais m'adresser à Mme Borg.

**Le président:** Soyez bref, s'il vous plaît.

**M. Colin Fraser:** Madame Borg, vous avez fait un commentaire au sujet du paragraphe 241.2(7), qui est la disposition relative à la notion de connaissance, soins et habiletés raisonnables. Avez-vous recommandé dans votre mémoire une formulation qui pourrait remplacer celle-ci ou pensez-vous qu'il faudrait la supprimer?

**Mme Elaine Borg:** Nous recommandons de supprimer cette disposition. Les mécanismes qui régissent ce domaine, qu'il s'agisse de tribunaux civils ou d'organismes de réglementation par le biais de leur rôle disciplinaire, appliquent déjà cette notion.

**Le président:** Merci.

Monsieur Rankin.

**M. Murray Rankin:** J'aimerais me faire l'écho de ce que M. Fraser a déclaré lorsqu'il a remercié tous les témoins, en mentionnant particulièrement les infirmiers et l'excellent travail qu'ils font. Je suis ravi que vous soyez ici.

Je vais commencer par les infirmiers praticiens. Nous avons été très surpris lorsque le sous-ministre de la Justice nous a déclaré, il y a quelques jours, que deux infirmiers praticiens, sans la présence d'un médecin, pouvaient fournir l'aide médicale à mourir. Cela va à l'encontre des recommandations du comité mixte spécial. Les infirmiers praticiens sont-ils satisfaits de posséder ce pouvoir, celui de décider seuls, sans la participation d'un médecin?

**Mme Maureen Klenk:** En deux mots, la réponse est oui.

**M. Murray Rankin:** Très bien. Merci. Je voulais préciser ce point.

Je voulais également, madame Klenk, vous donner la possibilité de répondre parce qu'il me semble que nous avons entendu votre témoignage il y a très longtemps. Vous avez fourni deux exemples fascinants. J'aimerais m'y reporter parce que je dois avouer que j'ai pris des notes très rapidement. Vous avez comparé un jeune de 16 ans qui avait une tumeur au cerveau à une personne de 36 ans et vous avez ensuite mentionné un patient de 60 ans atteint de la SLA, dans le contexte de la mort naturelle. Pourriez-vous nous en dire davantage?

**Mme Maureen Klenk:** Mes collègues et moi pensons qu'un jeune de 16 ans qui a une tumeur au cerveau souffrirait tout autant qu'une personne de 36 ans, 56 ans ou 70 ans. Le pronostic est exactement le même lorsque la tumeur atteint un stade irréversible. Même si ce projet de loi énonce qu'une personne de moins de 18 ans ne peut consentir à la mort, nous acceptons qu'il soit conforme au droit, à notre société, qu'un jeune de 16 ans puisse consentir à une intervention chirurgicale sur son propre enfant. D'un côté, nous laissons les gens faire la guerre, si l'on peut dire, et de l'autre, nous disons non, vous ne pouvez pas le faire. J'ai accepté que des jeunes de 16 ans donnent leur consentement à des vaccinations. Cela est légal. C'est une situation.

L'autre est celle de la mort naturelle. Si l'on constate que vous souffrez d'une maladie comme une tumeur au cerveau, la SLA, le cancer du poumon, ou d'une de ces horribles maladies, votre mort n'est plus naturelle. Dans notre société, nous parlons de mort naturelle lorsque la vie arrive à son terme — vous avez 110 ans et vos reins refusent peu à peu de fonctionner normalement. Voilà ce que l'on entend par mort naturelle.

Pour une personne qui a une maladie grave, on ne peut pas parler de mort naturelle. En tant que praticienne, lorsqu'une personne de cette catégorie décède, je ne pourrais pas inscrire sur son certificat médical qu'elle est décédée de cause naturelle. Je dois préciser qu'elle est décédée des complications découlant de la SLA, ou qu'elle est décédée des suites d'un arrêt respiratoire, ou autre. Ce n'est pas un diagnostic.

• (1920)

**M. Murray Rankin:** Merci. Je remercie les trois groupes d'infirmières pour nous avoir précisé tous ces termes. Cela nous est extrêmement utile. C'est ce que nous devons faire ici et je l'apprécie beaucoup.

Je vais maintenant m'adresser à Mme Pullen qui représente l'AIIC.

Dans votre mémoire, vous recommandez que toute la phrase du projet de loi qui définit « problèmes de santé graves et irrémédiables » soit tout simplement supprimée, si j'ai bien compris. Je pense que la formulation que vous proposez — et je ne veux pas vous faire dire quoi que ce soit — semble identique ou pratiquement identique à ce qu'a déclaré la Cour suprême du Canada. Est-ce bien là votre intention? J'aimerais que vous me disiez ce que vous entendez par-là.

**Dre Carolyn Pullen:** Nous recommandons que l'article 2 soit complètement supprimé si la disposition précédente est révisée de façon à élargir la définition de « problèmes graves et irrémédiables », et nous avons proposé cette formulation. Et, oui, elle est conforme à la description initiale.

**M. Murray Rankin:** Il semble que le comité mixte ait pour l'essentiel repris les termes du jugement de la Cour suprême.

**Dre Carolyn Pullen:** Oui, et nous étions satisfaites de l'interprétation initiale qui en a été donnée.

**M. Murray Rankin:** Madame Borg, encore une fois, je vous remercie pour la précision des termes utilisés. Vous avez fait plusieurs remarques que nous n'aurons pas le temps, je le regrette, d'examiner plus avant, mais je me demandais si vous pourriez nous en dire un peu plus au sujet de l'exigence de l'élément mental et des questions que soulève le recours aux normes provinciales — le mot « règle » que vous avez qualifié de très vague. Pourriez-vous préciser davantage ce qui vous préoccupe sur ce point?

**Mme Elaine Borg:** Je vous donne un exemple; j'ai essayé de faire ressortir le point souvent après en avoir parlé avec des infirmières et d'autres. Les services de santé de l'Alberta, qui est sans doute la première autorité de santé régionale au pays, adopteraient-ils une règle voulant que les personnes qui reçoivent une aide médicale à mourir bénéficient d'un régime particulier en matière de médicaments?

En tant que praticienne qui travaille à High Level, une petite ville en Alberta, cela n'arrive pas très souvent. La chaîne d'approvisionnement s'interrompt et c'est ce qui est écrit dans le formulaire. Je ne sais pas ce que prévoit la politique d'Alberta Health Services. Est-ce une règle, de sorte que, si j'agissais, je me retrouverais en prison ou j'aurais à m'expliquer devant un tribunal pénal alors que ma priorité était simplement de prendre soin de mon patient, qui répondait aux critères d'admissibilité, mais il y avait une règle dans ce domaine?

Voilà ce qui me paraît être des conséquences imprévues qui surviennent dans des cas de ce genre. La question essentielle est en fait la responsabilité civile. Nous n'avons pas d'exemples tirés du Code criminel où l'on parle de négligence criminelle et du reste. Cela apparaît rarement dans le code et on exige un écart net avec ce qui doit se faire, un écart par rapport à ce qu'est la norme civile, et c'est ce qui me vient à l'esprit lorsque je lis le paragraphe (7) qui revient presque à dire « Vous auriez dû être plus prudents et vous n'auriez pas dû faire cela », plutôt que: c'était là bien votre intention et il y a eu aveuglement volontaire et insouciance.

C'est ce qui nous préoccupe lorsque nous réfléchissons aux actes visés par cette disposition. Nous savons déjà que les praticiens et les praticiennes sont des personnes équilibrées. Elles possèdent toutes un permis d'exercice professionnel. J'ai travaillé pendant 16 ans pour la SPIIC, et je peux vous dire que les praticiens craignent davantage les mesures disciplinaires professionnelles que les poursuites civiles. Ils savent que ce document leur permet d'exercer leurs activités et qu'il peut leur être retiré s'ils ne respectent pas les normes en matière de pratique et les codes de déontologie, qui changent constamment.

Ils doivent donc constamment se mettre à jour des changements intervenus dans leur domaine, dans leur discipline.

Lorsque nous examinons cette disposition et que nous disons que nous n'aimons pas beaucoup sa formulation parce que l'élément mental n'est pas exigé, nous nous demandons si cela est vraiment nécessaire. Eh bien, nous savons — je le sais et je le fais presque tous les jours — que les infirmières sont parfois poursuivies pour négligence et que ce moyen de défense est ensuite invoqué, de sorte que les tribunaux sont saisis de cette question. Lorsqu'on parle de l'aspect réglementation, il y a des lois dans l'ensemble du Canada qui régissent les collèges des médecins, des infirmiers, des pharmaciens, des psychothérapeutes, et autres. Ils réglementent leurs membres en leur fournissant des directives en matière de pratique et ils entendent également les plaintes émanant du public. Comme nous le savons, il n'y a pas de prescription pour ce genre de plainte.

Les conséquences qui découlent normalement de la violation d'un règlement, d'une règle administrative, ou d'une règle civile, existent déjà et rien n'empêche quelqu'un de déposer une plainte de cette façon ou d'introduire une action si elle pense qu'un praticien n'a pas respecté les normes de sa profession.

• (1925)

**Le président:** Madame Khalid.

**Mme Iqra Khalid (Mississauga—Erin Mills, Lib.):** Je vous remercie de votre patience, tout d'abord, pendant que nous sommes allés régler certaines choses à la Chambre et aussi, pour avoir présenté un témoignage aussi éloquent. Vos mémoires nous sont très utiles.

Ma première question s'adresse à Mme Klenk, à Mme Borg et aussi à Mme Pullen.

Pour ce qui est de l'administration de l'aide médicale à mourir, nous savons que le projet de loi vise deux genres de situations. La première est celle où le praticien de la santé est la personne qui administre la drogue qui a pour effet de mettre fin à la vie. L'autre est celle où la personne obtient une ordonnance pour se procurer un médicament et l'apporte chez elle pour se l'administrer elle-même. J'aimerais savoir ce que vous pensez à ce sujet. Cela vous dérange-t-il que des gens puissent apporter chez eux ce médicament et se l'administrer eux-mêmes? Deuxièmement, dans quels cas quelqu'un voudrait-il prendre lui-même ce médicament chez lui?

**Mme Maureen Klenk:** La réponse à votre première question est oui, je serais à l'aise dans une telle situation. Nous savons tous qu'il y a des médicaments et des drogues dangereuses dans nos collectivités. Il y a toujours des risques, quelle que soit la situation. Je pense que, si quelqu'un est venu me demander de l'aide et qu'il existe des mesures de sauvegarde appropriées, cette personne va agir prudemment avec ce médicament ou que sa famille le fera. Je peux donc répondre à cette question.

Y a-t-il des collègues qui veulent intervenir?

**Dre Carolyn Pullen:** Je n'appuie cette possibilité que dans le seul cas où il s'agit d'un médicament qui s'administre oralement. L'association des infirmiers et des infirmières est favorable à cette possibilité. J'ai entendu d'autres personnes déclarer que si nous regardions dans notre armoire à pharmacie aujourd'hui, nous trouverions sans difficulté des mélanges toxiques que nous pourrions choisir au lieu de prendre ce qui nous a été prescrit. C'est donc un risque calculé, mais c'est un risque que j'assume sans difficulté.

**Mme Iqra Khalid:** Pensez-vous que la question d'administrer correctement le médicament chez soi peut poser un problème?

**Mme Maureen Klenk:** Je crois que nous nous efforcerions d'informer la famille et d'en arriver à une entente. Mais cela dit, nous permettons à certaines personnes de fournir des soins palliatifs chez eux à des membres de leur famille et de leur appliquer des timbres de fentanyl très puissants et nous leur enseignons comment se débarrasser correctement des timbres de fentanyl. On espère que les directives seront suivies.

Il faut bien sûr établir une relation de confiance, mais d'une façon générale cela donne de bons résultats. Il y a cette relation de confiance. Y aura-t-il quelques rebelles? Peut-être, c'est probable, mais nous ferons tout ce que nous pourrions pour éviter ces écarts.

**Mme Iqra Khalid:** La question suivante s'adresse à tous les témoins. Nous avons entendu divers témoignages au sujet de la limite d'âge qui est de 18 ans pour l'admissibilité à ce régime. Si l'on supprimait cette condition d'âge, quelles sont les mesures que vous proposeriez pour protéger les personnes vulnérables, celles qui risquent d'être convaincues ou contraintes de faire quelque chose qu'elles n'auraient peut-être pas fait d'elles-mêmes?

• (1930)

**Dre Carolyn Pullen:** Je vais commencer par commenter cette question. Du point de vue de l'association des infirmières, nous acceptons le projet de loi C-14 tel qu'il est rédigé actuellement, en recommandant que les trois volets âge, santé mentale et évaluation de l'aptitude ou demande préalable soient examinés rapidement et de façon détaillée dans les jours qui viennent. Nous sommes satisfaits du projet de loi sous sa forme actuelle, de son contenu et des mesures de sauvegarde qu'il contient.

**Mme Elaine Borg:** Je vais vous parler en m'appuyant sur mon expérience professionnelle d'infirmière. J'ai commencé à travailler à l'hôpital des enfants malades et je peux vous dire qu'il y a des enfants qui meurent. À l'époque, nous avions très peu de possibilités d'offrir des soins palliatifs et des années après avoir quitté cette institution, j'ai constaté avec ravissement et soulagement que les autorités avaient finalement découvert que les enfants souffraient. Nous avons encore beaucoup de chemin à faire pour commencer à comprendre ce que nous allons décider dans le cas, par exemple, des mineurs matures.

Je crois que le gouvernement a l'intention d'étudier cette question. Il y a une suggestion dont nous avons parlé dans mon bureau et selon laquelle il ne semble pas qu'il soit nécessaire d'obtenir une autorisation judiciaire préalable si nous regardons l'ensemble des soins que fournissent à leurs patients les médecins, les infirmiers et les infirmiers praticiens. Cela entraînerait des retards. Cela serait coûteux. Qui assumerait ces coûts?

Si je m'apprête à conclure un règlement dans une poursuite civile en dommages et intérêts, et qu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne handicapée, j'ai besoin d'obtenir une autorisation judiciaire pour conclure ce règlement. Est-ce que certaines catégories de personnes ne pourraient pas avoir accès à l'aide médicale à mourir si elles répondaient aux conditions d'admissibilité, peut-être avec l'obligation d'obtenir au préalable une autorisation judiciaire en raison du caractère spécial et sensible de ces catégories?

**Le président:** Je vais donner à Mme Pothier la possibilité de répondre et nous reviendrons ensuite à vous.

**Mme Dianne Pothier:** Il semble à première vue assez évident que l'on fait de la discrimination selon l'âge lorsqu'on dit que ceux qui ont plus de 18 ans sont admissibles et ceux de moins de 18 ans ne le sont pas.

Mais la vraie question à se poser — et c'est la raison pour laquelle nous devrions faire une pause et procéder à d'autres études — est de nous demander si les jeunes sont particulièrement vulnérables? Il est en effet dans leur cas plus difficile d'en arriver à l'équilibre souhaitable, parce qu'ils sont plus vulnérables. C'est la question qu'il faut étudier et je pense qu'il faut faire preuve de prudence.

**M. Trudo Lemmens:** Je souscris à cette idée.

La meilleure protection est d'avoir des critères stricts, de sorte que la principale préoccupation que suscitent les critères vagues et les situations où un jeune de 16 ou 17 ans est en dépression, ce qui n'est pas rare... J'ai un jeune de 18 ans chez moi, je sais qu'il n'est pas facile d'interagir avec un adolescent. C'est pourquoi je pense qu'avoir des critères stricts qui évitent d'en arriver à des situations où des familles se heurtent à un choix individuel qu'elles ne peuvent pas modifier, où elles s'inquiètent des évaluations effectuées par les médecins, une autorisation préalable associée à une évaluation supplémentaire de la vulnérabilité de la personne concernée, serait, dans le contexte des personnes vulnérables, une mesure qu'il ne serait pas inutile de proposer...

Si vous prenez les régimes les plus libéraux, comme ceux de la Belgique et des Pays-Bas, la Belgique a permis l'accès à l'euthanasie aux mineurs matures, mais exige le consentement de la famille. Au cours des débats parlementaires, les gens n'ont pas souhaité que la famille ne puisse intervenir dans le processus décisionnel. Je reconnais que c'est une question délicate. Bien évidemment, il est toujours quelque peu arbitraire de fixer la limite à 18 ans, mais nous sommes parfois amenés à fixer une limite et d'autres situations peuvent être réglées en exigeant une autorisation préalable supplémentaire découlant d'un examen judiciaire de la vulnérabilité. Je dirais toutefois que la participation de la famille et l'adoption de critères stricts fournissent déjà, à mon avis, des mesures de sauvegarde très solides, combinées à une évaluation supplémentaire de la vulnérabilité.

**Le président:** Enfin, Mme Klenk, et ce sera la dernière question.

• (1935)

**Mme Maureen Klenk:** Je crois qu'il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un ensemble de mesures, pour replacer tout cela dans son contexte. En supprimant cet aspect, cela ne veut pas dire que l'on supprime tout le reste. Il y a d'autres critères qu'une personne doit néanmoins respecter et auxquels, en tant que praticienne, je dois réfléchir. Je vais également avoir une relation thérapeutique avec cette personne et j'aurais pensé à la possibilité de contrainte et à tous les autres aspects que vous avez signalés. Cela fait partie des mesures de sauvegarde et de la possibilité de conseiller l'intéressé et de l'influencer.

Cependant, que la personne ait 18 ans ou non, je crois qu'il faut se poser la question suivante: cette personne a-t-elle des problèmes de santé graves et irrémédiables et souffre-t-elle?

En fin de compte, je suis favorable aux soins que demande le patient, de sorte que j'irais un peu plus loin que des soins axés sur le patient pour en arriver aux soins demandés par le patient. Si nous axons notre intervention de cette façon, est-ce qu'un mineur mature peut demander les soins qui lui paraissent appropriés?

**Le président:** Je remercie les membres du panel d'avoir présenté d'excellents mémoires. Nous les lirons plus tard, mais vous nous avez présenté des exposés vraiment fascinants et je vous en remercie.

Nous allons faire une courte pause et laisser le nouveau groupe de témoins prendre place.

•(1935) \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

•(1940)

**Le président:** Reprenons. J'aimerais souhaiter la bienvenue à notre prochain groupe de témoins, qui ont dû attendre très longtemps. Au nom du Comité, je tiens à vous dire que nous apprécions beaucoup la patience dont vous avez dû faire preuve avec nous ce soir, en raison des votes.

J'aimerais présenter les membres du prochain groupe. Nous accueillons Julia Beazley, directrice de la politique publique et Bruce Clemenger, président de l'Alliance évangélique du Canada. Nous accueillons Greg DelBigio et Richard Fowler qui représentent le Conseil canadien des avocats de la défense. Enfin, à titre personnel, nous allons entendre Gary Bauslaugh, rédacteur indépendant. Bienvenue à tous.

Nous allons commencer par l'Alliance évangélique du Canada.

**M. Bruce Clemenger (président, Alliance évangélique du Canada):** Nous sommes heureux de pouvoir comparaître devant vous aujourd'hui.

L'Alliance évangélique du Canada est une association nationale de chrétiens évangéliques. Nous sommes intervenus dans les affaires Carter et Rodriguez et avons comparu de nombreuses fois devant des comités parlementaires sur des sujets connexes.

Nos membres affiliés comprennent plus de 40 confessions religieuses regroupant 7 000 congrégations. Les pasteurs et les membres de notre église prennent souvent soin de personnes en situation de crise et de celles qui sont proches de la mort. Parmi nos membres, certaines institutions religieuses disposent d'hospices et d'établissements de soins de longue durée.

La question dont il s'agit est de savoir comment notre société doit répondre aux souffrances d'autrui. Nous pensons qu'il convient de répondre à la souffrance en offrant des soins, du réconfort et de la compassion et non pas en accélérant la venue de la mort. Nous croyons dans le caractère sacré de la vie et notre vocation à prendre en charge les personnes vulnérables inspire les soins que nous fournissons.

Ce sont là les motifs pour lesquels nous nous opposons à la dépenalisation du suicide assisté et de l'euthanasie, mais étant donné que le gouvernement a présenté un projet de loi, nous demandons que la liberté de religion et de conscience soit protégée, et nous voulons que soient mises en place des mesures de sauvegarde les plus strictes possible pour minimiser le risque que courent les personnes vulnérables, pour veiller à ce que ces cas soient rares et pour protéger l'engagement de notre association à respecter la vie.

Sur le plan de la liberté de conscience et de religion, lorsque la ministre a comparu lundi, elle a déclaré que ce projet de loi n'obligeait pas les professionnels de la médecine à participer à l'aide médicale à mourir. Cette affirmation est exacte en théorie, mais la ministre a également déclaré que cette aide est maintenant considérée comme un traitement « médicalement nécessaire ». Cela place les institutions et les personnes qui s'opposent à ce régime pour des motifs de conscience dans une situation où ils risquent de subir des pressions.

En fait, lorsque j'ai relu cette mesure aujourd'hui, quelqu'un m'a fait remarquer que le paragraphe 227(4) proposé créait une exemption de l'article 14, qui semble, à tout le moins, supprimer l'avertissement « nul n'a le droit de consentir à ». Cela semble créer un droit.

Le fait de créer un droit entraîne également une obligation correspondante, ce qui nous inquiète. Si l'on accepte le principe que l'aide médicale à mourir est un droit, cela crée alors l'obligation de protéger, d'après nous, les libertés et les droits des médecins et des autres professionnels médicaux.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a déjà décidé, comme vous l'avez entendu, que tous les médecins s'étaient tenus d'orienter utilement les patients, même si cela heurte leur conscience. Que va faire le gouvernement pour éviter que les professionnels de la médecine soient contraints de participer à l'assassinat d'une autre personne? Même en temps de guerre, les objecteurs de conscience sont exemptés. Les praticiens de la médecine doivent avoir le droit de refuser de causer un décès accéléré par un médecin, directement ou indirectement, si cela va à l'encontre de leur conscience ou de leurs croyances fondamentales, y compris celui de refuser d'orienter un patient.

Il n'y a pas non plus d'engagement d'exempter les établissements qui s'opposent à cette mesure, ce qui protégerait ainsi leur personnel et les communautés qui offrent des soins, aspect que nous estimons également important. Nous recommandons que ces protections prennent la forme de déclarations expresses contenues dans le préambule du projet de loi. Nous recommandons également vivement que la liberté de conscience soit protégée dans une disposition indépendante du projet de loi C-14, ou par le biais d'une modification à la Loi canadienne sur la santé ou en créant une infraction au Code criminel qui interdit d'exercer toute contrainte exercée contre les patients, les fournisseurs de soins médicaux, et les institutions pour ce qui est de l'aide médicale à mourir.

Saviez-vous que la Loi sur les banques interdit à une banque de contraindre une personne à se procurer un produit ou un service pour pouvoir recevoir un autre service et que le fait de contraindre une personne à faire partie ou à refuser de faire partie d'un groupe artistique constitue une infraction? Nous parlons d'accélérer le décès d'une autre personne dans ce contexte. N'est-il pas encore beaucoup plus important ici de respecter la liberté de conscience des institutions et des professionnels de la médecine?

•(1945)

**Mme Julia Beazley (directrice, Politique publique, Alliance évangélique du Canada):** Nous sommes très inquiets des répercussions que pourrait avoir ce régime sur les efforts de prévention du suicide, sur les attitudes à l'égard du suicide et de façon générale, sur le nombre des suicides. À long terme, nous estimons que cette mesure aura des répercussions sur la façon dont les Canadiens comprennent la souffrance et y réagissent. Nous sommes satisfaits de la partie du préambule qui reconnaît les effets néfastes du suicide, mais nous estimons que le projet de loi devrait contenir une déclaration plus vigoureuse, reconnaissant le fait que le suicide est une tragédie qui endeuille les familles et les collectivités. Nous demandons également qu'il soit clairement précisé dans le préambule que la prévention du suicide demeure un objectif essentiel de nos politiques publiques.

Nous demandons au Comité de ne pas proposer de considérer le décès accéléré comme un soin de santé. Ce n'est pas ce que dit explicitement le projet de loi, mais cela est implicite dans les paragraphes du préambule concernant la Loi canadienne sur la santé et l'importance d'adopter une approche nationale cohérente aux soins de santé. Dans pratiquement toutes les déclarations publiques des ministres, l'accélération de la mort est présentée comme une forme de soin de santé ou un service médical essentiel, comme le montre l'expression « aide médicale à mourir ».

Premièrement, nous nous opposons à l'idée que le fait d'accélérer délibérément le décès d'une personne puisse être considéré comme un soin de santé. Deuxièmement, la Cour a autorisé la création d'exemptions aux interdictions du Code criminel contre l'homicide coupable et le suicide assisté, et c'est ce que fait le projet de loi, aspect qui relève uniquement du gouvernement fédéral et qui doit le demeurer. En faire un soin de santé revient à renoncer à pouvoir légiférer dans ce domaine et nous vous invitons à faire preuve d'une grande prudence sur ce point.

En outre, si l'on définit la mort accélérée comme un soin de santé et qu'elle est acceptée à ce titre, il deviendra très difficile de refuser l'accès à ce régime à qui que ce soit, pour n'importe quel motif. Une telle formulation du projet de loi ouvre la porte à des contestations constitutionnelles.

Nous avons été soulagés de constater que le projet de loi C-14 n'autorisait pas l'accès à une mort accélérée aux personnes souffrant de maladies mentales ou à celles dont la souffrance est principalement psychologique, mais nous constatons avec inquiétude que le préambule contient non pas vraiment une interdiction ferme, mais plutôt une interdiction temporaire. Nous pensons que les risques que cela fait courir aux Canadiens vulnérables sont bien trop élevés pour permettre une telle chose. Cela devrait être une interdiction non équivoque. À cette fin, nous recommandons que, dans l'alinéa 241.2 (2)c) proposé, les mots « ou psychologique » soient supprimés de sorte que la disposition parle d'un problème de santé « causant des souffrances physiques intolérables » pour l'individu.

Pour ce qui est de la prévisibilité raisonnable, un avocat nous a expliqué que cette notion venait des règles en matière de négligence pénale et civile. Dans le contexte de la mort accélérée, un critère juridique aussi vague n'est pas un critère approprié. Étant donné que selon le projet de loi C-14, la décision d'admettre un patient à ce régime est confiée aux médecins et aux infirmiers praticiens, il faut utiliser un critère qui soit compris et évalué de façon médicale. Nous proposons de remplacer « raisonnablement prévisible » par soit une durée précise, comme six mois, comme dans l'État de l'Oregon, soit « à la fin de la vie », comme au Québec. Même s'il demeure encore des imprécisions et des incertitudes à l'égard de ces deux notions, elles ont au moins l'avantage de refléter le genre d'évaluation et de jugement que posent couramment les professionnels de la médecine et ils sont donc beaucoup plus appropriés.

Nous craignons que les patients soient incités à choisir une mort accélérée s'ils n'ont pas accès à des soins palliatifs de qualité, de sorte que nous nous joignons sans aucune réserve aux nombreux appels qui vous ont été lancés au sujet de l'importance d'en améliorer l'accès. Comme le Dr Branigan l'a déclaré hier, nous devons faire du droit d'accès aux soins palliatifs un droit aussi solide que le droit à l'aide médicale à mourir.

Nous recommandons d'amender le paragraphe 241.2(3) du projet de loi pour y ajouter une condition selon laquelle le médecin ou l'infirmier praticien doit veiller à ce que le patient a eu une consultation au sujet des soins palliatifs et des soins offerts par d'autres professionnels pour qu'il soit pleinement informé de toute la gamme des traitements et des soutiens susceptibles d'atténuer ses souffrances. Nous appuyons également la recommandation de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs demandant d'inclure dans le préambule l'engagement du gouvernement à mettre sur pied un secrétariat national des soins palliatifs.

À titre de mesure de sauvegarde supplémentaire, le projet de loi C-14 devrait exiger un examen préalable indépendant de tous les dossiers de mort accélérée. Une façon de le faire serait, comme vous

l'avez entendu, d'étendre la condition mise en place actuellement en matière de contrôle judiciaire qu'a établie la Cour au moment où elle a prorogé le délai.

Vous avez entendu des témoignages au sujet de l'efficacité des commissions d'aptitude et de consentement qui existent dans certaines provinces. Pour nous, l'aspect essentiel est que chaque dossier fasse l'objet d'un examen préalable qui ne soit pas uniquement celui de deux médecins ou infirmiers praticiens. Que cela se fasse en étendant le contrôle judiciaire ou au moyen d'un autre mécanisme, nous recommandons fortement qu'un système simple et efficace soit mis sur pied pour que l'on puisse procéder à un examen préalable indépendant de tous les dossiers.

● (1950)

**M. Bruce Clemenger:** Enfin, sur la question de la protection et de la promotion de la vie, la Cour suprême a reconnu, dans les arrêts Rodriguez et Carter le caractère sacré de la vie, à titre de valeur fondamentale de la société canadienne. C'est le principe sur lequel repose la volonté de notre société de fournir à tous des soins médicaux et de mettre en place un système d'aide sociale, notamment. L'arrêt Carter a tenté de concilier l'autonomie et la dignité de la personne souffrant de problèmes de santé graves et irréversibles qui souhaite mourir et de l'autre, la volonté de la société de préserver le caractère sacré de la vie et de prendre soin de personnes vulnérables. L'arrêt Carter ne constitue pas un « plancher »; il reflète un équilibre délicat. Dans Rodriguez, la Cour a conclu qu'autoriser le suicide assisté reviendrait à compromettre l'engagement qu'a pris la société de respecter la vie et que les risques que cela ferait courir aux personnes vulnérables seraient trop graves. Dans Carter, la Cour a conclu que des exceptions limitées à une interdiction générale, même si elles sont nécessairement risquées pour ce qui est des personnes vulnérables, pourraient se concilier avec le respect de la vie et ne pas la compromettre. Aller au-delà des exceptions de l'arrêt Carter reviendrait à saper le respect de la vie et augmenterait les risques d'homicides délictuels.

Étant donné le caractère central attribué au caractère sacré de la vie dans les délibérations de la Cour et au sein de la société canadienne, nous pensons qu'il conviendrait de réaffirmer cet objectif dans une déclaration beaucoup plus forte. Nous proposons d'ajouter la formulation suivante tirée de l'arrêt Carter au premier paragraphe du préambule juste avant celui qui traite de l'autonomie humaine: « Attendu que le respect de la vie est une de nos valeurs sociales fondamentales, et que l'article 7 de la Charte repose sur un profond respect pour la valeur de la vie humaine ». C'est une citation de l'arrêt Carter.

L'équilibre instauré par l'arrêt Carter est fondé sur la capacité de prévoir des mesures de sauvegarde efficaces à l'égard d'une mesure qui est, comme la Cour le reconnaît, dangereuse par nature. La différence principale qui existe entre les l'arrêt Rodriguez et Carter était de savoir si l'on pouvait mettre en place des mesures de sauvegarde qui supprimeraient le risque que soient commis des homicides délictuels. La Cour a entendu des témoignages contradictoires à ce sujet. Le Parlement est mieux placé pour évaluer ce risque, pour fixer un seuil acceptable et décider si les mesures de sauvegarde prévues seront efficaces.

Je vous remercie.

**Le président:** Merci. Nous avons beaucoup apprécié votre exposé.

Nous allons maintenant passer au Conseil canadien des avocats de la défense. Messieurs, vous avez la parole.

**M. Greg DelBigio (Conseil canadien des avocats de la défense):** Je vous remercie.

Le CCAD a été créé en 1992. Sa direction est représentée dans toutes les régions du pays. Nous sommes très heureux d'avoir été invités à aider le Comité à étudier cette importante mesure législative.

M. Fowler et moi allons tous deux présenter des exposés. Nous sommes tous les deux des avocats qui pratiquent à Vancouver. Je vais présenter quelques remarques préliminaires et M. Fowler suivra. Nous allons traiter des questions constitutionnelles et juridiques plutôt que des questions qui touchent les croyances et la politique.

L'arrêt Carter de la Cour suprême du Canada a déclenché ce que l'ont parfois qualifié en droit de dialogue entre les tribunaux et le Parlement. Pour que le projet de loi C-14 soit constitutionnel, il doit se conformer aux questions qui ont été abordées dans Carter. L'arrêt Carter définit des conditions minimales. Il convient d'éviter, j'en suis convaincu, les litiges. Ces litiges sont coûteux, entraînent des délais et sont injustes pour ceux qui voudraient bénéficier de ce projet de loi.

La Cour suprême du Canada a rendu une décision qui offre plusieurs options au législateur. La première option est de ne rien faire. Bien entendu, si rien n'est fait, le projet de loi mourra et il y aura ensuite un vide législatif. L'option numéro deux consiste à adopter une loi conforme à Carter. L'option numéro trois est d'adopter une loi qui va au-delà de ce que dit l'arrêt Carter et des aspects abordés dans cet arrêt, par exemple, les mineurs matures. J'estime que c'est là un exemple de question qui va au-delà de Carter. Cela ne veut pas dire qu'elle ne peut être ajoutée au projet de loi de façon constitutionnelle ou légale, mais cela n'est pas nécessaire.

La formulation que vous allez retenir pourrait comporter des défauts juridiques que l'on peut regrouper en deux catégories. La première serait l'emploi d'une formulation trop générale, aspect qui a été abordé dans Carter, et ce serait l'effet qu'a une loi qui a une portée plus large que celle qui est nécessaire pour atteindre des objectifs constitutionnels. La seconde façon dont une formulation peut constituer une lacune juridique ou constitutionnelle est d'être trop vague. J'estime que, lorsque vous allez étudier la formulation de ces différentes dispositions, vous devriez vous demander si elles ont un sens commun. Y a-t-il un sens courant? Nous avons entendu plus tôt aujourd'hui des interventions indiquant qu'il se peut qu'il y ait des sens sur lesquels on s'entend dans certains milieux médicaux. En fin de compte, ce sont les tribunaux qui déterminent quel est le sens d'une loi et il faut que celle-ci soit suffisamment précise pour qu'elle puisse être interprétée par les tribunaux.

La question que soulevait Carter était de savoir si le fait d'aider une autre personne à mettre fin à sa vie est un crime. Les termes employés dans l'arrêt Carter, le langage constitutionnel qui a amené la Cour à abroger la loi, étaient fondés sur les notions d'autonomie, de dignité et de nécessité de protéger les personnes vulnérables. La Cour a conclu en disant « l'interdiction de l'aide médicale à mourir est nulle dans la mesure où elle prive un adulte apte de cette aide » dans le cas où il est en mesure de donner un consentement éclairé et souffre d'un « problème de santé grave et irrémédiable ». Nous pensons que l'expression « la mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible » qui a été ajoutée, n'était pas envisagée par l'arrêt Carter. C'est une restriction et encore une fois, Carter a abordé la question des restrictions. La raison pour laquelle la loi a été déclarée invalide tient du fait que les restrictions n'étaient pas compatibles avec la notion d'autonomie. J'estime qu'il n'était pas nécessaire d'inclure cette restriction.

Mais il y a surtout deux autres aspects préoccupants. L'ajout de cette formule risque de donner naissance à des contestations fondées sur la notion d'imprécision. Que veut dire cette expression? A-t-elle un sens reconnu par tous? Est-il possible de bien la comprendre? Le fait qu'elle constitue une restriction pourrait fort bien amener d'autres contestations, et j'estime qu'il convient d'éviter une telle conséquence.

• (1955)

**M. Richard Fowler (Conseil canadien des avocats de la défense):** Je vous remercie de nous avoir invités.

Comme le Comité le sait, avec tous les exposés qu'il a entendus, l'aide médicale à mourir est un sujet qui divise profondément les gens, en raison de leurs croyances religieuses, morales et éthiques. Cela ne risque pas de changer de sitôt. C'est à cause de cet aspect que les médecins et les infirmiers praticiens qui décideront de fournir une aide médicale à mourir — et là j'insiste, sur le mot « décide », parce que c'était à eux de faire ce choix — vont constater, ce qui n'est pas surprenant, que leurs gestes vont être examinés minutieusement pour vérifier qu'ils ont respecté la loi. J'aimerais expliquer brièvement pourquoi le projet de loi tel qu'il est rédigé ne protège pas les médecins et infirmiers praticiens qui, agissant de bonne foi, commettent des erreurs lorsqu'ils fournissent une aide médicale à mourir. Autrement dit, que pourrait-il arriver à un médecin ou à un infirmier qui ne respecte pas de façon appropriée les mesures de sauvegarde prévues? Pour l'essentiel, le projet de loi C-14 crée une exemption à l'égard de ce qui serait autrement un homicide coupable — et c'est un aspect qu'il convient de souligner — plus précisément, le meurtre au premier degré, un acte illégal commis dans l'intention de causer la mort, qui a causé la mort et qui a été planifié et est délibéré. Le paragraphe 227(1) du projet de loi énonce qu'un médecin ou un infirmier praticien ne commet pas un homicide coupable s'il fournit une aide médicale à mourir conformément au projet d'article 241.2 du Code criminel.

Autrement dit, l'inobservation de toutes les mesures de sauvegarde et des autres dispositions du projet d'article 241.2 pourraient déboucher sur une accusation d'homicide coupable contre un médecin ou un infirmier. Le seul homicide coupable logiquement pertinent serait le meurtre au premier degré, qui, comme vous le savez tous, est passible d'une peine d'emprisonnement à perpétuité et d'une période de détention incompressible de 25 ans. C'est donc la menace à laquelle ces personnes sont exposées, à l'heure actuelle, avec une exception, que je vais aborder dans un moment, si elles commettent une erreur de bonne foi.

Vous avez tous examiné les conditions d'admissibilité et les mesures de sauvegarde. Elles sont strictes, ce qui est normal, mais elles englobent également des aspects à propos desquels diverses personnes, divers médecins et infirmiers, pourraient ne pas s'entendre, en particulier, par exemple, la question de savoir si la mort est raisonnablement prévisible. Vous avez entendu plus tôt aujourd'hui, je crois, un médecin dire que la prévisibilité de la mort est une notion sur laquelle tous les médecins ne sont pas d'accord. Ces mesures de sauvegarde sont très strictes et il est facile de comprendre qu'un médecin ou un infirmier pourrait commettre une erreur de bonne foi.

Par exemple, une demande d'aide médicale à mourir doit être signée et datée devant deux témoins indépendants. Le paragraphe 241.2(5) du projet de loi définit la notion d'indépendance. Par exemple, une personne n'est pas indépendante si elle est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou si elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci. Il incombe au médecin ou à l'infirmier praticien d'évaluer cette indépendance. Comment doit-il s'en assurer? Quel genre d'enquête doit-il effectuer pour respecter cette condition? Est-il tenu d'examiner le testament? Est-il tenu de parler à la personne qui demande à mourir? Quel est le type d'enquête exigé pour pouvoir conclure qu'un témoin est indépendant? Si on apprend par la suite qu'un ou deux des témoins n'étaient pas indépendants, le seul moyen de défense que pourrait invoquer le médecin ou l'infirmier serait le fait qu'il a commis une erreur fondée sur des motifs raisonnables. Le paragraphe 227(3) du projet de loi prévoit une défense lorsque la personne concernée a commis une erreur raisonnable à l'égard d'un fait constitutif de l'exemption. En d'autres termes « raisonnable » veut dire selon une norme objective, ou selon des normes que nous ne connaissons pas encore. C'est ce que vous ont dit d'autres témoins, parce que ce projet de loi n'est pas encore en vigueur. Le médecin ou l'infirmier qui a commis une erreur, qui a agi de façon déraisonnable, mais honnêtement, qui croyait que ce qu'il faisait était correct, ne pourrait invoquer le moyen de défense que contient le projet de paragraphe 227(3). C'est la différence que nous faisons en droit entre une erreur fondée sur des motifs raisonnables et une erreur de bonne foi. L'une est objective et l'autre subjective. La personne qui a commis une erreur de bonne foi peut tout de même être poursuivie pour meurtre. Elle a agi de bonne foi, mais elle a commis une erreur involontaire.

• (2000)

Il me paraît mauvais et peut-être inconstitutionnel, en particulier en ce qui concerne une accusation de meurtre, de limiter le moyen de défense prévu au paragraphe 227(3) proposé aux seules erreurs fondées sur des motifs raisonnables et non pas aux erreurs commises de bonne foi — une distinction qui est très importante en droit pénal. En effet, comme de nombreuses personnes présentes le savent, on ne peut être déclaré coupable de meurtre que si l'on avait l'état d'esprit subjectif exigé. Cela ne se mesure pas par rapport à une norme objective. Cependant, cette exemption est exclusivement basée sur des normes objectives.

Nous estimons que le paragraphe 227(3) proposé devrait être amendé pour qu'il se lise ainsi:

Il est entendu que l'exemption prévue aux paragraphes (1) ou (2) s'applique même si la personne qui l'invoque a une croyance raisonnable mais erronée à l'égard de tout fait qui en est un élément constitutif.

Je vous remercie.

**Le président:** Merci. Nous l'apprécions beaucoup.

Nous allons maintenant passer à M. Bauslaugh.

**M. Gary Bauslaugh (rédacteur indépendant, à titre personnel):** Je remercie monsieur le président et les membres du Comité de m'avoir invité à prendre la parole aujourd'hui.

Je vais vous parler d'un aspect qui pourrait toucher la vie de milliers de Canadiens. Je parlerais plus précisément de la disposition relative à la prévisibilité raisonnable et j'estime, comme des collègues le mentionnaient ici, que cette disposition n'est pas nécessaire et soulève des problèmes.

J'espère, tout comme de nombreux Canadiens, que ce nouveau projet de loi empêchera que surviennent des situations comme celle de Sue Rodriguez à qui on a refusé la permission, en 1993, d'obtenir

de l'aide à mourir même si elle se trouvait dans une situation qu'elle trouvait insupportable, dans l'attente d'une paralysie à long terme presque totale. Une fois paralysée, elle aurait été incapable de faire quoi que ce soit pour mettre fin à sa vie, ce qui bien entendu aurait été parfaitement légal. Le suicide est légal au Canada, nous le savons, mais la loi nous interdit d'obtenir de l'aide pour commettre cet acte légal.

Elle a finalement obtenu de l'aide d'un médecin inconnu, sensible à sa situation qui a risqué sa propre liberté pour éviter que Rodriguez connaisse le triste sort que le droit l'obligeait à accepter. Une telle situation est inacceptable dans un pays civilisé. Nous étions nombreux à croire que le projet de loi C-14 aiderait des gens comme Sue Rodriguez et d'autres qui souffrent, pour reprendre la terminologie de la Cour suprême, de « problèmes de santé graves et irrémédiables » ou pour le dire autrement, nous espérions que le nouveau projet de loi apporterait une solution aux personnes qui connaissent des souffrances constantes et auxquelles elles ne peuvent échapper.

Malheureusement, le projet de loi C-14 n'aurait été d'aucun secours pour Sue Rodriguez. Cela vient du fait que l'alinéa 242.2(2) d) proposé énonce que la mort naturelle doit être devenue « raisonnablement prévisible » pour avoir droit à une aide médicale à mourir. On peut penser que, quel que soit le sens exact de cette expression, elle doit se rapporter au fait que la mort est imminente. La mort n'était pas imminente dans le cas de Sue Rodriguez. Elle aurait pu continuer à vivre des années emprisonnée dans sa paralysie.

La famille de Kay Carter, qui a été le personnage central de l'affaire portée devant la Cour suprême de la C.-B. qui a débouché sur la décision unanime de la Cour suprême du Canada d'annuler nos règles relatives au suicide assisté, en est également arrivée à une conclusion semblable au sujet du projet de loi. Kay Carter n'allait pas connaître une mort naturelle lorsqu'elle s'est rendue en Suisse pour obtenir une aide à mourir; pourtant, son cas est au coeur de la décision des tribunaux. Il paraît évident que refuser une aide à mourir à des gens comme Kay Carter reviendrait à violer l'esprit de la décision qu'ont rendue les tribunaux.

Bien sûr, la disposition relative à la prévisibilité raisonnable aurait d'autres conséquences. Certaines personnes seraient obligées de continuer à vivre même si elles connaissaient des souffrances graves et irrémédiables. Les personnes qui ont de l'argent iraient tout simplement en Suisse. Ceux qui n'en ont pas n'auraient tout simplement pas de chance. Quelques malchanceux pourraient décider d'utiliser des moyens horribles pour mettre fin à leur vie, comme se tirer une balle dans la tête, se lancer dans le vide ou mourir de faim. Après certaines tentatives de suicide, en prenant par exemple une surdose de certaines drogues, certains pourraient se trouver avec des problèmes de santé plus graves qu'auparavant.

Nous pouvons nous attendre à ce que la clause relative à la prévisibilité raisonnable fasse l'objet de contestations constitutionnelles si le projet de loi n'est pas modifié. Mais si Rodriguez et Carter n'auraient pu invoquer utilement le projet de loi C-14, je commence à me demander qui pourrait le faire.

Mon livre paru récemment, *The Right to Die*, recense toutes les grandes affaires de mort assistée qu'a connues le Canada depuis 1941. Dans 35 de ces cas, il aurait été possible de faire une évaluation raisonnable. La plupart des personnes visées par ces cas, comme Sue Rodriguez et Kay Carter, n'auraient pu invoquer le projet de loi C-14. Sur ces 35 affaires, 27 soit 77 % n'auraient pu invoquer utilement le projet de loi C-14. Sur ces 27, l'immense majorité, soit 19, aurait probablement été écartée à cause de la disposition relative à la prévisibilité raisonnable. C'est ce qu'indique le tableau que j'ai distribué il y a un instant, qui contient la liste de tous les cas accompagnés d'un commentaire sur la façon dont chacun aurait été visé ou non par la nouvelle loi.

Nous avons donc un projet de loi qui n'est d'aucun secours pour la plupart des personnes qui ont besoin d'une aide. La principale raison est la disposition relative à la prévisibilité raisonnable, si on en juge par mon analyse des cas réels et connus au Canada. Ce projet de loi n'est d'aucune utilité pour ceux qui ont vraiment besoin d'une aide. Pourquoi cette affirmation? Si une personne est sur le point de mourir de toute façon, l'aider à le faire peut être un acte de compassion, mais si la mort est de toute façon imminente, les souffrances ne seront abrégées que pendant la brève période qui lui reste. Ce serait faire preuve d'une compassion encore plus grande de fournir l'aide à mourir désirée à ceux qui souffrent de problèmes de santé graves et irrémédiables qui pourraient se prolonger pendant des années.

• (2005)

Le projet de loi C-14 soulève d'autres questions, par exemple, celle des mineurs matures et de la santé mentale, aspect dont nous avons beaucoup parlé aujourd'hui. Cependant ces cas sont rares. Je n'ai trouvé aucun exemple de ce genre dans mon étude sur les affaires canadiennes. En outre, la question des directives anticipées est une question importante. Elle s'est posée dans quatre cas sur les 35 sur lesquels portait mon analyse. C'est une question complexe et je ne critique pas le projet de loi parce qu'il fait preuve de prudence dans ce domaine.

C'est toutefois la disposition relative à la prévisibilité raisonnable qui soulève le problème le plus grave. Elle vient gravement limiter l'effet souhaitable que pourrait avoir ce projet de loi. Ce projet vise à soulager les souffrances. Existe-t-il une bonne raison de limiter les cas où l'on peut faire preuve de compassion? Pourquoi cette compassion devrait uniquement s'exercer à l'égard des personnes qui sont sur le point de mourir? Tous ceux — non pas seulement ceux qui sont sur le point de mourir, mais tous ceux — qui souffrent de problèmes de santé graves et irrémédiables, qui sont dans un état de souffrance auquel il est impossible de remédier, méritent que l'on respecte leur souhait. Ils devraient tous avoir accès à une aide à mourir.

Je vous remercie.

• (2010)

**Le président:** Merci.

Je vais maintenant passer aux questions. Le premier sur la liste est M. Warawa.

**M. Mark Warawa (Langley—Aldergrove, PCC):** Merci aux témoins d'avoir pris le temps de venir nous parler aujourd'hui.

Comme vous le savez, j'en suis certain, nous venons d'avoir notre premier vote au sujet du projet de loi C-14. D'après vos commentaires, je penserais que tout le monde voterait contre ce projet de loi. Je n'en suis pas certain, mais aucun témoin ne s'est encore déclaré entièrement satisfait de ce projet de loi

Je vais tenir pour acquis que, si ce projet bénéficie d'un appui, celui-ci dépend des amendements qui lui seront apportés. Il a fallu au Québec six ans et trois premiers ministres pour adopter son projet de loi et nous allons le faire en quelques semaines. Je n'aime pas me sentir bousculé et j'aimerais bien que nous ayons davantage de temps pour faire cela correctement.

Je pense que c'est M. Clemenger qui a fait un commentaire au sujet de l'importance de la liberté de conscience. Comme la ministre nous l'a déclaré, le projet de loi C-14 n'oblige pas un médecin, un praticien, un infirmier praticien ou un pharmacien, à participer contre son gré à un suicide assisté. Ils ne sont pas obligés de le faire. Certains ont toutefois laissé entendre que ce serait l'ordre des médecins et des chirurgiens de chaque province qui déciderait si un médecin est tenu d'orienter le patient, opération à laquelle s'opposent certains médecins.

J'ai rencontré un interne, qui est maintenant à la retraite, mais qui a pratiqué la médecine en Colombie-Britannique; il m'a donné une longue liste d'exemples dans lesquels une erreur avait été commise dans les soins fournis à un patient — des personnes qui avaient fait l'objet d'un diagnostic erroné, n'avaient pas été traitées correctement et étaient mortes faute de soins appropriés. Je lui ai demandé « S'agissait-il d'erreurs humaines », il a dit non, ce n'était pas le cas. C'est de la négligence dans chacun des cas qu'il a mentionnés. Il m'a dit: « Je ne suis pas ici pour parler de la conscience ou de la moralité de cette décision, mais simplement de la façon pratique de la prendre ».

Le régime proposé soulève des problèmes, mais j'aimerais m'attacher principalement à la liberté de conscience. Selon l'Association médicale canadienne, 70 % des médecins canadiens ne souhaitent pas participer à l'aide à mourir, ni à orienter les patients à ce sujet. Le 30 % restants, qui représente 23 000 médecins, suffiraient à fournir un tel accès. Pourquoi pensez-vous que l'on insiste tant sur le fait qu'il y a 70 % des médecins qui ne seront pas protégés — ils ne seront pas obligés ni tenus d'agir, mais ils ne seront pas protégés? Pourquoi est-il si important d'inclure la liberté de conscience dans le projet de loi C-14 ou devrait-on modifier ce projet de loi plus tard?

**M. Bruce Clemenger:** Nous pensons qu'il doit être amendé maintenant, avant qu'il soit adopté, pour indiquer clairement que la liberté de conscience des médecins et du personnel médical et aussi celle des institutions qui fournissent des soins de longue durée et dans lesquelles un patient pourrait demander une mort assistée, dans le cas où la loi serait adoptée.

Encore une fois, comme je l'ai dit dans mes commentaires, la ministre a précisé que le projet de loi n'obligeait aucunement les médecins à faire quoi que ce soit. Cependant, si vous regardez les « attendus », il est évident qu'il y a, avec le projet de loi C-14 création d'un régime dans lequel l'aide médicale à mourir sera réputée nécessaire sur le plan médical. L'adoption de ce principe revient à établir ce que n'a pas fait l'arrêt Carter, c'est-à-dire accorder un droit d'accès. Il s'agit d'une exemption de l'obligation du Code criminel. Si l'on commence à interpréter cette idée, à la formuler comme un droit d'accès, alors surgira l'obligation de fournir cet accès.

Un exemple très net est celui de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario qui exige déjà l'orientation utile du patient avec le régime actuel qui sera en vigueur pendant les quatre prochains mois pendant que le projet de loi est suspendu.

Nous pensons qu'il faut mentionner cet aspect. Il faut qu'il y ait une déclaration dans la section des « attendus », qui précise que personne ne sera tenu de participer à cette aide si cela est contraire à sa conscience ou à ses croyances. On pourrait introduire — et vous l'avez déjà entendu dire — dans le projet de loi C-14 un paragraphe parallèle inspiré de l'article 3.1 de la Loi sur le mariage civil pour protéger cette liberté. Il y a également certaines propositions — et je sais qu'elles ont été présentées au Comité — qui visent à préciser et définir les dispositions du Code criminel qui traite de la contrainte.

• (2015)

**M. Mark Warawa:** Pour ce qui est de l'importance d'éviter des termes imprécis, la Cour suprême a utilisé au départ les expressions « suicide assisté » et « euthanasie volontaire », mais elle a également utilisé l'expression « décès médicalement assisté ». Le comité spécial a changé cette définition et a adopté « l'aide médicale à mourir ». Ces deux formulations pourraient également viser les soins palliatifs. Vous avez utilisé l'expression « mort accélérée » ou « suicide assisté » pour mieux refléter ce dont il s'agit. Pensez-vous qu'il est important d'éviter les termes imprécis?

**Mme Julia Beazley:** Bien sûr. Nous avons toujours utilisé les termes « euthanasie » et « suicide assisté », parce que c'est bien de cela dont il s'agit et il nous paraît important que les gens comprennent ce dont nous parlons.

J'ai commencé à utiliser l'expression « mort médicalement accélérée » pour répondre aux témoignages qu'a entendus le comité mixte spécial présentés par différents organismes de soins palliatifs qui parlaient du fait qu'ils aidaient les personnes à mourir, mais qu'ils n'avaient jamais accéléré délibérément la mort de qui que ce soit.

Le milieu des soins palliatifs nous a demandé d'utiliser les termes exacts. Lorsque nous parlons d'euthanasie ou de suicide assisté, nous utilisons l'expression « mort médicalement accélérée ». Ils ont également déclaré qu'il était extrêmement important pour eux de bien distinguer ces deux notions, parce que le fait d'accélérer la mort de quelqu'un ne fait pas partie des soins palliatifs. Nous avons utilisé cette expression pour essayer de respecter ce point de vue et nous pensons que la formulation du projet de loi ne respecte pas cette différence.

**Le président:** Monsieur Fraser.

**M. Colin Fraser:** Merci à tous d'être venus et d'avoir présenté d'excellents exposés. Nous les avons beaucoup appréciés.

L'arrêt Carter qui a entraîné la mise sur pied de ce cadre législatif a été prononcé en février 2015. Je peux donc laisser passer les commentaires de M. Warawa. Il est évident que nous aimerions avoir plus de temps, mais nous devons respecter le délai imposé par la Cour suprême du Canada. Bien évidemment, rien n'a été présenté au Parlement entre février 2015 et les élections.

Monsieur Bauslaugh, il est clair que vous n'acceptez pas la notion de « prévisibilité raisonnable » que l'on retrouve dans le projet de loi. Dites-vous simplement qu'il faudrait la supprimer entièrement ou plutôt la remplacer par une autre formule?

**M. Gary Bauslaugh:** L'arrêt Carter ne fait aucunement référence à cette notion. Elle a été ajoutée à la fin du projet de loi et je la retirerais tout simplement du dernier article.

**M. Colin Fraser:** Merci.

Je m'adresse au Conseil canadien des avocats de la défense. Je reviens sur la notion de « prévisibilité raisonnable ». Vous avez parlé d'imprécision et du fait que cette expression était difficile à comprendre, en particulier dans un contexte de droit pénal. Si l'on plaçait là un délai, est-ce que cela aurait pour effet de préciser ces

choses, et réduirait ce que vous percevez comme étant une imprécision?

**M. Greg DelBigio:** Un délai supprimerait cette imprécision, mais il faudrait se demander si un tel délai risque de soulever des problèmes. Si l'on devait parler d'un délai d'un mois ou de deux ans, cela supprimerait effectivement toute incertitude au sujet du délai, mais cela introduirait une restriction qui serait peut-être contraire à l'arrêt Carter.

**M. Colin Fraser:** Pour ce qui est de l'idée de remplacer l'expression « croyance raisonnable, mais erronée » par « croyance de bonne foi, mais erronée », ce qui aurait pour effet d'appliquer un critère subjectif et non objectif, pourriez-vous fournir quelques exemples de disposition du Code criminel où on utilise l'expression « croyance de bonne foi, mais erronée »?

**M. Richard Fowler:** On retrouve souvent cette expression en common law et elle a été utilisée progressivement au sujet du consentement associé aux infractions sexuelles. Il y a un arrêt appelé Pappajohn, qui a reconnu la possibilité d'invoquer en défense le fait d'avoir commis une erreur de bonne foi, au sujet du consentement, dans les cas d'agression sexuelle. La loi a traité de cette question et a modifié sensiblement ce cadre.

La différence entre une agression sexuelle et un meurtre est que le meurtre exige un élément mental, la *mens rea*, qui est entièrement subjectif. C'est une des très rares infractions pénales qui exige l'élément mental le plus strict, qui est une faute subjective. Autrement dit, l'accusé doit savoir que ce qu'il faisait était mal.

Avec ce projet de loi, tel que rédigé, une personne qui commet une erreur de bonne foi pourrait ne pas être protégée par cette exemption. Il ne faut pas oublier que cette exemption, comme je l'ai dit au début de mes remarques, a pour effet d'exonérer un acte qui, dans d'autres circonstances, serait un meurtre. Voilà le problème.

• (2020)

**M. Colin Fraser:** J'aimerais m'adresser à l'Alliance évangélique du Canada. J'ai bien aimé votre exposé et votre mémoire. Pour ce qui est de l'autorisation judiciaire, un élément que vous aimeriez voir figurer dans le projet de loi, je tiens pour acquis que vous proposez ce mécanisme pour qu'il soit procédé à un examen indépendant de la validité du consentement.

**Mme Julia Beazley:** C'est une bonne idée pour plusieurs raisons. La Cour suprême a estimé que c'était une bonne idée; elle a fait en sorte que ce mécanisme soit adopté et il a donné d'assez bons résultats. Comme le disaient les avocats de la défense, je pense que cela répondrait à de nombreuses préoccupations, parce que le décideur final ne serait pas le médecin ou l'infirmier praticien. Ce ne serait pas eux qui prendraient cette décision finale. Ce serait une décision judiciaire ou celle d'un autre organisme de surveillance. Cela assurerait ainsi une protection aux patients, une protection pour les personnes vulnérables, et également, une protection pour les professionnels de la médecine.

**M. Colin Fraser:** Pour ce qui est de Carter, je comprends votre remarque. Bien évidemment, il s'agit de demander au Parlement d'adopter des mesures de sauvegarde. Ma question de suivi porte sur le cas où les questions de fin de vie débouchent sur la décision de laisser le patient mourir, par exemple, sans exiger une autorisation judiciaire, mais cela touche le consentement. Quelle serait donc la différence?

**Mme Julia Beazley:** Il y a une grande différence parce que nous parlons de l'exemption par rapport à l'homicide coupable et au suicide assisté du Code criminel. Pour cesser un traitement, comme vous l'a dit plus tôt le dernier groupe de témoins, nous parlons de la situation dans laquelle la médecine n'offre plus de possibilité de guérir, de soulager le patient et de faire toutes ces choses. Vous faites en réalité référence au simple arrêt du traitement avec consentement. Nous parlons d'un acte intentionnel visant à accélérer la mort. Je ne pense pas que l'on puisse vraiment comparer les deux.

**M. Colin Fraser:** Même s'il s'agit de savoir si le consentement est valide... avec un contrôle judiciaire?

**Mme Julia Beazley:** Ce n'est pas la seule utilité d'un contrôle judiciaire. Un des aspects serait bien sûr le consentement. Mais il y a toutes sortes d'autres raisons qui expliquent que l'on propose le maintien de ce contrôle judiciaire, ou d'une sorte d'examen préalable, qu'il soit de nature judiciaire ou non.

**M. Colin Fraser:** Je vous remercie pour votre assistance.

**Le président:** Monsieur Rankin.

**M. Murray Rankin:** Je remercie tous les témoins d'être venus et d'avoir fait preuve d'une grande patience.

Il ne reste pas beaucoup de temps et je vais donc poser directement à M. DelBigio la question suivante. Vous avez déclaré en réponse à une question de M. Fraser qu'il serait difficile de tenter de corriger le critère de la « prévisibilité raisonnable » en ajoutant un délai. Je crois que vous avez dit que cela pourrait être contraire à Carter.

Pourriez-vous expliquer cela?

**M. Greg DelBigio:** L'arrêt Carter portait sur des restrictions. Une échéance est presque inévitablement une restriction. Que le délai soit d'un mois, un an ou quelque chose entre les deux, c'est arbitraire. Je dis simplement que ce n'est pas nécessairement conforme à l'arrêt Carter et que c'est même peut-être contraire à cette décision.

Il y aura presque certainement — et je vais modérer ça légèrement — un risque de litige important si on introduit une échéance de ce genre.

**M. Murray Rankin:** Je tiens à vous dire, monsieur Fowler, que vous êtes le premier témoin à nous faire remarquer, et c'est très instructif, qu'une erreur honnête peut quand même entraîner une poursuite pour meurtre. Voilà qui donne à réfléchir, vraiment, quand on pense aux conséquences. Vous proposez d'ailleurs une modification.

Je vais vous soumettre quelque chose d'un peu différent. Je sais que vous êtes avocat de la défense, mais la question soulevée par les avocats civils qui ont conseillé l'Association canadienne de protection médicale, concernant la même disposition dont vous avez parlé, était qu'il faudrait l'appliquer aux procédures civiles et disciplinaires pour les praticiens, à cause, je suppose, des accusations d'homicide délictuel, quand la *mens rea* n'est pas la norme applicable. Ce serait une norme inférieure, et, en fait, ce serait pire pour les médecins. Si ça peut être pire qu'une accusation de meurtre, ils auraient à faire face à des poursuites pour dommages-intérêts énormes, parce que, du moins je le crois, c'est en jeu également ici. Êtes-vous de cet avis?

• (2025)

**M. Richard Fowler:** C'est en dehors de mon champ d'expertise. En général, quand quelqu'un est accusé de meurtre, ces autres considérations ont tendance à avoir moins d'importance. Mais je comprends bien, c'est très clair, que, du point de vue de l'association

d'assurance médicale, l'ampleur d'une forme quelconque de responsabilité à l'égard d'une erreur de jugement dans le cadre de mesures de sauvegarde très complexes est, effectivement, une préoccupation très légitime, oui.

**M. Murray Rankin:** Je voulais vous remercier, monsieur Bauslaugh, de votre très précieux témoignage aujourd'hui.

J'ai parcouru votre livre. C'est très nouveau, mais très troublant. Quand vous nous avez dit aujourd'hui que ce projet de loi n'aiderait pas Sue Rodriguez et Kay Carter, c'est ahurissant de penser que des gens pourraient aller jusqu'en Cour suprême pour obtenir ce recours et que le projet de loi ne leur facilitera pas la tâche.

**M. Gary Bauslaugh:** Nous sommes ici aujourd'hui à cause de Sue Rodriguez. Elle est le point de repère au Canada pour toute cette question, et c'est le cas de quelques autres personnes qui sont venues après elle. Je pense que ce serait terrible que la loi décollant de toutes ces années d'effort finisse par l'exclure. Une échéance, ça ne fonctionne pas pour un cas comme celui de Sue Rodriguez, parce qu'elle aurait pu vivre encore des années. Donc, six mois ou un an, ça ne conviendrait pas.

**M. Murray Rankin:** C'est l'argument que vous avez fait valoir pour dire que la référence à la prévisibilité raisonnable ne serait d'aucune aide dans 77 % des cas, il me semble, que vous avez examinés en remontant jusqu'à 1941, pour les gens qui voudraient se prévaloir de la loi.

Parlez-nous un peu d'autres cas dont vous n'avez pas eu le temps de nous parler dans votre témoignage.

**M. Gary Bauslaugh:** Je peux vous parler brièvement d'un cas que je trouve très convaincant. Ces cas sont énumérés en ordre chronologique dans le livre.

En 1994, à Stoney Creek, un couple, Cecil et Jean Brush, vivait heureux depuis 58 ans. Cecil a atteint l'âge de 81 ans en 1994 et il était très malade, il souffrait de nombreux troubles et avait perdu la vue. Il souffrait de démence précoce et était très gravement déprimé depuis un certain temps. Les deux avaient beaucoup de mal à vivre. Ils avaient eu une belle vie auparavant. Ils avaient été heureux et dynamiques durant leur vie, mais ils en étaient à un point où la vie n'avait plus de valeur pour eux. C'était devenu un fardeau.

Elle a essayé de se suicider avec lui en prenant des comprimés, mais ça n'a pas marché, et ils se sont réveillés à l'hôpital. On a emmené Cecil dans un foyer pour personnes âgées. Jean est venue le chercher un jour au foyer, sous le prétexte de l'emmener dîner. Elle a placé des couvertures par terre, et ils se sont allongés tous les deux sur ces couvertures. Puis elle s'est mise à le poignarder à l'estomac à plusieurs reprises et à se poignarder elle-même plusieurs fois à l'estomac aussi, car elle estimait qu'elle devait mourir s'il mourait. Ils ont été découverts par leur fille, baignant dans leur sang, chez eux.

Cecil est mort, elle a survécu et a été accusée d'homicide. Le juge, compatissant, a suspendu la peine parce qu'elle était manifestement coupable. Je pense que cet exemple montre jusqu'où des gens peuvent aller s'ils n'ont pas de moyens légaux de le faire. Jean a écrit une lettre très convaincante, qui est reproduite dans mon livre.

**M. Murray Rankin:** Monsieur Clemenger, je ne suis pas sûr d'avoir compris. Quand vous parlez de protection de la conscience, est-ce que vous avez vérifié la légalité et la constitutionnalité de l'insertion de cet élément dans des lois fédérales? Nous ne savons pas trop comment aborder votre préoccupation. Beaucoup de gens, dont les principaux praticiens de la province de Québec, disent que c'est absolument et clairement de l'ordre de la compétence provinciale et que, même si nous le voulions, nous ne pourrions pas l'insérer dans une loi fédérale. Qu'en pensez-vous?

**M. Bruce Clemenger:** Nous avons parlé à un certain nombre d'avocats spécialisés dans les questions constitutionnelles et ils estiment que c'est possible.

Là encore, ce serait de la coercition. J'ai donné deux ou trois exemples, mais l'idée est qu'il serait interdit de contraindre quelqu'un à faire quelque chose qui est profondément contraire à son sens moral ou à ses convictions religieuses.

Il s'agit d'une confirmation de la liberté garantie par l'alinéa 2a) de la Charte.

● (2030)

**M. Murray Rankin:** Est-ce qu'il y a quelque chose dans le projet de loi qui prévoit qu'un médecin fournisse ce service?

**M. Bruce Clemenger:** Comme je l'ai dit, ça se joue dans le contexte du projet de loi, puisque la ministre de la Justice et la ministre de la Santé ont pensé en faire un service médical essentiel. Nous avons déjà l'exemple du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, qui exige...

**M. Murray Rankin:** Je ne vois pas où, dans le projet de loi, on en parle comme d'un service essentiel.

**M. Bruce Clemenger:** Elle l'a dit dans...

**M. Murray Rankin:** On parle de la loi. Est-ce qu'il y a quelque chose à ce sujet dans le projet de loi?

**M. Bruce Clemenger:** Je renvoyais aux « attendus » et ensuite au contexte plus général du système que le gouvernement prévoit d'instaurer dans le cadre du projet de loi C-14. C'est ce qui nous préoccupe.

Nous avons aussi l'exemple actuel du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, qui exige maintenant une référence efficace, ce qui est profondément contraire à la conscience et aux convictions religieuses de beaucoup de médecins. Ils ont besoin d'être protégés.

**Le président:** Merci beaucoup de vos observations.

Monsieur Hussen.

**M. Ahmed Hussen:** J'aimerais m'adresser d'abord à M. Clemenger et à Mme Beazley.

Vous avez dit dans votre exposé que, à l'alinéa 241.2(2)d) proposé, vous mettriez l'accent sur ceux qui sont en train de mourir et que vous remplacerez la notion de prévisibilité raisonnable par quelque chose comme « si, selon un jugement médical raisonnable, le décès se produit dans les six mois » ou « en fin de vie ».

Pourquoi avoir choisi six mois?

**Mme Julia Beazley:** Nous n'avons pas strictement choisi six mois. C'était l'une des échéances dont on discutait alors.

Je crois qu'il faut se rappeler que, dans l'arrêt Carter, certaines des déclarations contenaient des termes comme « graves », « irrémédiables », etc. Les juges discutaient d'une situation factuelle précise et ont formulé l'inquiétude que quelqu'un s'enlève la vie prématurément s'il n'a pas accès à de l'aide plus tard, quand la

souffrance devient intolérable et qu'il ne peut plus mettre fin à sa vie lui-même.

Ça suppose que le patient en est à un point où il approche de sa fin et qu'il n'est plus capable de mettre fin à ses jours. C'est l'un des éléments clés de l'arrêt Carter. On parle de gens qui ne sont plus capables de s'enlever la vie eux-mêmes, et ça suppose un état de déclin irréversible des capacités. Ça suppose que le décès est raisonnablement prévisible.

Je ne suis pas avocat, et je ne suis donc pas un expert juridique. Mais, à mon sens, ce qu'il y a dans ce projet de loi est très étroitement conforme à l'arrêt Carter.

**M. Ahmed Hussen:** Certainement.

J'aimerais aussi parler un peu d'une autre question abordée dans votre exposé. Vous voulez une extension du processus de surveillance judiciaire ou d'un processus d'examen indépendant préalable à tous les cas d'aide médicale à mourir. Pourriez-vous nous dire ce que vous avez en tête concernant ce processus d'examen indépendant préalable?

**Mme Julia Beazley:** J'ai différentes idées de ce que ça pourrait être. Hier, vous avez entendu M. Bach vous parler des commissions du consentement et de la capacité. C'est un groupe qui donne la dernière approbation à certains types de décisions. Il pourrait donc être composé d'avocats, de professionnels de la santé, etc.

Je n'ai pas nécessairement d'idée précise de la composition de ce groupe ou de ce que devrait être le mécanisme applicable, mais peut-être que Bruce voudrait en parler. L'important pour nous, comme je l'ai dit, c'est que chaque cas soit préalablement examiné.

Toutes les mesures de sauvegarde dont j'ai parlé tout à l'heure sont là pour protéger le patient, pour protéger le praticien et pour protéger les personnes vulnérables en général.

**M. Ahmed Hussen:** Avez-vous réfléchi à la question de l'accessibilité, aux coûts et au fait qu'il y aurait de longs délais, puisque nos tribunaux sont déjà surchargés, s'il fallait passer par la voie judiciaire? Est-ce que vous avez examiné cet aspect des choses?

**Mme Julia Beazley:** Pour ce qui est des commissions du consentement et de la capacité, les témoins vous ont dit que le roulement est rapide. Ça peut se faire en 24 heures, décision et approbation. Ça n'a pas besoin d'être un long processus. Encore une fois, je ne suis pas avocat, mais j'imagine qu'on pourrait instaurer un système assez simple et direct.

Je n'aime pas du tout l'idée que ce soit interdit à des gens à cause des coûts.

Peut-être qu'on peut modifier la surveillance judiciaire pour que ça ne pose pas ce genre de problème. Je n'ai pas de détails, mais il me semble qu'il y aurait moyen, si nous travaillons avec les provinces et y mettons les efforts nécessaires. On peut très bien imaginer un système simple et efficace qui ne crée pas de délais déraisonnables et qui servira de mesure de sauvegarde.

● (2035)

**M. Ahmed Hussen:** Merci.

Je vais maintenant m'adresser aux représentants du Conseil canadien des avocats de la défense.

Monsieur DelBigio, je ne sais pas ce que vous pensez des mineurs matures. Êtes-vous d'accord avec l'idée de garder le seuil à 18 ans?

**M. Greg DelBigio:** Je ferai deux remarques à ce sujet. C'est un exemple de quelque chose qui échappe à l'arrêt Carter et qui n'est donc pas prévu. Je pense qu'il vaut mieux confier à une commission de ce genre le soin d'entendre d'autres témoignages d'experts.

Je vais profiter de l'occasion pour dire que, selon moi, un examen quinquennal est tout simplement trop loin, qu'il faudrait le faire plus tôt et que la disposition applicable pourrait préciser certains objets d'examen. Peut-être qu'elle pourrait prévoir par principe l'examen de la question des mineurs matures.

**Le président:** J'ai une brève question qui résume le tout, si vous le permettez.

Vous êtes les premières personnes à proposer de remplacer « croyance raisonnable mais erronée » par « croyance honnête mais erronée ». J'ai donc une question. Et j'aimerais connaître votre point de vue.

J'aimerais poser une question et je vais vous donner un exemple concret. Le Dr X a un ami du nom de M. Y. Celui-ci vient voir le Dr X après l'adoption de cette loi et lui dit que, selon cette loi, seuls les médecins sont autorisés à exécuter le suicide médicalement assisté et que sa femme le demande. Il explique qu'elle est couchée dans son lit, à la maison, très malade et dans des souffrances interminables. La dame est couchée là, sous sédatifs, et le docteur se fait dire que la loi n'impose rien d'autre que le fait que c'est un médecin qui peut le faire. Le Dr X fait donc ce que lui demande son ami M. Y.

Le Dr X n'a jamais vérifié le contenu de la loi et il n'a fait aucun effort raisonnable pour en comprendre les dispositions, mais il a cru honnêtement, mais à tort, en raison de ses liens avec M. Y, que c'était parfaitement correct. Si je comprends bien, encore qu'il faudrait vérifier ce que dit le droit coutumier au sujet de cette notion, ce médecin pourrait faire valoir qu'il avait une croyance honnête mais erronée, compte tenu de ce que lui a dit son ami, alors qu'il n'a fait aucune recherche. Il a fait preuve de grossière négligence, mais il a peut-être été honnête. Pensez-vous que cette personne ne devrait pas être accusée de meurtre ou d'homicide?

**M. Richard Fowler:** Non, pas nécessairement. La question est celle-ci: c'est à cette loi que nous avons affaire, et nous devons tenir compte de la façon dont elle envisage une exemption pour ce qui serait autrement un meurtre au premier degré. Quand on pense à l'état d'esprit qui préside à un meurtre au premier degré et qu'on constate la façon dont la loi est actuellement interprétée, je crois que quelqu'un qui a simplement fait une erreur objective pourrait être reconnu coupable de meurtre. C'est problématique.

La loi est également incohérente de façon intrinsèque à cet égard. Il y a la nouvelle infraction relative au « non-respect » des mesures de sauvegarde. Il est difficile de concilier cette infraction, qui donne lieu à une sanction maximale de cinq ans d'emprisonnement, parce que le non-respect des mesures de sauvegarde ne signifierait pas que vous commettez également un homicide. En fait, je ne comprends pas à quels types de comportement cette disposition s'attaque, parce que délibérément... L'infraction prévue dans la loi concerne les gens qui omettent sciemment de respecter les mesures de sauvegarde, ce qui est très différent de l'exemple que j'ai donné de la personne qui fait une erreur honnête, mais déraisonnable objectivement parlant.

Ici, dans la loi, on dit: eh bien, les gens qui omettent délibérément et sciemment de respecter les mesures de sauvegarde risquent une peine maximale de cinq ans d'emprisonnement, mais, en réalité, ce n'est pas vrai, puisqu'ils commettraient aussi un homicide

volontaire. Je trouve cette partie de la loi intrinsèquement incohérente.

● (2040)

**Le président:** Je comprends ça. Je pense qu'un procureur aurait la possibilité de porter des accusations dans un sens ou dans l'autre. Je suis d'accord avec vous, c'est une question ouverte. Ce que vous proposez donc, si je comprends bien, c'est qu'une personne ayant agi à partir d'une croyance honnête mais erronée pourrait faire l'objet, théoriquement parlant, d'une disposition prévoyant une peine moindre. Si elle doit être accusée, que ce ne soit pas de meurtre au premier degré...

**M. Richard Fowler:** Oui, c'est est...

**Le président:** ... quand il s'agit d'un acte déraisonnable découlant d'une négligence ou d'une grossière négligence.

**M. Richard Fowler:** Je veux dire, c'est une possibilité. On pourrait aussi exiger que les professionnels de la santé appliquent une norme de soin et que, s'ils ne le font pas, ils soient tenus responsables de négligence criminelle causant la mort.

**Le président:** Je comprends.

**M. Richard Fowler:** Ce serait tout à fait cohérent, parce qu'il y aurait une norme objective.

Au fait, la négligence criminelle causant la mort peut donner lieu à une condamnation à perpétuité. Ce n'est pas simplement une peine minimale d'emprisonnement à vie et il n'y a pas de période d'inadmissibilité à la libération conditionnelle de 25 ans.

Il y a donc d'autres moyens de régler ça. Il faut simplement éviter la possibilité absolue et nécessaire, à cause de la façon dont l'exemption est formulée, que quelqu'un soit poursuivi pour meurtre au premier degré. C'est le problème que pose la formulation actuelle.

**Le président:** Je comprends. Vous pensez que c'est trop sévère.

**M. Richard Fowler:** Oui.

**Le président:** Je comprends. Merci beaucoup.

Merci à tous les témoins de leurs exposés très clairs. Nous vous sommes très reconnaissants.

Nous prendrons une brève pause pour accueillir le prochain groupe de témoins.

Encore une fois, merci beaucoup.

● (2040)

\_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

● (2045)

**Le président:** Reprenons, mesdames et messieurs.

Merci beaucoup à nos témoins de leur patience incroyable et de rester parmi nous ce soir. Nous vous en sommes vraiment reconnaissants. Vous avez maintenant toute notre attention.

J'accueille Jocelyn Downie, professeure aux facultés de droit et de médecine de l'Université Dalhousie, qui comparait à titre personnel. Nous avons aussi M. Sikander Hashmi, du Conseil canadien des imams, et M. Jay Cameron, du Justice Centre for Constitutional Freedoms.

Bienvenue à tous. Nous avons hâte de vous entendre. À vous de commencer, professeure Downie.

**Mme Jocelyn Downie (professeure, Facultés de droit et médecine, Dalhousie University, à titre personnel):** Bonsoir, et merci de me donner l'occasion de témoigner devant vous ce soir.

Dans le temps qui m'est accordé, je ne ferai pas l'éloge du projet de loi même s'il y a lieu de le faire à bien des égards. Je vais plutôt parler des modifications que je proposerais.

Ces modifications ont pour raison que le projet de loi C-14 n'est pas conforme à l'arrêt *Carter c. Canada* de la Cour suprême du Canada. C'est-à-dire qu'il n'est pas conforme à la Charte canadienne des droits et libertés pour les personnes qui remplissent les critères énoncés dans *Carter*. Le projet de loi C-14 n'est pas non plus conforme à la Charte en ce qui concerne les mineurs matures, les personnes atteintes de maladie mentale et les demandes anticipées en raison du risque de perte de capacité.

À moins que le projet de loi C-14 soit modifié, beaucoup de gens subissant des souffrances persistantes et intolérables en raison d'un état grave et irrémédiable seront devant trois solutions. Ils pourront se suicider prématurément, souvent par des moyens dangereux et violents; ils pourront cesser de s'alimenter jusqu'à ce que mort s'ensuive à brève ou assez brève échéance, de sorte qu'ils auront alors droit à l'aide médicale à mourir; ou ils souffriront jusqu'à une mort de cause naturelle. C'est un choix d'une extrême et inconcevable cruauté.

L'alinéa 241.2(2) proposé limite de façon injustifiée l'accès à l'aide médicale à mourir. Ça pose un certain nombre de problèmes. Premièrement, contrairement aux affirmations du gouvernement, Kay Carter, la plaignante de *Carter c. Canada*, remplirait les critères d'accès prévus par la Cour suprême du Canada et elle ne remplirait pourtant pas ceux du projet de loi relatifs à la prévisibilité raisonnable du décès naturel. Kay Carter souffrait de sténose rachidienne, qui n'est pas une maladie mortelle ni un état terminal.

Rien dans sa décision n'indique que la Cour suprême du Canada ait considéré que le décès naturel de Kay Carter était devenu raisonnablement prévisible en termes de proximité temporelle. Rien dans le dossier dont la Cour a été saisie n'indique que le décès de Kay Carter était raisonnablement prévisible dans un quelconque avenir rapproché. En fait, c'était tout le contraire.

Prenons un parmi de nombreux exemples dans les preuves dont la Cour a été saisie, et dont parle Kay Carter dans sa lettre à la clinique Dignitas de Forch, en Suisse:

Le docteur Cameron, neurologue de Vancouver-Nord, m'a évaluée, et j'ai également fait l'objet d'un tomodensitogramme et d'une IRM. Compte tenu des résultats, il m'a dit que je souffrais d'une lente et irréversible détérioration du système nerveux, qui ne me tuerait jamais, mais qui finirait par me réduire à la position allongée et à l'impossibilité définitive de bouger.

Deuxièmement, la position du gouvernement concernant l'affaire Kay Carter, la maladie mentale, le handicap physique et le projet de loi C-14 n'est pas cohérente. Le gouvernement ne s'appuie sur aucune preuve lui permettant de conclure que le décès de Kay Carter n'était pas très éloigné, en dehors du fait qu'elle était âgée. Selon la logique de cette position, une personne uniquement atteinte d'une maladie ou d'un handicap physique majeur ne causant pas la mort sera admissible, à condition d'être âgée. Et pourtant c'est

précisément ce que le gouvernement essaie d'éviter par l'alinéa 241.2(2)d) proposé. Donc, ou bien Kay Carter ne remplissait pas les critères de l'alinéa 241.2(2)d), ou bien le projet de loi C-14 donne accès à l'aide médicale à mourir à des personnes uniquement atteintes d'une maladie ou d'un handicap physique majeur ne causant pas la mort. Le gouvernement essaie bien, mais il ne peut pas faire les deux en même temps.

Troisièmement, l'expression « raisonnablement prévisible » ne tient pas comme critère d'accès. C'est une formulation incroyablement vague. La question de savoir si Kay Carter elle-même aurait rempli ce critère éclaire cet argument de façon limpide. Que cette expression soit interprétée, ainsi que le suggère le gouvernement, comme signifiant « dans un avenir assez rapproché » ou « pas trop lointain » contredit l'usage courant qui lui donne le sens de caractère prévisible et non de proximité temporelle.

Contrairement aux affirmations du gouvernement, le sens qu'il propose dans son glossaire et dans ses remarques publiques ne correspond pas au sens de « raisonnablement prévisible » dans le droit criminel aussi bien que dans le droit de la responsabilité délictuelle, où l'expression signifie caractère prévisible et non-proximité temporelle. Autrement dit, on peut « prévoir que » et non « prévoir quand ».

Voici la solution que je propose.

Premièrement, supprimer le paragraphe 241.2(2) proposé. Deuxièmement, ajouter « dont une maladie ou un handicap causant des souffrances persistantes et intolérables pour la personne dans son état » à l'alinéa 241.2(1)c) proposé. Troisièmement, ajouter la définition suivante: « Irrémédiable » signifie « qui ne peut pas être atténué par des moyens acceptables pour la personne ». Quatrièmement, remplacer les références à « raisonnablement prévisible » partout ailleurs dans le texte de loi.

Je vais maintenant vous parler du deuxième problème à mes yeux, à savoir l'exclusion des mineurs matures, des personnes atteintes de maladie mentale comme seul état invoqué et les demandes anticipées en raison du risque de perte de capacité. Il faut rappeler que le gouvernement a reconnu que le projet de loi C-14 limite les droits garantis par la Charte, plus précisément en excluant les mineurs matures, les personnes atteintes de maladie mentale comme seul état invoqué et les demandes anticipées en raison du risque de perte de capacité. Mais il n'a pas été capable de fournir aux parlementaires de raisons suffisantes de conclure que ces limites sont, pour ce qui est des droits garantis par l'article 7, conformes aux principes de la justice fondamentale ou, pour ce qui est des droits garantis par les articles 7 et 15, qu'on peut en démontrer la justification dans une société libre et démocratique. Autrement dit, on ne vous a rien donné de solide sur quoi vous pourriez vous appuyer pour conclure que ce projet de loi n'enfreint pas les dispositions de la Charte.

• (2050)

Le gouvernement a fourni un document sur le contexte législatif pour expliquer les raisons pour lesquelles il a conclu que le projet de loi C-14 respecte la Charte. Mais les justifications formulées dans ce document sont grossièrement insuffisantes. Les faiblesses de ce document sont notamment les suivantes: représentation inexacte de la loi dans les juridictions permissives; représentation inexacte des données des juridictions permissives; utilisation de sources de preuve non fiable concernant les affirmations sur les juridictions permissives; emploi d'une distinction éthique explicitement rejetée par le juge Smith dans Carter; utilisation d'hypothèses sans aucun rapport avec la réglementation des directives anticipées dans les provinces et territoires du pays; recours à un ensemble d'experts extraordinairement déséquilibré.

À mettre en contraste avec deux autres documents importants pour orienter le processus décisionnel, à savoir le rapport du groupe consultatif d'experts provinciaux-territoriaux sur l'aide médicale à mourir et le rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir. Comme ces documents ne contiennent aucune des faiblesses que je viens de signaler sur le cadre de référence de la loi, je dirais qu'il vaut mieux pour vous de les employer au lieu du document sur le contexte législatif et je vous rappelle que les deux se prononcent contre l'exclusion des mineurs natures, des personnes dont le seul état grave et irrémédiable invoqué est la maladie mentale, et des demandes anticipées.

Quant aux solutions, je crois que la meilleure serait d'apporter des modifications au projet de loi C-14 pour l'aligner sur les recommandations du groupe d'experts provinciaux-territoriaux et du comité mixte spécial, et par conséquent sur la Charte.

La deuxième solution serait de faire entrer en vigueur les dispositions qu'on vient de mentionner deux ans après que la loi aura reçu la sanction royale, le temps qu'on élabore des politiques et des procédures et qu'on sensibilise les professionnels de la santé et la population. Mais je rappelle que ça concerne non pas la façon d'inclure ces éléments, mais la question de savoir s'il y a lieu de le faire.

À titre absolument minimal, je dirais qu'on devrait supprimer la référence, dans le préambule, à l'engagement sans échéance d'explorer les questions controversées des mineurs matures, des demandes anticipées et des demandes de personne dont le seul état médical invoqué est la maladie mentale. Et il faudrait ajouter, dans le corps du texte de loi, un mandat législatif en vue de l'examen par des experts indépendants des questions controversées, assorti d'une échéance précise et à court terme, par exemple 18 mois, pour en rendre compte au Parlement.

Une simple référence, dans le préambule, à l'engagement de rendre compte de l'examen de ces trois questions pressantes est une mesure trop faible quand des droits garantis par la Charte sont limités et que la seule question est celle de savoir si ces limites peuvent se justifier. Des gens réels aux souffrances atroces verront leurs droits garantis par la Charte limités tous les jours jusqu'à ce que le gouvernement commande les études nécessaires, puis en rende compte au Parlement. Ils méritent plus que ce que leur offre le projet de loi C-14.

Merci.

• (2055)

**Le président:** Merci beaucoup, madame Downie.

Passons au représentant du Conseil canadien des imams. La parole est à vous, monsieur Hashmi.

**M. Sikander Hashmi (porte-parole, Conseil canadien des imams):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Bonsoir à tous. Je tiens à remercier chacun de vous des longues heures de travail que vous avez consacrées à un travail très important pour nous. Merci beaucoup.

Dans la tradition de la foi musulmane, ni l'euthanasie ni le suicide assisté ne sont approuvés ou encouragés. Mais, comme l'affaire a déjà été décidée par la Cour suprême, nos préoccupations et recommandations concernant le projet de loi C-14 portent sur trois choses: protéger les intérêts des patients en détresse, réduire les erreurs au minimum, et protéger la liberté de conscience pour les professionnels de la santé et les établissements de santé confessionnels.

La plupart des Canadiens seraient d'accord pour dire que la vie est sacrée et qu'il faut tout faire pour la préserver dans la plupart des cas, sinon tous. Le Coran souligne l'importance de la protection de la vie. Au verset 32 de la sourate 5 du Coran, il est dit: « Celui qui sauve une vie, c'est comme s'il avait sauvé le monde. » Il est évident que la question de l'aide médicale à mourir intéresse beaucoup de Canadiens. Les Canadiens sont des gens compatissants. Quand on voit d'autres personnes qui souffrent ou en détresse, on veut les aider.

Les dirigeants de la foi musulmane, comme ceux d'autres religions, ont une longue tradition d'accompagnement des malades. Nous avons été les témoins directs des ravages provoqués par la maladie et la souffrance sur les patients et leurs familles. Nous comprenons que, dans certains cas, les patients éprouvent une souffrance extrême et que ceux qui savent que ça se prolongera puissent désirer mettre fin à leurs jours. Nous comprenons et, inspirés par nos traditions religieuses, nous sommes invités à prier pour eux pour qu'ils soient soulagés et à faire de notre mieux pour leur faciliter la vie en lui fournissant les meilleurs soins possibles.

Nous savons également que, lorsqu'un être humain cherche délibérément à mettre fin à ses jours, ça témoigne de l'extrême douleur et de la détresse qu'il éprouve ou qu'il craint. C'est un appel à l'aide.

Lorsqu'une personne cherche à mettre fin à ses jours, nous, comme société, ne devons pas accéder à son désir. Nous devons plutôt lui offrir des soins et une aide empreints de compassion pour alléger ses souffrances et sa détresse. Nous ne devons pas l'aider à mettre fin à ses jours, nous devons au contraire tout faire pour l'en dissuader.

C'est ainsi qu'il faut agir quand une personne demande à mourir parce qu'elle éprouve souffrance et détresse à cause d'une maladie ou d'un handicap.

Nous recommandons donc, premièrement, que, parmi les mesures de sauvegarde, le projet de loi C-14 exige des professionnels de la santé qu'ils veillent à ce que les personnes qui demandent une aide médicale à mourir rencontrent une équipe de soins de fin de vie composée d'un psychiatre, d'un travailleur social et, si le patient le souhaite, d'un conseiller spirituel; deuxièmement, que les membres de cette équipe soient tenus de discuter avec le patient des raisons de sa demande et de lui présenter toutes les possibilités de soins disponibles afin qu'il prenne une décision éclairée; troisièmement, que l'équipe de soins de fin de vie et le professionnel de la santé confirment que tous les traitements disponibles et les techniques de soulagement de la douleur ont été épuisés et qu'ils ne peuvent pas rendre la souffrance tolérable pour le patient dans des conditions qu'ils jugent acceptables.

Le projet de loi C-14 prévoit certaines mesures de sauvegarde, mais nous pensons qu'il en faudrait d'autres pour veiller à ce que les patients et les personnes vulnérables soient protégés d'erreurs aux graves conséquences. Nous recommandons par conséquent que le pouvoir de fournir une aide médicale à mourir, y compris de fournir les substances causant la mort, soit limité à des professionnels de la santé spécialement formés et agréés, autorisés par le ministre de la Santé et le ministre de la Justice.

Il faudrait donc modifier le texte du projet de loi pour y ajouter ceci: « autorisé par le ministre de la Santé et le ministre de la Justice » après toutes les références au médecin ou à l'infirmière quand il s'agit des personnes habilitées à fournir une aide médicale à mourir.

Nous sommes également très soucieux de la protection de la liberté de conscience des professionnels de la santé et des établissements de santé confessionnels. La liberté de conscience devrait avoir la même importance que le droit du patient à obtenir de l'aide médicale à mourir. Nous pensons que le degré de désengagement à l'égard du suicide assisté devrait revenir intégralement aux professionnels de la santé et aux établissements de santé confessionnels et devrait être communiqué aux patients éventuels. Ça devrait être précisé dans le projet de loi.

Nous sommes convaincus que nous devons, en tant que Canadiens, faire plus pour offrir des soins compatissants aux malades et pour trouver des moyens plus efficaces de soulager leurs souffrances et d'améliorer leur qualité de vie. Nous croyons qu'il est possible pour les gouvernements fédéral et provinciaux de respecter l'arrêt Carter tout en faisant la promotion du caractère sacré et de la valeur de la vie.

• (2100)

Au lieu d'encourager la mort, rassemblons-nous pour améliorer et célébrer la vie. Merci beaucoup.

**Le président:** Merci beaucoup, imam Hashmi.

Monsieur Cameron, c'est à vous.

**M. Jay Cameron (avocat-procureur, Justice Centre for Constitutional Freedoms):** Mesdames et messieurs, merci de me recevoir ici ce soir. Je représente le Justice Centre for Constitutional Freedoms, qui est un organisme caritatif non partisan et non confessionnel. Nous nous intéressons aux droits garantis par la Charte et notamment aux droits garantis à l'article 2.

Je commencerai par complimenter le procureur général, parce que je pense qu'il y a beaucoup de choses très valables dans le projet de loi C-14. Je suis venu vous parler plus précisément de la liberté de conscience, mais je pense qu'il est important, étant donné ce que j'ai entendu jusqu'ici ce soir, de dire que nous pensons que le projet de loi C-14 règle un certain nombre de questions. Il réserve l'accessibilité aux personnes adultes. Il réserve la décision à ceux qui sont compétents au moment de la prendre. Nous pensons qu'il est juste d'exiger que la personne souffre d'une maladie physique et qu'elle soit mentalement saine.

Un article tout à fait opportun vient d'être publié dans la revue *British Medical Journal*, qui s'appelle aujourd'hui BMJ. C'est sorti aujourd'hui. Et il a fait l'objet d'une diffusion internationale. On y explique que l'erreur médicale est la troisième cause de décès aux États-Unis. Je veux simplement que le Comité réfléchisse à ce que ça veut dire. Ça veut dire que, quand les médecins essaient de sauver un patient et de prolonger leur santé, ils tuent presque autant de gens, puisque c'est la troisième cause de décès, que le cancer et les maladies cardiovasculaires aux États-Unis. Le système de déclaration des décès repose, au Canada, aux États-Unis et au Royaume-

Uni, sur ce qu'on appelle un système de codage de la mortalité. Il n'enregistre pas les décès causés par un échec médical, et on ne sait donc pas exactement combien de gens sont tués accidentellement par des médecins au Canada.

Je parle de ça pour une raison simple: les erreurs arrivent, et il y a des gens vulnérables dans ce pays qui doivent être protégés. Il est évident qu'ils ont besoin d'être protégés précisément des gens à qui sera désormais accordé le droit d'aider une personne à mourir. C'est avec beaucoup de solennité, je crois, que cette question est soumise au comité.

Dans Carter, la Cour a déclaré que le « législateur (...) est mieux placé que les tribunaux pour créer des régimes de réglementation complexes ». C'est en rappelant la nécessité d'une réforme législative permettant l'aide médicale à mourir que la Cour a analysé et réitéré la liberté de conscience et de religion des professionnels de la santé en soulignant que « rien dans la déclaration d'invalidité que nous proposons de prononcer ne contraindrait les médecins à dispenser une aide médicale à mourir ». C'est au paragraphe 132. Au lieu de ça, la Cour souligne « plutôt le besoin de concilier les droits garantis par la Charte aux patients et aux médecins (...) ». C'est dans le cadre de cette conciliation des droits que la Cour a proposé dans Carter de pondérer la loi. Malheureusement, ce n'est pas ce que fait le projet de loi C-14.

Nous continuons de recommander que, en conformité avec l'arrêt Carter, le projet de loi C-14 devrait codifier les garanties concernant la liberté de conscience des médecins, des infirmières, des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé ainsi que celle des organismes et institutions de la santé qui refusent de participer et refusent de référer un patient à l'aide médicale à mourir.

Dans Carter, les demandeurs n'ont ni demandé ni obtenu le droit de contraindre des médecins ou des professionnels de la santé à fournir une aide médicale à mourir ou à y référer la patiente. Pourtant, les collèges de médecins et les associations d'infirmières ont institué l'exigence que leurs membres respectifs participent à l'aide médicale à mourir sans égard à leur liberté de conscience, sous peine de sanctions professionnelles ou de représailles dans certains cas. Voilà l'occasion pour le Parlement d'instaurer un traitement uniforme et clair de la question de la liberté de conscience.

J'ai deux raisons pragmatiques en dehors des raisons exposées au sous-comité. D'abord, il faut rappeler que des dizaines de milliers de Canadiens font confiance tous les jours à leurs médecins, escomptant que ceux-ci rempliront leurs responsabilités de façon éthique et consciencieuse. Les collèges de médecins provinciaux s'attendent à ce que leurs membres respectent des principes éthiques et qu'ils aient un solide sens de la responsabilité morale et éthique.

Selon nous, le Comité doit examiner les ramifications du non-respect de la liberté de conscience d'un médecin à l'égard d'un aspect de ses activités alors même qu'on s'attend à ce qu'il se montre consciencieux et éthique par ailleurs.

• (2105)

Nous estimons également qu'il est important que le Parlement reconnaisse que, dans l'arrêt Carter, la Cour parlait d'équilibrer les droits. Il y a le droit de mourir, qui est reconnu dans Carter, mais il y a aussi les droits des professionnels de la santé. Les arbres ne doivent pas cacher la forêt. Les gens qui vont appliquer la procédure d'aide médicale à mourir en vertu du projet de loi C-14 actuel sont ceux qui se réveilleront demain matin, se regarderont dans le miroir, vaqueront à leurs occupations quotidiennes et sauront qu'ils doivent remplir leurs responsabilités de façon éthique et consciencieuse. Les gens qu'ils auront aidés à mourir seront partis, mais eux seront toujours là.

À mon humble avis, et je ne le dis pas comme une formule banale, est-ce que nous avons l'équilibre qui convient entre la vie de quelqu'un sur le point de se terminer et les années de pratique de ceux qui, jour après jour, doivent agir de façon consciencieuse et éthique? N'est-ce pas disproportionné de s'intéresser uniquement et presque exclusivement aux droits des patients et non à ceux des gens qui auront la tâche de leur apporter une aide médicale à mourir?

Ça l'est pour nous. Nous pensons que, s'il y avait équilibre, personne ne serait jamais contraint de participer à une procédure d'aide médicale à mourir. Il y a eu beaucoup de discussions sur la question de savoir s'il est légal ou constitutionnel de prévoir une protection de la liberté de conscience dans le projet de loi C-14. Ça l'est pour nous.

Premièrement, il est clair que le projet de loi C-14 dans sa version actuelle dicte comment appliquer la procédure d'aide médicale à mourir et qui peut le faire. C'est une réglementation. Il régleme ou a pour but de réglementer la façon dont la procédure d'aide médicale à mourir doit être exécutée dans la province. Si la province est la seule entité apte à promulguer des lois sur l'aide médicale à mourir, ce projet de loi est nul et non avenu. Il est clair que ce n'est pas le cas. Nous estimons qu'il est évident que la liberté de conscience peut être protégée.

J'aimerais attirer votre attention sur les circonstances de cet exemple, un parmi ceux auxquels nous avons pensé. Évidemment, la règle générale applicable à l'homicide coupable est qu'il n'y a pas meurtre. C'est un peu comme la règle générale selon laquelle, si vous êtes un citoyen canadien ou une organisation canadienne, vous devez payer des impôts parce que les impôts fédéraux sont du ressort du Parlement. Les organismes de bienfaisance sont contrôlés par les provinces, en vertu de l'article 92 de la Loi constitutionnelle de 1867, et pourtant ils doivent demander ce statut au gouvernement fédéral et la permission de le conserver. La raison en est que, sinon, ils ne seraient pas autorisés à faire ce qu'ils sont autorisés à faire, qui est d'accepter des dons exemptés d'impôt.

Pour résumer, je dirais qu'il y a d'autres circonstances analogues, comme la Loi sur le mariage civil, où sont énumérées un certain nombre de garanties concernant la liberté de conscience. Nous pensons que ce serait une erreur de ne pas codifier ces éléments dans le projet de loi.

Merci.

• (2110)

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Cameron.

Nous allons passer aux questions. À vous de commencer, monsieur Cooper.

**M. Michael Cooper:** Monsieur Cameron, vous avez dit que, à votre avis, le Parlement peut, constitutionnellement, adopter des dispositions de protection de la liberté de conscience. Vous avez cité

quelques exemples de cas où le Parlement a adopté des lois ou des règlements dans d'autres contextes, mais peut-être pourriez-vous expliquer plus en détail les pouvoirs conférés au Parlement en matière de protection de la liberté de conscience?

**M. Jay Cameron:** Nous pensons que la situation actuelle est particulière. Il ne faut pas oublier que ce qui se passe en ce moment constitue l'élaboration d'une exemption à l'homicide coupable. Comme c'est le Parlement qui est en train de le faire, nous estimons qu'il peut aussi fixer les paramètres applicables aux personnes qui seront amenées à exécuter la procédure d'aide médicale à mourir et à la façon dont elle est exécutée.

Nous pensons par exemple que la période d'attente de 15 jours serait constitutionnelle, parce qu'elle entre dans les limites de l'élaboration de cette exemption. Ça n'empiète pas sur les pouvoirs des provinces. C'est nécessairement lié à l'élaboration de l'exemption.

On sait que la Cour suprême du Canada a donné ce mandat au Parlement. Quand je lis l'arrêt Carter, je constate que le tribunal s'attend à ce que le projet de loi C-14 équilibre ces droits, et ce n'est manifestement pas le cas. Nous ne voyons pas de problème à ce que cette protection soit prévue en vertu du Code criminel, c'est-à-dire en vertu de l'article 91 de la Loi constitutionnelle de 1867.

**M. Michael Cooper:** Exact.

Je suis d'accord avec vous. Le Parlement est tout à fait habilité en termes de droit pénal à légiférer à cet égard. Au paragraphe 53 de l'arrêt Carter, la Cour suprême dit précisément que le domaine de la santé est un domaine de compétence mixte, où le gouvernement fédéral comme les gouvernements provinciaux peuvent légiférer. Je pense donc qu'elle offre encore plus de latitude.

Il est certain que le Parlement a le pouvoir de légiférer, mais je suppose qu'il s'agit de savoir jusqu'où il peut aller. Une question semblable a été posée à Mme Pothier tout à l'heure. Elle semblait penser que le Parlement pourrait adopter des dispositions de protection de la liberté de conscience un peu comme l'article 3.1 de la Loi sur le mariage civil, et puis elle a semblé dire que ce serait tout ce que pourrait se permettre le Parlement à cet égard.

Pourriez-vous nous expliquer jusqu'où le Parlement pourrait aller en matière de protection de la liberté de conscience?

• (2115)

**M. Jay Cameron:** Sans référence à la Cour suprême du Canada, il est impossible de le dire avec une certitude absolue. Je ne sais pas. Je pense que ce serait pure spéculation de se prononcer là-dessus.

Je me contenterai de dire que je pense que le projet de loi peut contenir des dispositions garantissant la liberté de conscience. Je pense que le Parlement a ce pouvoir en matière de droit pénal et en matière de santé. Je pense aussi que la Cour suprême du Canada a en quelque sorte passé la main en faisant comprendre qu'elle ferait preuve de retenue à l'égard de cette loi.

C'est ce que je pense.

**M. Michael Cooper:** Je ferais simplement remarquer que, si le Parlement n'agit pas, ce sera aux provinces de le faire et ça entraînera des incohérences. En fait, ça pourrait donner lieu à une situation où il n'y aurait pas de protection de la liberté de conscience, du moins dans certaines provinces. Le Canada serait alors dans une situation unique par rapport à tous les autres pays dotés d'une procédure d'aide médicale à mourir. Partout ailleurs, il existe une forme ou une autre de protection de la liberté de conscience. Il y aurait un vide juridique à cet égard au Canada, et ce serait évidemment un sérieux problème.

Je ne sais pas si vous avez d'autres détails à nous donner, monsieur Cameron.

**M. Jay Cameron:** Je dirais ceci, que le juge Dickson, au paragraphe 143 de l'arrêt *Edwards Books*, a recommandé d'éviter d'examiner les convictions religieuses des gens. D'après nous, ce n'est pas nécessaire. Il existe des convictions millénaires sur le respect de la vie du patient, et ça remonte au serment d'Hippocrate et à la promesse de *Nightingale*, qui est l'équivalent du serment d'Hippocrate pour les infirmières. Ces serments existent depuis des siècles sous différentes formes, et beaucoup, beaucoup de médecins aujourd'hui — on vous a parlé de 70 % — ne veulent rien savoir de l'aide médicale à mourir. On n'efface pas des siècles de protection de la liberté de conscience des médecins d'un coup de balai. C'est ainsi, et que ce soit d'ordre éthique ou d'ordre religieux, ou même simplement parce qu'un médecin ne se sent pas à l'aise et ne veut pas participer, les gens ont le droit de ne pas le faire, c'est un droit garanti par la Charte. C'est notre position.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Cooper.

Monsieur Bittle.

**M. Chris Bittle:** Madame Downie, merci de votre exposé. J'ai une question qui n'a pas de lien direct avec ce que vous nous avez présenté au sujet de la période d'attente de 15 jours. Même s'il y a une exemption permettant au médecin de réduire le nombre de jours, est-ce qu'il n'est pas cruel et arbitraire de pouvoir décider, que ce soit la loi ou un médecin, qu'une personne subit des souffrances persistantes et la faire attendre 15 jours ouvrables, et ça peut en fait aller jusqu'à 17 jours donc? Pourriez-vous nous donner votre sentiment au sujet de cette disposition?

**Mme Jocelyn Downie:** Certainement. Je pense que ce délai de 15 jours présente deux problèmes. Le premier est que le patient doit passer 15 jours à subir des souffrances persistantes et intolérables pour prouver que son désir n'est pas ambigu alors qu'il est très clair qu'il ne l'est pas. On essaie de le protéger des effets de l'ambivalence, mais on ne traite pas une situation où l'ambivalence serait réellement un problème, et le délai est appliqué à tout le monde alors qu'il n'y a pas de problème d'ambivalence.

Le deuxième problème est que la disposition telle qu'elle est formulée actuellement ne donne de latitude que si le décès ou la perte de capacité est prévisible. Ça doit être imminent. Le problème, évidemment, c'est qu'on peut perdre notre capacité brusquement. Un patient pourrait remplir toutes les conditions, les mesures de sauvegarde ont été prises, on attend 15 jours et... le patient perd sa capacité. Le voilà coincé. Il n'obtiendra pas d'aide.

Je crois que cette disposition est cruelle et trop inclusive à force de vouloir tout saisir, mais ce n'est pas la bonne façon de le faire.

**M. Chris Bittle:** Je n'ai posé cette question à personne jusqu'à maintenant. Pourriez-vous nous parler rapidement de l'interaction entre l'article 7 et une violation des droits fondamentaux, et des limites raisonnables, et comment les tribunaux ont analysé jusqu'ici

les violations de la justice fondamentale et les limites raisonnables qu'on peut imposer?

**Mme Jocelyn Downie:** Si je comprends bien votre question, je pense qu'on pourrait peut-être se tourner vers l'arrêt *Carter* et voir comment la question y est très clairement abordée, à savoir que la Cour a constaté qu'il y avait une limitation des droits et elle s'est demandé si cette limitation était conforme aux principes de la justice fondamentale. Elle a estimé que, non, ce n'était pas exagéré. Là encore, c'est comme pour le délai de 15 jours... c'est exagéré et ça couvre trop de gens. C'est une question que soulève ce projet de loi, et on retrouve cette tension encore une fois.

Je pense qu'il faut simplement examiner l'arrêt *Carter* et le fait que cette décision a tracé un cercle et déclaré que, pour les gens se trouvant dans le cercle, on ne peut pas les empêcher d'avoir accès, et pourtant les gens qui ont accès à l'aide médicale à mourir en vertu de ce projet de loi sont à l'intérieur de ce cercle. Donc c'est en contradiction avec *Carter* du point de vue de son analyse de l'article 7.

• (2120)

**M. Chris Bittle:** Monsieur Cameron, j'aimerais m'adresser à vous. En dehors de l'aide médicale à mourir, à votre connaissance, y a-t-il d'autres procédures médicales qu'un médecin serait contraint d'appliquer contre son gré ou contre ses convictions éthiques ou religieuses?

**M. Jay Cameron:** Je pense que la réponse à votre question se trouve dans l'histoire de la profession médicale.

**M. Chris Bittle:** Inutile de remonter l'histoire de la profession médicale. Pourriez-vous répondre en fonction de la situation actuelle au Canada? Y a-t-il d'autres procédures médicales qui présenteraient le même problème, qui déclenchaient des cas de conscience pour les médecins?

**M. Jay Cameron:** Je ne connais pas de situation analogue où la conséquence de l'acte du médecin serait la mort délibérée du patient. Donc je ne vois pas, non.

Les médecins et les infirmières sont formés et instruits pour prendre soin des patients et leur fournir des soins aux patients. Je partage l'inquiétude d'un autre témoin de ce soir en me disant que tuer un patient n'est pas conforme à l'idée de prendre soin...

**M. Chris Bittle:** Vous vous éloignez encore de la question, monsieur Cameron. Il n'y a pas d'autre situation que vous puissiez donner en exemple qui serait analogue du point de vue de la liberté de conscience des professionnels de la santé. Je pense que c'est la réponse simple.

Ma prochaine question s'adresse aux collèges des médecins de tout le pays qui s'auto-réglementent en matière éthique, tout comme les barreaux des diverses provinces.

Pourquoi demander la réglementation des professions puisque ça n'entre manifestement pas dans le champ de compétence du gouvernement fédéral?

**M. Jay Cameron:** Je ne demande pas de réglementation des professions, mais je fais remarquer que, tous les mois, des avocats sont radiés du barreau pour faute professionnelle et irrégularités.

On voit bien, d'après l'étude publiée aujourd'hui, que, intentionnellement ou accidentellement, les médecins font beaucoup d'erreurs et tuent beaucoup de patients qu'ils sont censés aider.

**M. Chris Bittle:** C'est aux médecins, comme aux avocats, de déterminer ce qui n'est pas éthique.

**M. Jay Cameron:** Jusqu'à un certain point, monsieur. C'est le Parlement qui décide ce qui est criminel, et il y a des limites à ce qui relève des barreaux et des associations médicales. Ils ont un mandat limité, alors que celui du Parlement est beaucoup plus vaste.

**M. Chris Bittle:** D'accord. Du point de vue de la liberté de conscience dans les institutions, pouvez-vous me donner un exemple de décision de la Cour suprême garantissant la liberté de conscience à une institution financée par les fonds publics?

**M. Jay Cameron:** Je peux vous parler de la liberté d'association garantie par l'alinéa 2d) de la Charte, qui n'est pas seulement un droit individuel, mais un droit collectif. L'idée étant que ce qui peut se faire collectivement peut se faire individuellement.

**M. Chris Bittle:** Donc, la réponse est non.

**M. Jay Cameron:** Dans ce cas... eh bien, je ne sais pas.

Si vous voulez me dire quelle est ma réponse...

**M. Chris Bittle:** Je vous demande s'il y a une décision de la Cour suprême à ce sujet. Vous tournez autour du pot, mais y a-t-il une décision de la Cour suprême en ce sens, oui ou non?

**M. Jay Cameron:** Je vous invite à consulter l'affaire de l'Association de la Police montée.

**M. Chris Bittle:** Pardon?

**M. Jay Cameron:** Je parle de l'affaire de l'Association de la Police montée concernant les droits associatifs.

**M. Chris Bittle:** C'est une affaire de syndicat. Donc vous ne pouvez pas me donner d'exemple d'institution financée par les fonds publics...

Est-ce qu'on n'est pas sur une pente glissante si, accordant la protection de la liberté de conscience aux institutions dans le cadre de cette exemption, on expose la Charte à des questions d'emploi ou d'accès à une institution financée par les fonds publics pour les membres de tel ou tel groupe religieux? Comment limiter ces droits à votre demande très circonscrite?

• (2125)

**M. Jay Cameron:** Sauf votre respect, monsieur, je crois que vous brouillez la question. La question est de savoir si, oui ou non, un groupe de personnes partageant les mêmes convictions peuvent décider si, oui ou non, elles vont participer à la procédure d'aide médicale à mourir. C'est ça, la question. Nous disons qu'elles le peuvent. C'est ça, la réponse.

**Le président:** Merci beaucoup.

Monsieur Rankin.

**M. Murray Rankin:** Madame Downie, permettez que je vous salue, d'abord parce que vous êtes professeure de médecine et de droit, ce qui est quelque chose, mais aussi pour votre travail au sein du groupe consultatif provincial-territorial sur l'aide médicale à mourir. C'est une énorme tâche.

J'ai été très troublé par ce que vous avez dit. Si j'ai bien compris, compte tenu de sa formulation, le paragraphe 241.2(2) proposé réduit indûment l'accès à l'aide médicale à mourir. Vous avez aussi donné l'exemple de Kay Carter, qui, d'après vous, n'aurait pas pu obtenir ce service. Puis un autre témoin a dit aujourd'hui que Mme Rodriguez ne le pourrait pas non plus. Les gens atteints de

handicaps physiques graves, mais qui peuvent vivre encore longtemps, ne sont pas du tout protégés par ce projet de loi. Je crois que vous avez dit — mais je ne veux pas parler à votre place, je veux vous entendre — qu'il serait inconstitutionnel de limiter la protection aux patients en phase terminale ou à ceux dont le décès est raisonnablement prévisible ou encore à ceux dont le décès naturel est raisonnablement prévisible. Est-ce que c'est bien ça? Est-ce que j'ai bien saisi votre conclusion?

**Mme Jocelyn Downie:** Oui.

**M. Murray Rankin:** Je suis sûr que beaucoup de Canadiens seraient très troublés de penser que, après tout ça, Mme Rodriguez ne pourrait pas être aidée en vertu de cette loi.

Vous avez parlé de la formulation « raisonnablement prévisible », qui, d'après mes souvenirs, renvoie, dans le droit de la responsabilité délictuelle, à une prévision et non à une proximité temporelle. Et pourtant le gouvernement, dans ce qu'il appelle le document sur le contexte législatif, en parle du point de vue temporel.

Pourriez-vous nous en dire plus à ce sujet?

**Mme Jocelyn Downie:** Oui. J'ai été sidérée quand j'ai vu cette disposition. Puis j'ai entendu dire le gouvernement que c'était une notion établie en droit. Je me suis dit que j'avais effectivement entendu cette expression, mais pas en termes de proximité temporelle. Évidemment qu'on ne parle pas de prévision, parce que, si on considère les choses de ce point de vue, nous sommes tous qualifiés dès maintenant, parce que je sais que nous allons tous mourir. Du point de vue prévisionnel, nous allons tous mourir. Donc il s'agit évidemment de proximité temporelle. C'est alors qu'on s'interroge sur cette proximité: assez proche, pas trop lointain... puis on vérifie dans le droit de la responsabilité délictuelle et on s'aperçoit que ce n'est pas ce que ça veut dire. On vérifie dans le droit pénal, et on constate que ce n'est pas ce que ça veut dire. En droit pénal comme en droit de la responsabilité délictuelle, il s'agit de prévisibilité.

Ou bien ce n'est pas une notion établie en droit parce qu'il s'agit de proximité temporelle, ou bien c'est une notion établie en droit, et ce n'est pas le sens prévu.

**M. Murray Rankin:** Ça s'applique à tout le monde, et, si ça s'applique à tout le monde, ça n'a aucun sens, n'est-ce pas?

**Mme Jocelyn Downie:** C'est exact.

**M. Murray Rankin:** Avec votre analogie du petit cercle et du grand cercle, vous dites que le projet de loi C-14 couvre un petit cercle. Je ne veux pas parler à votre place, mais la Cour suprême envisageait un cercle plus grand, et ce n'est pas ce que fait le projet de loi. C'est ce que vous voulez dire?

**Mme Jocelyn Downie:** Oui, c'est tout à fait juste. Je pense qu'ils ont mal compris, en partie, ce qu'étaient les circonstances factuelles dans Carter, et peut-être aussi, compte tenu de certaines des choses qui ont été dites au cours de la semaine, ont-ils délibérément tracé le cercle à l'intérieur du cercle défini par Carter en pensant qu'ils le pouvaient. Fondamentalement, je ne crois pas qu'ils le puissent. La justification fournie est cette idée de dialogue et de révérence à l'égard du cadre de réglementation. Ce qu'il faut vraiment comprendre, c'est qu'il y aura révérence à l'égard de la question de savoir si c'est 15 jours, ou 13 jours, ou deux médecins, les mesures de sauvegarde, mais pas le tracé du cercle. Parce qu'il y a encore un interdit absolu autour du cercle et que c'est là qu'il n'y a pas de va-et-vient, et on ne peut pas tracer de cercle plus petit.

**M. Murray Rankin:** La seule conséquence, si vous avez raison, c'est que les gens qui souffrent devront retourner devant les tribunaux pour leur demander de redire ce qui a été dit dans Carter.

**Mme Jocelyn Downie:** Exactement.

**M. Murray Rankin:** Vous avez fait des déclarations très importantes concernant le contexte législatif. Vous avez parlé de « représentation inexacte de données », ce qui est une affirmation très grave, et pourtant je remarque que vous avez fait six affirmations après ça, toutes accompagnées de notes de bas de page. Vous n'avez donc rien inventé.

Je voudrais vous donner l'occasion de parler des raisons de votre inquiétude concernant le contexte législatif.

**Mme Jocelyn Downie:** Je peux vous donner des exemples de chacun des éléments.

**M. Murray Rankin:** Deux ou trois suffiront.

**Mme Jocelyn Downie:** D'accord. Ils disent que, dans la loi belge, l'accès est accordé à « tous les mineurs ». Ce n'est pas vrai. Il est accordé aux mineurs matures, lesquels doivent avoir une capacité de discernement, qui est l'équivalent de la notion de mineurs matures dans notre cas.

Je m'inquiète vraiment de l'utilisation qu'ils font des données quand ils parlent de ce qui se passe ailleurs et qu'ils veulent nous persuader qu'il y a lieu d'être inquiet pour les personnes vulnérables, et qu'on peut donc limiter... Voyez la note 39. Elle renvoie à une série de sites Web de médias au lieu des études empiriques effectuées depuis des décennies en Europe, en Oregon, etc. C'est extrêmement problématique.

Concernant les directives anticipées, je cite: « Les directives anticipées n'offrent généralement pas une preuve fiable du consentement d'une personne au moment de la prestation de l'aide médicale à mourir. » Il faut donc les rejeter. Il faut donc limiter l'application d'un droit garanti par la Charte. Les directives anticipées sont pourtant considérées dans tout le pays comme l'expression du désir de l'intéressé et comme quelque chose qu'il y a lieu de respecter.

La dernière, extraordinaire et qui en a fait sursauter plusieurs, est que, quand on consulte la liste et la catégorie des « universitaires et spécialistes canadiens » dans la bibliographie, il y a quatre personnes. L'une d'elles est l'un des principaux opposants à l'aide médicale à mourir au Canada, et les trois autres étaient des experts de la Couronne dans Carter. Ce n'est pas...

• (2130)

**M. Murray Rankin:** Ceux qui ont perdu dans l'affaire Carter.

**Mme Jocelyn Downie:** C'est ça. C'est le fondement de ce qu'on vous a donné, de sorte qu'alors vous demandez « est-ce que ce sont des motifs valables de se sentir mal à l'aise? » Parce que vous savez que ça limite des droits. La question est: est-ce qu'on vous a donné des motifs valables de dire que vous acceptez, que vous pouvez appuyer l'affirmation que la justification peut en être démontrée dans une société libre et démocratique? C'est votre document? Non.

**M. Murray Rankin:** Est-ce que j'ai encore du temps?

**Le président:** Si la question est brève.

**M. Murray Rankin:** Non, ça va.

**Le président:** Merci beaucoup de ces questions judicieuses, monsieur Rankin.

Madame Khalid.

**Mme Iqra Khalid:** Nous voulons évidemment un système équilibré et équitable dans ce domaine si délicat, et nous voulons nous assurer de protéger les droits des personnes vulnérables tout en garantissant à ceux qui le désirent le droit de mettre fin à leurs souffrances.

Monsieur Hashmi, c'est à vous que s'adressent d'abord mes questions. Vous avez formulé trois recommandations générales concernant le projet de loi. Vous avez demandé des mesures de sauvegarde supplémentaires, notamment qu'une évaluation psychiatrique obligatoire fasse partie de la procédure de consentement. Deuxièmement, vous avez parlé d'erreurs et demandé que la substance à administrer soit fournie uniquement aux personnes autorisées par le ministre de la Santé et le ministre de la Justice. Vous avez aussi parlé de la liberté de conscience des médecins ou des professionnels de la santé.

Pour commencer, je voudrais qu'on parle de la liberté de conscience. Nous avons entendu d'autres témoins qui ont parlé d'un rapport du coroner. Ils ont demandé que le rapport du coroner devienne obligatoire. La cause du décès indiquée dans le rapport du coroner, à l'heure actuelle, n'est pas obligatoirement inscrite comme faisant suite à l'aide médicale à mourir. J'aimerais savoir ce qu'il en est du point de vue religieux. Pensez-vous que la mention « suicide » comme cause du décès est quelque chose que les familles ayant des convictions religieuses accepteraient?

**M. Sikander Hashmi:** Ça pourrait troubler certaines personnes. Bien entendu, selon les religions et selon les personnes, la question du suicide est perçue à différents niveaux et sous différents angles. Si une famille s'aperçoit que le coroner a indiqué que la cause du décès est le suicide, ça pourrait effectivement la mettre dans une situation de malaise.

**Mme Iqra Khalid:** Est-ce que ça ferait du tort à des familles qui, dans ce cas, non seulement subissent la perte d'un être cher, mais aussi les connotations sociales négatives qui s'ensuivent?

**M. Sikander Hashmi:** C'est mon avis, mais le suicide est perçu différemment selon les communautés et les groupes sociaux. Si c'est quelque chose qui est rendu public et que la famille, les amis, la parenté ou d'autres membres de la collectivité le découvrent, oui, ça pourrait faire du tort à la famille.

• (2135)

**Mme Iqra Khalid:** Madame Downie, dans votre exposé, vous avez dit que l'expression « raisonnablement prévisible » est incroyablement vague. Des témoins antérieurs nous ont dit qu'il s'agit plutôt d'une détermination médicale, effectuée au cas par cas par des médecins ou des professionnels de la santé, selon le cas. Êtes-vous d'accord avec ça? Pensez-vous qu'une détermination médicale ferait en sorte que l'accès serait plus ouvert et inclusif pour ceux qui le demandent?

**Mme Jocelyn Downie:** Je pense que ça ne sert pas le but poursuivi par les juges dans Carter, qui était de permettre à un certain groupe d'y avoir accès, parce que les avis sont très partagés. Les médecins ne sont pas d'accord sur ce que ça veut dire. Autrement dit, il y aura des médecins qui diront « Oui, vous en avez encore pour deux ans, et je vais l'interpréter de façon large », tandis que d'autres craindront d'être accusés et l'interpréteront de façon étroite et d'autres encore seront opposés au suicide assisté et préféreront l'interpréter de façon extrêmement étroite et diront « Peut-être à une semaine du décès ».

L'éventail des interprétations observé dans le milieu médical témoigne de façon convaincante du fait que l'expression est trop vague. La solution ne consiste pas à s'en remettre à une détermination médicale. Ça cessera d'être vague, et ils se feront une idée. Ils vont se diviser entre eux.

**Mme Iqra Khalid:** En effet.

Au niveau fédéral, et notamment en ce qui concerne le projet de loi C-14, il s'agit d'une modification au Code criminel, et c'est donc de notre compétence. L'application de la procédure d'aide médicale à mourir serait cependant du ressort des provinces.

Les trois témoins peuvent se prononcer sur ce qui suit. Pensez-vous que les provinces seront en mesure d'adopter une perspective cohérente, compte tenu notamment de l'autoréglementation des médecins? Pour les médecins ou professionnels de la santé qui ne veulent pas participer à cette procédure, est-ce que les organismes d'autoréglementation seront en mesure de prendre cet élément en charge et de veiller à ce que la liberté de conscience de chacun soit respectée?

**Mme Jocelyn Downie:** Je pense que c'est un des aspects au sujet desquels il faut féliciter le gouvernement fédéral, parce qu'il a reconnu que c'est une des questions qui est absolument d'ordre fédéral et provincial en même temps. Comment faire? Ils en profitent pour mettre à l'oeuvre le fédéralisme coopératif. C'est un muscle que nous n'avons pas beaucoup utilisé récemment, mais voilà l'occasion, et ils ont sauté dessus. Comme ils disent, ils vont faciliter le développement de ce projet en collaboration avec les provinces et territoriaux. Ils joignent effectivement l'acte à la parole. C'est un cheminement clinique pancanadien.

Il s'agit de protéger la liberté de conscience des fournisseurs de soins, de veiller à ce que les patients aient accès à la procédure et de protéger la vie privée des fournisseurs de soins disposés à appliquer cette procédure. Ils sont conscients de la nécessité de protéger la liberté de conscience, mais ils le font d'une manière valable du point de vue de notre répartition des pouvoirs, de la façon dont nous avons historiquement abordé la question de la conscience, et du fédéralisme coopératif. Là où la compétence est commune, parlons, travaillons ensemble et trouvons une solution sans fixer les choses dans une loi fédérale. Ce n'est pas comme ça qu'il faut faire.

Je pense que c'est prometteur du côté de la possibilité d'une certaine harmonisation. J'espère que ce groupe réunira la fédération des collègues de médecins et chirurgiens et les associations d'infirmières et leur dira « Nous allons nous asseoir ici et nous ne partirons pas avant d'avoir trouvé une solution », parce que les collègues de médecins et chirurgiens se sont divisés en l'espace d'une semaine sur cette question, et c'est problématique. Les infirmières beaucoup moins, et c'est fascinant.

Disons que c'est le genre de choses que nous réglons ensemble et que nous réunissons les différents niveaux de réglementation pour trouver une solution, parce que tout le monde vise le même but. Je veux protéger la liberté de conscience, vous voulez protéger l'accès du patient à la procédure, et nous voulons tous protéger la vie privée des intéressés. Je pense que c'est comme ça qu'il faut s'y prendre.

**Le président:** Merci beaucoup.

Imam, désirez-vous intervenir?

**M. Sikander Hashmi:** Certainement. Ce qui rend très nerveux les médecins et les professionnels de la santé ayant des convictions religieuses est cette incertitude, ils ne savent pas comment ça va se jouer dans les faits. Pour ce qui est du droit des patients à l'aide médicale à mourir, oui, le projet de loi est là, et tout semble très clair, mais, quand il s'agit de la liberté de conscience, ce n'est pas très clair.

Il y a déjà des plaintes venant de médecins du Québec, qui parlent des pressions exercées sur eux. Nous avons entendu parler d'un cas où il a été question de sanctions contre un médecin qui ne voulait pas référer un patient. C'est très troublant de constater que des médecins songent effectivement à quitter la profession ou qu'ils pourraient être poussés à le faire si les choses ne se déroulent pas comme ils le souhaiteraient.

Je suis sensible aux efforts du gouvernement, mais les choses devraient être beaucoup plus claires à ce sujet.

● (2140)

**Le président:** Monsieur Cameron.

**M. Jay Cameron:** Sans vouloir banaliser les choses et en tout respect, j'aime à penser que la loi actuelle aurait aidé Sue Rodriguez. L'hypothèse, l'idée spéculative que ça n'aurait pas été le cas n'a pas sa place ici. On ne saura jamais ce qui serait arrivé. Si on s'en tient à l'exposé du procureur général sur le sens de l'expression « raisonnablement prévisible » en tant que trajectoire, la situation de Mme Rodriguez, à qui on avait dit qu'elle avait entre 2 et 14 mois à vivre, se serait inscrite, je crois, dans les paramètres du projet de loi.

**Le président:** Je tiens à remercier nos très estimés témoins. Vos témoignages ont été très instructifs. Je vous remercie de vos mémoires et de vos exposés, et, au nom de tous les membres du Comité, merci encore de votre très grande patience.

Je remercie les membres du Comité et tout le monde ici, notamment le personnel. Nous avons fait un travail extraordinaire ce soir en dépit de certains obstacles.

Nous nous retrouverons demain matin à 8 h 45.

La séance est levée.







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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

---

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