SENATE SÉNAT

CANADA

DÉBATS DU SÉNAT

2e SESSION • 43e LÉGISLATURE • VOLUME 152 • NUMÉRO 26

COMPTE RENDU OFFICIEL
(HANSARD)

Le mercredi 10 février 2021

L'honorable PIERRETTE RINGUETTE
Présidente intérimaire

TABLE DES MATIÈRES

(L'index quotidien des délibérations se trouve
à la fin du présent numéro.)

Service des débats : Josée Boisvert, Édifice national de la presse, pièce 831, tél. 613-219-3775
Centre des publications : Kim Laughren, Édifice national de la presse, pièce 926, tél. 343-550-5002

Publié par le Sénat
Disponible sur Internet : http://www.parl.gc.ca

LE SÉNAT

Le mercredi 10 février 2021

La séance est ouverte à 14 heures, la Présidente intérimaire étant au fauteuil.

Prière.

[*Traduction*]

DÉCLARATIONS DE SÉNATEURS

LE NOUVEL AN LUNAIRE

L'honorable Victor Oh : Honorables sénateurs, j'aimerais profiter de l'occasion pour souhaiter à tous un heureux Nouvel An lunaire.

Je suis heureux d'être ici et de partager avec vous une partie de ma culture. De nombreux habitants de mon pays d'origine, Singapour, ainsi que de la Chine, du Vietnam, de la Corée et d'autres pays d'Asie, vont célébrer cet événement, aussi appelé Festival du printemps, le 12 février prochain, accueillant ainsi l'année du buffle.

Le Nouvel An lunaire est l'un des festivals traditionnels les plus importants de la culture asiatique. Il offre aux familles et aux amis une occasion de se réunir, de réfléchir au passé et de songer à l'avenir.

Le fait que nous puissions prendre le temps de souligner d'importantes manifestations culturelles comme celle-ci au Sénat est révélateur de l'engagement du Canada à l'égard du multiculturalisme.

Symbole de la nouvelle année qui commence, le buffle est synonyme d'espoir et de nouveau départ. Il représente l'ardeur au travail et l'honnêteté, deux caractéristiques qui, à mon avis, nous seront utiles pour l'avenir. L'année 2020 a été semblable à nulle autre pour nous tous. La pandémie de COVID-19 nous a apporté de nombreux défis, mais elle est aussi porteuse d'espoir : ensemble, nous pouvons surmonter les obstacles qui se dressent devant nous.

À l'approche Nouvel An lunaire que nous célébrerons avec nos êtres chers, j'aimerais rappeler à tous de continuer de respecter les directives des responsables de la santé publique.

Je vous souhaite de nouveau un heureux Nouvel An lunaire. *Xin Nian Kuai Le*. *Xing Fu Ji Xiang*. *Xie xie*. Merci.

LE DÉCÈS DU CHEF RON MICHEL

L'honorable Mary Jane McCallum : Honorables sénateurs, je prends la parole pour rendre hommage au sénateur Ron Michel, du Grand conseil de Prince Albert, né le 6 décembre 1951 et décédé le lundi 25 janvier 2021.

Le sénateur Michel naît en 1951 dans une cabane en bois rond en bordure du fleuve Churchill, qu'il appelait la force vitale des Cris des Bois de Peter Ballantyne, établis dans le Nord de la Saskatchewan. Sa mère et son père adoptent et transmettent à leurs enfants un mode de vie traditionnel riche et spirituel de chasse, de pêche, de trappage et de cueillette. Son père l'encourage à faire des études, disant que c'est l'avenir des peuples des Premières Nations, mais il refuse de laisser Ron partir pour un pensionnat.

Ron et son épouse, ma sœur Nancy, se marient en 1972 et obtiennent tous deux leur baccalauréat en enseignement à l'Université de Regina en 1981. Ensemble, ils fondent une famille et font carrière à titre d'éducateurs dans la réserve.

Conscient que les peuples des Premières Nations ont besoin que l'on défende leurs intérêts et que leur voix soit entendue, Ron se lance en politique. En 1983, il est élu conseiller de bande, un poste qu'il occupe pendant deux ans. En 1985, il se porte candidat et devient chef, fonctions qu'il occupe ensuite pendant 20 ans, avec un hiatus de 2 ans.

La nation crie de Peter Ballantyne comprend sept collectivités distinctes séparées géographiquement par de grandes distances. Grâce à son expertise et à ses fonctions de chef, Ron Michel réussit à négocier de nouvelles écoles et de nouveaux centres de santé pour bon nombre des collectivités de Peter Ballantyne, faisant de cette Première Nation l'une des plus progressistes en Saskatchewan.

Il contribue à la création du Grand conseil de Prince Albert, qui compte 12 Premières Nations du Nord de la Saskatchewan ayant signé le Traité nº 5 et le Traité nº 6. C'est lui le chef quand la nation crie de Peter Ballantyne négocie la Loi sur les droits fonciers issus de traités en 1993. Cet accord s'avère essentiel, car il servira de moteur socio-économique à l'avenir de cette Première Nation et il demeure l'élément le plus important de son succès continu. Ron est le chef quand le projet du casino Northern Lights se concrétise et que celui-ci est construit sur la réserve urbaine de Peter Ballantyne à Prince Albert en Saskatchewan.

Ron pose sa candidature au poste de grand chef du Grand conseil de Prince Albert en 1985. Il occupe ces fonctions de 2005 jusqu'à sa retraite en 2017. À titre de grand chef, il collabore avec les 12 Premières Nations pour créer du capital, du travail, des services et des programmes. Merci.

L'INSULINE—LE CENTIÈME ANNIVERSAIRE

L'honorable Jim Munson : Honorables sénateurs, dans ma déclaration d'aujourd'hui, je célèbre un siècle de santé. Croyez-le ou non, 2021 marque le 100e anniversaire de la découverte de l'insuline au Canada.

Le bien-être des enfants constitue encore l'une de mes principales motivations dans l'exercice de mes fonctions de sénateur, alors je tiens à dédier la présente déclaration aux 33 000 braves enfants d'âge scolaire au Canada qui dépendent de ce liquide essentiel à la vie chaque jour. L'insuline permet à ces jeunes de vivre, alors je crois que vous conviendrez que c'est une bonne raison de célébrer.

En fait, 75 % des personnes qui reçoivent un diagnostic de diabète insulinodépendant, ou diabète type 1, ont moins de 18 ans. La Société canadienne de pédiatrie estime qu'il y a des milliers d'autres enfants de moins de 5 ans qui sont atteints de diabète insulinodépendant.

Toutefois, vous savez comme moi que la route qui a mené à la découverte de l'insuline a été longue. En mai 1921, Frederick Banting et Charles Best ont commencé à faire des recherches sur des extraits pancréatiques à l'Université de Toronto. Cette année-là, à la fin de l'été, ils parvenaient enfin à abaisser la glycémie avec leurs extraits. Puis, à la fin de l'année, les chercheurs étaient prêts à passer aux essais cliniques sur des sujets humains.

La première personne à recevoir une dose de l'extrait pancréatique d'insuline prêt à administrer à des humains était également un enfant : Leonard Thompson, un garçon de 14 ans de Toronto. MM. Banting et Best savaient que la découverte de l'insuline représentait une occasion formidable de sauver des vies et qu'elle devait être bénéfique à l'humanité entière. Par conséquent, en 1923, ils ont vendu le brevet de l'insuline pour 1 $.

Nous savons que les injections d'insuline permettent à une personne atteinte de diabète de type 1 de rester en vie, certes, mais elles ne guérissent pas la maladie et ne préviennent pas les complications à long terme que cette dernière entraîne. Heureusement, de grands progrès technologiques, notamment le système de surveillance du glucose en continu, permettent aux patients de vivre plus longtemps et en meilleure santé. Lorsqu'on parle de ces avancées importantes, je ne peux m'empêcher de citer les paroles inspirées de Neil Young : « Une seule nouveauté peut tout changer ».

• (1410)

Le Canada possède les chercheurs, les gens compétents et les personnes dévouées qui lui permettront d'éradiquer le diabète de type 1. Nous nous approchons sans cesse du jour où un remède sera découvert.

Une équipe dirigée par le Dr James Shapiro, de l'Université de l'Alberta, mène des recherches sur l'injection de cellules productrices d'insuline provenant des cellules du patient lui-même, ce qui fait qu'il n'est pas nécessaire de lui administrer des immunosuppresseurs ou d'avoir recours aux dons d'organes.

Honorables sénateurs, je termine en vous disant que le monde médical au Canada est manifestement bien placé, encore aujourd'hui, pour réaliser une percée dans la lutte contre le diabète. Chers collègues, joignez-vous à moi pour célébrer le 100e anniversaire de la découverte de l'insuline, et réjouissons-nous en pensant que nous sommes près de découvrir un remède.

Merci.

LES CHAMPIONNATS DE HOCKEY DE RUE PLAY ON!

L'honorable Douglas Black : Honorables sénateurs, je souhaite aujourd'hui donner mon appui au tournoi national de hockey de rue Play On!

Comme vous le savez peut-être, Play On! est une organisation sportive à but non lucratif respectée, qui a parrainé des tournois de hockey de rue dans tout le Canada au cours des dernières années. Elle nous propose d'organiser de nouveau, cette année, un tournoi pancanadien auquel participeraient des milliers de joueurs provenant d'une quarantaine d'endroits, y compris des communautés des Premières Nations.

Vous vous demandez pourquoi j'appuie ce projet de toutes mes forces et pourquoi je vous demande de faire de même. Je m'explique. La COVID-19 est en train de détruire l'esprit communautaire au pays. Vous vous en rendez tous compte, et cela ne peut tout simplement pas continuer comme ça. Ce projet fera sortir les enfants, les adolescents, les jeunes et les plus vieux dans les rues du Canada. Ils se remettront à jouer des matchs, à faire de l'exercice et à s'amuser. Pour moi, ce serait plus qu'un tournoi; ce serait le début d'un renouveau.

Nous sommes des sénateurs, et nos fonctions nous permettent de rencontrer des Canadiens de tous les horizons appartenant à des collectivités grandes et petites. Nous voyons bien qu'aujourd'hui, il faut encourager les gens à se retrouver ensemble et à renouer avec leur collectivité. Au cours de ma récente tournée de l'Alberta par téléconférences, j'ai vu que la maladie mentale, sous toutes ses formes, y faisait des ravages. J'ai vu aussi les effets de la maladie mentale, à cause de l'anxiété, de l'isolement et de l'inactivité. Ce projet pourrait être un début de solution.

Ce n'est pas la seule raison d'appuyer ce projet; il y a aussi des raisons économiques. On estime que les retombées financières pour les villes et les villages canadiens atteindraient de 50 à 100 millions de dollars. Cela pourrait être très bénéfique pour des collectivités qui essaient de se remettre sur pied après une année calamiteuse.

À la tête de ce projet, chers collègues, se trouve une équipe dont beaucoup de membres ont déjà travaillé aux plus hauts échelons de l'arène sportive internationale. Ils ont participé, par exemple, à l'organisation des Jeux olympiques, des Jeux Invictus et des championnats du monde juniors de hockey sur glace. Je peux témoigner, pour les avoir vus moi-même en action, de leurs compétences d'organisateurs et de leur capacité à inspirer les gens.

J'adhère à la vision des organisateurs et je suis convaincu qu'un tournoi national de hockey de rue peut remporter un franc succès et rapprocher les gens.

J'espère que vous considérerez les effets salutaires que pourrait avoir le tournoi sur votre collectivité et que vous vous joindrez à moi pour appuyer ce projet.

Merci beaucoup, sénateurs.

[*Français*]

LE MOIS DE L'HISTOIRE DES NOIRS

L'honorable Marie-Françoise Mégie : Chers collègues, je suis heureuse de prendre la parole aujourd'hui pour souligner le Mois de l'histoire des Noirs. Le jeudi 18 février prochain, je serai panéliste avec des jeunes pour discuter de racisme et de santé mentale affectant les Noirs. Il y a encore beaucoup de tabous à traiter de ces sujets. J'aimerais remercier les organismes Mosaïque interculturelle et la Fondation des médecins canado-haïtiens pour leur soutien.

Comme vous le savez, le poids de la pandémie a pesé très lourd sur les épaules des femmes noires qui travaillent dans des conditions difficiles dans nos hôpitaux et dans nos résidences pour personnes âgées. Elles vivent de l'anxiété quotidiennement. C'est aussi le moment de leur rendre hommage. C'est aussi le moment de partager avec vous les demandes soulevées par le Caucus des parlementaires noirs dans leur déclaration de 2020. J'en prends un exemple :

> 1. Mesurer l'ampleur de la discrimination systémique par la collecte de données axée sur la race; [...]
>
> 3. Éliminer les obstacles qui empêchent les Canadiens noirs ou autochtones d'avoir accès à la justice ou à la sécurité publique;

Nous devons :

> Mettre l'accent sur l'efficacité des services de police en privilégiant les techniques de désamorçage des conflits et les programmes de santé mentale.

De nombreuses voix noires se sont élevées pour demander la réaffectation de certains budgets à :

> […] des spécialistes des services sociaux et de la santé mentale, formés dans le domaine de l'intervention non violente et du désamorçage des conflits.

On ne parle pas trop des microagressions à l'égard des Noirs au Canada, mais cela affecte insidieusement leur santé mentale. La honte perpétuée sur la communauté d'être constamment la cible médiatique et policière peut mener à des dépressions, souvent cachées et sous-diagnostiquées. L'humiliation quand les gens se font arrêter par la police près de leur milieu de travail et devant leur famille peut aussi aboutir à la dépression.

Ce ne sont que quelques exemples que je vous cite. Cela demeure toujours une source d'anxiété et cela se transmet de génération en génération. Nous devons en parler constamment, jusqu'à ce que les problèmes soient reconnus et réglés — pas seulement un mois par année.

Je vous remercie.

[*Traduction*]

LE DÉCÈS DE CHRISTOPHER PLUMMER, C.C.

L'honorable Pamela Wallin : Honorables sénateurs, il était l'arrière-petit-fils de sir John Abbott, le troisième premier ministre du Canada. Il était pianiste de concert. Cependant, même s'il aimait la musique, il aimait davantage les mots. Il est donc parti s'installer à New York en 1949 et, à peine cinq ans plus tard, il a fait ses débuts à Broadway dans *The Starcross Story*. Pendant sept décennies, il a interprété des personnages fascinants, puissants et émouvants qui incarnaient le pire et le meilleur de l'humanité.

Christopher Plummer a été le plus grand acteur de son temps. Il a continué d'exercer la profession qu'il aimait jusqu'à l'âge de 91 ans en donnant vie à de petits et de grands personnages. Il a fait carrière tout partageant sa vie avec Elaine Taylor, elle-même actrice. Ils ont été mariés pendant plus de 50 ans. Fidèle compagne, elle sera restée avec lui jusqu'à la fin. C'était sa meilleure amie et son havre de paix.

Lors de mon mandat comme consule générale du Canada à New York, Chris et Elaine étaient toujours de merveilleux ambassadeurs pour notre pays, enthousiastes et spirituels. Ils réussissaient constamment à impressionner nos amis américains en citant l'excellence des Canadiens et leurs contributions. Après une représentation du *Roi Lear* au Lincoln Center qui était offerte par le Festival de Stratford et qui mettait en vedette Christopher Plummer, lui-même un ancien acteur de la compagnie du festival, il s'est joint à nous tard dans la soirée à la résidence consulaire.

Plus tard dans la soirée, et après un verre ou deux, M. Plummer s'est installé au piano pour jouer la désormais légendaire trame sonore de *La mélodie du bonheur*, grand succès cinématographique de 1965. Nous nous sommes rassemblés près du piano, et il nous a fallu un moment avant de nous apercevoir qu'il improvisait des paroles de son cru sur ces mélodies aujourd'hui omniprésentes. Ses versions amusantes et provocatrices prouvaient bien que, même si le film avait effectivement lancé sa carrière exceptionnelle, il y avait joué un rôle qu'il détestait.

Sa véritable passion était la scène. Tout au long de sa vie, il y est retourné souvent, que ce soit en solo, en duo dans *Barrymore* ou dans la production *Inherit the Wind* avec Brian Dennehy. Il a joué Cyrano, Iago, Hamlet, Macbeth et le roi Lear. Au petit écran et au grand écran, il a incarné des amoureux et des méchants, des espions et des milliardaires cruels. Il fait partie des rares personnes — et il est certainement le seul Canadien — à avoir raflé la triple couronne de l'acteur : un Oscar, un Emmy et un Tony. Il a toutefois dû attendre jusqu'en 2012 avant de recevoir l'oscar pour son rôle dans le film *Les débutants*.

L'aspect paradoxal de la situation ne lui échappait pas. M. Plummer faisait preuve d'autodérision tout en étant très sûr de lui. Il avait une présence imposante sur la scène ou à l'écran et dans toutes les pièces où il entrait, mais il n'avait jamais l'impression que sa performance était pleinement satisfaisante. Bien sûr, elle l'était toujours. Avec lui, même l'impossible semblait tout à fait naturel.

Il disait souvent en plaisantant qu'il choisissait ses rôles pour la grosseur du cachet ou un lieu de tournage exotique, mais ce n'était pas vrai non plus. Il le faisait pour l'amour du métier.

Monsieur Plummer, vous avez été immortalisé pour nous tous, les membres du public. Imposez-vous sur cette prochaine scène, comme vous l'avez toujours fait.

• (1420)

AFFAIRES COURANTES

PROJET DE LOI SUR LA SEMAINE DE LA GENTILLESSE

PREMIÈRE LECTURE

L'honorable Jim Munson dépose le projet de loi S-223, Loi instituant la Semaine de la gentillesse.

(Le projet de loi est lu pour la première fois.)

Son Honneur la Présidente intérimaire : Honorables sénateurs, quand lirons-nous le projet de loi pour la deuxième fois?

(Sur la motion du sénateur Munson, la deuxième lecture du projet de loi est inscrite à l'ordre du jour de la séance d'après-demain.)

PÉRIODE DES QUESTIONS

LES FINANCES

LE PLAN D'INTERVENTION ÉCONOMIQUE POUR RÉPONDRE À LA COVID-19

L'honorable Yonah Martin (leader adjointe de l'opposition) : Honorables sénateurs, si le temps le permet, j'aurais trois questions à poser au leader du gouvernement au Sénat.

Ma première question porte sur un sujet dont on a parlé aux nouvelles ce matin et qui me préoccupe énormément, à savoir le quartier chinois historique de Vancouver. Comme c'est également le cas dans bien d'autres régions, les petites entreprises du quartier

chinois ont été durement frappées par la COVID-19. Le taux d'inoccupation des commerces dans le quartier chinois de Vancouver dépasse actuellement les 17 %. La décision du gouvernement fédéral d'interdire les croisières a également eu des répercussions dévastatrices sur le chiffre d'affaires des commerces locaux, d'autant plus que ce règlement a été prolongé jusqu'à la fin du mois de février 2022. Je suis consternée par les fermetures de commerces et par le vandalisme auxquels est confronté le quartier chinois, qui demeure un centre culturel florissant depuis plus de 125 ans. Un autre enjeu d'actualité est, bien entendu, la crise des opioïdes et les problématiques concernant le quartier Downtown Eastside, lequel se situe non loin du quartier chinois.

Monsieur le leader, pouvez-vous nous dire quelles mesures précises prend le gouvernement libéral pour aider les propriétaires des petites entreprises du quartier chinois de Vancouver à traverser cette période difficile sur le plan économique? J'aimerais également savoir si cette communauté peut s'attendre à ce que d'autres mesures gouvernementales soient annoncées, notamment lors du prochain budget fédéral.

L'honorable Marc Gold (représentant du gouvernement au Sénat) : Sénatrice, je vous remercie de votre question. J'ai passé quatre années très heureuses à Vancouver, je connais bien la région et j'en garde un excellent souvenir. Tout le monde dans cette enceinte et dans l'ensemble du Canada est préoccupé par les répercussions de la pandémie en général et, comme vous l'avez souligné, dans ce quartier important de Vancouver en particulier.

Le gouvernement a fait beaucoup pour essayer d'aider les petites entreprises à traverser la crise et continue à les écouter, à comprendre leurs besoins et à essayer d'y répondre du mieux qu'il peut.

Je ne vous donnerai pas la liste complète des mesures que nous avons prises. Tous les sénateurs sont au courant du programme de subvention du loyer, des ajustements apportés par le gouvernement en réponse aux commentaires des locataires, des autres mesures de soutien — qu'il s'agisse de l'aide aux employés afin qu'ils puissent conserver leur emploi ou, du moins, continuer à se nourrir pendant que les entreprises essaient de trouver un moyen de traverser cette période —, de la prolongation de la subvention salariale, des crédits accessibles aux entreprises et autres.

Tout cela n'enlève rien à l'anxiété que ressentent les petites entreprises tandis que la pandémie semble se poursuivre avec des conséquences tout aussi graves. Je suis persuadé que le gouvernement demeure en contact étroit avec ses homologues provinciaux et qu'il reçoit les commentaires des municipalités, et je vais certainement me renseigner sur les demandes particulières qui ont pu être présentées dans les divers réseaux et vous en faire rapport.

La sénatrice Martin : J'ai une question complémentaire. Comme il s'agit d'une partie très historique de notre province, je me demande ce que fera le ministère du Patrimoine et notamment si, dans le prochain budget fédéral, des mesures sont prévues pour certaines régions très importantes de notre pays.

En outre, sénateur Gold, votre gouvernement surveille-t-il actuellement la participation des communautés ethnoculturelles — comme le quartier chinois de Vancouver — ou des régions aux programmes de soutien qu'il a mis en place? Quelles initiatives de communication le gouvernement a-t-il lancées pour s'assurer que les propriétaires d'entreprise connaissent l'existence des programmes fédéraux auxquels ils peuvent participer et présentent une demande pour s'en prévaloir, particulièrement si on tient compte des barrières linguistiques qui peuvent exister?

Le sénateur Gold : Merci, madame la sénatrice. Vos questions sont très pertinentes. Cependant, je n'ai pas de réponses précises pour l'instant. Je vais donc me renseigner et je serai heureux de fournir une réponse plus tard.

LES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

LA BRIGADE DES GARDIENS DE LA RÉVOLUTION ISLAMIQUE

L'honorable Linda Frum : Ma question s'adresse au leader du gouvernement au Sénat. Sénateur Gold, il y a deux mois, je vous ai demandé si votre gouvernement s'engageait à faire ajouter le Corps des Gardiens de la révolution islamique à la liste des entités terroristes comme il avait convenu de le faire sans tarder en votant en faveur d'une motion à cet effet présentée à la Chambre il y a maintenant plus de deux ans.

Étant donné que vous m'avez répondu il y a deux mois que vous vous renseigneriez, je fais aujourd'hui un suivi. Auprès de qui vous êtes-vous renseigné et quels ont été les résultats de vos recherches jusqu'ici?

L'honorable Marc Gold (représentant du gouvernement au Sénat) : Je vous remercie de votre question, madame la sénatrice. Je me suis renseigné auprès des ministres concernés et des ministères qu'ils dirigent, mais je n'ai pas encore reçu d'information. Par conséquent, je ne peux vous en dire davantage pour le moment.

Ce dossier constitue toujours une source de préoccupation pour le gouvernement qui a déjà pris des mesures pour cibler certains groupes actifs en Iran. Le gouvernement se penche encore sur le cas du Corps des Gardiens de la révolution.

La sénatrice Frum : La semaine dernière, le gouvernement du Canada a inscrit 13 nouveaux groupes sur la liste des entités terroristes. L'un d'eux a été inscrit moins d'un mois après avoir participé à de violentes manifestations à Washington. Pourtant, nous attendons toujours que le Corps des Gardiens de la révolution islamique soit inscrit, bien que ce soit le principal organe responsable de l'exportation du terrorisme dans le monde entier et qu'il soit originaire du pays qui soutient le plus le terrorisme au monde.

Sénateur Gold, si le gouvernement a pu agir aussi rapidement dans le cas des 13 entités inscrites, pourquoi est-il si lent à inscrire le Corps des Gardiens de la révolution islamique? Quelle est la différence entre ces entités terroristes et le Corps des Gardiens de la révolution islamique?

Le sénateur Gold : Le gouvernement prend au sérieux les exigences légales que la loi impose pour déterminer qu'une entité ou un groupe doit être inscrit sur la liste. Les renseignements proviennent des enquêtes menées et des éléments de preuve recueillis, lesquels sont parfois plus faciles à réunir dans certains pays que dans d'autres.

Le gouvernement demeure déterminé à suivre les procédures appropriées pour établir quels groupes appartiennent aux catégories à inscrire et à quel moment ils doivent être inscrits.

[*Français*]

LA JUSTICE

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

L'honorable Éric Forest : Ma question s'adresse au leader du gouvernement au Sénat. En éliminant l'exigence liée à la mort naturelle raisonnablement prévisible, et en ajoutant des mesures de sauvegarde additionnelles pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas anticipée, et en enlevant, dans certaines situations, l'exigence d'un consentement final, le projet de loi C-7 offre plus de dignité et de certitude aux Canadiens qui veulent mettre fin à leurs souffrances persistantes et intolérables causées par une maladie grave et irrémédiable.

Cela dit, je crois que le gouvernement reconnaîtra comme nous que le projet de loi C-7 n'offre pas de réponse satisfaisante aux Canadiens souffrant de troubles mentaux. On comprend que le gouvernement a besoin de plus de temps pour étudier la question. Les Canadiens qui souffrent ne peuvent pas attendre la prochaine révision de la loi. C'est une question de dignité et de droits fondamentaux. Ce qui m'amène à ma question.

• (1430)

Le gouvernement reconnaît-il que l'accès à l'aide médicale à mourir est un droit fondamental et qu'il doit s'engager à livrer rapidement un cadre juridique permettant aux Canadiens qui souffrent de troubles mentaux d'avoir droit aux mêmes services et à la même protection de l'État que les autres Canadiens?

L'honorable Marc Gold (représentant du gouvernement au Sénat) : Merci, sénateur, pour votre question — une question qui nous préoccupe ces jours-ci pendant notre débat sur le projet de loi C-7.

Comme vous le constatez en suivant le débat, l'enjeu de l'exclusion de ceux et celles qui souffrent uniquement d'une maladie mentale est au cœur de nos débats. Cela a fait l'objet d'un amendement qui a été adopté hier par la majorité des sénateurs. Il s'agit également d'un enjeu qui a été envisagé lors d'une revue parlementaire du projet de loi C-14. Le projet de loi C-7 et la position du gouvernement étaient très clairs : le droit d'accès à l'aide médicale à mourir est un droit fondamental reconnu par la Cour suprême dans plusieurs arrêts, y compris l'arrêt *Carter* et, plus récemment, l'arrêt *Truchon*. Nous allons travailler avec conviction pour trouver une solution pour faire en sorte que cet enjeu puisse progresser. Cependant, comme le débat l'a démontré hier, le sujet est complexe. Je suis content, si c'est le bon mot, de la qualité du débat au Sénat qui a grandement contribué à notre compréhension de cet enjeu difficile.

Le sénateur Forest : Merci. Comme vous venez de le mentionner, monsieur le leader, hier, le Sénat a adopté l'amendement proposé par le sénateur Kutcher qui vise à supprimer, au bout de 18 mois, des dispositions faisant en sorte que les citoyens qui souffrent de troubles mentaux ne puissent pas avoir accès à l'aide médicale à mourir. L'amendement adopté vise, comme nous le savons, à protéger les droits constitutionnels des personnes atteintes de troubles mentaux et fixe en quelque sorte une date butoir pour que l'on élabore un cadre qui protégera les personnes souffrant de troubles mentaux.

Voici ma question au représentant du gouvernement, qui a d'ailleurs consacré sa carrière à défendre les droits fondamentaux des Canadiens ainsi que notre Constitution : est-ce que le représentant du gouvernement va tenter de convaincre le gouvernement d'accepter l'amendement adopté par le Sénat hier soir afin de rendre l'aide médicale à mourir accessible aux personnes qui souffrent uniquement de trouble mental?

Le sénateur Gold : Merci pour la question. Vous comprendrez que mes opinions et mon avis doivent rester confidentiels, compte tenu de mon rôle de représentant du gouvernement. Je puis vous dire et vous assurer, comme je l'ai répété à plusieurs reprises en cette enceinte, que le gouvernement du Canada est ouvert à tous les amendements qui visent à améliorer le projet de loi et qui sont cohérents avec les objectifs du droit. Donc, j'espère que le gouvernement étudie sérieusement tous les amendements proposés par notre Chambre et je m'attends à ce qu'il le fasse.

[*Traduction*]

LA SANTÉ

LA PANDÉMIE DE COVID-19—LES TESTS DE DÉPISTAGE RAPIDE

L'honorable Bev Busson : Honorables sénateurs, ma question s'adresse au représentant du gouvernement au Sénat. Sénateur Gold, je crois que tous les gouvernements du pays font de leur mieux, en cette période inédite, pour atteindre le difficile équilibre entre la protection de la santé publique et la reprise économique. Tant que la pandémie fera rage, nous serons incapables de véritablement redonner son élan à l'économie. Nous sommes tous conscients de l'importance des vaccins sur le long terme, et personne ne doute de leur efficacité. D'ici à ce que l'ensemble de la population soit vaccinée, cela dit, j'aimerais bien qu'on m'explique pourquoi les autorités n'ont pas fait davantage de tests et ne se sont pas davantage appliquées à retracer les contacts des personnes malades.

Le 2 février, le président et chef de la direction de la Chambre de commerce du Canada, Perrin Beatty, a cosigné une lettre ouverte demandant aux autorités de se doter d'un programme de dépistage rapide qui serait accompagné d'une campagne rigoureuse de recherche des contacts. Au total, 28 personnalités de la santé publique et du milieu des affaires de partout au pays ont apposé leur nom au côté du sien, dont quatre de la Colombie-Britannique. Selon ce groupe de spécialistes, pour 2 milliards de dollars, le Canada pourrait tester 200 000 personnes par jour dès demain ou presque et pourrait en tester 5 millions par jour d'ici avril.

L'image d'un pays sur le pied de guerre est celle qui vient tout de suite à l'esprit.

Je suis consciente que l'argent qui sert à lutter contre la COVID doit venir de quelque part et qu'il faut tenir compte des compétences des provinces, mais pourriez-vous me dire si, vu les circonstances, le gouvernement du Canada songe à se doter d'un programme national de dépistage rapide?

L'honorable Marc Gold (représentant du gouvernement au Sénat) : Vous avez tout à fait raison de souligner l'importance du dépistage et de la recherche de contacts dans le futur, pour une réouverture sécuritaire et durable de l'économie.

Comme je l'ai déjà indiqué dans cette enceinte, le gouvernement fédéral et ses fonctionnaires procèdent continuellement à l'approbation de nouvelles technologies en matière de dépistage à mesure qu'elles font leur apparition. Le gouvernement a autorisé six de ces tests et, avec l'évolution de la technologie, on s'attend à ce qu'il y en ait davantage. On m'a dit que, jusqu'à présent, le gouvernement a distribué presque 17,7 millions de tests de

dépistage rapide aux provinces et aux territoires et leur a transmis des lignes directrices afin d'assurer une utilisation efficace. Il revient ensuite aux provinces de décider comment les utiliser.

Je ne suis pas au courant de la situation en Colombie-Britannique, sénatrice, mais je sais qu'au Québec et en Ontario, des projets pilotes ont été menés afin de déterminer le meilleur mode d'utilisation, la manière d'évaluer la fiabilité, et cetera.

Fait important — et c'est très prometteur —, le gouvernement du Canada a établi un partenariat avec le consortium de dépistage rapide de Creative Destruction Lab afin de lancer un projet pilote en milieu de travail — une série de projets pilotes, en fait — dans des entreprises et des industries de diverses tailles de plusieurs provinces et territoires, afin de voir comment on peut procéder au dépistage rapide efficacement et rapidement dans ces milieux de travail. Nous attendons les résultats de ces projets avec grand intérêt.

La sénatrice Busson : Sénateur Gold, apparemment, l'Australie a mis sur pied des programmes de dépistage rapide et de recherche de contacts avec beaucoup de succès. Étant deux États fédéraux, le Canada et l'Australie sont comparables. Y aurait-il une particularité qui empêcherait le Canada d'adopter le programme mis en œuvre par le gouvernement australien? Le gouvernement a-t-il réfléchi à cette question?

Le sénateur Gold : Le gouvernement du Canada est en communication avec ses alliés du monde entier, particulièrement avec les États qui ont un cadre constitutionnel semblable au sien. Cela dit, les fédérations ne suivent pas toutes le même modèle; certaines tendent à être plus centralisées, d'autres moins. Ajoutons à cela qu'il n'est pas nécessairement facile, pour un pays donné, d'incorporer des pratiques venues d'ailleurs.

Le gouvernement fédéral du Canada collabore étroitement et attentivement avec les provinces et les territoires, comme il se doit. Nous travaillons de concert dans le but de trouver de bonnes façons de répondre aux besoins des Canadiens, besoins qui prennent diverses formes dans l'immensité du territoire canadien.

RÉGIE INTERNE, BUDGETS ET ADMINISTRATION

LES TRAVAUX DU COMITÉ

L'honorable Diane F. Griffin : Honorables sénateurs, j'adresse ma question au sénateur Marwah en sa qualité de président du Comité sénatorial permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration.

Sénateur Marwah, pourriez-vous nous donner un aperçu des frais de déplacement et d'hébergement qu'il a été possible d'économiser depuis le début des séances hybrides, puisque des sénateurs participent aux travaux de chez eux au lieu de se rendre à Ottawa?

L'honorable Sabi Marwah : Vous avez tout à fait raison, madame la sénatrice. La pandémie donne lieu à des économies, notamment en ce qui touche les frais de déplacement et d'hébergement des sénateurs, les comités, les budgets des bureaux et l'administration. À la fin de janvier 2021, ces économies se chiffraient à environ 5,5 millions de dollars. Je me dois de mentionner que la pandémie a aussi entraîné des coûts supplémentaires de l'ordre d'environ 500 000 $.

• (1440)

La sénatrice Griffin : J'aimerais poser une question complémentaire au sénateur Marwah. Comme je suis moi aussi présidente de comité, je souhaite beaucoup augmenter la capacité du Sénat à tenir des réunions de comité. Serait-il possible de réaffecter l'excédent budgétaire attribuable à la tenue de nos séances hybrides pour faciliter la tenue d'un plus grand nombre de réunions de comité?

Le sénateur Marwah : C'est une question tout à fait légitime, sénatrice. La réponse, par contre, est un peu plus compliquée. À vrai dire, le budget du Sénat comporte deux volets. Le premier porte sur les dépenses législatives. Il comprend les salaires des sénateurs, leurs frais de déplacement et d'hébergement, et ainsi de suite. L'argent des économies réalisées à ces postes ne peut malheureusement pas être réaffecté.

Le deuxième volet du budget fait l'objet de votes. Il comprend les budgets des bureaux des sénateurs et les dépenses administratives. L'argent des économies réalisées à ces postes du budget peut effectivement être réaffecté.

À la fin de janvier, les économies se divisaient à peu près également entre les dépenses législatives et les dépenses votées. Ainsi, oui, certaines sommes peuvent être réaffectées. Cependant, je dois également souligner que, outre la réutilisation des excédents pour l'achat de matériel, il y aura aussi des répercussions sur la dotation, car nous aurons besoin de plus de personnel pour assurer certains services lors des séances supplémentaires. Si nous décidons d'aller de l'avant avec ces réunions, cela pourrait exiger un certain temps de préparation.

[*Français*]

LE PATRIMOINE CANADIEN

LES LANGUES OFFICIELLES—LA NOMINATION D'UN GOUVERNEUR GÉNÉRAL

L'honorable Jean-Guy Dagenais : Honorables sénateurs, ma question s'adresse au leader du gouvernement au Sénat.

Monsieur le leader, le gouvernement que vous représentez s'apprête à déposer une mise à jour sur les langues officielles au pays. Autant il peut être nécessaire de le faire, autant cela pourrait provoquer des déceptions. Je ne vous cache pas que nous avons très hâte de nous pencher sur ce projet au Comité sénatorial permanent des langues officielles. Entre-temps, votre premier ministre aura à corriger une de ses erreurs, en nommant sous peu un autre gouverneur général du Canada pour remplacer celle qui a dû démissionner dans un moment de scandale.

Pouvez-vous nous assurer, monsieur le leader, que le premier ministre Trudeau va choisir pour cette importante fonction une personne qui parle couramment les deux langues officielles du pays?

L'honorable Marc Gold (représentant du gouvernement au Sénat) : Merci de votre question et de souligner l'importance des deux langues officielles au Canada. Je n'ai pas d'information sur cet aspect du processus qui sera suivi pour présenter les noms de candidats au premier ministre ni sur les critères qu'il appliquera pour prendre sa décision. Nous attendons sa décision avec intérêt.

Le sénateur Dagenais : En tant que leader de cette Chambre, entité gouvernementale du pays qui siège de façon bilingue, reconnaissez-vous personnellement que cette fonction devrait être réservée à une personne parlant les deux langues officielles du pays, ou si pour vous le français n'est pas nécessairement un critère d'admissibilité?

Le sénateur Gold : En tant que représentant du gouvernement, je peux assurer à cette Chambre que ce gouvernement prend très au sérieux l'importance des deux langues officielles comme élément essentiel de notre identité en tant que Canadiens. Comme je l'ai dit, cher collègue, je ne peux pas prendre d'engagements par rapport au choix que le premier ministre doit faire en ce qui concerne le prochain gouverneur général.

[*Traduction*]

LA SANTÉ

L'APPROVISIONNEMENT EN VACCINS CONTRE LA COVID-19

L'honorable Leo Housakos : Honorables sénateurs, ma question s'adresse au leader du gouvernement au Sénat.

Cet après-midi, le gouvernement de l'Inde a diffusé le compte rendu d'un appel téléphonique ayant eu lieu à une heure indéterminée aujourd'hui entre le premier ministre Trudeau et le premier ministre de l'Inde, M. Modi. Le compte rendu se lit comme suit :

> […]Le premier ministre Trudeau a fait part au premier ministre Modi des besoins du Canada pour les vaccins contre la COVID-19 qui sont fabriqués en Inde.
>
> Par ailleurs, le premier ministre a indiqué au premier ministre canadien que l'Inde ferait de son mieux pour faciliter l'approvisionnement en vaccins contre la COVID-19 que le Canada tente d'obtenir, tout comme il l'a fait pour d'autres pays.

Monsieur le leader du gouvernement, nous constatons l'effet catastrophique sur l'approvisionnement en vaccins grâce à Justin Trudeau parce qu'il a attendu trop longtemps après l'échec de l'entente avec CanSino avant de négocier avec d'autres pays. Le Canada ne bénéficie d'aucune exemption écrite avec l'Europe en ce qui concerne les mesures de contrôle des exportations de vaccins qu'elle a mises sur pied. Le Canada n'a aucune capacité de production de vaccins à l'échelle nationale parce que le gouvernement du Canada a choisi de s'en remettre aux gouvernements étrangers et aux autres pays. Or, au moment où le premier ministre Trudeau demande finalement l'aide de l'Inde, il constate que la relation entre nos deux pays s'est détériorée à un point tel que l'Inde fera seulement de son mieux pour aider le Canada.

Monsieur le leader du gouvernement, pourquoi le premier ministre Trudeau a-t-il attendu si longtemps avant de faire cet appel? Quelle forme d'aide le premier ministre a-t-il concrètement demandée au gouvernement indien? S'agissait-il du million de doses du vaccin d'AstraZeneca, qui n'a même pas encore été homologué au Canada?

L'honorable Marc Gold (représentant du gouvernement au Sénat) : Je vous remercie de la question. Je n'ai pas de détails sur la conversation, mais je m'inscris généralement en faux contre la prémisse de votre question.

Comme je l'ai dit à maintes reprises dans cette Chambre, le gouvernement a pris des mesures pour pouvoir se procurer des vaccins auprès de différents fournisseurs à l'échelle internationale afin de réduire les risques pour les Canadiens, y compris le risque qu'un fournisseur en particulier dans un État donné ne soit pas en mesure de livrer les produits, ou encore que le Canada se retrouve avec des vaccins qui ne sont pas efficaces contre le virus, notamment en raison des variants et autres mutations qui se propagent à une fréquence alarmante.

Le gouvernement, plus particulièrement le ministère des Services publics et de l'Approvisionnement, continue de travailler avec diligence afin d'obtenir des vaccins ainsi que de l'équipement connexe dans l'intérêt de l'ensemble des Canadiens. C'est un dossier qui est constamment au cœur de nos préoccupations quotidiennes et qui relève d'abord de la ministre des Services publics et de l'Approvisionnement, puis des autres responsables, notamment d'autres ministres ainsi que le premier ministre. Le gouvernement du Canada demeure convaincu de pouvoir remplir son engagement afin que tous les Canadiens qui le désirent puissent se faire vacciner d'ici le mois de septembre ou plus tôt encore.

Le sénateur Housakos : C'est précisément le problème, sénateur Gold. Vous n'avez aucune information. Si vous ne disposez d'aucun renseignement en tant que leader du gouvernement, vous pouvez vous imaginer à quel point cela pose problème pour les Canadiens.

Je trouve étrange que les renseignements sur l'emploi du temps quotidien du premier ministre du Canada ne fassent aucune mention de son appel au premier ministre Modi. Lorsque j'ai fait une vérification, il y a peu de temps, j'ai constaté que le bureau du premier ministre n'a publié aucune information sur cet appel. Les Canadiens pourront-ils connaître la version des faits du premier ministre Trudeau au sujet de cet appel? Quand le gouvernement commencera-t-il a faire preuve de transparence à l'égard de cette information?

Le sénateur Gold : Si je me souviens de la première partie de votre question, sénateur, l'appel a eu lieu aujourd'hui. Je pense qu'il est juste de s'attendre à ce que les Canadiens continuent d'être informés par le gouvernement, comme ils l'ont été jusqu'ici, quant à la façon dont les choses se déroulent. Depuis le début de la pandémie, le gouvernement a régulièrement transmis de l'information aux Canadiens, qu'elle soit bonne, mauvaise ou neutre. Il a fait de son mieux pour tenir les Canadiens informés, et il fait de son mieux pour les protéger.

LES FINANCES

LE PLAN D'INTERVENTION ÉCONOMIQUE POUR RÉPONDRE À LA COVID-19

L'honorable Yonah Martin (leader adjointe de l'opposition) : Honorables sénateurs, ma question au leader du gouvernement au Sénat concerne les petites entreprises, notamment celles du quartier chinois historique de Vancouver qui ont été affectées.

Selon la Fédération canadienne de l'entreprise indépendante, une petite entreprise sur six au Canada — environ 181 000 — envisage de fermer définitivement. Comme nous le savons, beaucoup ont déjà fermé leurs portes.

Au 21 janvier, dans ma province, la Colombie-Britannique, moins d'un tiers des petites entreprises réalisaient un chiffre d'affaires normal et seulement 39 % avaient un effectif complet.

Monsieur le leader du gouvernement, j'ai vous ai déjà indiqué que les petites entreprises qui ont démarré en 2020, juste avant le début de la pandémie, ne sont admissibles à aucun des programmes offerts par votre gouvernement. Quand le gouvernement va-t-il remédier à cette lacune et permettre aux nouvelles petites entreprises qui ont commencé leurs activités en 2020 de demander de l'aide fédérale?

• (1450)

L'honorable Marc Gold (représentant du gouvernement au Sénat) : Merci pour votre question. Comme les sénateurs le savent très bien, le gouvernement réévalue constamment le succès, les répercussions et l'efficacité de ses programmes. À plus d'une occasion, il est revenu devant le Parlement, à la Chambre des communes et au Sénat, avec des modifications à ses programmes au vu des résultats sur le terrain. Le gouvernement reste à l'écoute et cherche des façons d'améliorer la situation. Si jamais il présente de nouveaux programmes ou qu'il modifie des programmes existants, j'en ferai rapport au Sénat dès leur annonce.

La sénatrice Martin : Ces nouvelles entreprises ont démarré au début de 2020. Nous sommes maintenant en 2021, soit un an plus tard. La ministre des Finances elle-même a déclaré en ces murs, ainsi qu'au Comité des finances, qu'elle est au courant de la situation et qu'elle y accorde toute son attention. Comme vous le savez, une semaine, une journée même, peut faire toute la différence pour une petite entreprise, comme on peut le constater à la lumière de toutes ces fermetures.

Le nouveau Programme de crédit pour les secteurs très touchés, que votre gouvernement a annoncé le 26 janvier dernier, n'est pas lui non plus accessible aux petites entreprises qui ont démarré en 2020.

Monsieur le leader, pourquoi, après un an, votre gouvernement persiste-t-il à exclure les nouvelles entreprises et à faire fi de leurs demandes d'aide?

Le sénateur Gold : Le défi du gouvernement et de tout autre gouvernement confronté à une pandémie de cette durée et de cette ampleur est de s'assurer que le soutien est à la fois suffisamment large pour aider l'ensemble des Canadiens et suffisamment ciblé pour aider ceux qui en ont particulièrement besoin. Il ne fait aucun doute que le gouvernement a été parfaitement transparent. Il n'a jamais caché le fait que quand on élabore rapidement des politiques, certaines mesures ne sont pas nécessairement aussi efficaces que lorsqu'on prend plus son temps.

Comme vous le soulignez à juste titre, le temps ne joue pas en faveur des petites entreprises et des familles en difficulté. Je ne fais que répéter ce que la ministre des Finances a dit. Le gouvernement étudie sérieusement la question. Un budget est prévu à un moment donné — et j'ai bien peur de ne pas connaître la date, donc je ne peux pas vous en faire part. Je pense que les Canadiens peuvent s'attendre à ce que le budget contienne des mesures qui continueront à aider la population ainsi que les entreprises à traverser cette période difficile.

[La sénatrice Martin]

RÉPONSE DIFFÉRÉE À UNE QUESTION ORALE

(*Le texte de la réponse différée figure en annexe, p. 926.*)

RECOURS AU RÈGLEMENT

L'honorable Yonah Martin (leader adjointe de l'opposition) : Je ne vous demande pas de rendre une décision, parce que ce n'est pas dans le Règlement, mais la tradition veut qu'on ne pose pas de question portant sur les éléments qui figurent au Feuilleton pendant la période des questions, étant donné que nous pouvons en discuter, surtout si ces questions ont trait à un projet de loi d'initiative ministérielle.

En ce qui concerne la question du sénateur Forest à propos du projet de loi C-7, je me demandais si, par rapport à ce que nous avons fait par le passé, nous pouvions garder de telles questions pour le débat sur le projet de loi, plutôt que d'utiliser le temps limité dont nous disposons pour la période des questions.

Je voulais simplement invoquer le Règlement et je vous laisse la liberté de répondre ou non. Merci.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Je vous remercie, sénatrice Martin, de soulever cette question.

Il est vrai que la tradition veut que durant la période des questions, on ne pose pas de question portant sur un élément qui figure au Feuilleton, surtout à ce moment-ci, alors que la discussion est axée principalement sur le projet de loi C-7.

Cependant, il est contraire au Règlement de faire une déclaration portant sur une question durant les déclarations de sénateurs, plutôt que durant la période des questions. Je respecte néanmoins votre rappel au Règlement et j'espère que les sénateurs respecteront cette tradition en réservant leurs questions portant sur les éléments inscrits au Feuilleton pour le débat sur les éléments en question.

ORDRE DU JOUR

LES TRAVAUX DU SÉNAT

Son Honneur la Présidente intérimaire : Honorables sénateurs, avant de reprendre le débat sur le projet de loi C-7, permettez-moi de vous rappeler que nous traitons ce projet de loi selon des thèmes. Hier, nous avons abordé le thème de la maladie mentale et de la maladie dégénérative. Je crois comprendre que ce débat est terminé, et que nous pouvons donc procéder au prochain thème.

Aujourd'hui, nous commençons avec le débat sur les mesures de sauvegarde et les demandes anticipées. Comme vous le savez, les discours et les amendements ne doivent traiter que de ce thème. Un sénateur ne peut parler qu'une fois sur la motion à l'étape de la troisième lecture au cours du débat sur ce thème, mais il peut également parler une fois sur tout amendement ou sous-amendement proposé.

Chaque discours sur la motion principale tendant à la troisième lecture est limité à un maximum de 10 minutes, mais si le sénateur a fait parvenir un amendement avant 17 heures hier et qu'il a l'intention de le proposer, son temps de parole est prolongé à 15 minutes. Le temps de parole prévu pour les amendements et sous-amendements est de six minutes.

S'il y a demande de vote par appel nominal, la sonnerie retentira pendant 15 minutes, et le vote ne pourra être différé. Cependant, chaque whip ou agent de liaison pourra prolonger la durée de la sonnerie à 30 minutes.

Une fois le débat sur le premier thème conclu — que ce soit aujourd'hui ou à une séance subséquente —, on abordera le prochain thème. Il n'est pas possible de revenir à un thème précédent.

Permettez-moi de vous remercier de nouveau, honorables sénateurs, de votre collaboration.

LE CODE CRIMINEL

PROJET DE LOI MODIFICATIF—TROISIÈME LECTURE—DÉBAT

L'ordre du jour appelle :

> Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénatrice Petitclerc, appuyée par l'honorable sénateur Gold, c.p., tendant à la troisième lecture du projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), tel que modifié.

L'honorable Donald Neil Plett (leader de l'opposition) : Je proposerai un amendement à la fin de mon intervention.

Honorables sénateurs, je souhaite aujourd'hui proposer un amendement qui, je l'espère, permettra de calmer une partie des inquiétudes des personnes handicapées du pays, notamment en ce qui concerne la coercition dont sont victimes certains patients vulnérables, à qui on voudrait imposer la mort administrée par un médecin.

Nous sommes tous conscients que le rapport de force entre le médecin et ses patients est déséquilibré et qu'il l'est encore plus quand on a affaire à un patient vulnérable. Or, de nombreux patients à qui on a suggéré l'avenue du suicide assisté ont senti qu'on les pressait d'accepter.

La Dre Ramona Coelho a été entendue par le comité. Cette omnipraticienne s'occupe de nombreux patients vulnérables et démunis. Selon elle, le projet de loi C-7 doit préciser que les conversations sur l'aide médicale à mourir doivent venir du patient. Voici ce qu'elle a dit au comité :

> Lorsqu'on est diminué, laissé sans soutien, aux prises avec la pauvreté, on comprend qu'on puisse être accablé. C'est une forme subtile de coercition que d'insinuer dans l'esprit d'un tel patient que vu son état, il serait mieux mort.

La Dre Coelho a illustré au moyen d'exemples poignants la confiance sacrée et inconditionnelle que les patients vulnérables peuvent vouer à leur médecin, et à ses yeux, nous devons éviter d'associer cette vulnérabilité à la fin de vie.

Elle nous a demandé, par respect pour les patients, de mieux définir les circonstances dans lesquelles l'aide médicale à mourir peut être abordée.

La Dre Catherine Ferrier a tenu des propos semblables lors de son passage devant le comité :

> Il serait également illégal de le suggérer à qui que ce soit, quand bien même en le mentionnant comme une des options, parce qu'en tant que professionnels de la santé, nous avons un pouvoir différent. Ce que nous soulevons comme une option est souvent compris comme une recommandation, même si ce n'est pas notre intention.

La Dre Leonie Herx, en réponse à la suggestion selon laquelle l'aide médicale à mourir devrait être ajoutée à la liste des options médicales présentées au patient, a affirmé ceci :

> Mais l'aide médicale à mourir n'est pas simplement une option parmi d'autres. C'est irréversible, et cela soulève d'importantes questions éthiques et professionnelles. Un médecin qui parle à un patient de l'aide médicale à mourir est peut-être tout ce qu'il faut pour inciter cette personne à la demander.

L'amendement en question découle directement d'une demande du Conseil des Canadiens avec déficiences, de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, de la nation des Siksika et de nombreux autres médecins et organisations.

• (1500)

On pourrait se demander en quoi il est problématique de présenter l'ensemble des options à un patient. Dans bien des cas, cela ne pose probablement aucun problème, mais nos craintes n'en demeurent pas moins justifiées. En effet, nous savons pertinemment que des patients particulièrement vulnérables se sont fait proposer l'aide médicale à mourir à plusieurs reprises, alors qu'ils n'avaient manifesté absolument aucun intérêt pour cette pratique.

Lorsque ces moyens de pression peuvent mener à la mort de patients, nous devons agir. Je suis certain que tous les sénateurs ont entendu parler de l'histoire de Roger Foley, un habitant de London, en Ontario. M. Foley a reçu le diagnostic d'un trouble neurologique qui limite sa capacité à bouger ses bras et ses jambes. Hospitalisé depuis des années, il a demandé à plusieurs reprises de l'aide pour recevoir des soins adéquats à domicile. Au lieu d'écouter sa requête, des médecins lui ont proposé le suicide assisté à au moins quatre occasions. M. Foley n'avait pourtant jamais manifesté le moindre intérêt pour cette option. Il a enregistré un incident de ce type, lequel a ensuite fait l'objet d'une grande attention médiatique. Cet incident a même fini par capter l'attention de la rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées, qui a rédigé une lettre exprimant une grande inquiétude concernant cet enjeu et renfermant des recommandations très fermes pour le Canada. Nous savons à présent que les inquiétudes de l'ONU par rapport à cet enjeu n'ont fait qu'augmenter.

Quand j'ai parlé de cette situation à l'honorable Carla Qualtrough, ministre de l'Inclusion des personnes handicapées, elle a reconnu qu'il y a un déséquilibre des pouvoirs et qu'il est problématique qu'un médecin propose le suicide assisté à un patient qui n'a montré aucun intérêt pour cette option. Quand je lui ai posé une question précise au sujet de Roger Foley, elle a répondu ceci :

> La situation de la personne dont vous parlez me préoccupe profondément. Je vous dirai franchement que cet homme est loin d'être le seul. J'entends régulièrement des familles scandalisées parce qu'après avoir accouché d'un enfant, qui est souvent leur aîné, on leur offre l'aide médicale à mourir sans qu'elles l'aient même sous-entendu. Il faut mettre fin à cela.

La ministre s'est aussi dite prête à examiner l'amendement que je propose aujourd'hui, qui constitue, selon moi, un gain pour les personnes handicapées.

La ministre a raison : Roger Foley est loin d'être le seul. Au comité, Krista Carr, d'Inclusion Canada, a donné de nombreux exemples documentés de personnes poussées à envisager l'aide médicale à mourir. La semaine dernière, Jonathan Marchand a témoigné devant le comité, où il a expliqué qu'après s'être retrouvé aux soins intensifs et avoir subi une intervention d'urgence pour l'aider à respirer grâce à un respirateur, on lui a dit qu'il aurait besoin de soins 24 heures sur 24. Il a déclaré ceci :

> J'étais incapable de parler quand plusieurs médecins m'ont poussé à accepter l'euthanasie, ou les « soins de confort » selon leur expression, pour mettre fin à ma vie. Je n'ai jamais demandé une telle chose.

Chers collègues, cette histoire est déchirante et troublante, et j'espère que vous prenez tous des notes.

Au début de semaine, le sénateur Dalphond a fait remarquer que Jonathan Marchand a finalement reçu des soins à domicile après avoir comparu devant un comité sénatorial et qu'il n'était plus obligé de rester dans une chambre d'hôpital pour le reste de sa vie. Je m'en réjouis vraiment pour M. Marchand. Cependant, je pense sincèrement qu'il est tragique qu'il ait fallu qu'il comparaisse devant un comité parlementaire fédéral pour être entendu et vu. Honorables sénateurs, il a occupé un espace devant l'Assemblée nationale du Québec pendant cinq jours et cinq nuits par semaine pour protester contre ce qu'il considérait comme son incarcération. Je ne suis pas rassuré par le fait que sa vie soit devenue un problème de relations publiques et que des mesures aient finalement été prises. Qu'en est-il de tous les autres Canadiens handicapés ou atteints d'une maladie chronique qui n'ont pas la possibilité de témoigner à une réunion télévisée d'un comité parlementaire? Je pense que la lettre que M. Marchand a adressée au sénateur Dalphond après qu'il a soulevé cette question devrait écarter une fois pour toutes l'idée que ses inquiétudes ont été apaisées ou que sa vie est devenue plus facile.

Honorables sénateurs, le fait que plusieurs médecins aient offert d'aider M. Marchand à se suicider alors qu'il était profondément désespéré devrait nous inquiéter au plus haut point. D'autres pays ont reconnu le déséquilibre de pouvoir et le risque de coercition qui existe lorsque des médecins offrent le suicide assisté à un patient vulnérable qui n'a pas présenté de demande en ce sens. Par exemple, l'État de Victoria, en Australie, a inscrit dans la loi l'exigence que je propose aujourd'hui. La discussion sur le suicide assisté doit provenir du patient.

Je tiens à remercier les nombreux groupes et dirigeants autochtones de leur travail important dans ce dossier. Je tiens à lire un passage d'une lettre que nous avons reçue aujourd'hui de leur part :

> Notre population est vulnérable à la discrimination et à la coercition dans le système de soins de santé et elle devrait être protégée contre les conseils non sollicités concernant le programme d'aide médicale à mourir. Ces mesures civiles devraient s'appliquer à tous les Canadiens.

Chers collègues, le raisonnement est clair. Toutefois, je vous explique la formulation exacte rédigée par le Bureau du légiste et qui a été approuvée par les intervenants et les médecins, toutes spécialisations confondues, avec lesquels nous avons collaboré, étant donné que je ne pourrais répondre à des questions d'ordre technique vu la nature du présent débat.

La première disposition peut sembler trop générale si elle est prise hors contexte, et j'ai moi-même eu des questions quand j'ai pris connaissance de l'ébauche. Cependant, le Bureau du légiste m'a confirmé que, dans la législation fédérale, la règle et l'exception sont habituellement séparées, comme c'est le cas ici. Les dispositions seront lues ensemble par quiconque aura la responsabilité de les interpréter. En vertu de la première disposition, il est interdit à un médecin de donner de l'information à un patient affecté de problèmes de santé graves et irrémédiables. La deuxième disposition annule la première si le patient demande de l'information à propos de l'aide médicale à mourir. Chers collègues, cela atteindra l'objectif voulu, c'est-à-dire qu'aucun médecin ne sera autorisé à offrir l'aide médicale à mourir à un patient qui ne l'aurait pas demandée, tout en respectant la législation du Canada.

Un amendement semblable a été proposé à la Chambre des communes. Toutefois, l'amendement énonçait que l'acte était punissable par une mise en accusation. Cela a soulevé des inquiétudes chez certaines personnes, inquiétudes probablement très légitimes. Avec la nouvelle disposition proposée, nous veillerons à ce que les médecins qui enfreindraient l'interdiction fassent seulement l'objet d'une déclaration de culpabilité par procédure sommaire.

Donc, pourquoi imposer une pénalité? Sans pénalité, il n'y a pas de force exécutoire : la loi n'a pas de pouvoir et elle n'offre aucune protection véritable. Il suffit de regarder la disposition de « précision » sur la liberté de conscience dans le projet de loi C-14. Elle indique peut-être le souhait du Parlement, mais les provinces peuvent légiférer, et ont légiféré, autour de cette disposition. Malheureusement, elle n'était pas applicable. Nous voulons éviter ce problème avec le projet de loi dont nous sommes maintenant saisis. Cette disposition aurait pour effet de protéger les patients vulnérables de la coercition de la part d'un médecin ou d'un praticien, qu'elle soit subtile ou manifeste, réelle ou perçue.

Nous connaissons déjà le message qu'envoie le projet de loi C-7 à la communauté des personnes handicapées. David Shannon, un avocat ontarien qui vit avec un handicap, a dit ceci dans un article :

> Je veux l'égalité dans mon monde et en tant que Canadien. Comment pourrais-je être égal aux autres si des gens pensent que je devrais mourir? Plus de 6,2 millions de Canadiens (plus de 22 % de la population) ont un handicap. Faut-il mettre un terme à la lumière qu'ils répandent autour d'eux et à l'amour qu'ils donnent? Des histoires de vie doivent-elles se perdre comme des larmes qui disparaissent sous la pluie?

Je sais qu'aucun sénateur, pas même ceux qui défendent le plus ardemment ce projet de loi, ne souhaite transmettre un tel message aux personnes handicapées. C'est toutefois le message qu'elles entendent très clairement. Nous devons faire le nécessaire pour qu'elles ne l'entendent pas dans les cabinets de médecins. Protéger les patients vulnérables contre toute contrainte ou pression indue, c'est prévenir des décès inutiles. Il faut garder cette lourde responsabilité à l'esprit. J'espère que nous appuierons tous cette approche équilibrée, qui permet de ne pas bloquer l'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes qui la demandent et d'éviter que les Canadiens vulnérables subissent des pressions terribles, surtout dans le contexte d'un élargissement radical de l'aide médicale à mourir. Grâce à l'amendement proposé, il n'arrivera plus jamais qu'un médecin offre la mort à un patient qui lui demandait de l'aide, des services vitaux ou la chance d'avoir un avenir prometteur.

REJET DE LA MOTION D'AMENDEMENT

L'honorable Donald Neil Plett : Par conséquent, honorables sénateurs, je propose l'amendement suivant :

> Que le projet de loi C-7, tel que modifié, ne soit pas maintenant lu une troisième fois, mais qu'il soit modifié à la page 7 par adjonction, après la ligne 28, de ce qui suit :
>
> « **1.1 La même loi est modifiée par adjonction, après l'article 241.2, de ce qui suit :**
>
> **241.21 (1)** Le médecin ou l'infirmier practicien qui fournit des renseignements sur l'aide médicale à mourir à une personne qui est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables se rend coupable d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire.
>
> **(2)** Le paragraphe (1) ne s'applique pas si les renseignements sur l'aide médicale à mourir sont fournis à la personne à la demande de celle-ci. ».

Merci, honorables sénateurs.

• (1510)

Son Honneur la Présidente intérimaire : Sénateur Plett, quelques sénateurs souhaitent vous poser des questions.

L'honorable Frances Lankin : Sénateur Plett, accepteriez-vous de répondre à une question?

Le sénateur Plett : Oui, j'y répondrai volontiers.

La sénatrice Lankin : Merci beaucoup. Je suis favorable aux modifications que vous proposez à ce qui a été considéré par la Chambre des communes. À ce stade-ci, je ne sais pas encore comment je vais voter. J'aimerais soulever une ou deux questions techniques et j'aimerais obtenir une réponse technique.

D'après mes interventions précédentes dans le débat, vous savez sans doute que je m'interroge à bien des égards au sujet des compétences fédérales et provinciales et de l'interaction entre les deux ordres de gouvernement. Dans le cas qui nous occupe, il me semble que les exigences applicables à l'aide médicale à mourir prévues dans les codes d'éthique des ordres professionnels des travailleurs de la santé concernés — les règles d'éthique, les lignes directrices, la mise en œuvre par les provinces —, c'est-à-dire tout ce que vous suggérez, relèvent en fait de la compétence des provinces. Cela dit, je comprends tout à fait pourquoi vous prônez une approche pancanadienne.

L'autre question que je veux vous poser — il s'agit d'une question intéressante, dont j'ai discuté avec d'autres sénateurs lors de séances hybrides et en personne — est la suivante : votre amendement ne revient-il pas à empêcher les médecins, les infirmiers ou les autres intervenants dans le processus de communiquer les options qui en l'occurrence, à la suite d'arrêts de la Cour suprême, constituent en fait des droits individuels? Le projet de loi et les modifications au Code criminel ne touchent-ils pas à la question de l'autonomie individuelle? Ces deux choses me préoccupent. Premièrement, j'aimerais entendre vos observations au sujet des compétences fédérales et provinciales. Deuxièmement, je comprends qu'on veuille éviter la coercition, mais comment est-on censé informer les personnes qui ne sont pas au courant de cette option? C'est tout, merci.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Malheureusement, la période de 15 minutes est écoulée.

L'honorable Marc Gold (représentant du gouvernement au Sénat) : Merci, honorables sénateurs. Je n'appuierai pas cet amendement. J'aimerais prendre quelques minutes pour expliquer pourquoi. Je comprends les préoccupations tout à fait légitimes qui motivent l'amendement du sénateur Plett. Je reconnais qu'il y a eu des cas où l'on a offert l'aide médicale à mourir à des personnes handicapées même si elles voulaient être traitées et continuer de vivre, et le comité en a effectivement entendu parler. Je suis conscient également que se faire offrir l'aide médicale à mourir peut amener une personne qui souhaite recevoir tous les traitements disponibles à ne plus faire confiance à son médecin ou infirmier praticien, ou que cela peut nuire à la façon dont cette personne se perçoit, ou même l'amener à vouloir mourir d'une façon qu'elle n'aurait pas envisagée dans d'autres circonstances.

Cependant, cet amendement n'est pas nécessaire pour protéger le patient, et le gouvernement n'estime pas souhaitable d'adopter une disposition législative ou une politique à cette fin. Premièrement, ce n'est pas nécessaire. Les critères d'admissibilité prévus dans la loi protègent la population de manière à éviter que l'aide médicale à mourir soit offerte à une personne qui ne souhaite pas véritablement la recevoir. Selon l'alinéa 241.2(1)e), la personne doit accorder son consentement de manière éclairée, et le personnel médical ou infirmier doit l'aviser qu'elle peut retirer son consentement en tout temps. Par ailleurs, encourager une personne à mourir en se suicidant ou en demandant l'aide médicale à mourir est encore considéré comme un acte criminel, même si le geste est posé par un médecin ou un infirmier praticien. Selon les dispositions législatives actuelles, un médecin ou un infirmier praticien qui offrirait l'aide médicale à mourir à une personne en sachant qu'on l'a poussée à demander cette procédure devrait faire face à des poursuites pénales.

Deuxièmement, comme l'a fait remarquer la sénatrice Lankin dans sa question, la surveillance de la conduite des fournisseurs de soins de santé, y compris s'ils ont fait preuve d'un mauvais jugement clinique ou qu'ils n'ont pas bien traité leurs patients, relève de la compétence législative exclusive des provinces et est du ressort des organismes provinciaux de réglementation professionnelle.

Je veux citer l'une des témoins qui a comparu devant nous. Voici ce qu'a dit Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction de la Fédération des ordres des médecins du Canada :

> La FOMC maintient que la question de la liberté de conscience des médecins devrait continuer de relever de la compétence provinciale et territoriale. Nous croyons que la responsabilité d'orienter les médecins dans leurs responsabilités vis-à-vis des patients qui demandent l'AMM, lorsqu'il y a une objection de conscience, devrait toujours incomber à l'ordre auquel le médecin appartient.

Non seulement cet amendement n'est pas nécessaire, honorables collègues, mais il n'est également pas souhaitable, que ce soit comme disposition législative ou comme politique. Tout d'abord, n'oublions pas que l'accès à l'aide médicale à mourir est un droit constitutionnel reconnu par les tribunaux, ancré dans nos droits à l'autonomie personnelle, et que toutes les réponses législatives — fédérales ou provinciales — doivent clairement en tenir compte. À cet égard, nous devons nous rappeler l'obligation qu'ont les professionnels de la santé. Ils ont l'obligation professionnelle d'informer les patients de toutes les options qui s'offrent à eux. Voici ce que nous ont dit certains témoins durant l'étude menée par notre comité.

[*Français*]

Tout d'abord, Sylvain Le May, du Service d'accueil et de soutien aux étudiants en situation de handicap à l'Université du Québec à Montréal, a dit ceci, et je cite :

> Les personnes en situation de handicap éprouvant une souffrance intolérable ne seront pas mieux servies par la criminalisation de l'aide que les professionnels de la santé pourraient leur apporter pour mettre fin à leurs jours. L'interdiction de cette aide prive ces personnes de la possibilité que leur désir de mort soit pris au sérieux. Écoutez. Que différentes options soient discutées et considérées, y compris l'aide médicale à mourir.
>
> En effet, les soins de vie incluant l'aide médicale à mourir s'inscrivent dans un continuum de soins.

[*Traduction*]

La Dre Chantal Perrot, qui effectue des évaluations et offre l'aide médicale à mourir à Toronto, a témoigné devant le comité. Elle a précisé ce qui suit dans le mémoire qu'elle a alors soumis :

> La légalité de l'AMM et le droit à l'AMM sont encore peu connus des Canadiens. Demander aux gens de soulever une question qu'ils ne connaissent pas est ridicule et punitif, et revient à refuser l'AMM à de nombreuses personnes. Les médecins devraient non seulement pouvoir — mais également devoir — informer leurs patients de l'existence de l'AMM légale au Canada et de leur droit à une évaluation, sans craindre d'être accusés d'un acte criminel.

De plus, honorables collègues, l'amendement proposé aurait un effet négatif et paralysant sur les professionnels de la santé. La menace de la responsabilité criminelle potentielle pour avoir donné de l'information pourrait les empêcher de faire ce que leur obligation professionnelle et leurs codes professionnels leur enjoignent de faire. Ainsi, en tenant compte de ces considérations, honorables collègues, l'amendement est une utilisation inappropriée — voire inconstitutionnelle — du pouvoir en matière de droit pénal du Parlement en vertu de la Constitution. Il cible le cœur d'un champ de compétence provinciale exclusive, sans faire valoir une application claire et convaincante du droit pénal. Il ne peut donc être justifié par le pouvoir en matière de droit pénal du Parlement en vertu de l'article 91.27 de la Loi constitutionnelle de 1867.

J'essaie dorénavant d'invoquer la Constitution avec prudence. Je prends très au sérieux ce qu'on dit de nombreux sénateurs dans cette enceinte, à savoir que l'on ne devrait pas se servir de la Constitution comme d'un étouffoir, et c'est ce que j'ai essayé de ne pas faire tout au long de ma carrière au Sénat. Cela dit, même si l'amendement n'est pas clairement inconstitutionnel — et je ne dis pas que c'est le cas —, il s'agit très certainement, selon moi, d'une utilisation inappropriée du droit pénal étant donné que l'amendement relève étroitement du pouvoir législatif provincial.

Pour conclure, l'amendement n'est ni nécessaire ni souhaitable. Je voterai contre. Merci.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Avant de passer au prochain sénateur, j'aimerais signaler que de nombreux sénateurs participant à la séance par vidéoconférence ont la main levée. Si c'est pour poser une question à un sénateur concernant une question antérieure, veuillez baisser votre main.

• (1520)

L'honorable Mohamed-Iqbal Ravalia : Honorables sénateurs, j'interviens aujourd'hui pour exprimer mon point de vue au sujet de cet amendement, en tant que médecin de famille dans une collectivité rurale.

Comme nous le savons, le régime d'aide médicale à mourir du Canada a été élaboré à la suite de la décision rendue en 2015 par la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter*. Avant cette décision, on considérait que tout professionnel de la santé, y compris les infirmiers praticiens, qui fournissait ou aidait à fournir ce qu'on appelle maintenant l'aide médicale à mourir était coupable d'un acte criminel passible d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 14 ans.

Le projet de loi dont nous sommes saisis aujourd'hui fait suite à une deuxième décision judiciaire qui a invalidé d'une part la notion de mort naturelle raisonnablement prévisible comme critère d'admissibilité dans le Code criminel, et, d'autre part, l'exigence que le demandeur de l'aide médicale à mourir soit en fin de vie comme critère d'admissibilité prévu dans la Loi concernant les soins de fin de vie du Québec. Encore une fois, le tribunal a conclu que ces critères violaient l'article 7 de la Charte.

La Charte vise à protéger les droits les plus fondamentaux et essentiels de tous les Canadiens. Nos tribunaux ont constamment statué qu'en raison de la Charte, on ne peut empêcher les Canadiens de se prévaloir de l'aide médicale à mourir. Il importe de rappeler que le débat d'aujourd'hui se déroule dans ce contexte.

Honorables collègues, d'après mon expérience à titre de médecin de famille, la libre circulation de l'information est essentielle à la relation qu'un médecin bâtit au fil du temps avec ses patients. Les patients comptent sur leur médecin pour avoir la formation, le jugement professionnel et l'intégrité voulus pour leur fournir tous les renseignements disponibles. Mes patients me faisaient confiance pour leur offrir le meilleur éventail d'options de traitement possible en fonction de leurs circonstances uniques. Ma pratique était avant tout axée sur le patient.

La réalité, aussi simple et aussi dévastatrice soit-elle, c'est qu'il existe des circonstances où le patient souffre tellement qu'il peut arriver que l'accès à des soins en vue de mettre un terme paisiblement à sa vie, comme il l'entend, s'avère la seule solution parmi tous les choix déchirants qui s'offrent à lui. Il n'est pas question de coercition ni de persuasion. L'offre d'une aide médicale à mourir fait partie intégrante de ma pratique quotidienne.

D'un point de vue clinique, le patient qui demande l'aide médicale à mourir a probablement un éventail de facteurs qui nuit à sa capacité de bien s'informer. Cette personne est probablement âgée, souffre certainement de problèmes de santé graves et irrémédiables risquant fort de lui causer fréquemment une douleur considérable. Ses problèmes de santé nuisent probablement, du moins dans une certaine mesure, à sa capacité d'exécuter des activités du quotidien. De plus, cette personne prend probablement des médicaments pouvant entraîner des effets secondaires.

Dans de telles circonstances, demander aux patients de trouver eux-mêmes de l'information au sujet de l'aide médicale à mourir et de déterminer quelles sources sont fiables ou non peut largement dépasser les capacités de bon nombre d'entre eux.

Les Canadiens des régions rurales et éloignées risquent d'être confrontés à des obstacles plus importants que leurs concitoyens des zones urbaines, car leur accès à Internet, à des ressources, à des services de soutien et à des soins uniformes est généralement plus limité.

Si cet amendement est adopté, les fournisseurs de soins médicaux du patient seront incapables de maintenir une relation fondée sur la libre circulation de l'information et leur jugement professionnel. Le médecin ou l'infirmer praticien du patient risquerait la prison simplement pour avoir fourni de l'information au sujet d'une procédure à laquelle les Canadiens doivent avoir accès, selon un jugement de la Cour suprême.

Comme je l'ai indiqué dans mon discours à l'étape de la troisième lecture, nous devons veiller à ce que les médecins et les infirmiers praticiens disposent d'un moyen pratique et viable de traiter pleinement les souffrances ou la douleur intolérables de leurs patients à l'aide de différentes options, dont l'aide médicale à mourir n'est qu'une — je dis bien une — des options possibles.

À Terre-Neuve-et-Labrador, les autorités régionales de la santé jouent un rôle prépondérant dans la coordination de l'aide médicale à mourir, ce qui inclut le soutien aux patients et aux fournisseurs de soins ayant besoin d'aide pour s'y retrouver. Quant aux médecins qui n'appuient pas l'aide médicale à mourir, ils doivent aiguiller leurs patients vers les ressources appropriées.

Honorables sénateurs, la communication de renseignements à un patient est un élément essentiel de tout traitement médical approuvé par les organismes de réglementation de la profession médicale et elle est essentielle pour garantir que les Canadiens puissent accéder aux soins qu'ils méritent. Les médecins et les infirmiers praticiens doivent être libres de fournir des informations appropriées et fiables sans crainte de sanctions.

C'est pourquoi je m'oppose à l'amendement. Merci. *Meegwetch*.

L'honorable Pierre J. Dalphond : Honorables sénateurs, je prends la parole pour m'opposer à la motion, mais dans une optique légèrement différente. Le sénateur Ravalia est médecin; je vais m'exprimer en fonction de mon expérience antérieure où j'ai été appelé à lire et à interpréter de nombreuses dispositions du Code criminel. Je remercie le sénateur Plett de m'avoir donné l'occasion de me replonger dans mon ancienne vie.

J'ai le libellé entre les mains. L'amendement dont nous sommes saisis deviendrait le nouvel article 241.21, qui est composé de deux paragraphes. Le premier énonce le principe et le deuxième prévoit l'exception à l'infraction créée dans le premier paragraphe.

Lisons le premier paragraphe : « Le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit des renseignements [...] se rend coupable d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire. »

Quels sont les éléments de l'infraction? Tout d'abord, vous devez être un médecin ou un infirmier praticien. Ces deux expressions sont définies à l'article 241.1 dans la section du Code criminel qui porte sur l'aide médicale à mourir. Qui est un médecin? C'est un médecin autorisé « par le droit d'une province à exercer la médecine ». Qui est un infirmier praticien? Voici la définition :

> « Infirmier agréé qui, en vertu du droit d'une province, peut [...] à titre d'infirmier praticien [...] poser des diagnostics [...] prescrire des substances [...] »

Ces dispositions ciblent les deux groupes de personnes que je viens de mentionner. Par contre, elles ne concernent pas les psychologues, les infirmières auxiliaires, ni le personnel hospitalier responsable des patients au quotidien et qui les aident notamment à aller à la toilette, à prendre un bain ou une douche et à s'alimenter. Ainsi, ces dispositions n'ont qu'une portée très limitée.

J'ai réfléchi à l'histoire de Roger Foley dont a parlé le sénateur Plett, et j'ai pris connaissance dans la presse des deux conversations enregistrées par M. Foley. Aucun des deux hommes enregistrés par M. Foley n'est médecin ou infirmier. L'un d'eux travaille fort probablement comme comptable à l'hôpital en question, car il a averti M. Foley que si ce dernier demeurait hospitalisé, on lui ferait payer 1 800 $ par jour. À mon avis, ce n'est pas le genre de propos qu'un membre du personnel infirmier aurait tenu. Je suppose donc que cet employé fait partie de l'administration de l'hôpital. Cet homme a également dit à M. Foley que s'il ne voulait pas payer ce montant quotidien de 1 800 $, il devrait peut-être envisager d'autres options, y compris l'aide médicale à mourir. Ce membre du personnel administratif de l'hôpital ne serait pas visé par les dispositions du projet de loi dont il est question aujourd'hui.

Il s'agit du premier volet des principes que l'on nous propose.

Le deuxième volet est que quiconque est reconnu coupable sera puni sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire. Vous vous souviendrez qu'il y a environ un an et demi, nous avons modifié le Code criminel pour changer la peine imposée pour les infractions punissables par procédure sommaire, sauf dans lorsqu'une peine précise est mentionnée. Dans le cas qui nous occupe, aucune peine n'est précisée, et c'est donc la règle générale qui s'applique : une peine maximale de deux ans d'emprisonnement, une amende de 5 000 $, ou les deux peines.

Si l'une des personnes ciblées, un médecin ou un infirmier praticien, était reconnue coupable, elle serait reconnue coupable d'une infraction criminelle. Comme vous le savez, un médecin reconnu coupable d'une infraction criminelle devra faire face à une procédure disciplinaire et il sera très probablement radié.

Ce qui est proposé ici, c'est grosso modo la peine capitale pour les médecins.

Examinons maintenant le deuxième paragraphe : « Le paragraphe (1) ne s'applique pas si les renseignements [...] sont fournis à la personne à la demande de celle-ci. » On parle de « la personne », mais il faut que ce soit un patient parce qu'il s'agit d'une relation de nature médicale. Par conséquent, l'exception à l'infraction s'applique quand c'est le patient qui demande l'information.

• (1530)

Prenons l'exemple d'un patient dans un centre de soins palliatifs qui sait que sa mort approche. Il se trouve dans ce centre parce que, malheureusement, sa mort est imminente. Imaginons que ce patient éprouve des souffrances insupportables. Il n'en peut plus. Une fois par jour ou par semaine, un médecin vient dans sa chambre pour lui parler. Le patient dit au médecin : « Je n'en peux plus. Je suis ici depuis déjà une semaine ou deux. Je sais que je suis au seuil de la mort. Je n'en peux plus. Pouvez-vous faire quelque chose jusqu'à ce que Dieu vienne me chercher? »

Pour répondre à cette question, le médecin peut seulement dire ceci : « Eh bien, monsieur Dalphond, étant donné que vous éprouvez des souffrances insupportables, nous pouvons notamment vous offrir une sédation palliative continue. Ainsi, vous tomberez dans une sorte de coma. Vous ne souffrirez plus parce que vous ne

sentirez plus la douleur. » Toutefois, il ne peut pas en dire davantage. Il ne peut pas dire : « Eh bien, il existe une autre option. La sédation palliative continue vous plongera dans le coma, mais l'aide médicale à mourir pourrait mettre fin à vos souffrances pendant que vous êtes conscient. »

Son Honneur la Présidente intérimaire : Je suis désolée, sénateur Dalphond, mais votre temps de parole est écoulé.

L'honorable Salma Ataullahjan : Honorables sénateurs, je prends la parole aujourd'hui au sujet du projet de loi C-7 et de l'amendement proposé par le sénateur Plett, qui a pour but de garantir que toute conversation sur l'aide médicale à mourir soit toujours à l'initiative du patient.

Mon soutien s'explique par la simple raison suivante : personne ne devrait recommander l'aide médicale à mourir à autrui. Cet amendement veillerait à ce que seul le patient puisse amorcer la conversation sur l'aide médicale à mourir, et ce n'est qu'à ce moment qu'il serait possible de discuter de cette procédure de fin de vie.

Le Comité sénatorial des affaires juridiques a entendu un grand nombre de témoins qui appuient les conversations à l'initiative du patient. Chers collègues, nous avons entendu l'histoire de Roger Foley, et le sénateur Dalphond en a également fait mention. Malheureusement et tristement, nous avons entendu de nombreuses histoires similaires qui mettent en évidence les lacunes de notre système de soins de santé. Si nous ne remédions pas à ces lacunes, je crains que l'aide médicale à mourir ne devienne une solution de rechange commode aux soins de santé inadéquats.

Le Comité des affaires juridiques a été mis au courant d'une réalité très préoccupante qui s'ajoute aux retards dans notre système de soins de santé : la discrimination fondée sur la capacité physique. Une tendance de plus en plus répandue vers l'idéologie de la discrimination fondée sur la capacité physique a contribué à l'élargissement de l'aide médicale à mourir. La discrimination fondée sur la capacité physique est devenue si omniprésente dans notre société que beaucoup de personnes ne se rendent même pas compte qu'elles y participent ou que ce problème existe. Par conséquent, ce type de discrimination demeure bien ancré dans notre structure sociale. Nous devons la reconnaître et faire tout notre possible pour l'enrayer.

Si nous sommes déterminés à faciliter l'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, alors le moins que nous puissions faire serait de mettre en place des mesures pour interdire aux principaux fournisseurs de soins de santé et aux professionnels de la santé d'aborder les premiers le sujet.

La volonté de vivre est profondément ancrée en chacun d'entre nous. Pendant nos moments de faiblesse, nous nous fions aux conseils de nos proches et des fournisseurs de soins primaires. Nous comptons aussi sur les professionnels de la santé pour améliorer notre qualité de vie et notre longévité.

Bien qu'un patient passe peu de temps avec un médecin à discuter de son état de santé, l'écart entre le pouvoir du patient et celui du médecin est considérable. Ce déséquilibre peut amener un patient à prendre des décisions involontaires, surtout pendant des moments de faiblesse.

Le déséquilibre de pouvoir entre médecin et patient restreint l'autonomie du patient. Il convient d'ajouter que les médecins diffèrent les uns des autres. Nous avons entendu des patients expliquer qu'on les avait poussés à choisir l'aide médicale à mourir alors qu'il restait encore des options médicales à explorer.

De plus, il ne faudrait pas tenir pour acquis que tous les professionnels de la santé respectent les normes éthiques et morales comme ils sont censés le faire. Si nous avons à cœur de prévenir, ou à tout le moins de réduire les erreurs et les abus tout en protégeant l'autonomie des personnes les plus vulnérables, l'amendement proposé est tout indiqué. Merci.

Des voix : Bravo!

[*Français*]

L'honorable Marie-Françoise Mégie : Honorables sénateurs, je me lève aujourd'hui pour m'opposer à l'amendement proposé par l'honorable sénateur Plett. Voter pour cet amendement serait un recul considérable pour notre société. Pourquoi vouloir criminaliser les professionnels de la santé alors que leurs pratiques sont déjà encadrées par des lois fédérales et provinciales? Il existe des codes de déontologie pour nos professions respectives enchâssées dans les lois provinciales. Il est clairement énoncé dans le Code de déontologie du Collège des médecins du Québec, à l'article 14, que :

> Le médecin doit favoriser les mesures d'éducation et d'information dans le domaine où il exerce.

Dans le Code de déontologie de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, à l'article 40, il est indiqué ceci, et je cite :

> L'infirmière ou l'infirmier doit fournir à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension des soins, traitements ou autres services professionnels qu'il lui prodigue.

On n'offre pas l'aide médicale à mourir. C'est une demande provenant du patient. Ce dernier doit donc être bien informé. Je souligne que le droit des patients à décider de façon libre et éclairée inclut le droit de recevoir des informations justes et compréhensibles concernant leur état de santé.

J'espère faire comprendre en cette Chambre que nous devons bien peser les conséquences d'enchâsser des infractions criminelles à l'encontre des médecins et des soignants dans le cadre de leur pratique. Le stress que vivent les professionnels est déjà assez important pour que nous n'ajoutions pas l'épée de Damoclès au-dessus de la tête des membres du corps médical et infirmier. C'est inutile et néfaste à la libre pratique de la médecine dans notre pays.

Nous devons conserver la confiance sacrée dans la relation qu'entretiennent les soignants avec leurs soignés, surtout lorsqu'il s'agit d'obtenir un consentement libre, informé et éclairé sur un sujet aussi irrémédiable que l'aide médicale à mourir. Cet amendement pourrait mettre en danger cette nécessaire confiance et ajouter un stress indu aux personnes admissibles et à leurs proches. Le Code de déontologie du Collège des médecins du Québec stipule à l'article 18, et je cite :

> Le médecin doit chercher à établir et à maintenir avec son patient une relation de confiance mutuelle et s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle.

De son côté, le Code de déontologie de l'OIIQ, soit l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, stipule à l'article 28, et je cite :

> L'infirmière ou l'infirmier doit chercher à établir et maintenir une relation de confiance avec son client.

Les professionnels doivent toujours agir dignement dans leurs fonctions. Je peux respecter que mon honorable collègue s'oppose, pour des raisons qui lui sont siennes, à toute pratique d'aide médicale à mourir. Cependant, je ne puis l'appuyer dans sa tentative de criminaliser indûment nos professionnels de la santé. Pour conclure, je partage cette histoire que j'ai lue avec intérêt qui s'intitule « Un pasteur utilise l'aide médicale pour mourir ». Vous la trouverez sur le site Web de l'organisme Canadian Mennonite. Quand ce pasteur avait fait une demande d'AMM, le personnel médical de l'hôpital lui avait suggéré d'arrêter de manger. Le pasteur a ensuite été informé qu'il était admissible à l'AMM et que c'était une option légale pour lui. Il a donc demandé son transfert dans un autre hôpital qui acceptait de la lui prodiguer.

Qu'est-ce qui est mieux à votre avis? Un médecin qui suggère au patient de mourir de faim ou celui qui donne des explications sur l'aide médicale à mourir à un patient? Lequel de ces deux professionnels devrait être reconnu coupable d'infraction? Je laisse cette question à votre réflexion. J'espère, chers collègues, que vous allez rejeter cet amendement. Merci.

[*Traduction*]

L'honorable Mary Jane McCallum : Honorables sénateurs, j'interviens aujourd'hui au sujet de l'amendement que le sénateur Plett propose d'apporter au projet de loi C-7. Je m'inquiète, moi aussi, de la tournure que prend le débat. Il ne progresse pas dans la direction que souhaitent les Premières Nations et la communauté des personnes handicapées.

J'ai travaillé dans les réserves en tant que professionnelle de la santé pendant plus de 30 ans. En janvier 2021, je suis allée dans la réserve d'où je viens pour y fournir des services dentaires. En cours de route, j'ai parlé de l'aide médicale à mourir avec beaucoup d'infirmières et de médecins. Bon nombre d'entre eux n'avaient pas entendu parler du projet de loi à l'étude ni du projet de loi C-14.

Dans ce contexte, comme les sénateurs pourraient-ils évaluer le travail d'évaluation des capacités qui sera nécessaire? Comment pourraient-ils l'évaluer au nom des professionnels de la santé? Il ne nous incombe pas, honorables sénateurs, de décider de cela par nous-mêmes. C'est une décision qui doit être prise par les professionnels de la santé. De plus, ce n'est pas uniquement aux professionnels de la santé que les gens demandent conseil. Ils ont accès à des renseignements sur Internet et d'autres sources douteuses. Nous plaçons les professionnels de la santé et les patients dans une position très précaire sans leur consentement en connaissance de cause.

• (1540)

On a déjà dit qu'il est difficile d'assurer l'accès à un nombre approprié de professionnels de la santé, notamment des médecins et des infirmières. Quand on examine les mesures de sauvegarde, on constate qu'il est difficile d'assurer que les Premières Nations dans les communautés éloignées aient accès à un seul médecin, et encore moins deux. Les médecins et les infirmières praticiennes visitent les communautés pendant deux jours chaque deux semaines. De plus, ils font une rotation. Les infirmières sont les principales professionnelles de la santé et elles font une rotation d'une communauté à l'autre dans différentes régions du Canada, dans le cadre de différents contrats.

Pour pouvoir discuter avec un patient de l'aide médicale à mourir, le fournisseur de soins de santé doit établir un lien de confiance avec lui. De plus, le fournisseur doit comprendre le contexte historique de l'oppression. La relation de confiance prend des années à établir, ce qui est particulièrement vrai dans les communautés autochtones. Le professionnel de la santé doit connaître la langue du patient. Or, bon nombre d'entre eux ne la parlent pas. Dans le cadre du système actuel, c'est impossible. Beaucoup de patients ne savent pas écrire, et je ne parle même pas de comprendre pleinement les nuances des concepts liées à l'aide médicale à mourir.

L'éthique est un domaine que la loi ne peut pas réglementer. On en a ou on n'en a pas. Ce n'est pas une chose que l'on propose en disant : « Désormais, nous allons respecter l'éthique. » Lorsque j'étais gestionnaire, j'ai vu des professionnels de la santé prendre des libertés avec le code de conduite de leur profession. Par ailleurs, des travaux de recherche montrent que la surveillance exercée par les organismes de réglementation auprès des groupes en autoréglementation est inadéquate.

Les obligations professionnelles ne sont pas toujours respectées, d'autant plus que beaucoup de médecins se font dire de donner des rendez-vous de 10 minutes et de voir leurs patients seulement quatre fois par année. Telle est la réalité de nos jours dans les communautés autochtones. Je le sais, car j'ai soulevé la question auprès des hôpitaux. Encore une fois, nous nous butons au fossé créé par le problème de chevauchement de compétences que connaissent les Autochtones en raison d'autres lois adoptées par le Sénat. En l'occurrence, les patients et les professionnels de la santé sont placés dans une situation sans issue.

Des personnes ont communiqué avec nous, et leur voix mérite d'être entendue. Un médecin m'a écrit cette semaine :

> Nous consacrons beaucoup de temps et d'énergie à la prévention du suicide. J'ai pourtant l'impression qu'on envoie un drôle de message aux Canadiens handicapés et en fin de vie : « Nous aussi, nous pensons que votre vie ne vaut pas d'être vécue, alors si vous souhaitez vous tuer, nous ne vous en empêcherons pas. Nous allons même vous y aider. » Qu'est-ce qui rend le droit à l'aide médicale à mourir assez important pour que l'on contraigne les médecins à aller contre leur conscience et contre leur gré pour la proposer à leurs patients? Si au moins nous mettions autant d'énergie à assurer un accès universel aux soins palliatifs ou aux services en santé mentale. La plupart des gens qui choisissent l'aide médicale à mourir ne le font pas parce qu'on est incapable de contrôler adéquatement leur douleur, mais parce qu'ils craignent de perdre leur autonomie et parce qu'ils ne peuvent plus pratiquer les activités qui leur procurent du plaisir sous prétexte qu'ils ont perdu leur dignité et qu'ils constituent un fardeau pour leur famille.
>
> Or, il s'agit d'abord et avant tout de problèmes d'ordre mental, et ce n'est pas en aidant une personne à se suicider qu'on les réglera. Ces craintes accablantes peuvent être atténuées en accompagnant le patient, en faisant valoir ses droits, en l'encourageant et en l'aidant à voir les choses autrement. Je vous invite à consulter les recherches d'Harvey Chochinov sur la dignité dans les soins, car elles portent aussi là-dessus.
>
> En général, les personnes qui disent vouloir mourir appellent en réalité à l'aide, et leur désespoir est temporaire. Si nous assouplissons les mesures de sauvegarde et les critères d'admissibilité, nous devrons dire adieu à trop de patients qui, avec un peu de soutien, auraient pu continuer à mener une vie

bien remplie. Malheureusement, l'aide médicale à mourir ne touche pas seulement la personne qui la reçoit, elle bouleverse aussi la vie de ses proches, de ses amis et de son entourage.

Je sais que ce n'est pas facile, mais je vous en implore : cessez d'élargir les critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir et d'assouplir les mesures de sauvegarde déjà en vigueur. Je sais qu'en m'exprimant ainsi, je parle au nom de bon nombre de mes patients, amis et proches. Je vous remercie.

L'honorable Stan Kutcher : Honorables sénateurs, c'est en tant que médecin et formateur de médecins que je prends la parole aujourd'hui au sujet de l'amendement proposé. J'aimerais d'abord préciser que je m'oppose respectueusement à l'amendement.

À mon avis, cet amendement va à l'encontre de l'aspect le plus fondamental de la prestation des soins de santé, c'est-à-dire le caractère sacré et confidentiel des communications entre la personne qui souffre et qui veut être soignée et la personne qui lui offre ces soins. Cette relation repose sur le respect, la compassion et la confiance. Non seulement il serait imprudent de s'ingérer dans cette relation en l'assujettissant à des dispositions pénales, mais on risquerait aussi de nuire aux rapports entretenus avec les Canadiens qui sont aux prises avec des souffrances intolérables. On ne devrait pas s'ingérer dans cette relation en adoptant une modification au Code criminel qui menace d'imposer une peine d'emprisonnement de deux ans moins un jour aux cliniciens qui ne se plient pas à ses exigences.

Le terme « patient » désigne une personne qui souffre. Le rôle du fournisseur de soins par rapport à la souffrance a toujours inclus et continue de comprendre tout ce qui vise à réconforter le patient et à l'informer des remèdes à sa disposition tout en respectant son autonomie.

Cela ne veut pas dire que le clinicien doive imposer ses propres valeurs. Cela ne veut pas dire non plus que le clinicien doive inciter ou forcer le patient à accepter une solution qu'il ne souhaite pas. Cela veut dire, en revanche, que le clinicien ne doit pas omettre d'informer le patient à propos de l'éventail de solutions pouvant être envisagées pour soulager la souffrance.

Il revient au clinicien de discuter des avantages et des inconvénients de chacune des solutions possibles avec son patient. En outre, le clinicien doit reconnaître et accepter la souffrance du patient, et comprendre qu'il ne s'agit pas de son expérience personnelle et qu'il ne lui appartient pas de la juger, de l'invalider ou de la nier.

Lorsque la souffrance du patient devient intolérable et que le patient en a informé le clinicien, il revient alors au clinicien d'informer respectueusement son patient des options qui pourraient être envisagées pour soulager cette souffrance. Au Canada, en 2021, ces options pourraient inclure l'aide médicale à mourir. C'est le principe des soins axés sur le patient. Ce principe entre en contradiction directe avec les pratiques usuelles fondées sur le paternalisme, dans le cadre desquelles le clinicien sait ce qui convient le mieux au patient et les valeurs du clinicien définissent ce qui convient le mieux, même si le patient ne partage pas les mêmes valeurs.

Sur le plan pratique, cet amendement nuirait aux patients qui éprouvent des souffrances intolérables et qui ne savent pas que l'aide médicale à mourir est disponible. Soyons bien clairs : il s'agit de donner l'information à propos de l'aide médicale à mourir, ce qui ne signifie pas que ces patients la choisiront ou la recevront.

Nous savons que le rapport de force entre un patient et un médecin est déséquilibré. Un médecin ne devrait jamais tenter de contraindre un patient d'accepter une intervention qui n'est pas acceptable, mais il ne devrait pas non plus cacher de l'information sous prétexte qu'il n'est pas en faveur d'une intervention. Il ne revient pas au médecin de déterminer les options qui doivent être envisagées par le patient. Le médecin est tenu de fournir l'information nécessaire pour permettre au patient de faire ce choix.

Le déséquilibre du rapport de force peut avoir une grande portée. En plus des patients qui éprouvent des souffrances intolérables, mais qui ne sont pas au courant de l'aide médicale à mourir, il y a ceux qui pourraient avoir l'impression qu'ils seront abandonnés, stigmatisés ou jugés par leur médecin s'ils lui posent des questions sur une procédure qu'il désapprouve. Cette situation aura pour conséquence de les priver de l'exercice de leur droit d'envisager l'aide médicale à mourir comme une option.

À cause de cet amendement, un médecin respectant le droit constitutionnel de son patient de recevoir de son prestataire de soins de santé de confiance des renseignements qu'il pourrait prendre en compte dans sa propre prise de décision pourrait être reconnu coupable d'une infraction par procédure sommaire. On ne parle pas là du clinicien qui fournirait l'aide médicale à mourir, mais de celui qui respecte le droit d'un patient à l'information.

Cet amendement pourrait s'avérer être un fardeau lourd et inutile pour le clinicien. Quand considère-t-on que la demande a été faite? En matière de responsabilité criminelle, l'exception s'applique-t-elle seulement quand le patient demande explicitement des renseignements sur l'aide médicale à mourir? Et si le patient explique qu'il souffre atrocement et aimerait savoir s'il n'y aurait pas quelque chose à faire, dont son médecin et lui n'auraient pas encore parlé, pour améliorer la situation, que se passe-t-il?

• (1550)

En bref, cet amendement fait planer le spectre d'une peine de prison pour les prestataires de soins pratiquant de manière éthique et bouleverse la pratique contemporaine des soins centrés sur le patient. Il encourage une vision paternaliste du type « je sais ce qui est bon pour vous ». Ce faisant, il nie aux personnes souffrant de manière intolérable leur droit à l'égalité d'accès à des mesures légitimes et légalement reconnues qu'elles pourraient envisager si elles le souhaitaient.

Ne mettons pas les patients dans une position où ils sont obligés d'accepter, pour leur bien, ce qui leur est dit ou d'accepter d'être laissés dans le noir à propos de certaines choses. Votez contre cet amendement.

Merci, *meegwetch*.

[*Français*]

L'honorable Renée Dupuis : Honorables sénateurs, j'aimerais vous faire part des raisons pour lesquelles je voterai contre cet amendement. Il me semble que la façon dont l'amendement est rédigé est trop large. « Fournir des renseignements », c'est beaucoup trop vague. Quand on parle de « fournir des renseignements sur l'aide médicale à mourir à une personne affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables » ou de « fournir des renseignements à une personne... », on ne précise pas dans quel contexte on fournirait ces renseignements. Par exemple, dans une résidence pour personnes âgées, il y a un groupe communautaire de résidants qui organise des séances d'information au sujet de l'aide médicale à mourir. Serait-il possible qu'il y ait, dans l'assistance, des personnes souffrant potentiellement de

problèmes de santé graves et irrémédiables? Peut-être n'éprouvent-elles pas de souffrances intolérables, par ailleurs. Je pense que c'est un amendement qui est beaucoup trop vague. Il ne faut pas oublier que nous sommes dans un contexte de droit criminel; c'est un amendement qui risque de court-circuiter l'effort réel fourni par les collèges des médecins de chaque province afin de faire respecter des normes d'éthique.

Je terminerai en disant que le rapport de pouvoir entre le patient et le médecin existe; il y a réellement un rapport de pouvoir. Il a évolué, et espérons qu'il continuera d'évoluer. Toutefois, comme patient, on s'attend aujourd'hui à ce qu'un médecin, à défaut de pouvoir nous guérir, nous informe de l'ensemble des moyens raisonnables qui existent pour soulager nos souffrances. Je crois qu'on ne peut pas présumer que les patients connaissent toute l'étendue ou le détail de ces moyens. Merci.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Sénatrice Miville-Dechêne, je vois que votre main virtuelle est levée; est-ce pour débattre de l'amendement?

L'honorable Julie Miville-Dechêne : Je voulais revenir sur une partie de l'amendement présentée dans le discours du sénateur Plett. Je crois qu'il a fait référence à la loi de Victoria, en Australie, sur l'aide médicale à mourir. Or, il nous a dit que cette loi — et il avait raison sur ce point — interdisait au médecin d'amorcer la conversation sur l'aide médicale à mourir.

Toutefois, tout comme la sénatrice Dupuis, je tiens à faire les nuances qui s'imposent sur ce que prévoit la loi. Je vais donc citer un extrait de la loi de Victoria. Donc, le fait qu'un médecin parle d'aide médicale à mourir en premier lieu à son patient :

[*Traduction*]

> [...] doit être considéré comme un comportement non professionnel au sens et aux termes de la Health Practitioner Regulation National Law.

[*Français*]

Or, cette loi ne se retrouve certainement pas dans le Code criminel, mais est plutôt l'équivalent d'une réglementation professionnelle qui figurerait dans une loi provinciale au Canada, si on fait la transposition.

Je voudrais terminer en disant que, comme d'autres, j'ai beaucoup de difficulté à comprendre qu'un médecin puisse amorcer cette conversation. Je comprends que les circonstances peuvent varier et, à mon avis, il est difficile de faire la lumière sur ce genre de conversation privée, et surtout de criminaliser ce genre de conduite. Cependant, pour moi, il est difficile de comprendre qu'un médecin puisse amorcer cette conversation; cela doit se produire seulement dans de très, très rares cas. Merci.

[*Traduction*]

Son Honneur la Présidente intérimaire : Les honorables sénateurs sont-ils prêts à se prononcer?

Des voix : Le vote!

Son Honneur la Présidente intérimaire : Que les sénateurs qui sont contre la motion d'amendement veuillent bien dire non.

Des voix : Non.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Que les sénateurs qui sont en faveur de la motion et qui sont sur place veuillent bien dire oui.

Des voix : Oui.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Que les sénateurs qui sont contre la motion et qui sont sur place veuillent bien dire non.

Des voix : Non.

Son Honneur la Présidente intérimaire : À mon avis, les non l'emportent.

Et deux honorables sénateurs s'étant levés :

Son Honneur la Présidente intérimaire : La sonnerie retentira pendant 15 minutes. Le vote aura lieu à 16 h 11.

Convoquez les sénateurs.

• (1610)

La motion d'amendement de l'honorable sénateur Plett, mise aux voix, est rejetée :

POUR
LES HONORABLES SÉNATEURS

Ataullahjan	Martin
Batters	McCallum
Boisvenu	Mockler
Christmas	Ngo
Griffin	Oh
Housakos	Plett
Jaffer	Poirier
MacDonald	Smith
Marshall	Wells—18

CONTRE
LES HONORABLES SÉNATEURS

Anderson	Greene
Bellemare	Harder
Bernard	Hartling
Black (*Alberta*)	Keating
Black (*Ontario*)	Klyne
Boehm	Kutcher
Boniface	LaBoucane-Benson
Bovey	Lankin
Boyer	Loffreda
Brazeau	Lovelace Nicholas
Busson	Marwah
Carignan	McPhedran
Cordy	Mégie
Cormier	Mercer
Cotter	Miville-Dechêne
Coyle	Moncion
Dagenais	Moodie

Dalphond	Munson
Dawson	Omidvar
Deacon (*Nouvelle-Écosse*)	Pate
Deacon (*Ontario*)	Patterson
Dean	Petitclerc
Downe	Ravalia
Duffy	Saint-Germain
Duncan	Seidman
Dupuis	Simons
Forest	Stewart Olsen
Forest-Niesing	Tannas
Francis	Verner
Frum	Wallin
Gagné	Wetston
Galvez	White
Gold	Woo—66

ABSTENTION
L'HONORABLE SÉNATEUR

Manning—1

• (1620)

L'honorable Fabian Manning : Votre Honneur, j'aimerais prendre un instant pour expliquer mon vote.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Allez-y, sénateur Manning.

Le sénateur Manning : J'ai décidé de m'abstenir de voter comme je l'ai fait lors des votes précédents. Je ne crois pas à l'aide médicale à mourir, un point, c'est tout. J'ai de sérieuses réserves à cet égard, et c'est pourquoi je me suis abstenu de voter. Merci.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Merci. Nous reprenons le débat.

L'honorable Pamela Wallin : J'ai un amendement, et il a été présenté d'avance.

Honorables sénateurs, comme la plupart d'entre vous le savent, je pense que la question de l'aide médicale à mourir est très personnelle et que nous avons tous le droit de prendre nos propres décisions concernant la fin de notre vie — un droit qui peut seulement être concrétisé grâce une demande anticipée légale, présentée en bonne et due forme.

Comme il y a des antécédents de démence dans ma famille, je souhaite la tranquillité d'esprit que me procurera une demande anticipée — et le consentement à celle-ci. Je ne suis certainement pas la seule à penser ainsi. La majorité des Canadiens en sont venus à la même conclusion.

Au cours des consultations que j'ai menées dans le cadre de ce projet de loi, beaucoup de gens m'ont raconté leur expérience en tant que fournisseur de l'aide médicale à mourir ou en tant que personne qui l'envisage.

Je me suis entretenue avec la Dre Stefanie Green, de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, qui a affirmé que la légalisation des demandes anticipées est l'amélioration la plus importante que nous pourrions apporter à la loi, un sentiment partagé par l'ensemble de la communauté médicale, en particulier par les praticiens qui portent le fardeau de la responsabilité pénale dans la détermination et l'exécution de l'aide médicale à mourir.

Je me suis également entretenue avec Ron Posno, un ancien pilote d'essai de l'Aviation royale canadienne et enseignant estimé auprès d'étudiants ayant des besoins spéciaux. Âgé de 81 ans, il m'a raconté ce qu'il vit actuellement en raison de sa déficience cognitive légère, un précurseur de la démence. Il m'a expliqué qu'il a du mal à accepter la version actuelle de la loi. Il trouve frustrant que son épouse et lui soient forcés d'accepter la perte de sa mémoire, de ses souvenirs, de son sens d'orientation et, certainement, de sa dignité, à moins que nous puissions améliorer ce projet de loi.

La triste réalité, c'est que les dispositions législatives régissant actuellement l'aide médicale à mourir créent des écarts au niveau de son accessibilité. M. Posno m'a raconté l'histoire d'autres personnes qu'il a rencontrées dans sa vie et qui ont choisi de s'enlever la vie en se suicidant plutôt que de souffrir dans la solitude et la peur pendant toute une fin de vie sur laquelle elles n'auraient exercé aucun contrôle.

Voilà pourquoi je présente aujourd'hui mes amendements. Je le fais pour les personnes telles que M. Posno, pour ma défunte mère et ma grand-mère, pour les milliers de Canadiens qui reçoivent chaque année un diagnostic d'Alzheimer — ce tsunami qui va s'abattre sur les aînés — ainsi que pour tous ceux qui ne souhaitaient pas quitter cette vie dans la douleur ou continuer de vivre sans reconnaître leur famille et leurs amis, voire sans se reconnaître eux-mêmes. Je le fais pour les êtres chers, les proches aidants, les médecins et les évaluateurs sur qui repose une si grande responsabilité parce que nous tardons à nous acquitter de notre devoir de législateurs et à clarifier cette loi.

• (1630)

L'amendement que je propose permettra à quiconque de faire une déclaration écrite signée pour consentir à l'aide médicale à mourir, avant même de recevoir un diagnostic de maladie grave et irrémédiable. Il donnera à ceux qui craignent de perdre la capacité de consentir la certitude d'être admissibles à l'aide médicale à mourir avant d'en arriver à un point où il ne leur serait peut-être pas possible d'y consentir.

À l'heure actuelle, les mesures de sauvegarde prévues à l'article 3 du projet de loi C-14 et au paragraphe (3.1) du projet de loi C-7 exigent la signature d'un consentement à l'aide médicale à mourir après qu'une personne reçoive un diagnostic de maladie grave et irrémédiable. Cette exigence a créé une impasse pour certaines personnes qui ne peuvent plus donner un consentement éclairé à l'aide médicale à mourir parce qu'ils font l'objet d'un diagnostic de déficience cognitive. Mon amendement corrigera ce problème et permettra à toute personne de consentir — alors qu'elle est encore saine d'esprit et capable de prendre des décisions en toute connaissance de cause — à recevoir l'aide médicale à mourir.

Ce changement d'approche devrait également libérer les personnes dont le décès n'est pas raisonnablement prévisible — lorsque celui-ci est inévitable, mais pas imminent — de l'obligation de donner un consentement final à l'aide médicale à mourir. À l'heure actuelle, le projet de loi C-7 n'autorise une demande anticipée que lorsque le décès est raisonnablement prévisible. Il s'agit de la modification d'Audrey, qui garantit que les personnes

dont la mort est naturellement prévisible et dont la demande d'aide médicale à mourir a été approuvée ne doivent pas mettre fin à leur vie prématurément avant de perdre la capacité de consentir.

Ce droit représente une étape essentielle dans la bonne voie, mais je pense qu'il doit également être donné aux patients dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Un patient devrait avoir le droit de présenter une demande anticipée d'aide médicale à mourir s'il est atteint d'un trouble cognitif léger, de démence ou de la maladie d'Alzheimer, et ce, même si son décès n'est pas imminent.

J'avais déjà abordé cet enjeu ici lors d'une autre séance. J'ai parlé de patients qui se retrouvent piégés dans une sorte de loterie perverse de la maladie. Un patient qui se fait diagnostiquer un cancer grave, et dont le décès est raisonnablement prévisible, serait en droit de demander l'aide médicale à mourir. Par contraste, un patient ayant hérité de la carte de la maladie d'Alzheimer à la loterie des maladies ne pourrait pas présenter une telle demande, car le diagnostic à lui seul pourrait suffir à le disqualifier.

Certains sénateurs croient qu'il faudrait d'autres travaux en comité, d'autres études savantes, d'autres analyses de fonctionnaires et d'autres consultations avec la population. Ils pensent que nous devrions consacrer davantage de temps à cet enjeu. Pour ma part, j'appuie sans réserve — et ce, depuis plus de cinq ans — toute motion visant à s'assurer que le projet de loi C-14 est immédiatement soumis à un examen parlementaire en bonne et due forme. Néanmoins, les choses sont au point mort. Il y a toujours une raison, que ce soit une élection, la nécessité d'adopter une autre mesure législative relative à la COVID-19, ou que sais-je. C'est assez. Il existe un très large consensus concernant les demandes anticipées d'aide médicale à mourir. Les consultations publiques sur l'aide médicale à mourir, organisées par le gouvernement lui-même en mars de l'année dernière, ont révélé que près de 80 % des Canadiens sont en faveur des demandes anticipées d'accès à l'aide médicale à mourir et que plus de 75 % d'entre eux appuient les demandes anticipées dans les cas de démence ou d'Alzheimer.

Il a fallu attendre cinq ans avant que la modification d'Audrey se retrouve dans une mesure législative, en l'occurrence le projet de loi C-7. Le gouvernement croit maintenant que nous devrions permettre aux patients dont la mort naturelle est prévisible de présenter une demande anticipée. Pourquoi, alors, ne pas permettre aux personnes dont la mort n'est pas imminente, mais dont la vie est un enfer, d'entreprendre la même démarche? Et pourquoi ne pourrait-on pas nous autoriser à signer un consentement préalable avant même de recevoir un diagnostic? Pourquoi laisser de projet de loi créer encore plus de lacunes en matière d'accessibilité?

Selon certains, autoriser le consentement préalable revient à risquer d'administrer l'aide médicale à mourir à des personnes contre leur volonté, mais je crois que les mesures de sauvegarde déjà présentes dans le projet de loi empêcheront qu'une telle chose se produise. Bien entendu, personne ne devrait être obligé de recevoir l'aide médicale à mourir contre son gré. Il serait en fait très difficile qu'une telle chose se produise.

La Dre Chantal Perrot a fait une déclaration à cet effet au comité pas plus tard que la semaine dernière. J'ai d'ailleurs reçu aujourd'hui un très long courriel de sa part dans lequel elle réitère sa position :

> Il faut protéger les personnes vulnérables, ce qui inclut celles qui demandent l'aide médicale à mourir et qui ne pourraient pas en bénéficier selon des critères et des mesures de sauvegarde très restrictives. Les évaluateurs et les fournisseurs de soins doivent notamment évaluer la vulnérabilité du patient tout en respectant le droit de l'individu à prendre une décision qui ne plaît pas nécessairement à certains [...]

Je crois qu'il est important d'écouter la vaste majorité de Canadiens qui sont en faveur des demandes anticipées, qui contribuent à faire en sorte de respecter la volonté des individus. C'est ce que signifie l'autonomie. C'est ce que signifie notre droit constitutionnel à choisir.

Les modifications que je propose visent à permettre de signer et de dater une demande anticipée d'aide médicale à mourir avant même qu'un médecin ne pose un diagnostic qui pourrait rendre une personne inadmissible à ce type d'aide. Elles uniformiseront également le libellé de ce projet de loi et feront en sorte que la possibilité de renoncer au consentement final s'applique autant aux personnes pour qui la mort est raisonnablement prévisible qu'à celles dont la mort n'est pas prévisible.

ADOPTION DE LA MOTION D'AMENDEMENT

L'honorable Pamela Wallin : Par conséquent, honorables sénateurs, je propose l'amendement suivant :

> Que le projet de loi C-7, tel que modifié, ne soit pas maintenant lu une troisième fois, mais qu'il soit modifié, à l'article 1 :
>
> a) à la page 3, par adjonction, après la ligne 15, de ce qui suit :
>
> « **(3.1) Le sous-alinéa 241.2(3)b)(ii) de la même loi est remplacé par ce qui suit :**
>
> **(ii)** a été datée et signée avant que la personne ait été avisée par un médecin ou un infirmier praticien qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables ou après qu'elle en a été avisée; »;
>
> b) à la page 4, par substitution, aux lignes 12 à 15, de ce qui suit :
>
> « **(ii)** a été datée et signée avant que la personne ait été avisée par un médecin ou un infirmier praticien qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables ou après qu'elle en a été avisée; »;
>
> c) à la page 5 :
>
> (i) par substitution, à la ligne 26, de ce qui suit :
>
> « **(3.2)** Pour l'application des paragraphes (3) et (3.1), le médecin ou »,
>
> (ii) par substitution, à la ligne 28, de ce qui suit :
>
> « vue aux alinéas (3)h) ou (3.1)k), administrer une substance à la per- »;
>
> (iii) par substitution, à la ligne 36, de ce qui suit :
>
> « sauvegarde prévues aux paragraphes (3) ou (3.1) avaient été ».

Merci, chers collègues.

Des voix : Bravo!

Son Honneur la Présidente intérimaire : Débat.

L'honorable Paula Simons : Honorables sénateurs, ma mère était une femme belle et brillante, avec une passion pour les grandes œuvres littéraires, la haute couture et le bridge réplique. Elle désapprouvait toute forme de sentimentalisme, alors j'espère qu'elle me pardonnera, là où elle est, si j'avoue que je suis toujours hantée par le souvenir du jour où je l'ai amenée à son examen neurocognitif fatidique, le jour où le spécialiste a formulé le sombre diagnostic : la maladie d'Alzheimer.

La réponse de ma mère a été simple. Elle a demandé l'aide médicale à mourir, mais, bien sûr, elle était à la fois en avance et en retard. Sa mort n'était pas encore imminente. Ses souffrances allaient un jour devenir graves et irrémédiables, mais elles ne l'étaient pas encore. En même temps, elle avait déjà perdu en grande partie sa capacité de prendre elle-même ses décisions médicales.

Son histoire tragique montre pourquoi les directives anticipées sont un élément de l'aide médicale à mourir que nous devons bien comprendre. On ne peut pas exercer son autonomie ni protéger sa dignité si l'on ne peut pas choisir soi-même le moment de sa mort pendant qu'on a encore la capacité de le faire. Nous devons donner aux Canadiens la possibilité de donner leur consentement anticipé libre et éclairé quand vient le temps de prendre des décisions de fin de vie.

Un tel concept n'est ni nouveau ni radical. Des directives anticipées, ou des directives personnelles, comme on les appelle en Alberta, sont bien établies dans le droit provincial sur la santé. Voici un extrait de la décision que la Cour d'appel de l'Ontario a rendue en 1991 dans l'affaire *Fleming c. Reid* :

• (1640)

> Un patient peut faire connaître à l'avance son refus de consentir à un traitement proposé, en prévision de la possibilité qu'il soit inconscient ou autrement frappé d'incapacité et donc incapable d'exprimer à ce moment-là ses souhaits concernant une forme particulière de traitement médical. Un médecin ne peut pas faire abstraction de ces instructions préalables, même en cas d'urgence. Le droit du patient de renoncer à un traitement, en l'absence d'un intérêt social prépondérant, a préséance sur l'obligation du médecin de fournir des soins médicaux.

Le cadre juridique, soit le modèle, est déjà en place. L'élargir pour y inclure les démences dégénératives est à la fois logique et humain et donnerait une certaine tranquillité d'esprit aux personnes confrontées à un diagnostic de démence, ou à la perspective d'un tel diagnostic. Par surcroît, cette inclusion protégerait également leur droit, inscrit dans la Charte, à l'égalité de traitement devant la loi, indépendamment de toute déficience physique ou mentale.

Je peux vous dire qu'au fil des ans, il a été terrible de voir ma fière et élégante mère perdre sa capacité à lire et à écrire, à s'habiller et à reconnaître ses amis les plus anciens et les plus chers.

En juillet dernier, après des mois de confinement en raison de la pandémie, au cours desquels nous ne pouvions lui rendre visite qu'en demeurant à une certaine distance — ce qu'elle ne comprenait vraiment pas —, ma mère s'est fracturé la hanche. Aux urgences, le médecin a été franc. Il n'y avait aucun moyen pour elle de se remettre de sa blessure. Le médecin m'a donc présenté deux choix terribles : ne pas traiter sa hanche brisée, lui donner beaucoup de morphine et l'envoyer finir ses jours dans un centre de soins palliatifs. Je lui ai demandé si on allait lui donner quelque chose pour faciliter son décès, mais on m'a répondu que non. Ma mère n'était toujours pas admissible à un traitement humain comme l'aide médicale à mourir.

Le médecin m'a dit que la seule option serait de couper toute nourriture et tout liquide et de la laisser mourir de déshydratation et de faim. Oh, et à cause de la COVID-19, je ne serais pas autorisée à rester à ses côtés. Je devrais lui dire adieu à ce moment-là, aux urgences, et la laisser mourir toute seule, dans la douleur et terrorisée.

L'autre choix n'était guère mieux : le stress physique et le traumatisme d'une opération majeure et la douleur après un remplacement de hanche sans véritable chance de remarcher un jour. Pourtant, sur le coup, cette option semblait être le choix le moins mauvais. Était-ce la bonne décision? Je ne sais pas.

Ce que je sais, c'est que ma mère a souffert à l'hôpital pendant plus d'un mois, dans l'agonie, la peur et une fureur terrible, incapable de comprendre pourquoi elle se trouvait là ni pourquoi je ne la ramenais pas à la maison. Toutes ces journées interminables, j'ai été témoin de la torture et des tourments qu'elle a vécus. J'ai écouté ses hurlements incessants. Elle était complètement vulnérable.

C'était mon rôle de la protéger. J'ai échoué.

Elle a fini par cesser de manger et de boire. Je ne peux pas vous dire si c'était une réaction instinctive ou un choix conscient. Nous avons pris la décision de ne pas la gaver à l'aide d'une sonde d'alimentation. L'hôpital l'a déplacée dans une chambre individuelle et tranquille, et il a ajouté un lit afin que je puisse dormir à ses côtés.

Mon frère et moi étions tous les deux à son chevet lors de son décès. Au fil des heures, son départ a enfin été apaisé par de généreuses doses d'hydromorphone.

Ma mère aurait détesté ce discours. Elle l'aurait trouvé manipulateur et d'une sensiblerie sans nom, en plus de le qualifier d'invasion flagrante de sa vie privée. Cela dit, si ce qu'elle a vécu peut, d'une quelconque façon, vous aider et aider le gouvernement à comprendre la sagesse de l'idée sensée et empreinte de compassion de la sénatrice Wallin, je ne m'en excuserai pas, même pas auprès d'elle.

J'ai laissé tomber ma mère au moment où elle avait le plus besoin de moi. Nous ne devons pas laisser tomber les Canadiens maintenant. Par pitié, ne pouvons-nous pas offrir de meilleurs choix aux Canadiens et le droit de prendre leurs propres décisions lorsqu'ils peuvent toujours le faire? Merci. *Hiy hiy*.

Des voix : Bravo!

L'honorable Jane Cordy : Je remercie grandement les sénatrices Wallin et Simons, qui ont parlé d'un sujet qui suscite beaucoup d'émotion et qui soulève les passions chez ceux qui se penchent sur toute la question de la démence. La démence est effectivement une maladie difficile et émotionnelle avec laquelle de nombreuses familles doivent composer chaque jour. Il est extrêmement triste de voir un être cher ne pas reconnaître les personnes qui s'occupent de lui et l'aiment. Je pense que bon nombre d'entre nous, qui participent sur place ou par Zoom à la séance d'aujourd'hui, ont déjà vu des êtres chers perdre contact avec la réalité.

Honorables sénateurs, le projet de loi C-7 traite des cas comme celui d'Audrey Parker. Mme Parker était atteinte d'une forme avancée de cancer du sein, qui s'accompagnait de métastases cérébrales. Elle était admissible à l'aide médicale à mourir. Cependant, il y avait un fort risque que le cancer du cerveau nuise à sa capacité de donner son consentement avant la date où elle souhaitait recevoir l'aide médicale à mourir.

Audrey Parker a donc obtenu l'aide médicale à mourir des mois avant la date qu'elle aurait choisie. Le projet de loi C-7 autorise les demandes anticipées quand une personne est déjà admissible à l'aide médicale à mourir, ce qui n'était pas le cas du projet de loi C-14.

Or, honorables sénateurs, l'amendement proposé autorise des directives anticipées après le diagnostic d'une maladie, mais avant qu'une personne soit admissible à l'aide médicale à mourir. Cela signifie que ces directives seraient autorisées alors que la personne n'est pas encore admissible à cette aide.

Honorables sénateurs, Jennifer Gibson, professeure de bioéthique à l'Université de Toronto, s'inquiète du fait que le gros du débat public sur les directives anticipées a été simplifié et est axée sur la maladie d'Alzheimer. Les formes de démence sont variées et comportent de nombreux stades qui ont une incidence sur la souffrance et la capacité de consentement. La professeure Gibson estime qu'il existe des différences importantes entre les enjeux et qu'il faut tenir compte des incertitudes liées à la démence et au consentement.

Honorables sénateurs, je poserais les questions suivantes : quels sont les enjeux importants qui doivent être examinés? Quelles sont les incertitudes importantes qui doivent être prises en compte? Je ne connais pas la réponse à ces questions. De plus, quels critères devraient être utilisés pour autoriser les directives anticipées? Quelles mesures de sauvegarde faudrait-il mettre en place si nous autorisons les directives anticipées?

Honorables sénateurs, je ne connais pas non plus les réponses à ces questions.

Honorables sénateurs, le Comité des affaires juridiques n'a pas examiné ni évalué les directives anticipées dans le cadre de son étude du projet de loi C-7. Le comité n'a entendu aucun témoin à propos des directives anticipées. En effet, personne n'a pu répondre à des questions ou exposer son opinion sur les directives anticipées au sein du comité. Honorables sénateurs, je ne peux pas voter en faveur d'un amendement qui modifie autant le projet de loi C-7. Je ne peux pas voter en faveur d'un amendement qui propose des changements n'ayant pas fait l'objet d'un débat au comité et dont l'essence n'a jamais été discutée avant aujourd'hui par rapport à ce projet de loi.

Les sénateurs ont la responsabilité d'écouter tous les points de vue d'une question. Nous sommes en présence d'une question très émotive, d'autant plus qu'il s'agit d'une question de vie ou de mort. Il nous incombe de recevoir des témoins en comité qui exprimeront leur accord ou leur désaccord avec une mesure législative comme le projet de loi C-7.

La légalisation des directives anticipées est une question complexe qui exige un examen approfondi en comité. Cela n'a pas été fait.

Honorables sénateurs, nous n'avons pas réuni les éléments de preuve qui pourraient nous guider sur cet amendement, du moins qui pourraient me guider. Nous avons la responsabilité d'effectuer un second examen objectif lors de l'étude d'une mesure législative ou d'un amendement. Je n'appuierai pas cet amendement. Merci.

Des voix : Bravo!

L'honorable Kim Pate : Honorables sénateurs, comme les sénatrices Wallin et Simons, et comme tant d'autres dans cette enceinte et hors de cette enceinte, je parle à titre de membre d'une famille, de fille et de petite-fille d'êtres aimés morts après avoir souffert pendant des années de démence. Personnellement, j'aimerais pouvoir donner des directives anticipées. Je dois dire que cela s'explique en partie par le privilège dont je bénéficie en ce moment.

• (1650)

Lors des audiences du Comité des affaires juridiques, un témoin a dit du projet de loi C-7 qu'il était conçu pour ceux qui se sentent bien, mais sont inquiets, qui sont aisés et blancs. L'amendement proposé élargit l'aide médicale à mourir non liée à la fin de vie de sorte qu'il donnera probablement plus de droits et de choix aux personnes les plus privilégiées, celles les plus susceptibles de disposer des ressources financières et des autres ressources nécessaires à la mise en place de directives préalables. Je crains que cela ne fasse que renforcer les discriminations fondées sur les capacités physiques, en particulier chez les plus marginalisés, notamment, en raison de la classe sociale ou de la race.

Le projet de loi C-7 permet le consentement préalable dans le cadre de l'aide médicale à mourir pour s'épargner une mort douloureuse. Cet amendement élargirait la portée du projet de loi pour permettre de consentir préalablement à recevoir l'aide médicale à mourir plutôt que de devoir vivre avec des souffrances débilitantes.

Lorsque la ministre Qualtrough a comparu devant le Comité des affaires juridiques, l'automne dernier, elle a non seulement parlé de ses responsabilités ministérielles concernant le projet de loi C-7, mais elle nous a également parlé de sa propre expérience :

> Chaque jour, nous, les Canadiens et Canadiennes en situation de handicap, entendons des commentaires du genre « Je ne pourrais jamais vivre comme ça ». « Je préférerais être mort plutôt que de vivre comme ça », « Comment pouvez-vous vivre de cette façon? ». Nous sommes confrontés à la stigmatisation, aux stéréotypes et à l'ignorance. C'est la toile de fond de ces conversations.

Des organisations de personnes handicapées nous ont mis au défi de réfléchir à la mesure dans laquelle notre compréhension de la souffrance des autres est façonnée par le capacitisme, la discrimination systémique et l'exclusion.

Cela fait près de 40 ans que je travaille avec certaines des personnes les plus marginalisées, victimisées, criminalisées et institutionnalisées, et en leur nom. Aujourd'hui, un quart des détenus fédéraux sont des personnes âgées. Beaucoup d'entre eux souffrent de maladies chroniques et ne représentent aucun danger pour la sécurité publique, mais on ne les laisse pas sortir de prison pour obtenir les soins dont ils ont besoin dans la collectivité.

De nombreux prisonniers sont atteints de démence et vivent dans des conditions qui s'apparentent à l'isolement cellulaire. Imaginons pour un moment la situation d'une personne qui est confrontée à la perspective de perdre ses capacités cognitives en prison, qui doit s'inquiéter de devoir passer le restant de ses jours seule, probablement terrifiée et dans des conditions qui équivalent à de la torture.

Trop souvent, en rendant visite à des proches atteints de démence dans des foyers de soins de longue durée, j'étais affolée de constater que les conditions dans ces foyers évoquent l'isolement social et psychologique.

La COVID-19 a certainement détruit toute illusion possible quant à la pertinence du système actuel de soins de longue durée, particulièrement des résidences à but lucratif, comme régime auquel il est possible de confier en toute quiétude les personnes qui nous sont chères au moment où elles sont le plus vulnérables et où elles ont le plus besoin de soins.

De nombreuses personnes qui ne sont pas en fin de vie et qui envisagent l'aide médicale à mourir aux termes du projet de loi C-7 se heurtent à des coûts exorbitants et à l'indisponibilité des soins à domicile et dans la communauté et doivent donc composer avec l'autre possibilité, soit une vie dans ce système totalement inadéquat d'établissements de soins de longue durée.

Le Canada continue d'accuser un retard par rapport aux autres pays en matière de soins de longue durée, de soins de santé et de services sociaux. Il y consacre un pourcentage de son PIB considérablement inférieur à la moyenne parmi les pays de l'OCDE. Fait peu étonnant, les Pays-Bas, qui y consacrent le plus grand pourcentage de leur PIB, sont également le premier pays à avoir créé des programmes tels que des villages conçus pour les personnes atteintes de démence ou d'autres maladies neurodégénératives, où sont offertes des options plus humaines axées sur la communauté.

Comment pouvons-nous justifier que notre priorité consiste à étendre à certains le droit aux directives anticipées sans mettre l'accent de façon aussi nette sur la nécessité de faire en sorte que les systèmes de soutien en matière de santé, de services sociaux, de logement et de revenu respectent les normes associées à la prestation de soins adéquats et humains pour tous?

Voilà donc, honorables collègues, un autre de mes dilemmes. *Meegwetch*, merci.

[*Français*]

L'honorable Chantal Petitclerc : Honorable sénatrice Wallin, je vous remercie de l'amendement que vous avez présenté aujourd'hui, qui est la continuité du souhait que vous avez fait pour qu'une déclaration en vue de demander l'aide médicale à mourir soit effectuée avant même qu'une personne soit atteinte d'un problème de santé grave et incurable. Si je me souviens bien, vous avez déjà, à deux reprises, interpellé la Chambre sur cet enjeu essentiel. Aujourd'hui, je tiens à souligner la constance et l'importance de votre travail sur cette question.

[*Traduction*]

J'aimerais consacrer le temps qui m'est alloué aujourd'hui à souligner la grande complexité de cette question à titre d'objet de législation fédérale.

Il est question ici d'une situation où une personne capable de prendre des décisions énonce par écrit son souhait de recevoir l'aide médicale à mourir dans le futur si des circonstances précises lui causant une souffrance intolérable surviennent alors qu'elle a perdu sa capacité décisionnelle.

La question est complexe et nécessiterait des mesures de sauvegarde à au moins deux moments distincts. Premièrement, le moment où la personne prépare le document énonçant son souhait de recevoir l'aide médicale à mourir dans le futur et, deuxièmement, le moment où le médecin administre l'aide médicale à mourir pour mettre un terme à la vie de cette personne parce que les conditions précisées dans le document sont réunies.

Or, l'amendement ne prévoit aucune mesure de sauvegarde lorsqu'un consentement écrit est donné avant la réception d'un diagnostic admissible.

L'amendement ne traite pas non plus des complexités qui risquent de survenir lorsque les lois provinciales et territoriales seraient harmonisées pour tenir compte des demandes anticipées. Par exemple, la demande anticipée requiert la participation d'un mandataire, tel qu'un membre de la famille.

[*Français*]

Comme la personne n'aurait plus la capacité de prendre des décisions en matière de soins de santé pour elle-même, il incomberait évidemment à d'autres personnes de déterminer à quel moment et de quelle façon il convient d'invoquer la demande anticipée et de contacter le prestataire de l'AMM. Les lois provinciales peuvent également exiger que les demandes anticipées soient conservées dans un registre, afin que les praticiens puissent y accéder et soient en mesure de s'assurer qu'elles sont à jour. Les dimensions pratiques sont réglementées par les provinces et les territoires. Bien sûr, ce ne sont là que quelques exemples des complexités et des détails qui doivent, à mon avis, être soigneusement examinés avant d'aller de l'avant. Comme vous le savez, l'étude approfondie et l'étude préalable du comité sur le projet de loi C-7 n'ont pas porté sur les demandes anticipées, puisqu'elles ne font pas partie du projet de loi C-7.

[*Traduction*]

Oui, c'est vrai, quelques témoins ont fait des observations sur les demandes anticipées. Le professeur Raphael Cohen-Almagor, de l'Université de Hull, au Royaume-Uni, a déclaré ceci au comité au sujet des directives anticipées :

> Il faut les examiner soigneusement. J'ai vu au moins 60 versions différentes de directives anticipées, allant de souples à générales — comme « je veux mourir quand je ne reconnaîtrai plus mes enfants » —, en passant par très détaillées.

Le professeur Cohen-Almagor a souligné un autre problème pratique :

> [...] nous devons être conscients des changements qui s'opèrent dans l'esprit des patients à mesure que leur maladie progresse.

En effet, un patient atteint de démence pourrait dire qu'il souhaite une chose à un stade de la maladie, puis changer d'idée à un stade ultérieur. Un praticien devrait-il respecter la directive anticipée si le patient souhaite quelque chose de très différent maintenant? Il s'agit de questions très importantes et légitimes.

Le rapport du Conseil des académies canadiennes sur les demandes anticipées souligne aussi de nombreux éléments complexes liés aux demandes anticipées d'aide médicale à mourir. La majorité des experts, des praticiens et des intervenants consultés sur cette question précise au cours de la table ronde organisée par le gouvernement en février 2020 ont recommandé que l'on examine plus en profondeur ce type de demandes anticipées dans le cadre de l'examen parlementaire sur le régime d'aide médicale à mourir exigé par l'ancien projet de loi C-14.

• (1700)

[*Français*]

Comme plusieurs d'entre vous, honorables sénateurs, j'attends avec impatience que cet examen parlementaire soit lancé.

[*Traduction*]

Je crois que les décisions de politique qui touchent les demandes anticipées doivent prendre appui sur de telles études approfondies et exhaustives qui tiennent compte de la multitude de détails dans le but de protéger les Canadiens et de veiller à ce qu'ils aient accès aux meilleurs soins possible. C'est pourquoi, sénatrice Wallin, je ne peux pas appuyer votre amendement même si je suis d'accord avec votre intention.

[*Français*]

L'honorable Diane Bellemare : J'ai une question à poser à la sénatrice Petitclerc.

L'honorable Lucie Moncion (Son Honneur la Présidente suppléante) : Il n'y a plus de temps au chronomètre. Nous devons passer au sénateur Gold.

[*Traduction*]

L'honorable Marc Gold (représentant du gouvernement au Sénat) : Honorables sénateurs, j'aimerais commencer par exprimer mon admiration pour la sénatrice Wallin et pour tout ce qu'elle apporte au présent débat. Sénatrice, vous êtes dévouée et réfléchie. Vous faites preuve d'un raisonnement judicieux dans la manière dont vous défendez cette cause. Vos arguments et vos présentations sont profondément enracinés dans les valeurs fondamentales qui nous définissent en tant que Canadiens, qui définissent la Charte ainsi que notre droit à la vie, notre droit de prendre nos propres décisions concernant notre vie, et notre droit d'être traités avec le même respect et la même attention. C'est pourquoi votre histoire et celles de tant d'autres Canadiens me touchent personnellement. Merci. Cependant, je dois admettre que je suis d'accord avec la sénatrice Petitclerc; je ne peux pas appuyer l'amendement que vous proposez.

Comme d'autres l'ont expliqué, cette question est très complexe. Votre amendement exige des études beaucoup plus approfondies afin de mettre en place toutes les mesures adéquates pour protéger les plus vulnérables. Des changements de cette ampleur dans le processus de l'aide médicale à mourir doivent se faire avec une grande précaution de manière à ce que nous ayons l'assurance que la loi protège les Canadiens en fin de vie.

Au-delà des questions de politiques que l'amendement pourrait présenter, j'ai de sérieuses réserves concernant cette façon de procéder, et ce, non seulement à titre de représentant du gouvernement, mais aussi en tant que sénateur. Pendant les travaux du comité et du Sénat, il a souvent été dit que les modifications même mineures à l'aide médicale à mourir ne pouvaient pas être faites à la hâte. C'est pourquoi malgré l'échéance de décembre qu'avait imposée la cour, nous avons insisté collectivement pour nous acquitter de notre tâche de façon responsable. C'est pour cela que j'ai passé plusieurs mois à rappeler à des collègues du gouvernement, à l'autre endroit, que le Sénat insisterait pour étudier le projet de loi C-7 avec toute l'attention voulue, puisque c'est notre travail. C'est ce que nous faisons, avec tout le sérieux nécessaire.

À mon avis, l'adoption de l'amendement de la sénatrice Wallin serait tout simplement incompatible avec l'examen attentif et sérieux auquel le Sénat a soumis le projet de loi C-7 jusqu'ici. Nous n'avons pas évalué suffisamment les répercussions que pourrait avoir cette proposition. Il serait irresponsable — je le dis respectueusement, car je suis ému et touché — d'intégrer l'amendement proposé au projet de loi C-7.

Pour faire une analogie, imaginons un instant que je présente, en tant que représentant du gouvernement, un projet de loi d'initiative ministérielle qui élargit l'accès à l'aide médicale à mourir en permettant la demande anticipée, sans avoir mis en place un processus transparent de consultation, de discussion ou de demande d'informations auprès de spécialistes, et sans avoir renvoyé le projet de loi à un comité pour étude. Imaginons que je demande simplement au Sénat d'adopter les modifications en un jour, sans mener d'étude ou d'examen.

Nous savons quelle serait votre réponse : un refus catégorique, et avec raison. Le Sénat insisterait pour mener un second examen objectif. Cet amendement, son importance et le poids des conséquences s'il était adopté sont assez considérables pour mériter une étude et un examen.

Honorables sénateurs, le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles a passé d'innombrables heures à étudier le libellé et le contenu du projet de loi C-7 et a entendu plus de 100 témoins. Il a procédé ainsi parce qu'il s'agit d'aide médicale à mourir et que chaque mot du projet de loi compte. C'est une question de vie ou de mort. Le comité ne s'est pas attardé à la demande anticipée tout simplement parce qu'il n'en est pas question dans le projet de loi. En fait, l'étude préalable du comité, qui compte 36 pages, n'aborde même pas la question.

La proposition d'amendement de la sénatrice Wallin inclurait une nouvelle composante majeure dans le processus d'aide médicale à mourir de façon improvisée. Ces changements n'ont pas fait l'objet de recherches, d'un examen ou d'une étude en comité parlementaire, que ce soit à la Chambre ou au Sénat. Encore une fois, en tout respect, j'estime qu'il serait tout simplement imprudent d'adopter cet amendement, et je vous demande donc de le rejeter.

L'honorable Frances Lankin : Sénatrice Wallin, j'aimerais vous remercier de vos efforts soutenus dans ce dossier. J'appuie votre amendement. J'ai été étonnée de voir à quel point les expériences familiales de bon nombre de nos collègues ont contribué à orienter notre point de vue sur cette question. J'ai été frappée par les similitudes entre mon expérience familiale et celle de la sénatrice Simons, et je ne pourrais pas faire preuve du même courage qu'elle a démontré aujourd'hui en racontant cette expérience sans avoir la gorge nouée par les sanglots.

J'aimerais surtout parler des aspects techniques relatifs à cet amendement, mais en ce qui a trait à mon expérience familiale, j'aimerais dire que ma mère a souffert pendant près de 30 ans d'une forme de démence qui s'est aggravée à un point tel où, quelques années seulement après le début de sa maladie, elle était incapable de faire ce genre de demande. Elle est morte bien avant que l'aide médicale à mourir ne devienne une réalité au Canada. Elle a subi un

grave accident vasculaire cérébral, et selon le diagnostic, elle n'allait jamais s'en remettre, et on ne pourrait la maintenir en vie qu'en l'alimentant avec une sonde.

Ma famille a fait tout ce qu'il fallait. J'aidais moi-même ma mère lorsqu'elle possédait encore la capacité de consentir à des traitements. J'ai fourni des directives anticipées concernant son testament biologique; je lui ai prodigué des soins personnels; je me suis assuré que mon frère et moi comprenions bien sa volonté et que sa volonté soit communiquée au médecin traitant et aux autres professionnels de la santé. Selon la directive anticipée de ma mère, le personnel soignant ne devait pas déployer des efforts héroïques pour la maintenir en vie si son état en venait à trop se détériorer. Elle avait consigné un certain nombre d'exigences, dont elle s'est d'ailleurs acquittée au moment de son décès.

Chaque province et chaque territoire a mis en place des cadres législatif et réglementaire qui permettent d'établir des directives anticipées concernant les soins personnels, ainsi que de rédiger des testaments biologiques qui décrivent les attentes. Il existait des mesures législatives sur le consentement à des traitements et sur la manière dont ce consentement doit être analysé et traité bien avant qu'un débat national s'organise autour de l'aide médicale à mourir, ainsi que sur la capacité de consentir et le règlement des différends en la matière.

L'amendement de la sénatrice Wallin s'appuie sur toutes les lois existantes dans notre pays. C'est une façon de dire que les directives anticipées peuvent dire — et je vais parler au nom de mon frère et en mon propre nom, nous qui vérifions tous les deux régulièrement l'état de nos capacités cognitives, car nous sommes conscients des particularités de notre patrimoine génétique — que je ne veux pas d'intervention en pareilles circonstances. Je veux mourir.

• (1710)

Cependant, le dilemme, en ce qui concerne l'aide médicale à mourir, c'est de pouvoir juger du recours à l'aide médicale à mourir par comparaison à ce qu'a fait ma mère, qui a demandé à se faire retirer la perfusion saline et à côté de qui je suis restée assise pendant 14 jours pendant qu'elle mourait de faim et de soif. Personne ne dirait que cette méthode est appropriée et nous voudrions tous trouver une meilleure façon de procéder. Pourquoi puis-je insister pour obtenir les conditions qui mèneront à ma mort dans la douleur et l'angoisse, mais pas pour recevoir l'aide médicale à mourir? À mon avis, cela n'a aucun sens.

La sénatrice Wallin a soulevé cette question à maintes reprises et nous avons tous entendu les débats à ce sujet. Je suis désolée que le comité n'ait pas examiné ces questions lorsque quelques témoins les ont soulevées. C'est vrai.

Sénatrice Cordy et sénateur Gold, je comprends ce que vous dites, mais ce qui pose problème est le refus catégorique du gouvernement de procéder aux examens que nous avions demandés — nous avions également discuté de ce sujet en profondeur dans le cadre du projet de loi C-14, tout comme nous avions discuté de la maladie mentale, tout comme nous avions discuté des mineurs matures... Pour toutes les raisons que nous avons entendues, les études n'ont pas été menées, et le gouvernement demande aux gens d'attendre encore deux, trois ou quatre ans, alors que le système qui leur permettrait de donner des directives anticipées pour recevoir l'aide médicale à mourir existe déjà. Les amendements de la sénatrice Wallin prévoient simplement des mesures de sauvegarde concernant le moment où la directive doit être signée, soit avant un diagnostic de déficience cognitive ou de démence.

Je comprends que des sénateurs souhaitent consacrer plus de temps à la question. Nous avons eu de nombreuses occasions d'en discuter au cours des cinq dernières années, et la sénatrice Wallin en a parlé. Il y a eu des débats. Très franchement, beaucoup d'entre nous ont fait des recherches sur le sujet, car il est particulièrement intéressant pour nous d'entendre des professionnels, des régulateurs et les différents gouvernements provinciaux...

Son Honneur la Présidente intérimaire : Sénatrice Lankin, je suis désolée. Votre temps de parole est écoulé.

L'honorable Pierre J. Dalphond : Je suis d'accord avec la sénatrice Wallin : 80 % des Canadiens estiment que la loi devrait s'orienter vers le recours aux directives anticipées. Ce qui me pose problème avec l'amendement, c'est que, pour ce faire, il ne fait qu'ajouter les mots « avant que », ce qui, j'en ai bien peur, est insuffisant pour nous permettre d'atteindre cet objectif.

Jusqu'à présent, les trois pays qui ont autorisé les directives anticipées, soit la Belgique, les Pays-Bas et le Luxembourg, soulignent de nombreuses considérations et options politiques qui sont en jeu.

Aux Pays-Bas, les tribunaux sont actuellement saisis du régime d'aide médicale à mourir. Ils cherchent à déterminer si les directives anticipées peuvent être utilisées pour administrer l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

En Belgique, contrairement aux Pays-Bas, les directives anticipées sont valides uniquement pour les personnes inconscientes au moment d'administrer l'aide médicale à mourir. Par conséquent, les personnes atteintes d'un trouble qui affecte leurs capacités décisionnelles, comme la démence, ne peuvent pas avoir recours aux directives anticipées pour demander l'euthanasie à une date ultérieure, soit quand elles ne seront plus capables de prendre des décisions. De plus, la directive est valide seulement cinq ans, mais elle peut être renouvelée.

Au Luxembourg, les directives anticipées sont réservées aux personnes inconscientes. Contrairement à la Belgique, elles ne sont pas limitées dans le temps, mais, tous les cinq ans, un organisme central du gouvernement vérifie auprès de la personne qui l'a signée si elle souhaite toujours la conserver dans le système.

Aux termes du projet de loi C-7, si cet amendement est adopté et que les autres exigences du projet de loi C-7 ne sont pas modifiées, une personne devra être consciente pour obtenir l'aide médicale à mourir. Il me semble que cela soulève quelques questions. Les directives anticipées seront-elles admises si une personne est inconsciente au moment de lui administrer l'aide à mourir? Y aura-t-il un formulaire à remplir? Ce formulaire sera-t-il le même partout au pays ou les provinces utiliseront-elles leur propre formulaire? Les directives anticipées comprendront-elles une échéance, comme en Belgique ou au Luxembourg? Une autorité nationale ou provinciale sera-t-elle chargée de reconfirmer les volontés des personnes tous les cinq ans comme au Luxembourg?

Nous n'avons obtenu la réponse à aucune de ces questions durant l'examen du projet de loi C-7. Contrairement à la question de la maladie mentale, que pratiquement tous les groupes de témoins ont abordée, on n'a généralement pas discuté des directives anticipées.

[*Français*]

En réponse à une question posée par le sénateur Boisvenu sur les directives anticipées et la possibilité de les mettre en place au moyen du projet de loi C-7, Me Danielle Chalifoux, de l'Institut de planification des soins du Québec, a déclaré ce qui suit :

> Au Québec, notre groupe d'experts a présenté au gouvernement un rapport qui comporte un régime complet sur les demandes anticipées. Nous avons étudié tous les aspects de ces demandes. Cela pourrait très bien inspirer également le législateur fédéral. [...]
>
> [...] au Québec, le groupe d'experts qui a étudié la question propose un régime complet pour les demandes anticipées. On est allé vraiment dans le détail et on espère que de concert avec le gouvernement fédéral, parce que cela ne peut pas se faire à l'initiative exclusive d'une province, le projet de loi pourrait éventuellement l'inclure.

Me Chalifoux ajoute ce qui suit :

> [...] c'est un problème extrêmement complexe. Cela demande de mettre sur pied tout un régime de demandes ou de formulaires, d'assurer le consentement libre et éclairé; quand cela surviendra-t-il? Est-ce que la personne peut avoir l'aide médicale à mourir quand elle sera totalement inapte? Qu'est-ce que cela veut dire exactement? Est-ce qu'on prendra l'avis de la famille? Comment cela s'articulera-t-il? Il s'agit là de beaucoup de données que nous avons étudiées dans notre rapport et qui ne pourraient pas s'appliquer simplement avec un article court énonçant qu'il y a renoncement au consentement final. Selon moi, ce serait d'ailleurs ne pas rendre service aux citoyens de le faire sans garantie ni sauvegarde, car c'est un sujet extrêmement délicat aussi.

Malheureusement pour nous, aujourd'hui, ces questions n'ont pas fait l'objet d'un débat au sein du comité, et je dois conclure qu'il serait prématuré, comme le disait le sénateur Gold, et peut-être même irréfléchi d'adopter ces deux petits mots lourds de signification. Je souhaite cependant que le sénateur Gold fasse pression auprès du gouvernement pour que le comité, qui devait être mis sur pied depuis un an pour faire une révision complète du projet de loi C-14, soit créé au cours des semaines à venir, afin que le travail puisse enfin se faire.

Merci.

L'honorable Pierre-Hugues Boisvenu : Honorables sénateurs, j'appuie l'amendement que propose ma collègue. J'ai soumis hier un amendement qui ressemblait un peu à celui-ci, mais qui a été rejeté.

Le projet de loi C-7 offre une perspective un peu hypocrite aux personnes qui souffrent de maladies dégénératives. On leur dit à la fois qu'elles sont admissibles à l'aide médicale à mourir, mais qu'elles ne peuvent faire de demande anticipée. Comment une personne qui souffre d'une maladie dégénérative peut-elle faire une demande d'aide médicale à mourir et exercer ses droits sans que ce soit une demande préalable? C'est comme si on disait à cette personne qu'on lui octroie un permis de conduire, mais qu'on ne lui donne pas l'autorisation de monter à bord de son véhicule. Le projet de loi C-7 se résume à peu près ainsi.

Des dizaines de personnes m'ont contacté ce matin, et ce sont des gens qui ont reçu un diagnostic. Or, ces personnes ont l'impression que le Sénat les a laissées tomber et qu'il n'a pas été à l'écoute de la douleur qu'elles vivent tous les jours.

Grâce à une demande anticipée, ces personnes vivraient sereinement jusqu'au niveau 5 de leur maladie, soit l'étape où elles perdent complètement le contact avec la réalité et où la famille ou le médecin, en vertu de l'autorité donnée au préalable par un patient, procéderaient à mettre fin à leurs jours.

Comme je l'ai dit hier, nous avons la clé pour faire en sorte que ces personnes ne soient pas enfermées dans leurs souffrances inévitables. Lorsqu'on oblige ces patients à rester dans un état de souffrance, on fait de même pour leur famille. En effet, les souffrances du patient touchent également les personnes qui l'entourent et tout le noyau familial.

On a échoué en 2016 à venir en aide à ces personnes, et on s'apprête à échouer encore une fois en 2021.

• (1720)

Je ne crois pas que, dans deux ans, le gouvernement aura terminé sa réflexion sur la maladie mentale, étant donné que le dossier est trop complexe. Pourtant, le dossier n'est pas complexe aux yeux des gens qui souffrent de maladie dégénérative, parce que la loi stipule qu'ils ont ce droit. Cependant, la loi ne mentionne pas la façon dont ce droit va s'exercer.

Je crois que l'amendement de la sénatrice Wallin permet d'exposer la manière dont ce droit s'exercera. Je tiens à répéter ceci : en 2021, nous n'avons pas le droit d'échouer une deuxième fois face à des gens qui veulent exercer ce droit. Merci.

L'honorable Claude Carignan : J'aimerais d'abord dire que j'ai un penchant favorable pour les directives médicales anticipées. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai voté en faveur de l'amendement du sénateur Boisvenu hier, pour que le gouvernement se voie forcé à se pencher rapidement sur la question. Je voulais contribuer à lui donner une petite poussée.

Plusieurs ont fait référence au fait que, nous avons adopté le projet de loi C-14, nous avons réclamé une étude sur les directives médicales anticipées, les mineurs émancipés et la question de la maladie mentale. Toutefois, le gouvernement n'a pas fait ses devoirs. C'était aussi une recommandation du comité mixte du Sénat et de la Chambre des communes, qui avait étudié cette question et a recommandé de faire une étude plus approfondie sur ces questions.

Malheureusement, cela n'a pas été fait. Malheureusement aussi, lors de l'étude du projet de loi C-7, nous n'avons pas traité de la façon de procéder avec les directives médicales anticipées. Le sujet n'a pas fait l'objet d'études, sauf peut-être le témoignage que le sénateur Dalphond a cité. Je crois que c'est le seul passage qui parlait plus spécifiquement des directives médicales anticipées, en plus des questions de mon collègue le sénateur Boisvenu, mais on n'a pas fait le tour de la question.

Cela m'a justement amené à réfléchir sur cette question. Nous avons tous notre petite histoire personnelle. Dans mon cas, c'est ma mère qui est actuellement atteinte d'alzheimer. J'ai souvent entendu ma mère prier pour mourir. À chacune de mes visites, je vois la lumière qui s'éteint davantage dans ses yeux. La dernière fois, elle me reconnaissait à peine. Quoi qu'il en soit, j'imagine mal comment ma mère, avec son sourire habituel, verrait un médecin qui arriverait, du jour au lendemain, pour lui administrer l'aide médicale à mourir.

Je pense qu'on doit réfléchir à la question, parce que, lorsqu'une personne n'a pas la capacité à consentir à la fin de sa vie, cela soulève de sérieuses questions éthiques. Même si j'ai un penchant

favorable pour les directives médicales anticipées, j'invite les gens à voter contre cet amendement. Il faudrait presque pousser le gouvernement actuel et le supplier de remplir l'engagement qu'il a fait de mettre très vite une procédure en place, en collaboration avec les provinces.

Puisque le Québec est déjà assez avancé en la matière, il pourra partager son expérience avec les provinces et le gouvernement fédéral, afin qu'un système de directives anticipées soit mis en place pour ceux qui auront fait connaître les conditions dans lesquelles ils veulent quitter ce monde. Merci.

La sénatrice Bellemare : Cette question des directives anticipées est plutôt bouleversante et me rend émotive également, car, tout comme vous et vos amis d'un certain âge, je me dis qu'il serait bien d'avoir la possibilité de faire ces demandes.

Par ailleurs, je crois que le projet de loi C-7 ne porte pas sur cette question et qu'on ne nous a pas donné le mandat de l'étudier. Même si je suis très favorable aux directives médicales anticipées, je préférerais que l'on poursuive notre réflexion.

De mon côté, j'ai moi aussi vécu des expériences personnelles qui m'ont fait réfléchir sur la question des directives médicales anticipées. Mon père a souffert de démence et il est maintenant décédé. Lorsqu'il s'est mis à beaucoup souffrir dans son centre de soins de longue durée, on lui a administré des calmants, comme la morphine, et il est, à la fin, parti tout doucement et très rapidement.

Au même moment, quand j'allais lui rendre visite, je voyais l'image troublante de deux personnes qui étaient atteintes d'alzheimer et qui éclairaient cette unité de soins de leur sourire. Pendant qu'ils étaient là, ils étaient tombés amoureux l'un de l'autre. Même si leurs conjoints allaient les voir, ces deux personnes ne se souvenaient plus du tout d'eux. Ils semblaient tellement heureux dans leur univers. Finalement, quand le premier est parti, l'autre est décédé deux semaines plus tard.

Je sais que ces personnes ne souffraient pas, et c'est peut-être la clé, mais il n'en demeure pas moins que la réflexion reste à faire et qu'elle est complexe. On peut toujours se dire que ce n'est qu'un amendement au Code criminel et laisser aux provinces le soin d'y réfléchir. Néanmoins, il m'apparaît très clair que cette question ne figure pas dans le projet de loi C-7 et, en raison de cela, on augmente considérablement la portée du projet de loi.

Pour ces raisons, je n'appuierai pas l'amendement de la sénatrice Wallin, et ce, même si je suis tout à fait d'accord pour qu'il soit étudié et que j'aurais tendance à l'appuyer. Merci.

[*Traduction*]

L'honorable Jim Munson : Je n'allais pas intervenir au sujet de cet amendement particulier, mais parfois le débat revêt une grande importance. De temps en temps, après 17 ans de présence dans cette enceinte, je pense parfois que le Sénat doit prendre l'initiative et forcer le débat.

Cet après-midi au commencement du débat, je pensais m'abstenir en raison des arguments avancés au sujet de cette initiative concernant une directive préalable. Chacun parle de son expérience et j'en ai une moi aussi, mais il ne serait pas utile que je raconte l'histoire de ma mère et de mon père ici aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, j'ai été ému par l'intervention de la sénatrice Simons et par sa façon d'aborder cet enjeu.

Le problème ne se trouve pas dans la mesure législative en particulier, le projet de loi C-7, mais il y a eu suffisamment de discussions dans cette enceinte et à l'autre endroit pour affirmer qu'il faut parfois faire preuve de courage. Si nous adoptons cet amendement, il devra être renvoyé à l'autre endroit, et qui sait ce que les députés en diront? Sur ce, et sans entrer dans les complexités de la question, nous disons parfois « J'ai de l'empathie, mais... » ou « Je suis vraiment désolé pour vous, mais... ». Toutefois, maintenant, j'interviens pour dire que je soutiendrai cet amendement. Merci.

[*Français*]

L'honorable Renée Dupuis : Je voulais poser une question à la sénatrice Wallin, mais comme notre temps est compté, je vais l'exprimer autrement.

Il me semble que les discussions qui ont eu cours dans le cadre des délibérations sur le projet de loi C-7 ont porté sur l'article qui prévoit la renonciation au consentement final, soit le paragraphe 3.2 de l'article modificatif 1, en vertu duquel la renonciation au consentement final est réservée aux situations où la mort est raisonnablement prévisible. Donc, on a choisi expressément, sûrement pas par hasard ni de façon inconsciente, de ne pas accorder à une personne qui n'est pas dans une situation de mort raisonnablement prévisible — dont la mort n'est donc pas prévisible — la possibilité de renoncer au consentement final si, avant de perdre la capacité à consentir, cette personne a conclu une entente avec le médecin qui lui administrerait l'aide médicale à mourir.

• (1730)

La discussion au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles a porté sur cet ajout qui est proposé dans le projet de loi C-7. Je crois que le dilemme dans lequel nous nous trouvons a trait au fait que... Je veux, moi aussi, faire référence au rapport du groupe d'experts québécois qui s'intitule *L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'inaptitude : le juste équilibre entre le droit à l'autodétermination, la compassion et la prudence*, qui compte plus de 150 pages. C'est la raison pour laquelle j'avais insisté pour que Me Chalifoux comparaisse devant notre comité. Elle nous a fait part, et le sénateur Dalphond y a fait référence tout à l'heure, des recommandations du groupe d'experts. Il s'agit d'une question extrêmement complexe et l'amendement de la sénatrice Wallin dont nous sommes saisis, à mon avis, traite de deux choses. Il aurait très bien pu ne traiter que d'un élément, pour faire en sorte que la renonciation au consentement final soit offerte ou soit une possibilité, peu importe que la mort soit prévisible ou non, dans le cas de personnes qui éprouvent des souffrances graves, irrémédiables et intolérables. Merci.

[*Traduction*]

Son Honneur la Présidente intérimaire : Les honorables sénateurs sont-ils prêts à se prononcer?

Des voix : Le vote!

Son Honneur la Présidente intérimaire : Que les sénateurs qui sont contre la motion d'amendement veuillent bien dire non.

Des voix : Non.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Que les sénateurs qui sont en faveur de la motion et qui sont sur place veuillent bien dire oui.

Des voix : Oui.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Que les sénateurs qui sont contre la motion et qui sont sur place veuillent bien dire non.

Des voix : Non.

Son Honneur la Présidente intérimaire : À mon avis, les non l'emportent. Je vois deux sénateurs se lever.

Et deux honorables sénateurs s'étant levés :

Son Honneur la Présidente intérimaire : La sonnerie retentira pendant 15 minutes. Le vote aura lieu à 17 h 48. Convoquez les sénateurs.

• (1740)

La motion d'amendement de l'honorable sénatrice Wallin, mise aux voix, est adoptée :

POUR
LES HONORABLES SÉNATEURS

Black (*Alberta*)
Black (*Ontario*)
Boisvenu
Brazeau
Busson
Cormier
Cotter
Coyle
Dagenais
Dasko
Deacon (*Ontario*)
Dean
Downe
Duffy
Duncan
Forest
Forest-Niesing
Galvez
Greene
Griffin
Hartling
Jaffer
Keating
Kutcher
Lankin
Marshall
Marwah
McPhedran
Mercer
Mockler
Moodie
Munson
Ngo
Oh
Omidvar
Patterson
Ravalia
Saint-Germain
Simons
Smith
Stewart Olsen
Tannas
Verner
Wallin
Wells
Wetston
White—47

CONTRE
LES HONORABLES SÉNATEURS

Anderson
Batters
Bellemare
Boniface
Boyer
Klyne
LaBoucane-Benson
Loffreda
Lovelace Nicholas
MacDonald
Carignan
Cordy
Dalphond
Dawson
Francis
Frum
Gagné
Gold
Harder
Martin
McCallum
Mégie
Moncion
Petitclerc
Plett
Poirier
Seidman
Woo—28

ABSTENTIONS
LES HONORABLES SÉNATEURS

Ataullahjan
Boehm
Bovey
Deacon (*Nouvelle-Écosse*)
Dupuis
Manning
Miville-Dechêne
Pate—8

• (1800)

La sénatrice Pate : J'aimerais expliquer les motifs de mon abstention, Votre Honneur.

Honorables sénateurs, je me suis abstenue en faisant fi de mes opinions personnelles, car je trouve irresponsable d'étendre la portée d'une mesure législative aux privilégiés de la société sans d'abord nous assurer que le financement consacré à la santé, aux mesures sociales, au logement et au soutien économique est adéquat et qu'il existe des normes garantissant que tous les Canadiens, mais plus particulièrement les personnes pauvres, racisées et handicapées, ont eux aussi accès à un vrai choix.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Je vous remercie, sénatrice Pate.

L'honorable Colin Deacon : Honorables sénateurs, je suis en faveur des directives anticipées, mais je demeure convaincu qu'il faut étudier la question davantage afin d'atténuer les risques et d'éviter les dérapages. Plus tard, je pourrai les appuyer avec plaisir.

L'honorable Patricia Bovey : Honorables sénateurs, je tenais à dire que je me suis abstenue pour exactement les mêmes raisons que le sénateur Deacon de la Nouvelle-Écosse. Je vous remercie.

[*Français*]

La sénatrice Dupuis : Je me suis abstenue parce que je ne voulais pas empêcher que la proposition puisse être adoptée. Je suis en faveur des directives anticipées avant l'établissement d'un diagnostic, mais je ne veux pas donner au gouvernement la possibilité de rejeter l'amendement sur l'exclusion de la maladie mentale dans la réponse de la Chambre des communes que nous allons recevoir. Merci.

[*Traduction*]

Son Honneur la Présidente intérimaire : Honorables sénateurs, conformément à l'ordre adopté le 8 février 2021, je dois suspendre la séance pendant une heure. Nous reprendrons à 19 h 8.

(La séance du Sénat est suspendue.)

(Le Sénat reprend sa séance.)

• (1910)

LE CODE CRIMINEL

PROJET DE LOI MODIFICATIF—TROISIÈME LECTURE—DÉBAT

L'ordre du jour appelle :

> Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénatrice Petitclerc, appuyée par l'honorable sénateur Gold, c.p., tendant à la troisième lecture du projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), tel que modifié.

L'honorable Denise Batters : Honorables sénateurs, je vais proposer un amendement au cours de mon intervention.

Le suicide assisté est définitif. Il n'y a absolument aucune place à l'erreur, car des vies innocentes sont en jeu. Voilà pourquoi il faut prévoir les mesures de sauvegarde les plus rigoureuses qui soient dans un régime élargi pour inclure ceux dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Les tribunaux sont du même avis. Et pourtant, dans le projet de loi C-7, le gouvernement fédéral commence à faire reculer des mesures de sauvegarde qu'il a inscrites dans la loi il y a moins de cinq ans.

Le projet de loi C-7 propose d'éliminer la période d'attente de 10 jours qui sépare la demande et l'aide à mourir pour les cas où la mort est raisonnablement prévisible. Il permet la renonciation au consentement final, ouvre la porte à des directives anticipées et supprime l'obligation de faire signer la demande d'aide à mourir par deux témoins indépendants. Désormais, un seul témoin suffirait.

Nous nous aventurons en terrain dangereux et glissant, et les choses vont trop vite. Il y a seulement cinq ans, au cours de notre étude préalable sur la question de l'aide à mourir, le Comité des affaires juridiques a voté à l'unanimité pour qu'il y ait une période d'au moins 15 jours francs entre la signature de la demande d'aide médicale à mourir et l'administration de celle-ci. Nous avons fait cette recommandation au gouvernement Trudeau, mais il l'a refusée et a plutôt opté pour une période de 10 jours et, même là, cette période peut être au besoin raccourcie afin de maintenir le consentement. Et voilà qu'il abolit cette période d'attente.

Même la personne qui a conçu la première loi sur l'aide médicale à mourir, l'ancienne ministre de la Justice Jody Wilson-Raybould, s'est dite inquiète du retrait des mesures de sauvegarde visées par le projet de loi C-7. L'automne dernier, pendant la période des questions, elle a demandé à l'actuel ministre de la Justice, David Lametti, pourquoi ce nouveau projet de loi visait à retirer des mesures de sauvegarde incluses dans le projet de loi C-14, puisque cette mesure n'était exigée ni dans la décision rendue par un tribunal inférieur du Québec dans l'affaire *Truchon*, ni dans la décision rendue par la Cour suprême dans l'affaire *Carter*. Le ministre s'est contenté d'invoquer les consultations intensives que le gouvernement est censé avoir menées au sujet de ce projet de loi.

Il s'agissait peut-être des mêmes consultations intensives qu'un témoin autochtone a qualifiées d'inadéquates et qui, selon une autre personne, n'ont pas été menées convenablement? À moins qu'il ne s'agisse de ce que le groupe de défense des droits des personnes handicapées Inclusion Canada a décrit comme un processus précipité qui n'était pas du tout adapté au genre de tables rondes qui devrait inclure les personnes handicapées. Le ministre Lametti parlait peut-être du processus de consultation en ligne que le gouvernement a mis en place, auquel cas je peux vous assurer que la consultation était minime, puisque j'ai moi-même participé à ce processus. Les questions étaient rédigées de façon bien précise, on ne pouvait donner que des réponses limitées qui orientaient les résultats de façon particulière, et on ne pouvait fournir des renseignements supplémentaires qu'en rédigeant une réponse détaillée dont les données sont plus difficilement quantifiables.

Les médias ont rapporté que certaines personnes avaient rempli le questionnaire en ligne plusieurs fois, même des dizaines de fois. C'est ridicule. Les Canadiens n'ont pas été suffisamment consultés. Il n'y a pas eu d'examen parlementaire. Le sondage SurveyMonkey : c'est tout ce que le gouvernement Trudeau nous a fourni sur le sujet. Ce n'est pas de la consultation, honorables sénateurs, et cela ne justifie pas qu'on élimine des mesures de sauvegarde destinées à préserver la vie des gens. Le suicide assisté ne permet pas de retour en arrière.

Le Dr Harvey Schipper a prévenu le Comité des affaires juridiques à propos de la nécessité de conserver les mesures de sauvegarde prévues dans le projet de loi C-7, étant donné le manque de preuves du contraire. Il a dit ceci :

> À mon avis, nous n'avons pas les preuves nécessaires pour supprimer la moindre mesure de sauvegarde. En toute justice, nous n'avons pas non plus les preuves nécessaires pour en ajouter de nouvelles. Nous ne savons tout simplement pas à quoi nous en tenir. Vous avez des données insignifiantes sur 13 000 cas.

Le Dr Schipper parlait de cas pour lesquels l'aide médicale à mourir a été administrée au Canada.

> Il est tout à fait insensé de supprimer la période de réflexion. C'est contraire à ce que nous dit la biologie.

Les tribunaux ont bien compris la nécessité de mesures de sauvegarde solides pour l'établissement de tout régime d'aide médicale à mourir. Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada a convenu avec le juge de première instance que les risques associés à la mort administrée par un médecin peuvent être limités avec une série de mesures de sauvegarde bien conçues et bien surveillées. Le jugement de la Cour du Québec dans l'affaire *Truchon* dit ceci :

> Le Tribunal retient plutôt que les autres critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde déjà en place dans la loi s'avèrent suffisants pour assurer que le système puisse procurer l'aide médicale à mourir aux personnes qui y ont droit.

Aucune de ces deux décisions judiciaires ne réclame la révocation des mesures de sauvegarde existantes.

Le gouvernement Trudeau affirme que la période d'attente de 10 jours entre le moment où la demande d'aide médicale à mourir est signée et celui où l'aide médicale à mourir est administrée est une source de souffrances supplémentaires. Bien sûr, il ne tient pas compte du fait qu'éliminer cette période d'attente pourrait abréger prématurément la vie d'un patient qui pourrait changer d'avis

pendant ces 10 jours. Le professeur de droit, Trudo Lemmens, a parlé du pour et du contre d'une telle mesure au Comité des affaires juridiques. Je le cite :

> […] L'argument invoqué pour éliminer
>
> — la période de réflexion —
>
> […] est la souffrance cruelle qu'elle impose aux personnes qui ont déjà pris leur décision, mais il fait fi de la protection qu'elle procure à tous les autres qui ont peut-être des semaines, des mois, voire des années à vivre une vie pleine de sens. À ce que je sache, nous ne disposons d'aucune expertise juridique, éthique ou médicale qui justifie de faire primer la souffrance qu'inflige un délai à certaines personnes sur le risque que d'autres soient prématurément privées de leur vie. […] mais il n'y a plus rien à faire une fois le décès prononcé. Il serait tout à fait raisonnable d'édicter une politique publique qui pèche par excès de prudence.

Les partisans de l'aide au suicide soutiennent que les personnes qui veulent avoir accès à l'aide médicale à mourir ont déjà pris leur décision dans les 10 jours qui suivent la présentation de leur demande. Dans le cadre de l'étude préalable de la question, de nombreux témoins ont comparu au Comité des affaires juridiques et ont affirmé que les tendances suicidaires peuvent fluctuer énormément. Le Dr Harvey Chochinov a dit ce qui suit :

> [...] Notre groupe de recherche a rapporté que la volonté de vivre peut fluctuer considérablement sur des périodes aussi courtes que de 12 à 24 heures. De fait, 40 % des patients auxquels on avait prescrit une dose létale de médicament en Oregon ont décidé de ne pas prendre la surdose létale, préférant laisser la maladie invoquée suivre son cours naturel.

La Dre Leonie Herx, de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, s'est dite préoccupée par l'abrogation de la période de réflexion de 10 jours. Elle a affirmé ceci :

> Si vous abrogez la période d'attente de 10 jours, cela voudra dire que, au Canada, les gens pourront demander l'AMM et la recevoir le même jour, alors que, comme nous venons de l'entendre, jusqu'à 40 % des gens n'avaient eu aucun contact avec les soins palliatifs avant de demander l'AMM. Et maintenant, avec ce projet de loi, peut-être qu'on va mettre fin à la vie d'une personne le jour même, alors qu'elle ne dispose pas de toute l'information ou de toute l'expérience nécessaires sur la façon dont ses souffrances peuvent être traitées autrement.

Une décision de cette envergure nécessite manifestement une plus grande réflexion.

Honorables sénateurs, cette période de réflexion n'est que de 10 jours. C'est plus court que les prévisions météo à long terme ou la période d'isolement en raison de la COVID-19. On dispose d'un délai plus long pour retourner un petit achat dans la plupart des magasins. Honorables sénateurs, le Sénat est la Chambre de second examen objectif. Les Canadiens ne devraient-ils pas avoir le temps d'effectuer un second examen de la décision de mettre fin à leur vie?

Le gouvernement semble supprimer des mesures de sauvegarde sans même comprendre leurs effets. Prenons l'exemple de la disposition prévue dans le projet de loi C-7, qui réduira, en le faisant passer de deux à un, le nombre de témoins indépendants pour une demande d'aide médicale à mourir. Lorsque la ministre Patty Hajdu a témoigné devant le Comité des affaires juridiques, elle a affirmé ceci :

> Le seul rôle d'un témoin est de confirmer l'identité de la personne qui signe la demande et de la dater. Les témoins ne jouent aucun rôle pour établir si une personne est admissible à l'AMM ou savoir si sa décision est volontaire et éclairée.

Cette affirmation faisait partie des observations préliminaires de la ministre, qui avaient été rédigées à l'avance. Il ne s'agissait donc pas d'un commentaire spontané. Pourtant, lorsque j'ai posé une question à ce sujet aux fonctionnaires du ministère de la Justice la semaine dernière, ils m'ont répondu ce qui suit :

> Selon nous, le rôle que le témoin a à jouer relativement à la demande écrite est de confirmer l'identité de la personne qui la signe et de confirmer que cette personne comprend ce qu'elle signe et qu'elle signe de son plein gré.

Le gouvernement Trudeau semble tellement pressé de faire adopter ce projet de loi que les ministres ne se donnent même pas la peine d'en comprendre les subtilités. La ministre Hajdu sait-elle elle-même ce qui se passe? Nous savons qu'elle ignore ce qui se passe avec les marchés d'approvisionnement en vaccins, mais elle ne connaît même pas le régime concernant l'aide à mourir, un régime à l'élargissement duquel elle contribue pourtant. Une telle négligence sur une question de vie ou de mort est inexcusable chez une ministre.

C'est l'empressement du gouvernement Trudeau à apporter ces modifications aussi rapidement — trop rapidement — qui m'inquiète le plus. Alors que nous sommes en pleine pandémie, que les gens souffrent et que tout semble être reporté ou fonctionner au ralenti, le gouvernement semble déterminé à faire adopter ce projet de loi sur le suicide assisté de toute urgence. Il est prêt à jeter par-dessus bord toutes les mesures de sauvegarde possibles, comme si le navire allait couler. Pourquoi ce projet de loi? Pourquoi maintenant? Nous n'avons même pas effectué l'examen parlementaire. Nous ne savons même pas encore ce que nous ignorons. Les instances judiciaires n'ont pas demandé au gouvernement d'éliminer d'importantes mesures de sauvegarde. Voilà pourquoi je propose aujourd'hui un amendement qui rétablira la période de réflexion de 10 jours et l'exigence de la présence de deux témoins, telles qu'elles étaient prévues initialement dans le projet de loi C-14.

Honorables sénateurs, l'une de nos premières responsabilités en tant que sénateurs consiste à protéger les personnes vulnérables et à représenter leur point de vue au Sénat. Nous devons défendre l'intérêt de ces personnes vulnérables maintenant. Gardons en place ces mesures de sauvegarde essentielles afin de tenter, à tout le moins, de faire en sorte que ce projet de loi protège adéquatement les Canadiens.

REJET DE LA MOTION D'AMENDEMENT

L'honorable Denise Batters : Par conséquent, honorables sénateurs, je propose l'amendement suivant :

> Que le projet de loi C-7, tel que modifié, ne soit pas maintenant lu une troisième fois, mais qu'il soit modifié à nouveau, à l'article 1 :
>
> a) à la page 3, par suppression des lignes 16 à 29;

b) à la page 4, par substitution, aux lignes 18 et 19, de ce qui suit :

« devant deux témoins indépendants, qui l'ont datée et signée à leur tour; ».

• (1920)

Son Honneur la Présidente intérimaire : La sénatrice Marty Deacon souhaite poser une question.

L'honorable Marty Deacon : Je vous remercie, sénatrice Batters. Je comprends tout à fait votre passion et le rôle de premier plan que vous jouez dans ce domaine. Je crois aussi comprendre les préoccupations entourant la nécessité d'être aussi diligents que possible lorsqu'il est question des mesures de sauvegarde et du respect des procédures établies.

J'aurais une question à propos de la période d'attente de 10 jours, si vous le voulez bien. D'après ce que j'ai lu, beaucoup de gens considèrent cette période d'attente cruelle et inutile puisqu'elle prolonge la souffrance des patients et que certains d'entre eux choisissent même d'arrêter de prendre des médicaments pour être en pleine possession de leurs facultés quand viendra le moment de consentir à l'aide médicale à mourir.

J'aimerais savoir si vous savez, grâce à vos travaux, combien de personnes ont changé d'avis pendant cette période de 10 jours. Ce que je voudrais savoir, en fait, c'est si le risque de prolonger la souffrance des patients — un risque généralisé — l'emporte sur la possibilité que certains changent d'avis pendant la période de 10 jours. Merci.

La sénatrice Batters : Je vous remercie de votre question, sénatrice Deacon.

Tout d'abord, il est important de noter qu'il existe déjà une disposition dans le paragraphe sur la période d'attente de 10 jours qui permet de réduire la période d'attente jusqu'à zéro s'il existe une possibilité de perte de capacité ou de capacité à obtenir un consentement éclairé pendant cette période et que cette disposition serait maintenue avec mon amendement. Cette disposition existe donc déjà et serait maintenue dans le cadre de l'amendement que je propose.

En ce qui concerne le nombre de personnes qui ont reçu des demandes ou qui ont peut-être déjà reçu ou demandé de l'aide médicale à mourir au Canada, nous avons simplement reçu très peu de données de la part du gouvernement. Tout d'abord, comme nous l'avons entendu tout au long de nos études juridiques, il y a un problème concernant le type de données — nous ne disposons vraiment que de trop peu de données pour en savoir beaucoup sur le sujet.

On souhaiterait obtenir plus de données pour en savoir davantage sur ce genre de cas. Toutefois, pour ce qui est des données dont nous disposons déjà, je cite souvent, comme je l'ai fait dans mon discours, ce qui se passe en Oregon. Je cite aussi les témoins qui ont pu observer l'expérience acquise dans les pays où l'aide médicale à mourir existe depuis plus longtemps qu'au Canada. Toutefois, je sais que d'autres essaient d'inciter le gouvernement fédéral à améliorer la collecte de données de manière à ce que nous en apprenions davantage sur ce type de cas. Cependant, la possibilité d'éliminer la période de réflexion existe, elle est déjà prévue; cette possibilité serait maintenue.

Dans certains cas, des personnes pourraient souffrir un peu plus longtemps — peut-être quelques jours de plus. Toutefois, je pense aux personnes qui pourraient recevoir l'aide à mourir alors qu'elles auraient peut-être changé d'avis si elles avaient pu avoir cette période de réflexion, qui est déjà très courte. Comme je l'ai dit, la période initialement prévue était plus longue; certains d'entre nous voulaient que cette période soit beaucoup plus longue.

Mais ce ne sont que 10 jours. C'est un délai court, c'est pourquoi je pense que cette mesure de sauvegarde est raisonnable. Jody Wilson-Raybould croyait que c'était une mesure de sauvegarde raisonnable, tout comme Jane Philpott, la ministre de la Santé à l'époque. Elles ont cru qu'il était essentiel de mettre en place ces mesures de sauvegarde et de veiller à la protection des gens vulnérables, car c'est ce que nous devons faire : nous devons tenir compte des personnes qui, même si elles sont peut-être peu nombreuses, sont susceptibles d'être exposées à la pire des conséquences, soit d'être mises à mort alors qu'elles auraient peut-être changé d'idée.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Reprise du débat.

[*Français*]

L'honorable Chantal Petitclerc : Honorables sénatrices et sénateurs, je m'oppose à cet amendement qui n'offre pas de protection supplémentaire aux patients, mais qui ajoute potentiellement à leur souffrance.

[*Traduction*]

La première partie de l'amendement proposé vise à maintenir la période de réflexion actuelle de 10 jours après la signature de la demande d'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort est raisonnablement prévisible. Dans le projet de loi C-7, l'élimination de la période de réflexion de 10 jours est fondée sur les expériences vécues au cours des quatre dernières années par des médecins, des aidants naturels, des praticiens et des membres de famille, qui nous ont dit maintes fois qu'imposer 10 jours d'attente supplémentaire à quelqu'un dont la mort est raisonnablement prévisible et qui a déjà été évalué et déclaré admissible ne fait que prolonger ses souffrances.

[*Français*]

Je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas ici d'une période d'évaluation. Le régime actuel prévoit une période de réflexion obligatoire qui doit s'écouler entre l'approbation d'une demande et la prestation de l'aide médicale à mourir.

Comme la ministre Hajdu l'a affirmé devant le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, il s'est avéré que cette période de réflexion ne respectait pas l'intention originale, soit celle de donner à la personne le temps de réfléchir à sa décision avant de recevoir l'aide médicale à mourir. Ce que l'expérience des quatre dernières années et les consultations nous révèlent, c'est que la période de réflexion servait au contraire uniquement à prolonger la souffrance des personnes, qui avaient elles-mêmes évalué attentivement leur situation et avaient déjà longuement réfléchi à leur décision avant de demander l'aide médicale à mourir. Plusieurs témoins qui ont comparu devant le comité nous l'ont confirmé, notamment le Dr Alain Naud, de l'Université Laval, et je le cite :

> Ces malades qui font une demande d'aide médicale à mourir ne le font pas sur un coup de tête, en posant un geste impulsif. C'est une demande qui est réfléchie, qui s'inscrit dans la longue durée d'un processus décisionnel, et je vous dirais que

pratiquement 100 % des malades qui font une demande en ont déjà parlé à leur entourage, à leur médecin traitant, à leur infirmière. L'entourage est déjà au courant.

[*Traduction*]

Pendant la période de consultation visant à préparer la mesure législative en réponse à l'arrêt *Truchon*, les spécialistes et les praticiens ont constamment indiqué que la période de réflexion obligatoire causait des souffrances inutiles aux patients qui attendent de recevoir l'aide médicale à mourir.

[*Français*]

On a même noté que certains patients préféraient arrêter de prendre leurs médicaments afin d'éviter le risque de perdre la capacité de consentir à l'aide médicale à mourir avant d'en recevoir le traitement.

[*Traduction*]

La modification proposée par le projet de loi C-7 ne concernerait que les personnes dont la mort est prévisible. Comme je l'ai déjà mentionné, les personnes demandent l'aide médicale à mourir après y avoir mûrement réfléchi, et ils ne changent pas d'idée.

Plusieurs témoins ayant comparu devant le Comité des affaires juridiques et constitutionnelles au cours de l'étude ont salué la mesure.

Le même raisonnement s'applique à la réduction du nombre de témoins, c'est-à-dire l'autre partie de l'amendement. Lors des consultations menées en janvier 2020, l'idée de ne plus exiger deux témoins a reçu un très large appui. Les fournisseurs et les évaluateurs de l'aide médicale à mourir ont toujours indiqué que le fait de trouver deux témoins qui ne sont pas visés par les exclusions prévues dans le Code criminel constituait un obstacle pour de nombreuses personnes qui demandaient l'aide médicale à mourir.

[*Français*]

Cela est particulièrement vrai pour les personnes qui vivent dans des centres d'hébergement pour personnes âgées ou dans d'autres lieux de résidence où leurs réseaux familial et social peuvent être très limités. D'ailleurs, quand j'ai accepté de devenir marraine de ce projet de loi, c'était l'une des premières questions que j'ai posées aux représentants du ministère. Je me demandais pourquoi on retirait l'exigence qu'il y ait deux témoins et pourquoi il est si difficile d'en trouver deux. J'ai été surprise par cette réalité, et c'est peut-être parce que je suis à une étape de ma vie où je suis très bien entourée. Cependant, cela m'avait bouleversée de voir que, pour plusieurs personnes âgées qui vivent dans des régions rurales, mais aussi pour toutes sortes de raisons, l'obligation de trouver deux témoins peut devenir un obstacle très important.

• (1930)

Par ailleurs, il est faux de dire que la réduction du nombre de témoins requis à un seul amoindrirait la protection des personnes vulnérables. C'est un élément très important, et je le rappelle : le seul et unique rôle du témoin est d'attester de la signature et de la date de la demande de l'aide médicale à mourir. Le témoin ne joue aucun rôle dans l'évaluation de l'admissibilité...

Son Honneur la Présidente intérimaire : Merci beaucoup, sénatrice Petitclerc.

L'honorable Pierre J. Dalphond : La modification relative au nombre de témoins est appuyée par plusieurs personnes et plusieurs groupes qui ont témoigné devant le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles. Le Dr Yves Robert, secrétaire de l'ordre du Collège des médecins du Québec, a déclaré ce qui suit, et je cite :

> Nous appuyons également l'amendement au Code criminel qui n'exigerait plus que la signature d'un seul témoin sur la demande d'aide médicale à mourir. Cela facilitera grandement le processus de demande.

De plus, le Dr Alain Naud, professeur clinique titulaire à l'Université Laval, a déclaré ceci, et je cite :

> Les éléments du projet de loi C-7 à conserver sont les suivants : un seul témoin à la signature, qui peut être un soignant, est extrêmement important […]

Dans son mémoire, le Barreau du Québec a déclaré ce qui suit, et je cite :

> De plus, le projet de loi prévoit que seul un témoin sera dorénavant nécessaire afin de signer la demande d'AMM, par opposition aux deux témoins actuellement exigés par la loi. À notre avis, ces modifications résolvent une importante problématique rencontrée sur le terrain, dont notamment les difficultés de trouver des témoins qui répondent aux critères pour agir à ce titre, surtout dans le contexte des personnes plus isolées ou vivant seules.

[*Traduction*]

La professeure Jocelyn Downie, de l'Université Dalhousie, a affirmé que réduire le nombre de témoins ferait disparaître un obstacle qui empêche des gens d'avoir accès à l'aide médicale à mourir et qui, en revanche, n'apporte aucune protection supplémentaire.

Le Dr Joshua Wales, un médecin de l'établissement hospitalier Sinai Health qui fournit des soins palliatifs, a declaré ceci :

> [...] Je suis tout à fait d'accord pour dire que faire passer de deux à une seule le nombre de personnes qui doivent agir comme témoins lorsque le patient fait sa demande écrite et permettre à un fournisseur de soins de santé ou de soins personnels d'être témoin élimine un obstacle empêchant beaucoup de personnes d'obtenir l'aide médicale à mourir, en particulier celles qui sont isolées socialement. Ce changement se traduira par un accès plus équitable à cette aide.

Il est essentiel de comprendre que le seul rôle du témoin, comme la sénatrice Petitclerc vient de le dire, est de confirmer l'identité de la personne qui signe et la date la demande. Les témoins n'ont absolument pas à déterminer si une personne est admissible à l'aide médicale à mourir ou si sa décision est prise volontairement et en toute connaissance de cause.

Par exemple, dans le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui est prescrit en Ontario, le témoin doit confirmer uniquement ce qui suit, lorsqu'il signe :

> Je suis âgé d'au moins 18 ans; je comprends la nature de la demande d'aide médicale à mourir; le patient [...] a signé la demande d'aide médicale à mourir en ma présence et en présence d'un autre témoin indépendant [...]

— quand il y en a deux —

> Je signe comme témoin à la demande de la personne qui souhaite obtenir l'aide médicale à mourir.

Le témoin atteste aussi qu'il n'a aucun lien avec le demandeur et qu'il ne bénéficiera pas financièrement de la mort du demandeur.

Voilà qui confirme, bien entendu, l'indépendance du témoin.

En bref, le témoin ne confirme pas la capacité à consentir du demandeur, ce qui n'est donc aucunement une forme de protection.

Quant à la suppression de la période de réflexion de 10 ans, je me contenterai de dire que nous avons entendu de nombreux témoins soutenir que cette période de réflexion supplémentaire prolonge souvent la souffrance du patient. Par exemple, la Dr Stefanie Green la présidente de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, a dit ce qui suit :

> Rien n'a prouvé en quatre ans et demi que cette période de réflexion ait protégé qui que ce soit de quoique ce soit, mais l'expérience nous porte à croire que l'imposition de cette période a causé beaucoup de souffrance [...]

Chers collègues, il n'est pas nécessaire de prolonger la souffrance d'êtres humains, et rien ne le justifie. Je vous remercie. Vous aurez compris, bien entendu, que je n'appuie pas cet amendement. Je vous invite donc à voter contre. Je vous remercie.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Avez-vous une question, sénatrice Batters?

La sénatrice Batters : Effectivement. Le sénateur Dalphond accepterait-il de répondre à une question?

Son Honneur la Présidente intérimaire : Vous disposez d'une minute et demie.

La sénatrice Batters : J'ai quelques questions pour le sénateur Dalphond. Tout d'abord, vous avez répété ce que la sénatrice Petitclerc a dit au sujet du rôle du témoin. Toutefois, dans mon discours, j'ai mentionné ce que les fonctionnaires du ministère de la Justice, que j'ai questionnés quand ils étaient ici pour nous aider avec le projet de loi — et il s'agit des gens qui rédigent les projets de loi —, ont dit, soit :

> Selon nous, le rôle que le témoin a à jouer relativement à la demande écrite est de confirmer que la personne qui la signe est bien la personne visée par celle-ci, qu'elle comprend ce qu'elle signe et qu'elle signe de son plein gré.

La ministre Hajdu ne semblait pas être au courant de cela quand elle a témoigné, et la sénatrice Petitclerc et vous avez tous les deux rapporté ses propos. Toutefois, les fonctionnaires du ministère de la Justice ont dit quelque chose de très différent : c'est le témoin qui évalue l'exercice du libre arbitre.

Qui plus est, reconnaissez-vous que, au titre du projet de loi C-7, étant donné que de plus en plus de gens peuvent désormais jouer le rôle de témoin, notamment les personnes qui s'occupent des patients dans les établissements de soins, il est beaucoup plus facile de trouver les deux témoins requis? L'admettez-vous? Merci.

Le sénateur Dalphond : Je parle du formulaire utilisé par les témoins en Ontario. Je peux comprendre que la ministre ait un point de vue différent, mais la mise en pratique s'observe sur le terrain. Ces formulaires sont assujettis aux règles qui ont été adoptées en Ontario en ce qui concerne les témoins.

L'honorable Donald Neil Plett (leader de l'opposition) : Honorables sénateurs, je prends la parole aujourd'hui pour appuyer l'amendement proposé par la sénatrice Batters, qui vise à rétablir les mesures de sauvegarde ayant été supprimées de cette loi, sans justification.

L'affaiblissement des mesures de sauvegarde prévues dans le régime actuel et les conséquences qui en découlent me préoccupent vivement, surtout qu'aucune donnée ne justifie de telles suppressions selon les experts.

Le projet de loi C-14 a mis en place une période d'attente d'au moins 10 jours francs après la signature d'une demande d'aide médicale à mourir. Cette demande doit également être signée et datée par deux témoins indépendants avant que la procédure n'ait lieu. L'objectif de cette période de 10 jours francs est d'offrir du temps pour réfléchir à l'ensemble des répercussions de la décision, tant du côté du patient que des praticiens. Il s'agit de confirmer la volonté du patient de recevoir la mort administrée par un médecin.

Le projet de loi C-14 visait les personnes qui ont des problèmes de santé graves et irrémédiables. Il incluait des exceptions pour annuler la période de réflexion de 10 jours si les médecins jugeaient que la mort de la personne était imminente ou que la personne pouvait bientôt perdre la capacité à fournir un consentement éclairé.

Or, selon le *Canadian Medical Association Journal*, cette période d'attente a pour ainsi dire disparu. Sur son site Web, le gouvernement du Canada explique que cette période sert à :

> Donner aux patients le temps de bien réfléchir à leur demande et aux médecins de s'assurer qu'il s'agit d'une décision irrévocable.

Selon moi, les mesures de sauvegarde étaient tout à fait adéquates, car tout en laissant une certaine marge de manœuvre, elles tenaient compte de la nature exceptionnelle de cette disposition législative, qui précise qu'une personne peut demander l'aide d'un médecin pour mourir, à condition que tout soit fait pour qu'elle comprenne bien toutes les conséquences de sa décision. La période d'attente lui permettait ainsi de se renseigner sur les autres avenues s'offrant à elle.

Le principe derrière cette mesure, c'est que ce n'est pas parce qu'une personne vit la pire journée de sa vie qu'il doit s'agir de sa dernière, surtout si son malheur vient de ses souffrances. L'idée d'inscrire une période d'attente de 10 jours dans la loi est inspirée des travaux du Dr Harvey Chochivov, qui a constaté que, chez les patients en phase terminale, la volonté de mourir fluctue et que, souvent, elle disparaît après deux semaines. Quand on a demandé à la ministre Hajdu pourquoi elle voulait l'éliminer, elle a répondu que, bien souvent, quand une personne demande officiellement l'aide médicale à mourir, c'est qu'elle a déjà eu de longues et difficiles discussions à ce sujet avec sa famille et ses médecins, alors il est inutile et cruel de la faire attendre 10 jours de plus si sa décision est prise. Or, la ministre passe complètement à côté de la question. Nous savons tous que les mesures de sauvegarde ne sont pas en place pour répondre à une situation fréquente. C'est exactement le contraire; elles sont là pour éviter une mort injustifiée dans des situations moins fréquentes comme celle où la personne n'a pas accès à un réseau de soutien ou encore celle où elle a des idées suicidaires passagères.

• (1940)

Honorables sénateurs, nous aimerions croire que tous les patients ont accès à des soins adéquats et équivalents dans de telles circonstances. Or, nous savons d'expérience que ce n'est pas le cas. Dans une récente lettre ouverte signée par plus de 1 000 médecins praticiens du pays, on fait valoir qu'une proportion aussi élevée que 70 % des Canadiens en fin de vie n'ont toujours pas accès à des soins palliatifs de base. Honorables collègues, je trouve fort troublant qu'en présence de ce problème, notre réponse soit de faciliter l'accès à l'aide médicale à mourir et de rendre service à ces personnes en réduisant les mesures de sauvegarde associées aux demandes d'aide médicale à mourir.

La Dre Leonie Herx, de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, a récemment écrit ceci :

> Presque tous les patients auprès desquels je travaille en soins palliatifs répondent au critère de mort raisonnablement prévisible. En raison de la nouvelle mesure législative, qui prévoit l'élimination de la période d'attente de 10 jours entre la présentation d'une demande d'aide médicale à mourir et l'administration de l'aide médicale à mourir, presque tous mes patients, s'ils en exprimaient le souhait, pourraient se voir offrir l'aide médicale à mourir ou la réclamer, et mourir la journée même.
>
> Essentiellement, leur pire journée deviendrait leur dernière journée, sans possibilité de guérison.

C'est extrêmement troublant, honorables sénateurs. Ne perdons pas de vue l'importance des mesures de sauvegarde prévues dans cette mesure législative portant sur la vie et la mort. J'espère que vous vous joindrez à moi pour voter en faveur de cet amendement afin que les mesures de sauvegarde qui ont indubitablement évité des morts inutiles puissent continuer à le faire dans le cadre de ce nouveau régime. Merci.

Des voix : Bravo!

Son Honneur la Présidente intérimaire : Les honorables sénateurs sont-ils prêts à se prononcer?

Des voix : Le vote!

Son Honneur la Présidente intérimaire : Que les sénateurs qui sont contre la motion d'amendement veuillent bien dire non.

Des voix : Non.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Que les sénateurs qui sont en faveur de la motion et qui sont sur place veuillent bien dire oui.

Des voix : Oui.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Que les sénateurs qui sont contre la motion et qui sont sur place veuillent bien dire non.

Des voix : Non.

Son Honneur la Présidente intérimaire : À mon avis, les non l'emportent.

Je vois deux sénateurs se lever.

Et deux honorables sénateurs s'étant levés :

Son Honneur la Présidente intérimaire : La sonnerie retentira pendant 15 minutes. Le vote se tiendra donc à 19 h 58. Convoquez les sénateurs.

• (1950)

La motion d'amendement de l'honorable sénatrice Batters, mise aux voix, est rejetée :

POUR
LES HONORABLES SÉNATEURS

Anderson	McCallum
Ataullahjan	McPhedran
Batters	Miville-Dechêne
Black (*Ontario*)	Mockler
Boisvenu	Ngo
Brazeau	Oh
Deacon (*Ontario*)	Plett
Downe	Poirier
Lankin	Stewart Olsen
MacDonald	White
Marshall	Woo—23
Martin	

CONTRE
LES HONORABLES SÉNATEURS

Bellemare	Griffin
Bernard	Harder
Black (*Alberta*)	Hartling
Boehm	Jaffer
Boniface	Keating
Bovey	Kutcher
Boyer	LaBoucane-Benson
Busson	Loffreda
Carignan	Lovelace Nicholas
Cordy	Marwah
Cormier	Mégie
Cotter	Mercer
Coyle	Moncion
Dalphond	Munson
Dasko	Omidvar
Dawson	Pate
Deacon (*Nouvelle-Écosse*)	Patterson
Dean	Petitclerc
Duffy	Ravalia
Duncan	Saint-Germain
Dupuis	Seidman

Forest-Niesing	Simons
Francis	Smith
Frum	Tannas
Gagné	Wallin
Gold	Wetston—52

ABSTENTIONS
LES HONORABLES SÉNATEURS

Manning	Wells—2

• (2010)

L'honorable Yonah Martin (leader adjointe de l'opposition) : Honorables sénateurs, j'interviens aujourd'hui au sujet du projet de loi C-7. Je présenterai un amendement.

Je sais que tous les sénateurs ont de profondes convictions au sujet de la mesure à l'étude. Malgré ces divergences d'opinions, que je respecte, je crois que nous avons en commun le désir d'agir dans l'intérêt des patients et des familles qui traversent un moment terriblement difficile, c'est-à-dire la fin de leur propre vie ou le décès d'un être cher.

Comme l'examen promis cinq ans après la mise en œuvre du projet de loi C-14 n'a pas eu lieu, et comme nous n'avons entendu qu'un petit nombre de témoins et de témoignages — beaucoup plus, toutefois, que ne l'a fait la Chambre des communes pendant son examen du projet de loi C-7 —, la plupart d'entre nous n'ont pas vu comment se déroulent toutes les étapes de l'aide médicale à mourir. De toute évidence, aucun d'entre nous n'a reçu l'aide médicale à mourir et n'est donc en mesure de comprendre pleinement son essence et la multitude d'aspects complexes, de tensions et de pressions qui entourent une fin de vie associée à l'aide médicale à mourir.

Je trouve très préoccupant que, dans le contexte où nous cherchons à élargir l'accès à l'aide médicale à mourir, nous éliminons des mesures de sauvegarde sans prévoir des protections suffisantes pour garantir que la volonté du patient sera respectée tout au long du processus, jusqu'au dernier instant. Après tout, alors qu'il est possible de changer de médicament en cas d'effet indésirable ou de rectifier un geste médical erroné, recevoir l'aide médicale à mourir est un geste irrémédiable.

Si nous examinons les principes inhérents de ce projet de loi et du projet de loi C-14, qui avait été adopté durant la législature précédente, on constate qu'ils mettent l'accent sur le fait que l'aide médicale à mourir doit toujours être à l'initiative des patients. Le projet de loi C-14 contient de solides mesures de sauvegarde, notamment :

> « […] l'irrévocabilité de l'acte consistant à mettre fin à la vie d'une personne sont essentielles pour prévenir les erreurs et les abus lors de la prestation de l'aide médicale à mourir. »

Le préambule du projet de loi que nous avons devant nous, le projet de loi C-7, réitère ce principe en énonçant que, parmi les intérêts et valeurs sociétales entre lesquels il faut établir un équilibre, il y a « la protection des personnes vulnérables contre toute incitation à mettre fin à leur vie ».

Chers collègues, je suis d'avis que ces principes sont encore plus importants aujourd'hui, étant donné la portée des dispositions sur lesquelles nous débattons, en raison des amendements qui ont été adoptés jusqu'à maintenant.

Honorables sénateurs, certains d'entre vous ont raconté vos histoires personnelles avec vos êtres chers dans le contexte de la fin de la vie, et j'ai été émue aux larmes. J'ai moi-même vécu quelques histoires de ce genre. L'atmosphère est très chargée d'émotions. Les patients ne sont pas toujours conscients de ce qui se passe, ou, parfois, ils ne sont pas conscients du tout. Ils peuvent être présents en partie, mais leurs paroles peuvent être imprécises, leurs gestes difficiles à bien comprendre. Les personnes présentes dans la chambre, que ce soit les membres de la famille ou le personnel médical, peuvent interpréter différemment les désirs et les réactions des patients.

Je me souviens clairement du moment avant que mon père, alors en soins palliatifs, pousse son dernier souffle et du moment où il a poussé son dernier souffle, et de la charge émotionnelle de l'instant. C'est pourquoi nous devons veiller à ce que la mesure législative qui régit l'aide médicale à mourir respecte la volonté du patient à la lettre pendant le processus lui-même et jusqu'à la toute dernière minute.

J'aimerais rappeler une nouvelle fois à mes collègues que nous parlons de quelque chose d'irréversible. Compte tenu de cette dure réalité, il est vital que nous essayions, au moins, de faire en sorte que la volonté du patient reste primordiale. Je pense que la mesure législative doit pêcher par excès de prudence dans l'interprétation de la volonté du patient au cours du processus de l'aide médicale à mourir. C'est pour cette raison que la disposition concernant la « précision » qui figure dans le projet de loi en ce moment me fait tiquer à chaque fois que je la lis.

L'article (3.3) stipule que :

> Il est entendu que des paroles, des sons ou des gestes involontaires en réponse à un contact ne constituent pas une manifestation de refus ou de résistance pour l'application de l'alinéa (3.2)c).

Ce qui me préoccupe dans cet article, c'est la nature hautement subjective de ce qui y est expliqué. Même des gens qui ont connu une personne toute leur vie auront des interprétations différentes de ce qui pourrait être une affirmation lourde de sens par opposition à des paroles involontaires. La dernière chose que nous voulons, c'est rajouter une polémique à la confusion quant à la nature légale et au caractère adéquat d'une décision irréversible.

Le fait que la disposition en question comprend une présomption me préoccupe aussi. Elle stipule ceci :

> [...] des paroles, des sons ou des gestes involontaires en réponse à un contact ne constituent pas une manifestation de refus ou de résistance pour l'application de l'alinéa (3.2)c).

Assurément, chaque cas est différent l'un de l'autre, tout comme les patients sont différents les uns des autres. Il serait tout à fait inacceptable qu'une seule interprétation de la réalité soit inscrite dans la loi.

Quand le professeur Trudo Lemmens a comparu au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, il a abordé la question du consentement préalable et de la réaction contradictoire des patients lorsque ces derniers se font administrer l'aide médicale à mourir. Il a fait allusion à un cas très troublant

aux Pays-Bas, où une personne atteinte de démence avait présenté une directive anticipée pour l'aide médicale à mourir, mais a résisté au traitement lorsqu'est venu le temps de le lui administrer. En dépit de cela, la personne a reçu l'aide médicale à mourir. Certains croient que les mouvements du patient étaient involontaires, mais d'autres ont une interprétation bien différente de l'affaire. Cela a donné lieu à des poursuites judiciaires contre le médecin en question.

Selon un article paru dans le *Journal of Medical Ethics*, ce conflit quant à la volonté du patient peut être décrit comme le dilemme du « le moi d'avant contre le moi d'aujourd'hui ». Comment peut-on interpréter les gestes et les mouvements d'une personne qui subit les effets de sa maladie, des procédures médicales et des circonstances très mortelles du processus d'aide médicale à mourir?

Parmi ces circonstances médicales figure l'effet que peuvent avoir les médicaments sur différents patients. À cet égard, il y a tant de choses que nous ignorons. Toutefois, ce que nous savons, c'est que l'effet d'un médicament donné varie d'un patient à l'autre.

Par exemple, mon père a eu une réaction exceptionnelle à tous les médicaments et à toutes les procédures qui lui ont été administrés au cours de ses 18 mois d'hospitalisation. Chaque jour, l'équipe de professionnels de la santé participant aux soins complexes qui lui étaient prodigués dans plusieurs établissements se penchait sur son cas. Il a eu des réactions graves et faisait inévitablement partie de la tranche de 1 à 5 % des patients risquant de subir un effet secondaire dangereux à la suite d'une procédure.

Je suis la fille de mon père. Je suis, moi aussi, un cas exceptionnel. La dose normale d'un médicament qui relaxe la plupart des gens provoque assurément chez moi un effet nuisible.

• (2020)

En Colombie-Britannique, le *Medical Assistance in Dying Protocols and Procedures Handbook* de Comox Valley propose plusieurs scénarios possibles. Il reconnait que les sédatifs peuvent « provoquer de l'agitation ». Il affirme qu'à de rares occasions les médicaments ne réussiront pas à provoquer chez le patient un coma artificiel. Le protocole présente aussi un plan de secours au cas où l'aide médicale à mourir ne serait pas efficace.

Ce qui semble clair d'après les témoignages que j'ai entendus en comité est que les professionnels de la santé ne sont pas toujours du même avis sur les nombreuses questions touchant l'administration de médicaments et des effets des mêmes médicaments sur différents patients. En fait, les interprétations et les analyses peuvent être nettement différentes.

D'un côté, certains médecins ont témoigné que les médicaments utilisés dans l'aide médicale à mourir provoquent essentiellement une mort paisible. Certains ont même qualifié le processus de l'aide médicale à mourir d'« élégant », tandis que d'autres ont dressé un portrait très différent.

Le Dr Joel Zivot, professeur à l'Université Emory, anesthésiologiste en exercice et médecin spécialiste en soins intensifs, a expliqué que ce qu'on perçoit à première vue peut être trompeur. Voici ce qu'il en dit :

> Par contre, je tiens aussi à préciser que la méthode qu'on emploie pour provoquer la mort dans le cadre de l'aide médicale à mourir consiste en une combinaison de propofol et, surtout, de curarisant. Le propofol est administré en très grande quantité, soit 10 fois ce que j'utilise dans la salle d'opération.
>
> On ne peut pas affirmer qu'il s'agit d'une mort paisible paisible, car c'est soit faux, soit impossible à savoir. J'imagine qu'on pourrait dire qu'il s'agit d'une mort qui semble en apparence paisible. C'est toutefois une illusion créée par les médicaments utilisés [...]

Comme le professeur Zivot a administré des anesthésiques et des sédatifs à plus 50 000 personnes, son témoignage ne devrait pas être ignoré.

Comme mentionné précédemment, nous n'avons pas procédé à un examen approfondi du régime d'aide médicale à mourir, ni des protocoles en vigueur. Je sais que chaque province a mis en place son propre protocole et possède des expériences différentes, et qu'il y aura peut-être même une certaine collaboration à l'avenir, mais un examen approfondi doit être mené dans tout le pays. Il n'existe actuellement pas de normes cohérentes, que ce soit à l'échelle nationale ou provinciale. On observe à travers le pays beaucoup d'incompréhension ainsi que des divergences par rapport à la dimension pharmacologique impliquée dans le régime d'aide médicale à mourir. De plus, pour ajouter à la complexité de tous ces enjeux, élargir l'aide médicale à mourir pendant une pandémie mettrait à rude épreuve un système de soins de santé déjà fragilisé.

Lorsque le projet de loi C-14 a été adopté, on nous a dit que le Parlement procéderait à l'examen des répercussions de la mesure législative après cinq ans. On nous dit maintenant qu'il faut approuver et adopter un élargissement majeur de l'aide médicale à mourir avant même que cet examen soit mené. Le gouvernement affirme que nous devons donner suite au jugement d'un tribunal inférieur dans l'affaire *Truchon*. Au lieu de réaliser une évaluation attentive, fondée sur des données probantes, de la manière dont l'aide médicale à mourir a été mise en œuvre jusqu'à maintenant, c'est l'échéance d'un tribunal inférieur qui dicte cet élargissement précipité de l'aide médicale à mourir. Si c'est la voie que le gouvernement veut emprunter, nous devrions au moins privilégier la prudence pour protéger les patients.

Compte tenu de toutes les inconnues dans ce dossier et de l'absence de l'examen quinquennal qu'on nous avait promis, le processus d'administration de l'aide médicale à mourir doit minimiser le risque d'erreur lorsqu'il s'agit de respecter la volonté du patient au moment d'administrer l'aide médicale à mourir. Autrement, nous imposerions une détresse morale extrême aussi bien aux membres de la famille qu'aux fournisseurs de soins de santé.

Nous avons entendu des témoignages contradictoires, ce qui est à la fois déroutant et inquiétant. La Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées affirme que « toutes les personnes sont égales devant la loi et en vertu de celle-ci et ont droit sans discrimination à l'égale protection et à l'égal bénéfice de la loi ». Même si quelqu'un perd ses capacités, cela n'a aucune incidence sur les droits fondamentaux et ces derniers doivent être protégés. Selon moi, cela signifie que nous devons nous assurer de ne pas ignorer délibérément et de manière évidente les gestes ou les signes qui peuvent indiquer qu'une personne a changé d'avis.

Honorables sénateurs, il reste encore beaucoup d'éléments inconnus en ce qui concerne le processus d'aide médicale à mourir, et nous sommes tous encore en train d'apprendre ce qu'une personne à cette étape du processus veut ou vit vraiment. Tant que nous ne serons pas convaincus au-delà de tout doute raisonnable de faire le bon choix, nous ne devrions pas mettre en place une disposition aussi radicale.

REJET DE LA MOTION D'AMENDEMENT

L'honorable Yonah Martin (leader adjointe de l'opposition) : Par conséquent, honorables sénateurs, je propose l'amendement suivant :

> Que le projet de loi C-7, tel que modifié, ne soit pas maintenant lu une troisième fois, mais qu'il soit modifié à nouveau à l'article 1, à la page 6, par suppression des lignes 13 à 16.

À moins que vous puissiez dire avec une certitude absolue que tous les mots, tous les sons et tous les gestes sont involontaires, je vous exhorte, honorables sénateurs, de pécher par excès de prudence et d'appuyer cet amendement. Je vous remercie.

L'honorable Chantal Petitclerc : Honorables sénateurs, sénatrice Martin, comme vous le savez bien, j'entends et je respecte vos préoccupations, mais je ne suis pas d'accord donc je ne vais pas appuyer l'amendement.

[*Français*]

Pour le mettre un peu en contexte, dans le cas d'une personne dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, le projet de loi C-7 propose de permettre la prestation de l'aide médicale à mourir sans l'exigence d'un consentement final, ce qu'on a souvent décrit comme étant l'amendement d'Audrey Parker.

Dans cette situation, les conditions font que la personne risque de perdre sa capacité décisionnelle avant la date déterminée de la prestation d'aide médicale à mourir et qu'elle a déjà conclu une entente par écrit avec son praticien, dans laquelle elle donnait ce consentement préalable.

Aux termes des modifications proposées, le consentement préalable serait invalidé si la personne manifeste, par des paroles, des sons ou des gestes — tel un réflexe involontaire — un refus ou une résistance à ce que l'aide médicale à mourir lui soit administrée. Dans ce cas, bien sûr, le praticien ne pourrait pas procéder au traitement.

Les modifications précisent également très clairement que les réflexes ou les gestes involontaires — j'insiste sur le mot « involontaire », comme les tressaillements au toucher — ne seraient pas assimilés à une manifestation de refus ou de résistance. Certains de nos collègues bien plus qualifiés que moi savent que les médicaments peuvent influencer le comportement d'une personne dans ces circonstances, par exemple, en la rendant incapable de manifester un refus ou une résistance, ou en entraînant un état d'agitation.

Une personne dont le consentement préalable a été invalidé parce qu'elle a manifesté des signes de résistance ou un refus, mais qui retrouve par la suite sa capacité décisionnelle pourrait faire les démarches nécessaires avec son praticien afin de recevoir l'aide médicale à mourir dans la mesure où elle en a la capacité.

[*Traduction*]

Bref, honorables sénateurs, cela justifie l'inclusion dans le projet de loi du paragraphe sur la renonciation au consentement final et du paragraphe précisant que les réactions corporelles involontaires à un contact ne constituent pas une résistance ou un refus.

Selon le gouvernement, tant la disposition sur la résistance ou le refus que la clarification sont claires et appropriées.

Comme nous le savons, avec ou sans la disposition de « Précision », les médecins et infirmiers praticiens se serviront toujours de leur expertise, de leur compétence et de leur jugement pour déterminer si le patient manifeste un refus ou une résistance ou s'il réagit simplement de manière involontaire à un contact. Cependant, si la disposition de « Précision » est supprimée, l'amendement proposé risque de créer de la confusion chez les praticiens, qui pourraient ne plus avoir une idée claire de ce que la loi exige ou permet.

Je pense que la clarification est importante et, pour les raisons que j'ai énoncées, je ne voterai pas en faveur de l'amendement proposé.

L'honorable Pierre J. Dalphond : Honorables sénateurs, je n'ai pas grand-chose à ajouter à ce que la sénatrice Petitclerc a dit, car elle l'a dit clairement et je suis d'accord avec tous ses propos.

J'aimerais ajouter une citation de la Dre Stefanie Green, présidente de l'Association canadienne des évaluateurs et des prestataires de l'AMM :

> Le consentement et la capacité de consentir sont au cœur de tout ce que nous faisons. C'est aussi pourquoi il faut tellement de temps pour évaluer le soutien des patients, [même] avant que la décision d'avoir recours à l'AMM soit prise. Je crois que votre question touche surtout au moment où l'AMM est donnée. Dans ce contexte, actuellement, nous devons bien sûr obtenir le consentement final immédiatement à ce moment-là. Cet amendement nous habiliterait à aller de l'avant dans le cas d'un patient qui aurait perdu la faculté de prendre cette décision, mais qui avait fait une demande anticipée. Évidemment, nous savons tous faire la différence entre un mouvement du bras au moment de procéder à une perfusion intraveineuse et un patient qui vous regarde et qui dit « Qui êtes-vous? », « Que faites-vous ici? » ou « Arrêtez, s'il vous plaît ».
>
> Il y a une façon très claire de faire ce genre de distinctions, et je crois que nos médecins cliniciens ont montré, au cours des quatre dernières années et demie, qu'ils font preuve d'une très, très grande prudence et qu'ils seront encore plus prudents dans les circonstances.

• (2030)

En résumé, un patient peut, quand sa mort est prévisible, renoncer à son droit de donner son consentement final au moment de recevoir l'aide médicale à mourir. Pourquoi ferait-il cela? Parce qu'il aurait peur de perdre la capacité de donner son consentement. Par conséquent, il choisirait d'y renoncer, pour éviter que les médecins ou les professionnels de la santé entrent dans sa chambre pour administrer l'aide médicale à mourir et qu'il n'ait plus la capacité d'y consentir. Cependant, malgré cela, le gouvernement soutient que si le patient montre des signes de résistance — de refus — à l'égard de l'aide médicale à mourir, alors le médecin ne devrait pas exécuter la procédure. Voilà le principe.

Cette précision ne vise qu'à indiquer qu'un réflexe, ou tout mouvement à la vue de l'aiguille ou quand l'aiguille est insérée dans le bras, ne signifie pas que le patient dit « Non, arrêtez ». Il s'agit en fait d'une meilleure protection pour les patients qui ont déjà renoncé à leur consentement et qui ne sont plus en mesure de le donner.

L'honorable Michael L. MacDonald : Honorables sénateurs, je serai bref, car j'ai l'intention de participer de nouveau au débat dans quelques jours. Je veux dire quelques mots au sujet de

l'amendement. À mon avis, il fournit la prudence et la clarté nécessaires dans un domaine du droit et de l'éthique qui est tout à fait nouveau.

Comme la sénatrice Martin l'a mentionné, le projet de loi contient deux dispositions qui, inévitablement, sèmeront la confusion et entraîneront des contestations *ex post facto* sur la nature véritable du consentement.

Essentiellement, le projet de loi aggravera les circonstances où les familles, les praticiens, les avocats et les juges débattront de la possibilité qu'un patient ait changé d'avis, en dépit des directives anticipées qu'il aura données peut-être des années ou même des décennies auparavant.

Il y a lieu de répéter ce qu'indique l'article 3.4 :

> Une fois que la personne manifeste, par des paroles, sons ou gestes, un refus que la substance lui soit administrée au titre du paragraphe (3.2) ou une résistance à ce qu'elle le soit, l'aide médicale à mourir ne peut plus lui être fournie sur la base du consentement visé au sous-alinéa (3.2)a)(iv).

Toutefois, voici ce qui est indiqué à l'article 3.3 :

> Il est entendu que des paroles, des sons ou des gestes involontaires en réponse à un contact ne constituent pas une manifestation de refus ou de résistance pour l'application de l'alinéa (3.2)c).

Bien qu'il soit souvent clair qu'un mot, un son ou un geste ait été involontaire, il ne fait absolument aucun doute que ce ne sera pas toujours le cas, en particulier après les faits.

Que faudra-t-il faire si des gens ne s'entendent pas sur le caractère involontaire d'un son, d'un geste ou d'un mot en particulier?

Qu'arrivera-t-il si l'une des personnes présentes, qui connaît peut-être le patient depuis des années, considère qu'un geste particulier manifeste une objection réelle alors que d'autres n'y voient qu'un geste involontaire?

Je crois, comme la sénatrice Martin, qu'il faudrait à tout le moins voir à ce que le projet de loi pèche par excès de prudence quand il s'agit d'interpréter la volonté du patient pendant le processus entourant l'aide médicale à mourir.

C'est d'autant plus essentiel que le projet de loi ne précise pas combien de temps à l'avance une personne peut demander, par écrit, de recevoir l'aide médicale à mourir si elle perd sa capacité de consentement. En théorie, elle pourrait prendre cet arrangement des années à l'avance, ce qui sème encore plus de doute sur les gestes qu'elle pourrait faire et les paroles qu'elle pourrait prononcer pendant le processus de l'aide médicale à mourir.

Thomas McMorrow est professeur agrégé d'études juridiques à la Faculté des sciences sociales et des sciences humaines de l'Institut universitaire de technologie de l'Ontario. Voici ce qu'il a dit à ce sujet :

> La capacité de donner ou de retirer son consentement au moment de l'acte constitue l'élément clé de l'ensemble des mesures de sauvegarde encadrant l'aide médicale à mourir au Canada. Autrement dit, pour qu'une personne reçoive l'aide médicale à mourir, elle doit donner son consentement à l'instant même, et non à l'avance ou de manière implicite. On évite ainsi de mettre fin à la vie d'une personne contre sa volonté.

Tous les sénateurs devraient certainement avoir comme principal objectif de protéger les gens de manière à ce qu'on ne puisse pas mettre fin à leurs jours contre leur gré.

Le professeur McMorrow soulève d'autres questions quant à ce qui peut arriver même lorsque l'on convient que certains sons ou gestes peuvent ne pas être involontaires et lorsqu'on met fin à la procédure d'aide médicale à mourir.

On peut donc se poser les questions suivantes. Au moment d'accorder le consentement préalable, peut-on prévoir différentes dates où l'aide médicale à mourir pourrait être administrée?

Dans ces circonstances, pourrait-on tenter d'administrer de nouveau l'aide médicale à mourir plus tard, même si on a mis fin à la première tentative parce que le patient a manifesté une objection?

Ce projet de loi comporte déjà beaucoup d'incertitudes sans qu'on vienne compliquer les choses davantage parce qu'on ne s'entend pas sur ce qui constitue une objection volontaire ou potentiellement involontaire.

Malheureusement, avec ce projet de loi, les incertitudes sont inévitables, étant donné la façon quelque peu arbitraire — voire irresponsable — dont le gouvernement s'est empressé de faire adopter ces mesures législatives même si ce domaine du droit canadien est tout récent.

Nous devrions cependant nous efforcer d'appliquer des principes fondamentaux du droit canadien à l'égard du consentement préalable.

En 2018, le Groupe de travail du comité d'experts sur les demandes anticipées d'AMM, formé par le Conseil des académies canadiennes, a indiqué que le consentement s'appuie sur les principes suivants :

> Le consentement aux soins de santé doit être éclairé [...] Le consentement éclairé doit être volontaire [...]
>
> Le dissentiment physique de la part de personnes inaptes empêche la participation, qu'il existe ou pas de directive écrite à ce sujet.

À mon avis, la proposition d'amendement s'accorde avec ces principes.

Cet amendement renforce la clarté et la prudence dont on devrait faire preuve à l'égard de questions aussi cruciales. Je vais appuyer cet amendement, et j'encourage tous les honorables sénateurs à faire de même.

Des voix : Bravo!

L'honorable Stan Kutcher : Je vais prendre la parole pour m'opposer à l'amendement. Je vais utiliser mon temps de parole pour nous encourager à réfléchir de manière critique aux informations que nous entendons, à la validité des témoignages et à la fiabilité de ceux qui nous les fournissent, et à écouter les avis des spécialistes plutôt que de retenir seulement les opinions marginales.

Tout le monde se souvient du chaos provoqué par l'histoire de l'hydroxychloroquine pour traiter la COVID-19. Inutile de commettre la même erreur avec l'aide médicale à mourir.

En fait, en réponse à la désinformation dont nous avons été victimes par rapport à l'utilisation du midazolam, quatre sénateurs qui travaillaient auparavant dans le domaine de la santé ont pris la mesure extraordinaire de consulter des spécialistes de tout le pays pour faire la lumière sur la façon dont le midazolam est vraiment utilisé. La sénatrice Mégie est celle qui a présenté le mémoire, qui a été distribué à l'ensemble des sénateurs.

• (2040)

Il est important de nous renseigner non pas sur Google, mais auprès d'experts qui connaissent véritablement le sujet sur lequel ils se prononcent.

Nous avons également entendu ce genre d'intervention de la part de certains de nos témoins. La sénatrice Martin a parlé du témoignage du Dr Zivot, qui a exprimé son opinion à propos d'un médicament qui n'est pas utilisé dans les protocoles d'aide médicale à mourir au Canada. Or, le Dr Zivot n'a jamais administré l'aide médicale à mourir et il n'a même jamais observé une telle procédure.

Je vais vous lire une lettre que j'ai reçue aujourd'hui. Elle émane de quelqu'un qui administre l'aide médicale à mourir et qui en comprend bien les protocoles. Cette personne m'a écrit cette lettre en réaction au témoignage du Dr Zivot.

J'ai reçu plusieurs lettres et j'ai retenu celle-ci. Certaines contenaient des commentaires du genre « je suis pratiquement tombé de ma chaise en écoutant ce qui s'est dit » ou « comme c'est bizarre ».

Je vous lis la lettre.

> Je m'appelle Untel. Je procède à l'évaluation des patients et à l'administration de l'aide médicale à mourir depuis août 2016. J'ai moi-même réalisé 137 procédures d'aide médicale à mourir et j'en ai observées certaines autres.
>
> J'aimerais [...]

Je saute certains passages.

> J'aimerais vous parler de certains éléments dont le Dr Zivot a discuté. Vous vous souviendrez qu'il a mis de l'avant la notion que les personnes qui reçoivent l'aide médicale à mourir ont une mort inconfortable parce qu'elles s'asphyxient en raison d'un oedème pulmonaire. Il a également parlé d'autopsies réalisées sur des Américains ayant été exécutés par injection létale [...]

En passant, nous n'avons jamais vu ces rapports afin de pouvoir les évaluer.

Il a affirmé qu'aucune autopsie n'était pratiquée sur les patients ayant reçu l'aide médicale à mourir au Canada. Ce n'est pas tout à fait vrai.

Il parle ensuite d'un de ses patients qui a reçu l'aide médicale à mourir. Il a procédé à une autopsie par l'entremise du bureau du coroner de l'Ontario et il a demandé un examen post mortem. La demande a été approuvée par le mari et la famille. Il aborde aussi une partie des conclusions de l'autopsie et le diagnostic de démence à corps de Lewy. Tout le corps a fait l'objet d'un examen. La patiente n'avait pas d'œdème pulmonaire.

> Lors des 137 procédures d'aide médicale à mourir que j'ai pratiquées et des cas dont j'ai été témoin, j'ai constaté une mort paisible dans la dignité pour 100 % des patients. Il n'y a eu aucune exception à ce constat. Je n'ai jamais vu de détresse respiratoire ni même de symptôme, autre que l'arrêt respiratoire.
>
> J'ai aussi pratiqué deux procédures d'aide médicale à mourir où le patient a donné des organes, y compris des poumons. Il n'y avait ni œdème pulmonaire ni détérioration des poumons. Ces poumons ont permis de sauver une vie en Ontario.
>
> Selon ma vaste expérience, je peux affirmer sans hésitation que de soutenir avec passion que les gens souffrent lorsqu'ils reçoivent l'aide médicale à mourir revient à propager une théorie du complot.

Sa lettre ne s'arrête pas là.

Honorables sénateurs, lorsque nous débattons de ces questions difficiles et extrêmement importantes, il est important de nous en tenir aux faits, de ne pas nous laisser emporter par des théories du complot, de ne pas nous égarer dans des considérations marginales qui nous éloignent du sujet à débattre et, enfin, de nous assurer que, lorsque nous consultons des spécialistes de l'aide médicale à mourir, ces personnes soient véritablement des experts en la matière.

Honorables sénateurs, je ne peux pas appuyer cet amendement, et j'espère que vous ne l'appuierez pas non plus. Merci.

Des voix : Bravo!

L'honorable Mary Jane McCallum : J'aimerais poser une question.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Vous avez 35 secondes.

La sénatrice McCallum : Les médecins qui administrent l'aide médicale à mourir sont dans une situation unique et privilégiée. Savez-vous combien de temps il faut à un médecin pour acquérir l'expertise lui permettant d'interpréter le langage des patients, qui n'est pas verbal, mais qui est plutôt fait de sons et de mouvements du corps? Les autres médecins et le reste du personnel médical pourront-ils acquérir cette expertise?

Son Honneur la Présidente intérimaire : Sénatrice McCallum, je suis désolée, le temps est écoulé.

L'honorable Rosemary Moodie : Honorables sénateurs, je veux d'abord vous faire part de quelques réflexions sur la validité des procédures d'aide médicale à mourir et certains des renseignements fournis par les témoins qui tentaient de faire la lumière sur la comparaison entre ces procédures et la procédure d'injection létale; en toute franchise, il n'y en a aucune.

Il y a quelques mois, mon bureau a commencé à étudier l'expérience vécue par des fournisseurs de l'aide médicale à mourir. Nous avons mené une enquête auprès de 17 cliniciens à l'échelle du pays, dans différents milieux; des cliniciens travaillant en milieu urbain et dans de grands groupes, y compris certains qui ont effectué des centaines de procédures d'aide médicale à mourir. Nous avons également parlé à des médecins travaillant dans des régions plus isolées, des praticiens exerçant seuls qui ont eux aussi effectué des procédures d'aide médicale à mourir.

Nous avons reçu des témoins se spécialisant dans ce domaine, qui ont chacun effectué des centaines de procédures d'aide médicale à mourir, et ils nous ont appris des choses importantes. En décrivant leurs expériences, ils ont tous, sans exception, dit que les personnes

qu'ils avaient observées étaient paisibles, détendues, sereines, et même heureuses dans certains cas, pendant la procédure d'aide médicale à mourir.

Ils n'ont rapporté aucun cas où des personnes ont résisté, se sont débattues, ont eu des réactions violentes ou se sont comportées des façons décrites par les témoins tentant de comparer les injections létales à l'aide médicale à mourir.

Les témoins ayant une certaine expérience avec l'injection mortelle, mais qui ne sont pas experts de l'aide médicale à mourir, nous ont parlé d'une procédure qui n'a rien à voir avec celle qui est mise en place au Canada, qui est assortie de protocoles et de mécanismes de surveillance. Il suffit de jeter un coup d'œil aux protocoles pour se rendre compte qu'ils sont uniformes à l'échelle du pays.

On a recours à cinq médicaments, parfois six, au besoin. Les médicaments utilisés sont similaires dans l'ensemble du pays, et tous les médecins adoptent une approche uniforme. La procédure est clairement documentée, et il y a transparence quant à l'entreposage et à la disponibilité des données recueillies. L'information est accessible, chers collègues, et elle peut être examinée. Elle ne se volatilisera pas. Elle est là.

En fait, l'aide médicale à mourir est bien différente de l'injection mortelle, qui n'exige pas forcément la présence d'un professionnel de la santé, qu'il s'agisse d'une infirmière ou d'un médecin; qui ne prévoit pas des circonstances aussi méticuleusement contrôlées; et qui pourrait s'administrer très différemment et produire d'autres résultats.

Bon nombre des interventions sur l'aide médicale à mourir portaient sur cette comparaison sans importance, mais, même si elle est intéressante, nous ne pouvons pas confirmer l'expertise des témoins que nous avons entendus. Premièrement, de son propre aveu, ce témoin n'a jamais publié d'étude évaluée par les pairs ni apporté de contribution à la littérature dans ce domaine que nous pourrions examiner pour vérifier s'il s'agit, en fait, d'information crédible.

• (2050)

Deuxièmement, un document a été publié concernant une transplantation de poumon effectuée dans une résidence en Ontario. Le sénateur Kutcher vient d'en parler. Si vous le souhaitez, nous pouvons vous faire parvenir l'information qu'a fournie le Dr Eric Thomas. Celui-ci raconte comment s'est déroulée la procédure dans de nombreux cas. Il parle de sa patiente dont vous venez d'entendre parler, celle qui a reçu l'aide médicale à mourir en novembre et dont les poumons ne présentaient pas d'œdème lorsqu'ils ont été prélevés pour la transplantation.

Nous avons également appris que certains patients qui choisissent de se prévaloir de l'aide médicale à mourir font don de leurs organes à des fins de transplantation. En général, ce que nous savons au sujet de la transplantation d'organes...

Son Honneur la Présidente intérimaire : Je suis désolée, sénatrice Moodie, mais votre temps de parole est écoulé, et nous devons passer à la sénatrice Mégie.

[*Français*]

L'honorable Marie-Françoise Mégie : Honorables sénateurs, j'appuie tout ce qui a été dit par mes collègues le sénateur Kutcher et la sénatrice Moodie. Cependant, j'aimerais soulever un point qui, souvent, pose problème. Il arrive que la personne malade fasse des mouvements avec ses bras, et les gens peuvent parfois penser qu'il s'agit d'un signe de refus ou d'une façon de manifester son désaccord. Le plus souvent, quand cela arrive, ces personnes ont déjà commencé à recevoir la première ou les premières doses de sédatif. Elles devraient être détendues, et elles le sont. Toutefois, il peut survenir un phénomène qu'on appelle des « fasciculations musculaires ». Ce sont de petits mouvements que les muscles font de façon involontaire. Pour le commun des mortels, cela peut être vu comme un signe de refus, parce que la personne a retiré son bras. Les médecins sont au courant de ce phénomène et ils savent quand ils peuvent continuer, puisque ces mouvements ne sont pas une preuve de refus de la part des personnes. Souvent, les proches du patient peuvent dire si ce dernier avait déjà exprimé sa volonté. Le médecin peut aussi s'arrêter et reposer la question si la personne ne se trouve pas déjà dans un état comateux.

C'est cette nuance que je voulais apporter pour compléter ce que mes collègues ont dit. En effet sur le plan des médicaments, vous avez reçu un document qui vous donne tous ces détails, et nous avons pu le faire vérifier par des collègues de toutes les provinces. Je pense que, si vous avez bien lu ce document, vous devriez comprendre la différence entre les dosages qui sont utilisés en médecine et les dosages beaucoup plus élevés relatifs aux injections létales qui sont administrées aux États-Unis, mais pas au Canada. Merci.

[*Traduction*]

Son Honneur la Présidente intérimaire : Les honorables sénateurs sont-ils prêts à se prononcer?

Des voix : Le vote!

Son Honneur la Présidente intérimaire : L'honorable sénatrice Martin, avec l'appui de l'honorable sénateur Plett, propose en amendement :

> Que le projet de loi C-7, tel que modifié, ne soit pas maintenant lu une troisième fois, mais qu'il soit modifié à nouveau à l'article 1, à la page 6, par suppression des lignes 13 à 16.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Que les sénateurs qui sont en faveur de la motion et qui sont sur place veuillent bien dire oui.

Des voix : Oui.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Que les sénateurs qui sont contre la motion et qui sont sur place veuillent bien dire non.

Des voix : Non.

Son Honneur la Présidente intérimaire : À mon avis, les non l'emportent. Je vois deux sénateurs se lever.

Et deux honorables sénateurs s'étant levés :

Son Honneur la Présidente intérimaire : Le vote aura lieu à 21 h 9. Convoquez les sénateurs.

• (2110)

La motion d'amendement de l'honorable sénatrice Martin, mise aux voix, est rejetée :

POUR
LES HONORABLES SÉNATEURS

Anderson
Ataullahjan
Batters
Boisvenu
Carignan
MacDonald
Marshall
Martin
McCallum
Mockler
Ngo
Oh
Plett
Poirier
Smith—15

CONTRE
LES HONORABLES SÉNATEURS

Bellemare
Bernard
Black (*Alberta*)
Black (*Ontario*)
Boehm
Boniface
Bovey
Boyer
Brazeau
Busson
Cordy
Cormier
Cotter
Coyle
Dalphond
Dasko
Dawson
Deacon (*Nouvelle-Écosse*)
Deacon (*Ontario*)
Dean
Downe
Duffy
Dupuis
Forest-Niesing
Francis
Frum
Gagné
Gold
Griffin
Harder
Hartling
Jaffer
Keating
Kutcher
LaBoucane-Benson
Lankin
Loffreda
Lovelace Nicholas
Marwah
McPhedran
Mégie
Mercer
Miville-Dechêne
Moncion
Moodie
Munson
Omidvar
Pate
Patterson
Petitclerc
Ravalia
Saint-Germain
Seidman
Simons
Stewart Olsen
Tannas
Wallin
Wells
Wetston
White
Woo—61

ABSTENTION
L'HONORABLE SÉNATEUR

Manning—1

Son Honneur la Présidente intérimaire : Le sénateur Manning a la parole.

L'honorable Fabian Manning : Honorables sénateurs, j'aimerais prendre un instant pour expliquer encore une fois pourquoi j'ai voté comme je l'ai fait. Je suis contre l'aide médicale à mourir en général, alors je ne peux souscrire à aucun des amendements au projet de loi dont nous sommes saisis. Je vous remercie.

Son Honneur la Présidente intérimaire : Merci.

(*À 21 h 22, conformément à l'ordre adopté par le Sénat le 8 février 2021, le Sénat s'ajourne jusqu'à 14 heures demain.*)

ANNEXE

RÉPONSE DIFFÉRÉE À UNE QUESTION ORALE

L'AGRICULTURE ET L'AGROALIMENTAIRE

AGRI-STABILITÉ

(*Réponse à la question posée le 3 novembre 2020 par l'honorable Donald Neil Plett*)

Agriculture et Agroalimentaire Canada (y compris l'Agence canadienne du pari mutuel)

Le gouvernement reconnaît que l'agriculture est un service essentiel et est déterminé à aider les producteurs et les entreprises.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) ont apporté des changements à Agri-stabilité pour répondre aux répercussions de la COVID-19, en prolongeant la période d'inscription pour 2020, et en augmentant les avances sur les paiements d'Agri-stabilité; les paiements provisoires

passant de 50 % à 75 %. Ces changements aideront les agriculteurs à composer avec les perturbations des marchés, l'augmentation des dépenses et les défis à produire.

En moyenne, les gouvernements FPT ont investi 1,6 milliard de dollars annuellement dans les programmes de gestion des risques de l'entreprise durant les cinq dernières années. Les programmes sont à frais partagés, dans une proportion de 60 % pour le gouvernement fédéral et de 40 % pour les gouvernements provinciaux et territoriaux.

En novembre dernier, durant la conférence virtuelle de deux jours avec ses homologues FPT, Agriculture et Agroalimentaire Canada a déposé une offre concrète pour apporter une amélioration immédiate à Agri-stabilité, incluant la suppression de la limite de la marge de référence et l'augmentation du taux de compensation. Plusieurs provinces et territoires demandent actuellement leurs autorités pour leur part de 40 % des changements, et le gouvernement espère aller de l'avant dans un proche avenir.

TABLE DES MATIÈRES

Le mercredi 10 février 2021

PAGE

DÉCLARATIONS DE SÉNATEURS

Le Nouvel An lunaire
L'honorable Victor Oh 887

Le décès du chef Ron Michel
L'honorable Mary Jane McCallum 887

L'insuline—Le centième anniversaire
L'honorable Jim Munson 887

Les championnats de hockey de rue Play On!
L'honorable Douglas Black 888

Le Mois de l'histoire des Noirs
L'honorable Marie-Françoise Mégie 888

Le décès de Christopher Plummer, C.C.
L'honorable Pamela Wallin 889

AFFAIRES COURANTES

Projet de loi sur la Semaine de la gentillesse (Projet de loi S-223)
Première lecture
L'honorable Jim Munson 889

PÉRIODE DES QUESTIONS

Les finances
Le Plan d'intervention économique pour répondre à la COVID-19
L'honorable Yonah Martin 889
L'honorable Marc Gold 890

Les affaires étrangères
La Brigade des Gardiens de la révolution islamique
L'honorable Linda Frum 890
L'honorable Marc Gold 890

La justice
L'aide médicale à mourir
L'honorable Éric Forest 891
L'honorable Marc Gold 891

La santé
La pandémie de COVID-19—Les tests de dépistage rapide
L'honorable Bev Busson 891
L'honorable Marc Gold 891

Régie interne, budgets et administration
Les travaux du comité
L'honorable Diane F. Griffin 892
L'honorable Sabi Marwah 892

PAGE

Le patrimoine canadien
Les langues officielles—La nomination d'un gouverneur général
L'honorable Jean-Guy Dagenais 892
L'honorable Marc Gold 892

La santé
L'approvisionnement en vaccins contre la COVID-19
L'honorable Leo Housakos 893
L'honorable Marc Gold 893

Les finances
Le Plan d'intervention économique pour répondre à la COVID-19
L'honorable Yonah Martin 893
L'honorable Marc Gold 894

Réponse différée à une question orale 894

Recours au Règlement
L'honorable Yonah Martin 894

ORDRE DU JOUR

Les travaux du Sénat 894

Le Code criminel (Projet de loi C-7)
Projet de loi modificatif—Troisième lecture—Débat
L'honorable Donald Neil Plett 895
Rejet de la motion d'amendement
L'honorable Donald Neil Plett 897
L'honorable Frances Lankin 897
L'honorable Marc Gold 897
L'honorable Mohamed-Iqbal Ravalia 898
L'honorable Pierre J. Dalphond 899
L'honorable Salma Ataullahjan 900
L'honorable Marie-Françoise Mégie 900
L'honorable Mary Jane McCallum 901
L'honorable Stan Kutcher 902
L'honorable Renée Dupuis 902
L'honorable Julie Miville-Dechêne 903
L'honorable Fabian Manning 904
L'honorable Pamela Wallin 904

TABLE DES MATIÈRES

Le mercredi 10 février 2021

PAGE

Adoption de la motion d'amendement
L'honorable Pamela Wallin 905
L'honorable Paula Simons 906
L'honorable Jane Cordy 906
L'honorable Kim Pate 907
L'honorable Chantal Petitclerc 908
L'honorable Diane Bellemare 909
L'honorable Lucie Moncion 909
L'honorable Marc Gold 909
L'honorable Frances Lankin 909
L'honorable Pierre J. Dalphond 910
L'honorable Pierre-Hugues Boisvenu 911
L'honorable Claude Carignan 911
L'honorable Jim Munson 912
L'honorable Renée Dupuis 912
L'honorable Colin Deacon 913
L'honorable Patricia Bovey 913

Le Code criminel (Projet de loi C-7)
Projet de loi modificatif—Troisième lecture—Débat
L'honorable Denise Batters 914
Rejet de la motion d'amendement
L'honorable Denise Batters 915
L'honorable Marty Deacon 916
L'honorable Chantal Petitclerc 916

PAGE

L'honorable Pierre J. Dalphond 917
L'honorable Donald Neil Plett 918
L'honorable Yonah Martin 920
Rejet de la motion d'amendement
L'honorable Yonah Martin 922
L'honorable Chantal Petitclerc 922
L'honorable Pierre J. Dalphond 922
L'honorable Michael L. MacDonald 922
L'honorable Stan Kutcher 923
L'honorable Mary Jane McCallum 924
L'honorable Rosemary Moodie 924
L'honorable Marie-Françoise Mégie 925
L'honorable Fabian Manning 926

ANNEXE

RÉPONSE DIFFÉRÉE À UNE QUESTION ORALE

L'agriculture et l'agroalimentaire
Agri-stabilité 926