



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la justice et des droits de la personne

JUST • NUMÉRO 012 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 3 mai 2016

Président

M. Anthony Housefather

Comité permanent de la justice et des droits de la personne

Le mardi 3 mai 2016

• (1600)

[Traduction]

Le président (M. Anthony Housefather (Mont-Royal, Lib.)):
Je vous souhaite la bienvenue à cette réunion du Comité permanent de la justice et des droits de la personne.

Bonjour à ceux d'entre vous qui participent par vidéoconférence. Je m'appelle Anthony Housefather. Je suis le président du Comité. Je vais vous présenter les intervenants au fur et à mesure qu'ils vous poseront des questions, mais soyez assurés que tous les membres du Parti libéral, du Parti conservateur et du NPD sont ici pour vous entendre. Nous avons tous très hâte d'entendre vos témoignages. Merci beaucoup d'être là aujourd'hui.

Nous recevons aujourd'hui dans la salle une seule témoin, Shanaaz Gokool, directrice générale de Dying with Dignity Canada.

Bienvenue.

Par vidéoconférence, nous accueillons trois groupes. Nous accueillons Derek Ross, directeur exécutif, et Jonathan Sikkema, avocat-conseil associé, de l'Alliance des chrétiens en droit de London, en Ontario.

Bienvenue.

Nous accueillons le cardinal Thomas Collins, archevêque de l'Archidiocèse de Toronto, et Laurence Worthen, directeur exécutif de la Christian Medical and Dental Society of Canada, qui représentent tous deux la Coalition for HealthCARE and Conscience.

Bienvenue à vous aussi.

Enfin, nous accueillons Cara Zwibel, directrice du programme Libertés fondamentales de l'Association canadienne des libertés civiles.

Bienvenue.

Puisque nous allons commencer par les témoins qui comparaissent par vidéoconférence, nous voulons nous assurer de le faire dans les temps. Vous avez tous huit minutes pour présenter votre déclaration préliminaire — il y a quatre groupes, qui ont chacun huit minutes —; ensuite, tous les membres du Comité poseront des questions par rotation: six minutes pour les conservateurs, six pour les libéraux et six au NPD, puis six à nouveau aux libéraux. De plus, les questions peuvent passer de l'un à l'autre.

Nous allons commencer par l'Alliance des chrétiens en droit.

Monsieur Ross et monsieur Sikkema, allez-y s'il vous plaît.

M. Derek Ross (directeur exécutif, L'Alliance des chrétiens en droit): Bonjour.

Merci, monsieur le président.

Je m'appelle Derek Ross. Je suis directeur exécutif et conseiller juridique de l'Alliance des chrétiens en droit. Je suis en compagnie de Jon Sikkema, avocat-conseil associé de l'ACD.

Nous souhaitons remercier les membres du Comité de nous donner l'occasion de présenter nos observations.

L'ACD est un organisme de bienfaisance enregistré et une association nationale comptant plus de 600 professionnels du domaine juridique qui partagent un engagement à l'égard de la foi chrétienne. En tant qu'organisation réunissant des avocats, nous tentons de promouvoir la justice et le bien public en attirant l'attention sur les principes fondamentaux du droit.

Un de ces principes centraux est le caractère sacré de la vie, que la Cour suprême a reconnu comme étant l'un des plus importants principes de société dans l'arrêt Carter. Selon ce principe, la vie de chaque personne — peu importe son âge, ses handicaps ou ses infirmités — a la même valeur et la même importance intrinsèques.

Comme la Cour suprême l'a reconnu dans l'arrêt Rodriguez, la participation active d'une personne dans la mort d'une autre est une faute intrinsèque et morale sur le plan juridique. Ce principe, exprimé par le juge Sopinka, n'a pas été contesté ni infirmé dans l'arrêt Carter, même si celui-ci permet maintenant une exception légale dans certaines situations.

Pour nous — et pour les membres du Comité et du Parlement —, le défi consiste à déterminer de quelle façon nous pouvons le mieux protéger et préserver la valeur égale et l'importance intrinsèque de chaque personne au Canada après l'arrêt Carter.

Pour répondre à cette question, nous avons rédigé nos observations en présumant que le Parlement légalisera l'euthanasie et le suicide assisté — ce qu'on appellera l'AMM — dans certaines circonstances, même si le Parlement a d'autres options et que, selon nous, certaines sont plus appropriées, comme nous l'avons expliqué ailleurs.

Cependant, puisque, dans le projet de loi dont est saisi le Comité, on a opté pour la légalisation, nous exhortons le Parlement à faire preuve de prévoyance et à mettre en place des mesures de protection proactives contre certaines des éventuelles répercussions négatives — qui sont peut-être imprévues ou non intentionnelles — du projet de loi C-14, des répercussions négatives que l'on peut, du moins en partie, atténuer grâce à certains amendements que nous et d'autres intervenants recommandons.

Nous demandons au Parlement de réfléchir aux questions qui suivent.

En quoi la légalisation de l'AMM influera-t-elle sur les attitudes de la société à l'égard du suicide?

En quoi cela pourrait-il contribuer à normaliser le suicide en tant qu'option raisonnable, non seulement dans le contexte de l'AMM, mais de façon générale?

Nous savons que les rédacteurs du projet de loi C-14 sont conscients de cet enjeu, puisque le préambule reconnaît que le suicide est un enjeu de santé publique — pas seulement un enjeu privé — et le document d'information du ministère de la Justice mentionne aussi que l'AMM ne sera pas accessible dans un large éventail des situations, parce que cela pourrait miner les initiatives de prévention du suicide et normaliser le suicide en tant que solution à de nombreuses formes de souffrance.

Le gouvernement a raison d'être préoccupé par ces conséquences potentielles et doit agir de façon encore plus proactive pour se prémunir de ces dernières. Nous devons protéger les efforts des médecins, des organisations sanitaires et des organismes de bienfaisance qui luttent contre le suicide. Nous craignons que de tels groupes évitent d'essayer de convaincre les personnes d'abandonner leurs pensées suicidaires de crainte que leurs efforts soient considérés comme une entrave à l'AMM ou à l'accès à une telle aide.

C'est une situation évidente au Québec, où l'ordre des médecins a récemment découvert que des urgentologues laissaient des personnes qui avaient tenté de se suicider mourir alors qu'un traitement salvateur était accessible. Dans les médias, on mentionnait que la légalisation de l'aide à mourir dans cette province créait de l'ambiguïté au sujet du besoin d'intervenir. Le Parlement doit éliminer de telles ambiguïtés ici et jouer un rôle de premier plan pour combattre la normalisation du suicide.

Que peut faire précisément le Comité dans le contexte de ce projet de loi?

Selon nous, le Parlement devrait affirmer clairement dans le préambule du projet de loi C-14 que la prévention du suicide reste un objectif de politique publique important. De plus, le préambule devrait souligner que le caractère sacré de la vie reste l'un des principes sociétaux les plus fondamentaux du Canada, qu'il n'est pas contraire à l'intérêt public d'exprimer le point de vue selon lequel la participation au décès d'une personne est intrinsèquement, moralement et légalement fautive et que l'AMM devrait seulement être considérée comme une solution de dernier recours, et non pas comme une mesure à présenter à des patients comme étant simplement une option de traitement parmi d'autres.

Selon nous, c'est une façon importante de communiquer clairement — même si le Parlement choisit de permettre l'AMM — que l'AMM ne doit pas être considérée comme une nouvelle intervention médicale normale pour apaiser la souffrance ni même comme une option égale aux autres. Cela signifie aussi que le Parlement devrait protéger le statut d'organismes de bienfaisance des organisations qui luttent contre le suicide et des organisations religieuses et des institutions confessionnelles de soins de santé qui refusent de fournir l'AMM dans leurs installations. Il faut le faire en apportant des modifications claires à la Loi de l'impôt sur le revenu, ce que nous avons décrit dans notre mémoire.

• (1605)

Ces modifications permettront de promouvoir non seulement la liberté de religion, la liberté de conscience et la liberté d'expression, mais — ce qui est tout aussi important — le respect et la préservation de la culture médicale et sociale selon laquelle le traitement est la solution à préconiser pour lutter contre la souffrance, pas le suicide.

Dans un même ordre d'idées, nous devons protéger les patients afin qu'ils ne se sentent pas obligés d'accepter l'AMM. Judicieusement, il a été décidé que le fait de conseiller à une personne de se

suicider ou l'aider à le faire reste illégal au titre du projet de loi. La disposition en question, l'alinéa 241a), concerne seulement le suicide et ne semble pas concerner des choses comme l'euthanasie volontaire, qui est considérée comme un homicide et non un suicide. Il s'agit peut-être d'une erreur de rédaction, mais, d'une façon ou d'une autre, il faut la corriger. Concrètement, les patients seront confrontés à des pressions externes pour obtenir et recevoir l'AMM. Le projet de loi C-14 le reconnaît. Au titre de ce projet de loi, tel qu'il est rédigé, lorsque cela se produit, la seule conséquence, c'est qu'un patient peut être considéré comme n'étant pas admissible à l'AMM, et seulement si le médecin du patient détermine que la demande a été présentée en raison de pressions externes subies ou à la suite de telles pressions. Même si le médecin détermine que le patient n'est pas admissible, ce dernier peut tout de même tenter d'obtenir l'AMM d'un autre médecin, et ce, peut-être parce qu'il continue à être confronté aux pressions d'une même tierce partie. Le deuxième, ou le dixième, ou le vingtième médecin peut ne pas détecter les pressions externes que subit le patient. Respectueusement, il s'agit d'un oubli important, qui fait en sorte que même les formes les plus malveillantes et récurrentes de pressions et de contraintes restent à l'abri, semble-t-il, de toute poursuite. Nous recommandons d'ajouter des dispositions précises pour éliminer toute ambiguïté à cet égard et de faire en sorte que l'acte de conseiller, d'encourager ou d'obliger une personne à mourir par suicide ou homicide, y compris l'euthanasie, ou de l'intimider pour qu'elle le fasse est une infraction.

Nous demandons aussi au Parlement de protéger explicitement les droits de ceux qui refusent de participer à l'AMM, comme les fournisseurs de soins de santé. Je sais que d'autres personnes aborderont ce sujet cet après-midi. En légalisant l'euthanasie, le projet de loi C-14 fait courir un risque aux membres les plus vulnérables de la société. L'ACD souscrit aux recommandations contenues dans la Norme sur la protection des personnes vulnérables. De plus, nous recommandons un certain nombre d'amendements au projet de loi C-14 pour protéger les personnes les plus vulnérables de tout abus. Ces amendements figurent dans notre mémoire. Nous affirmons que la décision de la Cour dans l'arrêt Carter n'empêche pas le Parlement de faire toutes ces choses. De plus, selon nous, l'ensemble de ces dispositions et amendements sont nécessaires, non seulement pour protéger les personnes les plus vulnérables, mais pour préserver une culture qui célèbre la valeur égale et inhérente de chaque vie.

Merci.

• (1610)

Le président: Merci beaucoup. C'est très apprécié.

Nous allons maintenant passer à Mme Zwibel de l'Association canadienne des libertés civiles.

Mme Cara Zwibel (directrice, Programme libertés fondamentales, Association canadienne des libertés civiles): Merci.

Monsieur le président, honorables membres du Comité, je tiens à vous remercier, au nom de l'Association canadienne des libertés civiles de nous avoir invités à présenter des observations sur le projet de loi C-14.

L'ACLC lutte pour les libertés civiles, les droits de la personne et les libertés démocratiques de toutes les personnes au Canada. Créée en 1964, l'association est une organisation nationale indépendante et non gouvernementale. Nous oeuvrons dans les tribunaux, devant des comités législatifs, dans des salles de classe et dans la rue pour protéger les droits et libertés dont bénéficient les Canadiens et qui sont garantis dans notre Constitution. Les principaux objectifs de l'ACLC incluent la promotion et la protection juridique de la liberté et de la dignité individuelles. Au cours des 51 dernières années, nous nous sommes efforcés d'atteindre ces objectifs.

Comme beaucoup de groupes et de particuliers que vous rencontrerez peut-être, l'ACLC est intervenue dans le dossier Carter. Dans ce dossier, nous avons fait valoir que l'interdiction absolue de l'aide médicale à mourir était une violation de l'article 7 de la Charte qui ne pouvait être maintenue. Dans sa décision, la Cour suprême a affirmé clairement que c'est bel et bien le cas et a reconnu que le fait de refuser d'aider des personnes qui souffrent d'affections médicales graves et irrémédiables constitue une violation de leurs droits les plus fondamentaux.

La décision du gouvernement de déposer le projet de loi C-14 reconnaît le besoin d'adopter une loi nationale sur cette question, et dans une certaine mesure, certaines des dispositions dans le projet de loi sont, selon nous, conformes à la décision de la Cour suprême.

Nous sommes préoccupés par certains des aspects du projet de loi et, selon nous, il contient au moins une lacune importante et fatale; c'est le premier sujet que je vais aborder dans le cadre de mes observations.

Le projet de loi définit qui est admissible à l'aide médicale à mourir en exigeant la présence de « problèmes de santé graves et irrémédiables ». Ce libellé est conforme au libellé utilisé par la Cour dans l'arrêt Carter. Cependant, le projet de loi définit par la suite les critères requis pour établir une telle condition en affirmant, au sujet de la personne que:

sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

Selon nous, cette exigence ne respecte ni le libellé ni l'esprit de la décision de la Cour dans l'arrêt Carter. La décision mettait l'accent sur la souffrance et la qualité de vie, pas la quantité. L'exigence liée au caractère raisonnablement prévisible causera de la confusion, est inutile et, selon nous, cette exigence s'éloigne considérablement de la décision de la Cour, et ce problème doit être reconnu et réglé par le Comité.

L'expression « raisonnement prévisible » est vague dans le contexte de la vie et de la mort: le décès de chaque humain est raisonnablement prévisible. Cette exigence renvoie probablement à une certaine proximité du décès naturel, mais on peut difficilement savoir de quelle façon cela sera interprété ou évalué.

Pour ajouter à la confusion, le gouvernement a produit des documents d'information et le ministre a fait des discours qui donnent à penser que cette exigence ne devrait pas être un obstacle pour des personnes comme Kay Carter, qui souffrait de sténose du canal rachidien et qui était l'une des personnes au centre de l'affaire Carter. Selon nous, ces explications et justifications ne correspondent pas bien au libellé actuel du projet de loi.

Si le gouvernement ne veut pas créer un obstacle ici, le Parlement devrait modifier le projet de loi en conséquence. Nous avons inclus une recommandation précise à ce sujet dans notre mémoire.

Plus précisément, nous proposons de modifier le paragraphe 241.2 (2) du Code criminel pour retirer l'alinéa d) afin que les alinéas

restants constituent les seuls critères permettant de définir en quoi consistent des problèmes de santé graves et irrémédiables. Nous avons inclus certains passages qui, selon nous, devraient être ajoutés pour plus de certitude.

Le deuxième point que je veux aborder rapidement concerne l'exclusion dans le projet de loi des mineurs matures et le fait de ne pas permettre de demandes anticipées.

Même si la présentation du projet de loi par le gouvernement était accompagnée d'un engagement à étudier de façon plus poussée ces enjeux, nous craignons que cette étude plus poussée n'entraîne des retards et de la souffrance pour des personnes.

Comme il me semble que nous le savons tous, la question de l'aide à mourir est un enjeu controversé. Dans le passé, le Parlement n'a pas voulu s'attaquer à cette question sans l'impulsion d'une décision judiciaire. Selon nous, le fait que la décision de la Cour suprême dans l'arrêt Carter n'aborde pas directement la question des mineurs matures ou des demandes anticipées n'élimine pas les obligations du gouvernement ou du Parlement à respecter les droits garantis par la Charte ou à protéger les gens contre des souffrances inutiles.

● (1615)

Selon l'ACLC, il n'y a aucune raison fondée de faire une distinction entre des mineurs matures et des adultes compétents, puisque la définition d'un mineur mature est quelqu'un qu'on juge capable de prendre une décision liée à un traitement précis. Selon nous, des amendements devraient être apportés pour permettre les demandes anticipées d'aide médicale à mourir lorsqu'une personne est admissible par ailleurs. Nous ne voyons aucun motif fondé d'exclure une demande anticipée lorsque de telles demandes sont déjà permises pour permettre à une personne de consentir à la cessation d'un traitement qui la maintient en vie.

Le troisième point que je voulais aborder est plus restreint, et il concerne l'une des mesures de sauvegarde incluses dans le projet de loi selon laquelle la demande d'aide médicale à mourir d'une personne doit être signée devant deux témoins indépendants. Le projet de loi exclut par la suite certaines personnes, qui ne peuvent agir à titre de témoins indépendants. Pour être clair, l'ACLC ne s'oppose pas en principe à ce type de mesure de sauvegarde, mais, en examinant le libellé de la disposition et en examinant les personnes ne pouvant agir à titre de témoins indépendants, nous craignons qu'il puisse être difficile de trouver des personnes pouvant agir à ce titre. Je ne sais pas quelle est la meilleure façon pour le Parlement de régler ce problème. On pourrait inclure une solution en accordant au ministre de la Santé un pouvoir réglementaire concernant la permission des témoins. Nous comprenons qu'il y a des enjeux liés à la répartition des compétences ici, mais je voulais porter cet enjeu à l'attention du Comité. Selon nous, le fait de ne pas y voir pourrait créer un obstacle concret à la mise en oeuvre efficace du projet de loi.

Enfin, j'aimerais parler du processus devant le Comité. Les témoins qui ont été invités à présenter des mémoires devant le Comité ont bénéficié d'un très court préavis, et on leur a demandé de présenter des mémoires brefs. J'apprécie que vous teniez une séance-marathon ce soir, et il y a pas mal de réunions qui auront lieu au cours des prochains jours, mais le Comité ne consacre que quatre jours consécutifs à cet enjeu important. Les limites imposées quant à la portée des observations et le peu de temps accordé à l'étude du projet de loi sont autant de sources de préoccupation. Nous reconnaissons que le comité externe fédéral et le groupe consultatif interprovincial ont fait beaucoup de travail, tout comme le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, mais, concrètement, l'étude du Comité est la première occasion qu'a quiconque d'examiner le texte législatif, de l'évaluer et de formuler des observations connexes. Il s'agit d'un enjeu qui concerne tous les Canadiens, et un processus d'étude de la législation plus solide est justifié. Nous le disons parce que nous croyons que le fait que la déclaration d'invalidité entrera en vigueur au début de juin créera un vide juridique.

Le ministre de la Justice, en présentant le projet de loi, a dit que le texte correspond aux paramètres de l'arrêt Carter, mais que si aucune loi fédérale n'est adoptée le 6 juin, ce sont les paramètres de cette décision qui seront appliqués. Même si nous croyons qu'une loi nationale sur cette question est importante et sera bénéfique pour diverses raisons, cela ne signifie pas qu'il faut se dépêcher à adopter une loi qui n'a pas fait l'objet d'une étude suffisante dans le cadre d'un processus démocratique véritable.

Merci.

•(1620)

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer au cardinal Collins et à M. Worthen.

Le cardinal Thomas Collins (archevêque, Archidiocèse de Toronto, Coalition for HealthCARE and Conscience): Bonjour, et merci de nous donner l'occasion de discuter avec vous du projet de loi C-14, un texte législatif qui aura un impact majeur sur la société canadienne pour les années à venir.

Je comparais aujourd'hui au nom de la Coalition for HealthCARE and Conscience. Je suis accompagné de mon collègue Larry Worthen, qui est le directeur exécutif de la Christian Medical and Dental Society of Canada, une entité membre de notre coalition. Nous représentons plus de 5 000 médecins partout au Canada, plus de 110 installations de soins de santé et près de 18 000 places de soins et 60 000 employés.

Nous avons déjà déclaré que, en raison de notre mission et de nos convictions morales, nous ne pouvons pas soutenir ni tolérer le suicide assisté et l'euthanasie. Nous comprenons, cependant, que la Cour suprême du Canada a demandé au gouvernement fédéral d'adopter une loi sur l'euthanasie et le suicide assisté d'ici le 6 juin et que le projet de loi C-14 découle de cette décision.

Aujourd'hui, nous parlerons du besoin d'apporter des amendements au projet de loi C-14 pour protéger les droits de conscience des médecins et des installations de soins de santé. Nos membres sont déterminés à prendre soin de leurs patients à chaque étape de la vie. Nous savons ce que signifie d'avoir à accompagner ceux qui font face à d'immenses souffrances, tant dans leur esprit que dans leur corps. Nous sommes déterminés à servir ceux qui souffrent avec l'amour et la compassion qui découlent de notre foi, ce que nous exprimons grâce à la prestation des meilleurs soins médicaux possible.

Ce que nos membres ne peuvent pas faire et ce à quoi ils ne peuvent pas participer, c'est ce qu'on appelle l'aide médicale à mourir. Pour que ce soit clair, par « participation », je veux aussi dire jouer un rôle dans le décès d'une personne en prenant des arrangements pour que la procédure soit réalisée par quelqu'un d'autre par l'intermédiaire d'un renvoi.

Nous reconnaissons que l'ébauche du projet de loi déposé le 14 avril ne contient pas — du moins, pour le moment — certaines des recommandations les plus troublantes du comité parlementaire mixte. Cependant, nous restons préoccupés par le fait que le projet de loi ne protège pas les droits de conscience des fournisseurs de soins de santé et des installations qui s'opposent à l'euthanasie et au suicide assisté pour des raisons morales.

Nous ne voyons aucune référence aux droits de conscience dans le projet de loi C-14. Le préambule du texte précise que le gouvernement respecte « les convictions personnelles des fournisseurs de soins de santé ». Même si ce respect est apprécié, il n'a pas le même poids juridique qu'une protection législative. Aucune administration étrangère dans le monde qui a légalisé l'euthanasie et le suicide assisté n'oblige les travailleurs de la santé, les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers ni les centres de soins palliatifs à agir contre leur conscience, leur mission et leurs valeurs.

Il semble que le gouvernement fédéral a décidé de laisser les provinces et les territoires s'occuper de cette question, mais si le gouvernement fédéral adopte une loi qui permet l'euthanasie et le suicide assisté partout au Canada, il doit offrir une protection solide des droits de conscience partout au Canada.

Il faut absolument que le gouvernement s'assure que les professionnels de la santé bénéficient d'une protection efficace quant aux droits de conscience, tant les institutions que les particuliers. Ce n'est pas bien ni juste de dire à une personne: « Vous n'avez pas à agir de façon contraire à vos convictions, mais vous devez vous assurer que ça arrive. » Il est tout aussi injuste d'exiger d'une installation de soins de santé qu'elle désavoue ses convictions institutionnelles ou sa mission. Nous tenons à souligner qu'aucune installation de soins de santé au Canada n'offre toutes les procédures possibles à ses patients.

Nous continuerons à accompagner avec amour nos patients tous les jours. Nous vous demandons de protéger tous les travailleurs de la santé et les institutions qui sont les successeurs des pionniers des soins de santé au pays de façon à ce que nous puissions nous assurer qu'ils peuvent continuer à réaliser leur mission en matière de prestation de soins et de guérison.

Larry.

M. Laurence Worthen (directeur exécutif, Christian Medical and Dental Society of Canada, Coalition for HealthCARE and Conscience): Merci, cardinal Collins.

Les membres de notre coalition appuient le droit des patients de refuser ou d'arrêter un traitement en fin de vie pour permettre à une maladie latente de suivre son cours.

Nous voulons dire clairement que, si le Parlement légalise l'aide médicale à mourir, nous n'allons d'aucune façon empêcher les patients qui le décident d'obtenir cette procédure et nous ne les abandonnerons jamais.

Nous savons qu'il y a de nombreuses façons de respecter les décisions des patients sans bafouer les convictions de travailleurs de la santé ou des institutions. L'Association médicale canadienne et d'autres experts ont dit qu'un conflit entre ces deux valeurs n'est pas nécessaire.

Notre proposition à nous recommande d'utiliser un processus de transfert des soins et l'accès direct des patients, afin que les patients aient le choix de rester avec leur médecin ou d'être transférés sous les soins d'un autre médecin.

Les instituts qui ne veulent pas la procédure dans leurs installations sont prêts à faciliter le transfert des patients vers l'installation de leur choix si c'est ce qu'ils désirent.

Le fait de forcer les fournisseurs à agir contre leurs convictions morales est une violation de l'article 2 de la Charte des droits et libertés. Nous savons que des hôpitaux et des organismes de réglementation partout au pays élaborent actuellement des politiques à ce sujet. Par exemple, l'Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario a déjà préparé une politique provisoire qui exigera des médecins qu'ils fournissent une recommandation en matière d'euthanasie et de suicide assisté. En même temps, au moins sept autres ordres provinciaux n'ont pas opté pour une telle approche.

La loi du Parlement devrait envoyer un message clair selon lequel les droits garantis par la Charte des fournisseurs de soins partout au Canada peuvent être protégés. Les Canadiens ne devraient pas avoir à composer avec une approche disparate.

Dans le passé, le Parlement a déjà légiféré sur des questions qui chevauchent les compétences provinciales et territoriales. Prenez l'exemple de la Loi sur le mariage civil adoptée par le Parlement en 2005 pour légaliser et réglementer les mariages de conjoints de même sexe. Même si le mariage est une compétence provinciale, c'est une loi fédérale qui régit le mariage. La Loi le souligne dans son préambule et contient une clause précise reconnaissant que les autorités religieuses ont le droit de refuser de célébrer des mariages qui ne sont pas conformes à leurs croyances religieuses.

Notre coalition recommande au Parlement d'utiliser la même approche législative dans le projet de loi C-14, y compris une mention dans le préambule du projet de loi et une clause précise qui confirme que les personnes ou les institutions de soins de santé confessionnelles qui s'opposent à l'euthanasie ou au suicide assisté ne soient pas obligées d'adopter de telles pratiques et ne fassent pas l'objet d'une discrimination en raison de leur opposition.

Nos amendements proposés au préambule du projet de loi C-14 sont libellés comme suit. Pour ne pas prendre trop de temps, je vais lire deux des propositions qui figurent dans notre mémoire.

Attendu que le Parlement respecte et affirme la liberté de conscience et de religion des professionnels de la santé et des institutions confessionnelles et attendu que rien dans la présente loi n'influe sur le droit garanti à la liberté de conscience et de religion, et en particulier la liberté des professionnels de la santé et des institutions constitutionnelles de refuser de fournir une aide médicale à mourir ou de participer à la prestation d'une telle aide.

Nos amendements proposés dans le corps de la Loi seraient ainsi libellés:

Il est reconnu que les professionnels de la santé ont le droit de refuser de participer au processus d'aide médicale à mourir, directement ou indirectement, si cela va à l'encontre de leurs convictions ou de leurs croyances religieuses.

Il est entendu qu'aucune personne et aucune organisation ne seront privées d'un avantage ou fera l'objet de toute obligation ou de toute sanction au titre d'une loi du Parlement du Canada uniquement en raison de l'exercice ou du refus d'exercer relativement à l'aide médicale à mourir de leur liberté de conscience et de leur liberté de religion garanties par la Charte canadienne des droits et libertés.

En conclusion, je tiens à souligner que l'arrêt Carter précise clairement qu'aucun médecin ne devrait être forcé à participer à un décès assisté. La Cour a aussi déclaré qu'il s'agissait d'un dossier qui fait intervenir la liberté de conscience et la liberté de religion garanties par la Charte.

La discrimination contre des personnes en fonction uniquement de leurs convictions morales et de leurs croyances religieuses n'est pas

dans l'intérêt public. Cela ne crée pas le genre de société tolérante, inclusive et pluraliste que les Canadiens méritent.

Merci.

• (1625)

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à Mme Gokool.

Mme Shanaaz Gokool (directrice générale, Dying With Dignity Canada): Bonjour.

Je tiens à remercier le comité de la justice et des droits de la personne d'avoir invité Dying with Dignity Canada à l'audience d'aujourd'hui.

Nous travaillons sur le dossier de l'aide à mourir depuis bien plus de 30 ans. Si quelqu'un peut comprendre le caractère historique de ce qui se passe actuellement au pays, c'est bien nous. Cependant, nous sommes très préoccupés par le projet de loi C-14 qui s'éloigne sans raison de bon nombre des principales recommandations du comité parlementaire mixte spécial.

Nous craignons que la définition du gouvernement de « grave et irrémédiable » ne respecte pas les normes minimales de l'arrêt Carter. Si l'arrêt Carter représente le niveau plancher en matière d'aide à mourir, alors nous sommes maintenant au sous-sol. Nous sommes aussi tout particulièrement préoccupés par le fait qu'il n'y a pas de dispositions liées au consentement préalable à l'intention des personnes qui ont reçu un diagnostic lié à un problème de santé « grave et irrémédiable », comme la démence ou la maladie de Huntington.

Même si les politiques de Dying With Dignity Canada s'appuient sur les recommandations de notre conseil consultatif de médecins, nous ne sommes pas des médecins ni des avocats. Nous représentons les 85 % de Canadiens qui sont favorables à l'arrêt Carter et les 80 % de Canadiens qui appuient la possibilité de donner un consentement préalable lorsqu'il y a un diagnostic. Par conséquent, notre organisation a la responsabilité de discuter des groupes de personnes vulnérables qui seront laissées pour compte si le projet de loi C-14 n'est pas modifié de façon importante. Les personnes que je vais mentionner aujourd'hui ne sont que quelques exemples des milliers de Canadiens qui ne pourront pas trouver de réconfort dans le projet de loi C-14 et qui devront peut-être aller devant les tribunaux pour établir leur droit garanti par la Charte de mourir.

La liste de préoccupations qui suit n'est pas exhaustive, mais elle souligne certaines des principales exclusions.

Le projet de loi du gouvernement redéfinit l'expression « grave et irrémédiable » et introduit de nouvelles notions, comme « incurable », « déclin avancé et irréversible » et « raisonnablement prévisible ». Ces nouvelles expressions excluront des personnes qui ont des affections chroniques graves et des personnes qui ne sont pas sur le point de mourir.

De qui parlons-nous donc? Qui sera exclu?

Voici Linda Jarrett. À 50 ans, Linda a reçu un diagnostic lié à une sclérose en plaques progressive secondaire. À 68 ans, elle ne peut plus marcher, et les années qui l'attendent la troublent profondément. Elle ne veut pas rester 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en établissement de soins prolongés pendant, possiblement, des années et des années. Elle veut pouvoir choisir et elle veut le réconfort de savoir qu'elle pourra choisir, si son état et sa souffrance deviennent intolérables.

Voici Ronald Phelps et sa fille, Laura. Il a été victime d'un AVC foudroyant qui l'a confiné au lit et il a perdu la capacité de parler. D'autres complications ont fait en sorte que les médecins ont dû amputer ses deux bras et ses deux jambes. Il a plutôt choisi de mourir de faim et de déshydratation, ce qui, comme sa fille Laura l'a dit, est un peu comme ajouter sévices par-dessus sévices. D'autres personnes comme Ronald Phelps méritent notre compassion et méritent d'avoir le choix de ne plus souffrir et de trouver la paix.

Voici Drew Sperry, qui est décédé douloureusement de sclérose latérale amyotrophique et dont la plus grande crainte était non pas de mourir, mais de vivre — comme il l'a dit lui-même — « emprisonné dans mon corps en haletant comme un poisson sur un quai ».

Et n'oublions pas Jean Brault, un Québécois qui a eu un caillot au cerveau et qui, sur un certain nombre d'années, a souffert d'une série d'AVC foudroyants. M. Brault pensait, lorsque la loi est entrée en vigueur au Québec, qu'il allait pouvoir mettre fin à ses tourments. Ses médecins lui ont dit qu'il respectait les critères: il ne pouvait pas marcher, il perdait sa capacité de parler et il souffrait énormément. Cependant, on lui a aussi dit qu'il ne mourait pas assez vite, et il a donc arrêté de manger pendant 53 jours et arrêté de s'hydrater pendant 8 jours avant qu'il puisse être admissible à l'aide à mourir. Il a dit aux médias qu'il devait s'automutiler pour être libéré de ses souffrances.

Le gouvernement doit se demander si ce sont les seuls choix qui s'offrent à des gens comme Linda, Ronald, Drew et Jean: de souffrir horriblement pendant des années peut-être même des décennies avant de mourir d'une longue et douloureuse agonie ou d'arrêter de manger et de s'hydrater jusqu'à ce que mort s'ensuive et, maintenant, en raison de ce projet de loi restreint et restrictif, de trouver le courage malgré leurs souffrances de se présenter devant les tribunaux pour lutter pour leur droit de mourir?

Nous demandons que l'article 241.2 proposé soit modifié en fonction du libellé de la Cour dans l'arrêt Carter et qu'on en retire les expressions « incurable », « déclin avancé et irréversible » et « sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible ».

Je vais maintenant passer à la question du consentement préalable. Sans consentement préalable, des gens qui ont reçu un diagnostic de « problème de santé grave et irrémédiable » comme la démence, la maladie de Huntington ou la maladie de Parkinson auront un choix cruel à faire.

• (1630)

C'est un choix que la Cour a tenté d'éviter dans l'arrêt Carter, soit d'exiger des gens qu'ils se suicident beaucoup trop rapidement alors qu'ils ont peut-être encore des mois ou même des années devant eux, mais qu'ils décident de passer à l'acte pendant qu'ils sont encore physiquement et mentalement capables de le faire s'ils ne veulent pas mourir d'une façon qu'ils décriraient comme étant horrible.

Voici Gillian Bennett, une femme de la Colombie-Britannique qui a reçu un diagnostic de démence. Durant l'été de 2014, elle s'est suicidée pendant qu'elle était encore capable de le faire et, pour reprendre ses mots: « Je, Gillian, ne serai plus ici. Que faut-il faire de ma carcasse? Elle sera physiquement en vie, mais il n'y aura plus personne à l'intérieur. »

Voici Margot Bentley, une ancienne infirmière qui s'occupait de patients déments qui, dans un cruel coup du sort, a dit qu'elle voulait avoir le droit de mourir si jamais elle était atteinte de démence. Elle vit et meurt lentement de démence depuis maintenant 17 ans. Comme sa fille Katherine l'a dit, elle est bel et bien en phase terminale, tout comme d'autres personnes comme elle. En 2011, au Canada, plus de 740 000 Canadiens étaient atteints de démence.

C'est 15 % de la population âgée de plus de 65 ans. Ils sont complètement exclus du projet de loi. Ils ne peuvent pas demander une aide à mourir d'avance au titre du projet de loi, et ils ne peuvent pas la demander pendant qu'ils sont encore compétents. Ils ne seront pas admissibles.

À l'été de 2015, Lee-Anne Peters, qui avait 30 ans, s'est enlevé la vie après un certain nombre de tentatives. Elle était aux étapes intermédiaires de la maladie de Huntington et elle savait ce qui l'attendait. Sa mère Lisa a dit que Lee-Anne priait chaque jour pour qu'on lui permette de choisir elle-même quand elle n'allait plus pouvoir apprécier la vie, mais, puisqu'il n'y avait pas de loi, elle a dû mettre fin à ses jours plus rapidement, seule, et sans amis ni famille, pendant qu'elle était encore capable de le faire.

Gillian, Margot et Lee-Anne sont comme des centaines de milliers de Canadiens qui sont déjà condamnés à mort. En excluant le consentement préalable, le gouvernement fédéral reconnaît que leurs droits garantis par la Charte seront violés. Le projet de loi doit être modifié immédiatement pour inclure le consentement préalable ou le gouvernement doit s'engager sincèrement à s'assurer que des groupes entiers de personnes qui ne sont pas admissibles uniquement en raison de leur affection médicale ne feront pas l'objet d'une discrimination et ajoutera un mandat législatif obligatoire exigeant une étude d'experts indépendants sur ces questions en vue d'en faire part au Parlement dans un délai prescrit de 18 mois relativement à de possibles amendements au Code criminel. Cette solution de rechange pourrait aussi s'appliquer à l'inclusion des maladies mentales et des mineurs compétents.

En conclusion, si le projet de loi n'est pas modifié de façon importante, alors on peut s'attendre à ce que plus de Canadiens gravement malades, atteints de maladie chronique, malades et mourants se tournent à nouveau vers les tribunaux pour faire respecter ce que nous croyons être leurs droits garantis par la Charte. N'y a-t-il pas déjà eu assez de personnes malades et mourantes qui ont déjà tant sacrifié de choses pour nous? Ne se sont-elles pas déjà présentées devant les tribunaux pour faire reconnaître les droits garantis par la Charte des personnes qui sont atteintes de maladies graves et irrémédiables?

Merci.

• (1635)

Le président: Merci beaucoup.

Je tiens à remercier les quatre groupes différents qui ont témoigné devant nous aujourd'hui de leurs exposés très intéressants. Nous allons commencer la période des questions des membres. Nous allons commencer par les conservateurs. Monsieur Cooper, vous passez en premier.

M. Michael Cooper (St. Albert—Edmonton, PCC): Je tiens à remercier tous les témoins de leur témoignage.

Ma première question est destinée à Mme Gokool. Vous avez mentionné le consentement préalable et vous l'avez assimilé à l'arrêt Carter. Vous avez ensuite donné à penser que c'était un droit garanti par la Charte, et je me demande si vous pourriez nous indiquer le paragraphe de l'arrêt Carter qui dit que le consentement préalable est un droit garanti à l'article 7 de la Charte.

Mme Shanaaz Gokool: En ce qui a trait à la notion de consentement, dans l'arrêt Carter, la Cour n'a pas défini quand le consentement devait être établi pour qu'une demande soit jugée valide. Nous disons que l'arrêt Carter était neutre sur la question du consentement préalable. Nous disons aussi que faire preuve de discrimination contre des groupes entiers de personnes uniquement en raison de leur affection médicale peut très bien être de la discrimination au titre de la Charte et une violation des droits garantis par la Charte.

M. Michael Cooper: En d'autres mots, la Cour n'a jamais dit que c'était un droit garanti par la Charte. Ma question suivante est destinée au cardinal Collins. Cardinal, vous avez parlé du besoin de protéger la liberté de conscience. J'aimerais vous poser une question au sujet des protections de la liberté de conscience pour les institutions de soins de santé confessionnelles. Certains intervenants ne sont pas favorables à la protection de la liberté de conscience des institutions confessionnelles. Ces intervenants semblent faire une distinction entre les fournisseurs de soins de santé en tant que particuliers et les institutions, de l'autre. En faisant une telle distinction, ils réduisent les institutions à des briques et du mortier. Ce point de vue semble contradictoire, par exemple, avec la décision de la Cour suprême dans l'arrêt Loyola, où la juge McLachlin a reconnu qu'au titre de l'article 2, les professionnels de la santé et les institutions sont étroitement liés lorsqu'il est question de liberté de religion et de liberté de conscience. Je me demande ce que vous diriez à ceux qui disent que les institutions de soins de santé ne sont que des briques et du mortier et que, par conséquent, elles ne sont pas dignes de protection de leur liberté de conscience.

Le cardinal Thomas Collins: Je pense que, dans le cas des établissements de santé, ce que nous appelons leur conscience, nous l'appelons « mission ». Dès les premiers jours de notre pays, les sœurs religieuses qui ont fondé nos établissements de santé étaient motivées par leur mission, qui consistait à servir d'autres personnes. Cette mission était au cœur de leur être, et elle l'est encore aujourd'hui.

J'habite juste à côté d'un hôpital catholique qui se présente comme l'ange urbain chargé de protéger les gens, et c'est ce qu'il fait. Cet esprit, cette mission d'un hôpital, c'est quelque chose de profond. Il s'agit de ce que j'appellerais une conscience institutionnelle. C'est une chose très précieuse.

Les institutions comme les hôpitaux catholiques et d'autres institutions d'autres confessions sont non pas des briques et du mortier; elles sont l'esprit des gens qui y fournissent de l'aide. Je pense qu'il s'agit d'un point de vue très étroit et malencontreux des groupes de personnes qui donnent leur vie pour en aider d'autres et sans qui notre pays serait un endroit plus froid, plus rude et plus dur... sans l'amour et les soins des gens qui servent une mission, comme dans un hôpital. Il ne s'agit pas que de briques et de mortier.

• (1640)

M. Michael Cooper: En l'absence de dispositions concernant la protection de la conscience, pourriez-vous formuler un commentaire sur ce que vous entendez dire relativement à l'incidence que ce projet de loi pourrait avoir sur les établissements de santé, dont un grand nombre fournissent des services de santé de qualité depuis des décennies? Je sais que, dans la province de l'Alberta, Covenant Health est un exemple de ces établissements, où l'absence de dispositions concernant la protection de la conscience devient un problème majeur.

Pourriez-vous formuler un commentaire sur les conséquences, advenant que le Parlement n'établisse pas de dispositions législatives concernant la protection de la conscience?

Le cardinal Thomas Collins: Je pense que les conséquences seraient très graves. Quand nous nous sommes rassemblés dans la salle de la presse parlementaire, il y a un certain moment, j'ai remarqué que des représentants de l'Armée du Salut se tenaient également... nous nous tenions côte-à-côte, car ils ont aussi des hôpitaux dont les responsables sont très préoccupés par ce projet de loi.

Je pense qu'il s'agit des institutions, des établissements de soins de santé qui sont là pour servir... S'ils n'avaient pas le droit de le faire, il s'agirait d'un problème très grave. Bien entendu, il y a également les personnes. Individuellement, les fournisseurs de soins de santé sont les médecins, les membres du personnel infirmier, les pharmaciens. Ce sont des gens qui doivent également être protégés, et il s'agit de leurs droits de conscience non seulement de ne pas procéder eux-mêmes à ces interventions, mais aussi de veiller à ne pas renvoyer la personne afin que ces interventions aient lieu.

M. Michael Cooper: Ma dernière question s'adresse à M. Worthen. Vous avez lu une proposition de disposition concernant la protection de la conscience. Je n'en ai pas vu le texte. Vous avez peut-être soumis un mémoire, mais je n'ai pas eu l'occasion de l'examiner. À la lumière de ce que j'ai entendu, la disposition est-elle inspirée de l'article 3.1 de la Loi sur le mariage civil? S'agit-il effectivement de la structure de cette proposition d'amendement particulière? Ces dispositions se ressemblent beaucoup.

M. Laurence Worthen: Elles sont très semblables. La proposition a été fondée sur cette loi.

Le président: Maintenant, nous allons passer à Mme Khalid.

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

Je voudrais remercier tout le monde d'avoir présenté son exposé. Vos points de vue sont très appréciés, selon moi, pour ce qui est d'orienter le gouvernement quant à la façon d'adopter une approche équilibrée afin d'améliorer ce projet de loi complexe et de nature très délicate.

Je veux aborder l'équilibre et, en réalité, l'équilibre des droits civils des personnes, puis les droits et les mesures de protection qui doivent être assurés aux personnes vulnérables.

Ma question s'adresse à la représentante de l'Association des libertés civiles. Dans votre mémoire, vous avez mentionné qu'il n'y a aucune raison de faire la distinction entre des mineurs matures et des adultes incompetents et que l'exigence relative à l'âge prévue dans le projet de loi devrait être éliminée.

Alors, ma question que je vous pose est la suivante: comment proposez-vous que nous protégions les groupes vulnérables, comme les mineurs, lorsqu'il s'agit de l'aide médicale à mourir?

Mme Cara Zwibel: Nous sommes d'avis que la question des mineurs en est une qui est traitée régulièrement par les gens qui exercent dans le domaine des soins de santé. Les décisions prises au sujet de qui est un mineur mature et de qui peut prendre des décisions relatives au traitement sont des décisions que les fournisseurs de soins de santé prennent régulièrement.

Je pense qu'il est raisonnable de le présumer, et il est important de comprendre que la décision concernant la maturité d'un mineur n'est pas une estampille que l'on reçoit à un certain âge ou à un certain moment. En général, l'évaluation de la maturité d'un mineur s'effectue relativement à une décision particulière concernant le traitement. La personne serait évaluée relativement à cette décision particulière concernant le traitement. Est-elle capable de prendre la décision de demander l'aide médicale à mourir?

Je pense qu'il est raisonnable de présumer que les médecins qui sont chargés de prendre ces décisions sont susceptibles de mettre la barre plus haut qu'ils le feraient dans le cas d'autres types de décisions relatives au traitement, comme: « pouvez-vous consentir à une transfusion de sang? » ou « pouvez-vous consentir à subir une intervention chirurgicale ou un traitement d'urgence? »

L'idée qui sous-tend l'évaluation de la maturité d'un mineur est que vous êtes une personne qui peut prendre une décision avec la même capacité qu'un adulte, et, à notre avis, la distinction n'est fondée sur aucun principe.

Je comprends qu'il y a des préoccupations. Je suppose que je suis convaincue que nos professionnels médicaux ne vont pas prendre cette décision à la légère. Ils vont prendre cette responsabilité très au sérieux. Selon moi, c'est implicite dans le fait que le projet de loi confère un si grand pouvoir et une si grande influence aux évaluations des professionnels de la santé. Nous pensons que c'est ainsi qu'on traiterait la question.

Je comprends qu'il s'agit d'un enjeu complexe, que des gens sont préoccupés à ce sujet et que cela rend certainement les gens mal à l'aise que de penser à des jeunes qui choisissent de mettre fin à leurs jours. Dans la mesure où le Comité décidera que cette question requiert une étude approfondie, je souscris certainement à l'opinion de Mme Gokool, de Dying with Dignity, selon laquelle un délai devrait être appliqué à cette considération, afin que nous n'attendions pas pendant que des gens souffrent parce que le Parlement est incapable d'agir.

• (1645)

Mme Iqra Khalid: Madame Gokool, comme vous avez également mentionné qu'il s'agit d'une chose qui devrait être retirée du projet de loi, pourrais-je connaître votre opinion quant à la façon dont nous devrions procéder à l'ajout de dispositions relatives à la protection des personnes vulnérables?

Mme Shanaaz Gokool: Je pense que la première chose que je dirais, c'est que, quand nous parlons de personnes vulnérables, il semble y avoir ce dialogue concernant le fait qu'il y a des personnes vulnérables, puis qu'il y a des personnes qui souffrent et qui ont besoin d'aide pour mourir. Il s'agit du même groupe de personnes. Les personnes qui souffrent de façon intolérable et qui endurent la souffrance sont également très vulnérables.

Si les politiques et les protocoles qui doivent être élaborés dans la pratique médicale afin de régler la question du consentement avancé de mineurs matures et compétents suscitent un certain questionnement, je dirais que, dans le cas de notre organisation — et nous travaillons sur cette question depuis des décennies —, la question de la maladie mentale comme seul critère et celle des mineurs compétents sont des volets assez nouveaux de la discussion. Même pour nous, c'est assez nouveau.

Je pense qu'il n'est pas déraisonnable pour le gouvernement d'avoir besoin de plus de temps pour comprendre, grâce à d'autres consultations auprès des gens qui vont être des travailleurs sociaux et des fournisseurs de soins de santé... comment des paramètres peuvent être élaborés afin que nous puissions nous assurer que nous

n'agissons pas de façon discriminatoire à l'égard de certaines personnes, de façon arbitraire en fonction de l'âge, ou bien en fonction de leur état de santé.

Dans le préambule et la partie non législative du projet de loi, le gouvernement a indiqué qu'il étudierait cette question d'ici cinq ans. Nous sommes nombreux à avoir l'impression qu'il ne fait ainsi que reporter le problème à l'infini. Il faisait preuve d'un engagement sincère, et il comprenait qu'une discussion approfondie pourrait être nécessaire afin de comprendre la nature possible de ces politiques et protocoles, et qu'il y aurait un délai de 18 mois pour la mise sur pied d'un comité, et je dirais... dans les trois prochains mois, pour procéder à une étude et rendre des comptes en présentant des lignes directrices législatives. Nous ne connaissons pas la réponse à toutes ces questions, mais, en même temps, nous ne voulons pas exclure des gens arbitrairement et ne pas trouver des façons de nous assurer que leurs droits prévus dans la Charte ne seront pas violés.

Le président: Une question très courte.

Mme Iqra Khalid: Encore une fois, l'Association des libertés civiles, une réponse très courte, s'il vous plaît.

Dans votre mémoire, vous avez mentionné que l'idée d'une disposition relative à une mort raisonnablement prévisible est vague. À votre avis, est-ce que l'ajout d'un délai précis de peut-être six mois, huit mois ou un an la rendrait plus claire?

Mme Cara Zwibel: Je pense que ça la rendrait plus claire et que ça la rendrait probablement aussi inconstitutionnelle. Selon moi, la directive claire donnée par la Cour dans l'arrêt Carter, c'est qu'il était question non pas du caractère rapproché de de la mort, mais de la qualité de vie. L'imposition de ce genre d'exigence, tout d'abord, consiste à demander aux médecins et aux fournisseurs de soins de santé d'accomplir une tâche très difficile. Je pense que la plupart des médecins trouvent qu'il est difficile d'effectuer des prévisions avec ce degré de précision. Je ferais valoir que, même si cela rendrait la disposition plus claire, cela minerait le but fondamental du projet de loi.

• (1650)

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Rankin.

M. Murray Rankin (Victoria, NPD): Merci à tous les témoins.

Simplement pour faire fond sur la question que ma collègue vient tout juste de poser, madame Zwibel, j'ai remarqué que vous aviez recommandé que soit retiré l'alinéa 241.1(2)d), qui contient le passage concernant la mort naturelle « raisonnablement prévisible ». Il s'agit de la même recommandation que celle qui a été formulée par Mme Gokool ainsi que de nombreuses autres personnes.

Vous avez affirmé que vous étiez intervenue dans la décision, alors vous étiez présente, et vous avez conclu que c'était contraire à la lettre et à l'esprit de l'arrêt Carter. Je voudrais que vous nous expliquiez plus en détail pourquoi vous pensez que c'est vrai.

Mme Cara Zwibel: L'affaire Carter était axée sur la souffrance; elle ne portait pas sur un délai. L'organisation est intervenue devant la Cour dans cette affaire. Nous n'avons pas participé à la compilation du dossier de la preuve, alors cela fait un certain temps que je ne l'ai pas examiné de près. Toutefois, je crois savoir que Mme Carter, par exemple, dont la fille et le beau-fils étaient les demandeurs, était atteinte d'une maladie qui ne se serait pas prêtée à ce genre de caractérisation: que la mort était raisonnablement prévisible dans un avenir rapproché d'une manière ou d'une autre.

Le fait que la Cour s'est penchée sur cette affaire parmi d'autres affaires particulières et qu'elle a conclu que les personnes atteintes d'une maladie grave et irrémédiable avaient le droit, au titre de l'article 7 de la Charte, de bénéficier d'une aide médicale à mourir m'indique que le caractère rapproché de la mort n'est pas un élément de cette décision.

M. Murray Rankin: Madame Gokool, vous avez formulé une entrée en matière très provocante, dans laquelle vous avez affirmé que, si l'arrêt Carter représente le niveau plancher en matière d'aide à mourir, nous sommes maintenant au sous-sol. Puis, vous avez nommé Linda, Ronald, Drew et Jean Brault, qui — selon vos dires — ont été exclus sous le régime du projet de loi C-14.

Déclarez-vous qu'ils auraient droit d'avoir recours à l'aide médicale à mourir, selon votre interprétation de l'arrêt Carter en soi?

Mme Shanaaz Gokool: Je vais reprendre là où ma collègue de l'Association canadienne des libertés civiles s'est arrêtée.

Nous pensons que nous sommes au sous-sol parce que nous n'arrivons pas à déterminer clairement ce que le gouvernement veut dire ou encore ce que le gouvernement ne dit pas lorsqu'il utilise des termes comme « incurable ». Dans la décision Carter, la Cour a affirmé très clairement que, par « irrémédiable », elle entendait « pour laquelle il n'existe aucun traitement acceptable pour la personne ».

Lorsque le gouvernement emploie un libellé selon lequel la mort naturelle doit être « raisonnablement prévisible », cela n'a pas de sens, car la mort de tout le monde est raisonnablement prévisible, ou bien c'est vague au point d'en être inacceptable. Les médecins qui vont examiner les gens vont poser les mêmes questions que nous posons: « Pourquoi ne dit-on pas tout simplement “en phase terminale”, parce que je pense que c'est ce qu'on veut dire, en réalité? » Si c'est le cas, aucune des personnes que j'ai nommées ne correspondrait à la définition figurant dans le projet de loi du gouvernement, mais elles correspondraient à celle de la décision Carter, parce que cette affaire ne portait pas sur le fait de mourir; elle concernait les gens qui souffrent de façon intolérable. Je pense qu'il s'agit d'un élément que nous devons clarifier: le projet de loi est conçu pour les gens dont la mort est imminente.

M. Murray Rankin: Merci; d'accord.

Je voudrais poser aux représentants de l'Alliance des Chrétiens en Droit une question au sujet de la demande qu'ils ont formulée afin que le préambule du projet de loi invoque la prévention du suicide et les droits inhérents. Je pose la question parce que le préambule contient déjà une affirmation concernant la valeur inhérente et égale de la vie de tout le monde, ainsi qu'une mention du fait que le suicide est un problème de santé publique important, alors je ne comprends pas très clairement ce qu'ajouterait le libellé que vous suggérez.

M. Derek Ross: Oui, nous pensons bel et bien que ce libellé additionnel est nécessaire. Nous reconnaissons que le préambule est un bon point de départ et qu'il aborde le suicide en tant que problème de santé publique. Toutefois, il n'affirme pas précisément que la prévention du suicide demeure le but d'une politique publique. Il mentionne simplement qu'il s'agit d'un problème public et qu'il peut avoir des effets négatifs.

Nous voulons qu'il soit clair comme de l'eau de roche, en partie parce que cet enjeu — la prévention du suicide en tant qu'objectif législatif — n'a pas vraiment été pris en compte dans l'arrêt Carter. Dans cette affaire, pour déterminer si la loi était trop vaste et vague, la Cour l'a examinée uniquement du point de vue de la question de savoir si elle atteignait l'objectif de protéger les personnes

vulnérables. Elle n'a pas abordé les grands enjeux sociétaux qui, selon nous, doivent être affirmés clairement et précisément.

C'est la même chose que les droits inhérents...

M. Murray Rankin: Merci. Je suis seulement préoccupé par le temps. Je pense que je comprends ce que vous dites à ce sujet.

Si j'en avais la possibilité, je voudrais poser une dernière question à la Coalition for HealthCARE and Conscience; je l'adresse au cardinal Collins ou à M. Worthen.

Le président: Oui.

M. Murray Rankin: Une discussion a été tenue au sujet de la conscience institutionnelle. Il a été question de missions et du fait que le projet de loi devrait prévoir la protection de la conscience des institutions. J'aimerais savoir si vous pourriez parler de la nécessité, le cas échéant, de transférer un patient vers un autre établissement si une institution particulière n'était pas disposée à fournir ce service garanti par la Constitution.

Je voudrais connaître votre avis sur le fait que l'institution ou le praticien en question ayant des objections de conscience devrait ou non être tenu de procéder au transfert ou à l'aiguillage d'un patient.

• (1655)

M. Laurence Worthen: J'aimerais répondre à cette question.

Le problème, dans ce débat, tient en partie à la définition du terme « aiguillage ». Quand nous parlons d'aiguillage, nous voulons parler d'une demande de consultation officielle, qui constitue essentiellement une recommandation.

Si les patients se trouvent dans un établissement qui ne peut pas fournir l'aide à mourir sur les lieux, nos croyances morales nous permettent, à nous et aux médecins de l'établissement en question, de faciliter le transfert du patient vers l'établissement de son choix, où il pourra avoir accès à cette intervention.

De même, si un patient se présente au cabinet d'un médecin, et qu'il veut obtenir une aide médicale à mourir et que le médecin est un objecteur de conscience, il y a un certain nombre de façons de faire face à cette situation. L'une d'entre elles consiste à aiguiller le patient vers un autre médecin. Dans un autre cas, si le gouvernement provincial élaborait un processus d'accès direct à ce service, le patient pourrait conserver son médecin.

Nous pouvons nous assurer par de nombreux moyens que les demandes des patients sont respectées, tout en protégeant la conscience.

Le président: Merci, monsieur Rankin.

Ensuite, nous passons à M. McKinnon.

M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.): Merci à tous les témoins.

Ma question s'adresse encore à Mme Zwibel, de l'Association canadienne des libertés civiles.

Je crois savoir que vous considérez que l'alinéa d), où il est question de la mort prévisible, devrait être abandonné et qu'il ne peut pas être réparé par l'ajout d'un élément de temps précis. Pouvez-vous imaginer qu'il puisse y avoir une autre façon de le corriger sans l'abandonner entièrement?

Mme Cara Zwibel: Ce que nous avons suggéré dans notre mémoire écrit, c'était l'ajout d'une disposition aux fins d'une plus grande certitude. Je suppose que la réponse à votre question dépend du but de cette exigence de prévisibilité raisonnable.

Je dois souscrire à l'opinion de Mme Gokool selon laquelle, si le but est d'exiger qu'il s'agisse d'une maladie terminale, nous n'appuierions pas ce but, et nous n'avons pas de suggestions à faire concernant la façon de l'atteindre.

Si — comme les documents que j'ai vus, les déclarations de la ministre et les déclarations dont j'ai été témoin à la Chambre m'en ont donné l'impression — le projet de loi a pour but de s'appliquer à des gens comme Mme Carter, dont la mort n'était pas nécessairement raisonnablement prévisible ou proche, à notre avis, et il convient d'abandonner la disposition et d'ajouter une disposition plus précise qui prévoit explicitement qu'une maladie terminale ou le caractère rapproché d'une mort naturelle ne sont pas une exigence.

M. Ron McKinnon: Merci.

À votre avis, l'exigence prévue dans une autre disposition de cette partie, qui concerne une « situation médicale se caractérisant par un déclin avancé », est-elle une contrainte appropriée, selon vous?

Mme Cara Zwibel: Il s'agit d'une disposition que je n'ai pas étudiée de près, je dois le reconnaître. Celle-ci me semble moins vague. Il me semble qu'un médecin pourrait probablement comprendre ce que signifie cette exigence.

Pour ce qui est de déterminer si elle est conforme aux exigences de l'arrêt Carter, je ne suis pas convaincue que ce soit le cas. À nos yeux, le problème le plus important, c'est l'exigence concernant la prévisibilité raisonnable.

M. Ron McKinnon: Je crois que cet article est une tentative de définir clairement les notions de « graves » et « irrémédiables ». Il présente de nouveaux termes, comme « maladie incurable » et « situation médicale se caractérisant par un déclin avancé » et des choses comme « mort raisonnablement prévisible ».

Je me demande si vous estimez qu'il réussit à définir de façon assez étroite la notion de « graves » et « irrémédiables » ou bien si vous pensez que cet article a une quelconque utilité?

Mme Cara Zwibel: Je suis un peu déchirée quant au fait que le libellé « graves et irrémédiables » est suffisant à lui seul. Je ne blâme pas les auteurs du projet de loi d'avoir tenté de l'étoffer, pour ainsi dire, et de donner plus de précisions au sujet de la signification de ce terme et de fournir certaines indications. Je dirais que, dans la mesure où il exige qu'une maladie ou un état soit incurable, j'interpréterais ce terme conformément à la décision Carter de la Cour suprême comme désignant tout traitement qui n'est pas tolérable ou acceptable pour la personne dans les circonstances particulières.

Je pense que l'effort déployé pour tenter de définir le terme « graves et irrémédiables » est probablement valable, mais, comme je l'ai dit, le problème le plus important selon moi, tient à l'exigence d'une prévisibilité raisonnable.

● (1700)

M. Ron McKinnon: Merci.

Une autre question qui est soulevée à maintes reprises, c'est l'idée d'un délai de carence de 15 jours, une exigence claire de 15 jours, ce qui pourrait vouloir dire plus que 15 jours. Cette exigence pourrait forcer des personnes à subir des souffrances pendant un certain nombre de semaines supplémentaires. Certains ont laissé entendre que cela pourrait être inconstitutionnel.

Voudriez-vous nous donner votre opinion à ce sujet?

Mme Cara Zwibel: Selon nos observations, à ce stade, nous ne nous opposons pas en principe à une brève période de réflexion — ce que certaines personnes appellent un délai de réflexion —, pourvu

qu'il y ait des possibilités d'exceptions. Je pense que le projet de loi prévoit une exception. Il permet que ce délai de carence de 15 jours soit abrégé dans les situations où... Il faudrait que je retourne consulter le projet de loi, je ne suis pas certaine si c'est dans les cas où la souffrance serait intolérable, ou bien où on est d'avis qu'il ne reste plus beaucoup de temps à la personne, mais le fait de prévoir une période de réflexion ainsi que des exceptions à cet égard n'est pas inapproprié.

Le président: Merci beaucoup.

Compte tenu du peu de temps dont nous disposons et du nombre de témoins qui comparaissent aujourd'hui, nous ne pouvons procéder qu'à une série de questions. Je veux vous remercier tous infiniment pour votre contribution et vos délibérations. Soyez assurés que nous allons lire attentivement chacun de vos mémoires et prendre ce que vous avez dit en considération.

Merci beaucoup à tous de vous être joints à nous. Nous vous en sommes reconnaissants.

Nous allons faire une courte pause afin que notre prochain groupe de témoins puisse s'installer.

● (1700)

_____ (Pause) _____

● (1705)

Le président: Nous allons reprendre nos travaux. Je voudrais remercier nos prochains témoins, qui comparaissent tous par vidéoconférence, de s'être joints à nous. J'espère que vous pouvez tous m'entendre.

Je m'appelle Anthony Housefather, et je suis le président du Comité.

À mesure que nous avancerons, je vais vous présenter aux personnes qui vont vous poser des questions. Pour commencer, chacun d'entre vous — ou chaque organisation — disposera de huit minutes pour présenter un exposé: il y en a trois. Ces exposés seront suivis d'une série de questions, dans le cadre de laquelle les conservateurs poseront des questions pendant six minutes, les libéraux, pendant six minutes, le NPD, pour les six minutes suivantes, et les libéraux, pour une autre période de six minutes. Ensuite, nous allons voir s'il nous reste du temps pour une série de questions rapides.

Je vous demanderais à tous de limiter vos déclarations à huit minutes. Ce serait grandement apprécié. Si vous vous en tenez aux modifications proposées au projet de loi, plutôt qu'aux aperçus généraux qui pourraient avoir été présentés au comité spécial, cela serait aussi apprécié. Nous ne sommes pas là pour réinventer ce qu'a entendu le comité spécial. Nous sommes là pour discuter du projet de loi proposé.

J'aimerais vous présenter Mme Carrie Bourassa, qui est professeure à la faculté d'Études sur la santé indigène de la First Nations University of Canada et qui comparait à titre personnel. Bienvenue.

Les représentants de l'Alliance of People with Disabilities Who Are Supportive of Legal Assisted Dying Society que nous accueillons sont Margaret Birrell, qui est membre du conseil d'administration, et Angus M. Gunn, qui est avocat.

Nous accueillons aussi Hazel Self, qui est la présidente du conseil d'administration d'Accès Troubles de la Communication Canada.

Bienvenue à tous.

Nous allons commencer par Mme Bourassa. Vous avez la parole.

•(1710)

Mme Carrie Bourassa (professeure, Étude sur la santé indigène, First Nations University of Canada, à titre personnel): J'espère avoir bien préparé mon exposé. Je m'excuse si ce n'est pas le cas. Lors de la dernière séance de comité parlementaire à laquelle on m'avait demandé d'en présenter un, j'ai lu quelque chose dans un format semblable, mais le contenu était différent. Pardonnez-moi si je ne l'ai pas fait adéquatement.

Je commence par dire que, en ce qui concerne le projet de loi qui est proposé, un grand nombre de collectivités autochtones ne sont pas pleinement préparées à la mise en oeuvre du projet de loi C-14. D'ailleurs, à mon avis, le système de santé canadien ne l'est pas non plus, en raison de l'interdépendance de l'oppression constante, surtout les effets intergénérationnels du système de pensionnats et l'absence de sensibilisation générale à l'égard de cette oppression constante, ainsi que du besoin d'élaborer davantage de modèles de sécurité culturels dans les systèmes de soins de santé.

L'autorité sanitaire des Premières Nations affirme qu'aujourd'hui les Autochtones sont encore affectés par la colonisation et l'assimilation, par la discrimination systémique et le racisme, par l'appréhension des enfants, par la dépossession de leurs terres, par la perte de leurs traditions, de leur langue et de leur culture, par l'héritage des pensionnats et par le traumatisme intergénérationnel et ses effets. Le système de pensionnats et le traumatisme intergénérationnel éclipsent souvent les autres formes d'oppression constante, et à juste titre, en raison de la conclusion récente de la Commission de vérité et de réconciliation.

En conséquence du système de pensionnats et de ses effets intergénérationnels, les Premières Nations sont susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale, y compris la dépression et les idées suicidaires. Cela comprend la population d'Autochtones âgés. Alors qu'on a récemment concentré notre attention sur l'épidémie de suicides de jeunes dans des collectivités autochtones, dans le monde, le taux de suicide dans de nombreux pays est aussi élevé, voire plus élevé que celui des jeunes. En raison des lacunes actuelles au chapitre de la recherche dans le domaine du vieillissement et des populations autochtones âgées, il s'agit clairement d'un domaine ayant besoin de faire l'objet de recherches plus poussées afin que nous puissions comprendre comment les personnes âgées sont touchées par le suicide.

La population d'Autochtones âgés pourrait être plus à risque d'avoir des idées suicidaires en raison du génocide culturel engendré par le système de pensionnats, dont la perte des compétences parentales qui permettaient aux enfants de grandir dans le milieu d'un foyer traditionnel et d'apprendre les normes culturelles, la perte des méthodes de guérison traditionnelles et la perte des connaissances traditionnelles et de l'histoire — y compris les rôles sexuels et le rôle des personnes âgées dans la société — sont des conséquences importantes.

Comme les connaissances traditionnelles et l'histoire ont été perdues, on ne sait pas si l'aide à mourir était pratiquée et, le cas échéant, dans quelles circonstances. Les taux élevés de suicide dans les collectivités autochtones, associés à la perte des éléments que je viens de mentionner, créent une situation où l'adoption de pratiques d'aide à mourir légiférées pourrait entraîner des problèmes importants. Comment les taux élevés de suicide chez les personnes âgées influenceront-ils sur la capacité des Autochtones de déterminer de façon neutre le droit de mourir? Comment le manque de connaissance des coutumes traditionnelles influera-t-il sur la capacité des personnes âgées de déterminer si elles ont le droit de mourir?

Les conséquences intergénérationnelles du système de pensionnats que j'ai évoquées relativement aux personnes âgées s'appliquent tout autant aux malades et aux handicapés. Comment une perte importante — le génocide culturel du système de pensionnats — influe-t-elle aujourd'hui dans la valeur que les Premières Nations accordent à leur propre vie?

Quand les collectivités autochtones pourront affirmer avec conviction qu'elles sont en période de stabilisation au chapitre du mieux-être communautaire, peut-être que le moment sera venu d'envisager l'adoption d'une telle loi, mais pas maintenant, quand un si grand nombre de collectivités commencent tout juste à se rétablir d'une oppression constante, et en particulier, de celle du système de pensionnats.

Le Conseil canadien de la santé demande que l'on fasse preuve de conscience et de compréhension à l'égard de l'histoire de la colonisation, de la discrimination institutionnelle et des rapports de force inégaux au moment d'élaborer et de mettre en oeuvre des modèles de sécurité culturels. L'oppression constante des Premières Nations n'est pas bien connue du grand public canadien ou des praticiens de la santé, malgré le déploiement de certains efforts, y compris la compréhension de cette situation, comme les cours obligatoires d'initiation à la santé autochtone pour les étudiants en soins infirmiers que nous offrons, à la First Nations University of Canada.

Sans égard à ces efforts initiaux, l'humilité culturelle, un élément clé de la sécurité culturelle, nous rappelle qu'un cours de quatre mois ou de 12 heures n'équivaut pas à une vie entière passée à subir les conséquences d'une oppression constante. Des relations continues doivent être établies entre les patients et les praticiens de la santé et être maintenues afin de donner confiance aux patients.

•(1715)

Il faut du temps pour créer de telles relations.

Des données probantes concernant l'absence générale de sensibilisation et de sensibilité culturelles sont faciles à trouver dans les médias, quand d'anciennes figures politiques familières offrent des stratégies de relocalisation à la suite des épidémies de suicides de jeunes, dans les collectivités autochtones éloignées, dans le Nord. L'absence de protestations de la part du public canadien à l'égard de cette stratégie est une indication des problèmes systémiques qui doivent être surmontés.

Si aucun modèle de sécurité culturelle pertinent n'est mis en oeuvre pour permettre aux praticiens de la santé de compenser les points de vue formés dans le passé concernant les Premières Nations dans la société et le milieu universitaire, quels genres de relations les praticiens de la santé entretiendront-ils avec les patients autochtones qui sont âgés, malades ou handicapés? S'agira-t-il d'une relation à long terme, ou bien de celle de deux étrangers qui se rencontrent pour prendre une décision de vie ou de mort?

Nous rappellerons-nous que les Premières Nations possèdent une mine de connaissances et une histoire qui doivent parfois être ravivées en raison des effets de l'oppression constante, surtout du système de pensionnats? Nous souviendrons-nous de la résilience des Premières Nations, qui nous rappelle clairement comment ces peuples ont enduré et surmonté l'adversité?

Si nous ne comprenons pas cela, ne serait-il pas trop facile pour un client d'accepter l'aide médicale à mourir sans vraiment donner un consentement éclairé, ou pour un professionnel de la santé d'accepter un consentement aussi déficient?

Meegwetch, et merci.

Le président: Merci beaucoup, madame Bourassa.

Ensuite, nous allons passer à l'Alliance of People with Disabilities. Madame Birrell et monsieur Gunn, vous avez la parole.

Me Angus Gunn (avocat, Alliance of People with Disabilities Who Are Supportive of Legal Assisted Dying Society): Mesdames et messieurs les honorables députés, monsieur le président, je vous remercie de nous donner la possibilité de comparaître devant vous cet après-midi. Vous avez devant vous Margaret Birrell, qui est la présidente de l'alliance. Je m'appelle Angus Gunn, et j'agis à titre d'avocat plaçant pour l'alliance depuis 2011.

On m'a demandé de préparer et de prononcer une déclaration, et Mme Birrell sera heureuse de répondre à toute question que le Comité pourrait lui poser.

Les membres de l'alliance que je représente sont de grands défenseurs des droits des personnes handicapées. L'alliance a demandé et obtenu le statut d'intervenant aux trois échelons du système judiciaire dans l'affaire Carter afin de défendre le droit qui a fini par être reconnu par la Cour suprême du Canada.

Dans la déclaration que j'ai préparée, l'alliance formule quatre recommandations d'amendements qu'elle suggère d'apporter au projet de loi C-14. Le premier consiste à rétablir l'efficacité des directives anticipées. Le projet de loi C-14 ne tient pas compte de la recommandation du comité mixte spécial selon laquelle le recours à des demandes anticipées devrait être permis. Les droits prévus par la Charte des personnes qui sont atteintes de démence ne méritent pas moins d'être protégés du simple fait que leurs souffrances persistantes et intolérables découlent d'une maladie qui les prive également de leur capacité décisionnelle.

Le gouvernement a fourni deux justifications concernant l'exclusion des directives anticipées, et aucune des deux, selon nous, ne résiste à un examen minutieux. La première est la suivante:

Les directives anticipées n'offrent généralement pas une preuve fiable du consentement d'une personne au moment de la prestation de l'aide médicale à mourir.

Les directives anticipées offrent une preuve hautement fiable du consentement d'une personne pendant que sa capacité de donner son consentement est intacte. La démence finit par détruire cette capacité. Insister sur un tel consentement au moment de l'aide médicale à mourir, c'est exiger l'impossible. Y a-t-il vraiment des personnes qui ont décidé qu'elles préféreraient mourir que de subir les ravages de l'Alzheimer, par exemple, mais qui, plus tard, changent d'idée parce que l'Alzheimer, ça n'est pas si mal, après tout? Même s'il existe de telles personnes, pourquoi leur vulnérabilité l'emporterait-elle sur celle des milliers de personnes dont les souhaits n'ont pas changé, mais dont la maladie leur enlève la capacité de confirmer ce fait? Pourquoi l'interdiction générale rejetée par la Cour suprême du Canada pour les personnes atteintes de SLA est-elle acceptable pour les personnes atteintes de démence? L'exclusion des directives anticipées causera une souffrance inutile pour des milliers de Canadiens et nous condamnera à de longs litiges fondés sur la Charte simplement pour définir le périmètre du choix cruel de l'affaire Carter.

La deuxième justification offerte par le gouvernement, c'est que l'interdiction des directives anticipées protège contre les effets néfastes d'hypothèses erronées quant à la qualité et la valeur de la vie. La réalité de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé n'a rien d'une hypothèse. Si une personne compétente prend une décision éclairée selon laquelle, à un certain stade de déclin, la qualité et la valeur de la vie se seront dégradées au point où elle souhaitera obtenir l'aide médicale à mourir, pourquoi cette décision n'a-t-elle

pas droit au respect? Qui est en position d'écarter cette décision en affirmant qu'elle reflète des hypothèses erronées? L'alliance exhorte le Comité à rétablir les directives anticipées relativement à l'aide médicale à mourir.

Le deuxième amendement consiste à retirer l'exigence selon laquelle la mort doit être raisonnablement prévisible. Le projet de loi C-14 limite l'accessibilité de l'aide médicale à mourir aux situations où la mort naturelle de la personne est raisonnablement prévisible. Cette exigence n'est visible nulle part dans la décision Carter. Au contraire, Kay Carter était atteinte d'une maladie non terminale qui n'allait pas limiter la durée de sa vie; la sténose du canal rachidien.

Le gouvernement laisse entendre que le fait de permettre à des personnes qui ne sont pas à l'approche d'une mort naturelle de bénéficier de l'aide médicale à mourir pourrait miner les initiatives de prévention du suicide, normaliser la mort comme solution à de nombreuses formes de souffrance ou faire en sorte que le respect pour la vie humaine et l'égalité ne soient plus une priorité.

● (1720)

Ces objectifs sont déjà bien servis par d'autres éléments du critère établi dans l'arrêt Carter, y compris la nécessité qu'il s'agisse d'une maladie ou d'un état grave et irrémédiable, que la personne endure une souffrance physique ou psychologique intolérable... il faut que la souffrance soit impossible à soulager, et l'opinion d'un praticien en médecine ou en soins infirmiers et un délai de carence de 15 jours sont nécessaires. La controverse concernant la possibilité que Mme Carter ait pu remporter sa cause, mais être inadmissible au titre du projet de loi C-14, illustre le problème que pose cette disposition.

Lorsqu'on entre dans ce débat, le droit pénal canadien respecte le principe de la certitude. La conduite interdite doit être fixée, et il doit être possible de la connaître à l'avance. La criminalisation d'une conduite par l'application au cas par cas de notions ambiguës comme le caractère « raisonnablement prévisible » et « pas trop éloigné », est un affront à ce principe. Les Canadiens qui éprouvent une souffrance intolérable, et les médecins qui souhaitent les aider, ne devraient pas avoir à deviner si leurs actes sont criminels selon une application rétroactive de notions n'ayant aucun sens établi. L'alliance exhorte le Comité à retirer l'exigence selon laquelle la mort naturelle doit être raisonnablement prévisible.

La troisième réforme est que des recommandations indépendantes sur les mineurs matures et la maladie mentale devraient être exigées par la loi. En ce moment, le préambule du projet de loi C-14 ne contient qu'une promesse non contraignante d'étudier ces autres situations, mais ces sujets sont trop importants pour être laissés à un processus incertain. Nous sommes d'avis que le projet de loi devrait mandater un groupe d'experts indépendants à qui on demanderait de formuler des recommandations sur ces deux sujets dans des délais définis et limités.

Enfin, l'alliance insiste pour que deux choix de rédaction législative qui sont visibles dans la version anglaise du projet de loi C-14 soient amendés. Tout d'abord, la version anglaise prête à confusion par son emploi du terme « *they* » pour désigner des personnes. Le paragraphe 227(1) en est un exemple; il est ainsi libellé:

227 (1) *No medical practitioner or nurse practitioner commits culpable homicide if they provide a person with medical assistance in dying in accordance with section 241 (2).*

En plus de nous faire saigner des yeux et des oreilles, cette utilisation du simple terme « they » n'est pas harmonisée avec le libellé du Code criminel dans son ensemble, qui adopte généralement un genre neutre non pas en ayant recours à un simple « they », mais plutôt par l'utilisation d'expressions telles que « that person », « the person », « he or she » ou « his or her ». Par ailleurs, les dispositions peuvent tout simplement être reformulées afin d'éviter le problème: « *No valuable practitioner commits culpable homicide who provides a person with medical assistance in dying.* »

En outre, plusieurs dispositions du projet de loi C-14 comportent des tirets, lesquels complexifient et allongent les dispositions, qui doivent être lues plusieurs fois simplement pour que l'on puisse les comprendre. Ils minimisent aussi — comme s'il s'agissait d'un aparté — un libellé qui joue un rôle important dans le projet de loi en tant que tel. La clarté et la facilité de consultation exigeraient le recours à des sous-alinéas au lieu des tirets.

L'alliance vous remercie encore une fois de la possibilité de prononcer la déclaration qu'elle a préparée et de participer au travail important du Comité.

• (1725)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Gunn.

Nous allons maintenant passer à Accès Troubles de la Communication Canada. Madame Self, vous avez la parole.

Mme Hazel Self: Merci beaucoup.

Bonjour, mesdames et messieurs. Je veux présenter une justification et proposer deux amendements au projet de loi C-14 pour m'assurer que les personnes ayant un trouble de la parole et du langage bénéficient de mesures d'adaptation appropriées en matière de communication et qu'elles reçoivent les services de soutien nécessaires pour donner un consentement éclairé dans le contexte de l'aide médicale à mourir.

Je suis présidente du conseil d'administration d'Accès Troubles de la Communication Canada, qui est une organisation nationale sans but lucratif faisant la promotion de l'accessibilité et des droits de la personne pour plus de 450 000 Canadiens qui présentent un trouble de la parole et du langage en raison de maladies telles que la paralysie cérébrale, le trouble du spectre de l'autisme, le syndrome d'alcoolisation foetale, les retards de développement cognitif, le syndrome de Down, le traumatisme cérébral, l'aphasie consécutive à un AVC, la démence, la SLA, la maladie de Parkinson, la chorée de Huntington et la sclérose en plaques.

N'oubliez pas que, en plus de toutes les maladies que je viens de mentionner, la personne pourrait également être atteinte d'un cancer en phase terminale. Elle pourrait être atteinte de paralysie cérébrale, mais aussi avoir le cancer.

Une personne qui présente un trouble de la communication pourrait avoir un trouble de l'élocution ou parler d'une façon qui est difficile à comprendre, ou bien elle pourrait ne pratiquement pas pouvoir parler, et communiquer en pointant vers des lettres, des symboles ou des images ou à l'aide d'un dispositif de communication. Certains troubles de la communication, comme l'aphasie consécutive à un AVC, influent sur la capacité d'une personne de comprendre et de traiter ce que disent les autres personnes, mais pas sa capacité cognitive de prendre des décisions.

L'incidence des troubles de la parole et du langage augmente avec l'âge et inclut les personnes atteintes de troubles préexistants et liés à l'âge, de même que des difficultés de communication liées au vieillissement typique, comme la perte d'audition et de vision, une

compréhension réduite des phrases complexes et la difficulté à trouver le bon mot.

Une communication efficace est essentielle pour tous les patients qui doivent prendre des décisions liées à la fin de vie. Une communication réussie est un processus bilatéral dans le cadre duquel les messages sont compris avec exactitude et sans ambiguïté par le patient et par le praticien médical. Cette communication comprend l'obtention et la compréhension de renseignements au sujet de son diagnostic, de son pronostic, du traitement et des options palliatives, la pondération des renseignements pour parvenir à une décision et la communication de cette décision et des motifs qui s'y rattachent.

Ces problèmes de communication sont complexes pour n'importe qui, et ils sont exacerbés pour les personnes dont les capacités de parole et de langage sont compromises en raison de troubles qui nuisent à leur capacité de comprendre le langage parlé et écrit, de retenir les options et d'évaluer leurs conséquences ainsi que de poser des questions, de formuler des opinions et de communiquer une décision. Toutefois, grâce à des mesures d'adaptation adéquates et à des services de soutien en matière de communications, de nombreuses personnes ayant un trouble de la parole et du langage peuvent prendre et communiquer des décisions éclairées.

Il a été amplement démontré que de nombreuses personnes atteintes d'un trouble de la parole et du langage font face à des obstacles importants au moment d'interagir avec les praticiens médicaux au sujet de leurs soins de santé, et surtout dans les situations où elles doivent donner un consentement éclairé. Contrairement aux personnes qui sont sourdes et qui pourraient avoir besoin d'un interprète du langage gestuel ou aux personnes qui ont besoin d'un traducteur oral, aucun protocole ni aucune directive n'est actuellement en place pour que l'on puisse s'assurer que les personnes ayant un trouble de la parole et du langage bénéficient de mesures d'adaptation appropriées et de services de soutien en matière de communication.

Les gens qui ont un trouble de la parole et du langage affirment que les professionnels de la santé ne tiennent souvent pas compte de leurs souhaits ou les comprennent mal. Ils sont très inquiets au sujet de l'absence de mesures de sauvegarde dans le projet de loi C-14. Ces personnes affirment que les praticiens médicaux ne savent souvent pas comment rendre des renseignements parlés ou écrits accessibles pour elles; qu'ils ne comprennent pas ce qu'elles communiquent lorsqu'elles utilisent d'autres moyens que la parole pour transmettre leurs messages; qu'ils présument que le trouble de la parole et du langage de la personne dénote une incapacité cognitive; qu'ils sous-estiment leur capacité de prendre leurs propres décisions et de donner des directives concernant la fin de la vie; qu'ils s'en remettent aux membres de la famille et aux employés de soutien personnels pour communiquer en leur nom; et qu'ils comptent sur des personnes non qualifiées pour faciliter leurs communications, alors qu'un assistant en communications indépendant, professionnel, qualifié et mutuel est requis. En outre, ils n'accordent habituellement pas assez de valeur à la qualité de leur vie et à leur besoin d'interventions en soins de santé.

• (1730)

L'ATCC demande de renforcer les mesures de sauvegarde pour les personnes atteintes de troubles de communication. On doit ajouter aux mesures de sauvegarde une directive selon laquelle les médecins doivent avoir recours aux services d'un professionnel de la communication afin d'évaluer le patient et de lui fournir tous les aménagements et le soutien dont il a besoin.

Nous proposons les amendements suivants au projet de loi C-14 afin de veiller à ce que les gens puissent communiquer efficacement à propos de l'aide médicale à mourir. Dans le cas où le médecin ou le patient soulèvent une ou des questions à propos de la communication, il faudra avoir recours aux services d'un professionnel indépendant et objectif dont l'expertise concerne les besoins du patient en matière de communication; le but étant de réaliser une évaluation en vue de cerner les aménagements nécessaires en matière de communication, de fournir un soutien direct pour la communication, ou les deux. Les aménagements et le soutien en matière de communication sont nécessaires si le patient a de la difficulté à comprendre les renseignements qui lui sont fournis, à retenir et à mesurer les conséquences des choix qui lui sont offerts dans le cadre du processus décisionnel ou à communiquer ses véritables décisions de façon exacte. Les aménagements en matière de communication peuvent comprendre l'utilisation d'images, de tableaux alphabétiques et d'appareils de communication par synthèse vocale ou un soutien en matière de communication fourni par un interprète gestuel, un intervenant pour les personnes sourdes et aveugles, un orthophoniste, un interprète ou un interprète culturel.

Notre deuxième directive concerne la subdivision intitulée « Incapacité de signer », plus précisément le paragraphe 241.2(4), rédigé comme suit:

Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir est incapable de dater et de signer la demande, un tiers qui est âgé d'au moins 18 ans et qui comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir peut le faire à sa place, en sa présence.

Nous voulons que « selon ses instructions et en son nom » soit ajouté à ce paragraphe.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, madame Self.

J'ai vraiment apprécié les témoignages de nos témoins.

Nous allons maintenant passer aux questions. Les six premières minutes vont au Parti conservateur. Je vais céder à la parole à M. Kmiec, qui va poser les premières questions.

M. Tom Kmiec (Calgary Shepard, PCC): Je vais peut-être donner une partie de mon temps à mon collègue Ted, ici présent.

Je veux remercier vivement tous les témoins.

Ma première question concerne la définition d'un médecin. J'aimerais que vous me donniez votre opinion à ce sujet.

En Alberta, d'où je viens, nous avons une loi, la Health Professions Act — ou la loi sur les professions de la santé —, dont l'annexe 21 fournit une définition de ce qu'est un médecin. Essentiellement, cela englobe tout, du médecin généraliste aux ostéopathes, y compris les chiropraticiens. J'aimerais savoir ce que chacun d'entre vous pense de cela. Deux chiropraticiens devraient-ils avoir le droit de fournir une aide médicale à mourir, disons, dans une collectivité éloignée ou simplement dans leur propre pratique privée? La question s'adresse à vous tous, mais nous pouvons peut-être commencer par Mme Bourassa.

• (1735)

Mme Carrie Bourassa: À mon avis, si l'on prend une collectivité rurale du Nord, où il y a déjà une pénurie de médecins, il serait important de donner ce droit aux médecins agréés qui ont une pratique, parce qu'il y en a déjà si peu.

Je crois que j'aurais dû présenter les amendements que je voulais voir acceptés dans le projet de loi, mais je veux parler de ce qui est pour moi un problème clé, soit qu'il n'y a pas assez de médecins ou

d'infirmiers praticiens dans les collectivités rurales ou du Nord, et encore moins dans les réserves ou près de celles-ci.

S'il y a un professionnel de la santé agréé qui a suivi une formation appropriée — et c'est là une autre question clé —, alors cela mérite d'être pris en considération. À mon avis, la formation est très importante. Je ne crois pas que n'importe qui possédant une autorisation d'exercer la médecine soit nécessairement apte à signer pour l'aide médicale à mourir ou à donner des conseils à ce sujet. À ce chapitre, je crois que la formation a une importance particulière.

Mme Margaret Birrell (membre du conseil d'administration, Alliance of People with Disabilities Who Are Supportive of Legal Assisted Dying Society): Vous avez mentionné que les gens pourraient demander à des chiropraticiens d'obtenir l'aide médicale à mourir. Je crois que ce genre de décisions doit être pris de manière ponctuelle. Si l'invalidité d'une personne nécessite vraiment les soins d'un chiropraticien, alors un chiropraticien serait le spécialiste le plus adéquat pour aider cette personne. Je ne crois pas qu'il faudrait écarter certains professionnels de la santé sans d'abord prendre en considération les besoins d'une personne qui a, dans les faits, besoin de leurs services.

Le président: Avez-vous des commentaires à exprimer à ce sujet, madame Self?

Mme Hazel Self: Notre position est qu'un médecin devrait avoir ce pouvoir, mais cela nous ramène à la question de la formation. Nous nous préoccupons, bien sûr, de la communication. Selon nous, les médecins-chiropraticiens n'ont pas une formation adéquate en ce qui concerne les besoins en matière de communication des personnes atteintes de troubles de communication ou du langage. Cela devrait être une composante clé dans la formation.

M. Tom Kmiec: J'aimerais approfondir un peu un point que Mme Bourassa a mentionné.

Devrions-nous ajouter à ce projet de loi une mesure de sauvegarde selon laquelle le médecin traitant, c'est-à-dire le professionnel de la santé responsable de s'assurer que toutes les exigences sont remplies, doit obligatoirement comprendre l'état pathologique du patient avant d'être autorisé à signer le document attestant que le patient est admissible à l'aide médicale à mourir? La formation et la connaissance devraient-elles être exigées dans le cadre du projet de loi?

Je vais laisser Mme Bourassa répondre.

Mme Carrie Bourassa: Oui, c'est exactement mon avis, et je crois que la formation doit être large et exhaustive.

Ce que je veux faire valoir, c'est que les médecins et les infirmiers praticiens qui vont jouer un rôle dans ce processus ont besoin de suivre une formation en sécurisation culturelle, par exemple. J'ai fait valoir cela devant d'autres comités parlementaires, alors je ne devrais peut-être pas recommencer ici, mais je crois qu'il s'agit d'un élément clé. À mon avis, c'est très important.

Je sais que d'autres vont soutenir d'autres types de formations, alors je ne veux pas marcher sur leurs platebandes, mais je crois que les médecins et les infirmiers praticiens ont besoin de suivre une certaine formation avant d'obtenir ce droit.

Le président: Monsieur Falk.

M. Ted Falk (Provencher, PCC): Madame Bourassa, j'aimerais faire quelques observations sur vos commentaires.

L'un des premiers commentaires que vous avez faits pendant votre intervention était que les collectivités des Premières Nations ne sont pas préparées à ce projet de loi. Vous avez ensuite parlé de ce que les gens ont vécu dans le système de pensionnats ainsi que de l'oppression vécue par les gens dans vos collectivités. Il s'agit de deux sources de dépression et de suicide.

Les médias ont beaucoup parlé d'Attawapiskat au cours des dernières semaines. Les 105 tentatives de suicide au cours des 6 derniers mois représentent une véritable tragédie et une vraie crise. À mon avis, une loi de ce genre enverrait un message ambigu à bon nombre de collectivités autochtones. J'aimerais que vous vous exprimiez à ce sujet.

Pouvez-vous aussi nous dire ce que nous pourrions modifier dans la loi afin de dissiper les préoccupations que vous nourrissez à l'égard des collectivités autochtones qui pourraient être exposées à des messages ambigus?

• (1740)

Mme Carrie Bourassa: Je vous remercie de vos commentaires.

C'est très ambigu, et c'est exactement pour cette raison que j'ai mentionné les suicides. Avec le taux de suicide incroyablement élevé avec lequel nous sommes aux prises actuellement, les gens avec qui je parle de l'aide médicale à mourir — ou le suicide assisté par médecin — ne veulent absolument pas y penser. Ce qu'ils ont à l'esprit, ce sont tous les suicides qu'ils essaient d'empêcher dans les collectivités, et, dans la plupart des cas, il est difficile de simplement prendre le sujet en considération.

Cela étant dit, le fait est que nous avons un taux extrêmement élevé de maladies chroniques ainsi que beaucoup de problèmes touchant les soins palliatifs. J'ai travaillé dans le milieu des soins palliatifs pendant 10 ans, et il y a de plus en plus de jeunes qui en ont besoin. Nous sommes aux prises avec une véritable crise.

Il y a une véritable ambiguïté, mais nous pouvons prendre quelques mesures. Je crois que la communication entourant l'aide médicale à mourir dans ces collectivités est très importante. À mon avis, il est difficile pour vous — puisqu'on sait déjà que le projet de loi sera adopté — d'ouvrir les voies de communication avec les collectivités des Premières Nations à propos de l'aide médicale à mourir: leur parler de la façon dont cela pourrait leur venir en aide et ce qui pourrait être fait dans les différentes collectivités.

Je crois qu'il arrive parfois que les collectivités autochtones ne sont prises en considération qu'à la toute fin du processus, et c'est frustrant pour elles, parce qu'elles n'ont pas vraiment l'occasion de participer à cette étape du processus. Je crois qu'il faudrait communiquer avec elles.

Un autre aspect important et concret tient à la formation sur la sécurisation culturelle. Actuellement, je crois qu'il y a des gens, parmi les nations autochtones, qui ne se sentent pas en sécurité à bien des égards, ou alors qui n'ont pas accès à des soins.

Cela nous préoccupe, bien d'autres personnes et moi-même. Si nous voulons que les gens se mobilisent par rapport à l'aide médicale à mourir, qu'ils comprennent ce que c'est et que certains d'entre eux y aient accès, alors qui va interagir avec eux, et auront-ils suivi une formation? Vont-ils comprendre ce qui se passe dans leurs collectivités? Vont-ils être sensibilisés à la culture et seront-ils appuyés de façon sécuritaire par des cliniciens? C'est un problème concret.

Il faudrait également réfléchir à investir dans les collectivités, à avoir recours aux services d'intervenants-pivots autochtones dans les collectivités où il y a des taux très élevés de suicide.

À mon avis, ce n'est qu'une partie de tout ce que le Comité pourrait prendre en considération.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer au Parti libéral. Monsieur Bittle, vous pouvez y aller.

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

Madame Bourassa, comme vous le savez, notre Comité réagit à une décision de la Cour suprême. Si le projet de loi n'est pas adopté, l'aide médicale à mourir deviendrait légale sans encadrement.

Avez-vous des recommandations précises pour des amendements au projet de loi qui permettront de dissiper certaines des préoccupations que vous avez mentionnées?

Mme Carrie Bourassa: J'aurais peut-être dû les décrire plus explicitement.

Comme je viens de le mentionner, ma première priorité, parmi les plus importantes, serait de veiller à ce que les médecins et les infirmiers praticiens qui vont participer à l'aide médicale à mourir reçoivent une formation appropriée et — j'ose dire — obligatoire. C'est une question très délicate. J'ignore dans quelle mesure cela sera accueilli dans bon nombre de collectivités, ou même si cela aura effectivement lieu.

Puisque l'aide médicale à mourir est inévitable, comme vous l'avez dit, il faut qu'il y ait un encadrement, et je crois que vous êtes habilitée à créer des mesures de sauvegarde à ce chapitre. C'est le véritable sujet de notre discussion: la sécurité des patients. Partant, je crois qu'il est important de mettre en place un cadre pour protéger les patients, et je suis convaincue que cela passe par une formation sur la sécurisation culturelle qui devrait, à mon avis, être obligatoire pour les médecins et les cliniciens.

Je suis également préoccupée par le volet portant sur la communication. J'ai de la difficulté à comprendre comment vous pourrez mettre en place un dialogue avec les collectivités — parce que je crois que cela va être source d'une grande confusion — en termes clairs et simples afin de permettre aux collectivités de comprendre les conséquences du projet de loi ainsi que la façon dont ils doivent y participer. Je crois que des mesures relatives à participation pourraient vraiment être, comme je l'ai mentionné, mises en place par l'intermédiaire des intervenants-pivots autochtones. Je ne sais pas si cela pourrait être fait dans le cadre d'un partenariat unissant la formation sur la sécurisation culturelle et les médecins, mais je crois qu'il est important de soutenir ces idées.

• (1745)

M. Chris Bittle: Merci beaucoup.

D'après vos commentaires, il semble qu'il soit important de faire la distinction — et je crois que le projet de loi le fait déjà — entre le suicide, un problème de santé publique auquel on doit s'attaquer, et l'aide médicale à mourir, le sujet de notre discussion.

Ma prochaine question s'adresse à l'Alliance of People with Disabilities. Ce n'est peut-être pas judicieux de poser cette question, vu le temps qu'il nous reste, mais pouvez-vous m'expliquer brièvement l'analyse menée à la lumière de l'article 7 sur les directives préalables et me faire comprendre pourquoi vous croyez qu'il y a violation d'un droit prévu dans la Charte lorsqu'il n'y a pas de directives?

Me Angus Gunn: Je crois que je vais répondre à cette question.

Je crois qu'il est entendu dans l'arrêt Carter que le « droit à la vie, à la liberté et à la sécurité » de chacun est enchassé dans des textes législatifs qui ont pour effet d'interdire à une personne de faire ses propres choix par rapport à son traitement médical et aux aspects connexes. Il s'agit de savoir non pas s'il y a eu entrave à la vie, à la liberté ou à la sécurité d'une personne, mais plutôt s'il y a « conformité avec les principes de justice fondamentale », tel que libellé à la fin de l'article 7.

J'en reviens à l'arrêt Carter, où le tribunal a semblé avoir peu de difficulté à conclure que les infractions examinées contrevenaient aux principes de justice fondamentale. À mon avis, la même conclusion s'impose ici.

Le fait est que la décision dans l'arrêt Carter a été rendue dans un contexte factuel, et aucun des demandeurs dans cette affaire n'essayait de s'appuyer sur des directives préalables. En conséquence, le tribunal a su clairement ce qu'il devait décider. Le tribunal n'a pas eu à trancher cette question, mais à mon avis, l'analyse du tribunal dans l'arrêt Carter s'applique à parts égales à une personne qui doit suivre une directive préalable.

Bien sûr, l'unique différence est que la personne qui suit une directive préalable n'est pas en mesure, dans les faits, de réitérer le consentement au moment de la mort par aide médicale. Il s'agit de la seule différence factuelle, mais à mon avis, cela ne permet pas d'établir une distinction sur le plan juridique qui pourrait permettre de distinguer une telle personne de celles qui étaient jugées dans l'affaire Carter.

M. Chris Bittle: Mes collègues ici présents ont mentionné que l'absence de directives préalables dans l'arrêt Carter pose un problème, puisque le tribunal dans l'arrêt Carter n'a pas pris cela en considération. Croyez-vous que cet élément manquant dans l'arrêt Carter posera problème dans l'avenir par rapport à votre analyse de la Charte?

Me Angus Gunn: Eh bien, je ne crois pas qu'on pourrait dire que l'arrêt Carter nous oblige à étendre le jugement aux directives préalables. Toutefois, je crois que la logique de l'arrêt Carter mène à cette conclusion.

Je crois qu'il est certain que cette question suscitera des litiges si nous omettons de parler des directives préalables dans le projet de loi. À mon avis, il est évident qu'il faut l'intégrer au projet de loi, autrement cette question sera portée devant un tribunal. Je ne crois pas que cette question sera laissée à l'Assemblée législative. Si nous ne disons rien à ce sujet dans le projet de loi C-14, alors les tribunaux vont s'en charger.

• (1750)

Le président: Merci beaucoup.

La parole va maintenant à M. Rankin, du NPD.

[Français]

M. Murray Rankin: Mme Sansoucy va poser nos questions.

Le président: Madame Sansoucy, c'est un grand plaisir de vous accueillir à notre comité.

Mme Brigitte Sansoucy (Saint-Hyacinthe—Bagot, NPD): Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leurs présentations.

Madame Bourassa, je vais me permettre de vous poser de nouveau une question qui a déjà été posée.

Avec mon collègue, M. Murray Rankin, j'ai eu le privilège de siéger au comité mixte spécial. Certains de nos collègues du caucus qui représentent des communautés autochtones se sentent particu-

lièrement concernés. Vous avez vraiment bien présenté la confusion dans laquelle ils peuvent se trouver en raison de la particularité. Je vous demande d'être encore plus claire.

Vous avez parlé de modifications que vous souhaitez voir apportées à la loi. Pour ce qui est de la formation, je vous dirai que je laisserais cela aux provinces, parce que cela les concerne davantage. Cependant, lorsque vous touchez davantage à l'application de la loi qu'aux amendements apportés au projet de loi qui nous est présenté.

L'enjeu est-il de bien faire atterrir cette loi dans vos communautés? Faudrait-il plutôt la modifier pour que les communautés autochtones soient à l'aise avec elle?

[Traduction]

Mme Carrie Bourassa: Eh bien, je veux certainement que le projet de loi soit modifié pour que les collectivités soient à l'aise avec lui, parce que je sais qu'il sera adopté. J'aurais dû reprendre la recommandation qui a été présentée pendant le dernier comité parlementaire: un amendement a été soumis concernant la recommandation d'une formation en sécurisation culturelle. Je ne sais pas comment ils y sont arrivés, puisque je sais que la formation relève de la compétence provinciale. Cependant, la dernière fois que j'ai présenté un exposé sur le suicide assisté par un médecin, il y a eu un amendement concernant le besoin d'offrir une formation en sécurisation culturelle. Je ne suis pas sûre de la façon dont cela a été formulé, et j'ignore comment le Comité s'en est occupé; c'est pourquoi je soulève de nouveau la question.

Je crois qu'il faut parler de la sécurisation culturelle, que ce soit de la formation ou des besoins en matière de sécurisation culturelle dans notre système de soins de santé. Dans les réserves, les soins de santé relèvent en fait de la compétence fédérale, alors c'est un sujet qu'on devrait approfondir. Je ne suis pas certaine de la formulation appropriée. Je ne sais pas sous quel angle aborder le problème, mais je crois qu'il sera difficile de mettre les collectivités à l'aise si nous ne réglons pas cette question. D'une façon ou d'une autre, je crois que le chemin sera difficile. On m'a demandé de parler du suicide. Dans nos collectivités, dans nos langues ancestrales, il n'y a même pas de mot pour « suicide ». Alors, c'est difficile de discuter de l'aide médicale à mourir. Ce n'est pas la même chose que le suicide, mais dans nos collectivités...

[Français]

Mme Brigitte Sansoucy: Je m'excuse, mais notre temps est limité. Je vous remercie d'avoir précisé qu'au niveau fédéral, nous sommes également touchés par la question de la formation en ce qui vous concerne.

Maître Gunn, ma deuxième question s'adresse à vous.

Je trouve très intéressantes vos quatre recommandations, notamment celles qui concernent les directives préalables ou les demandes médicales anticipées, et les litiges que cela peut entraîner. Au fond, cela amènera des personnes à devoir se présenter devant les tribunaux.

Dans votre présentation, j'ai trouvé très intéressant qu'une alliance représentant des personnes qui vivent avec une déficience se préoccupe du problème d'interprétation auquel les médecins seront confrontés.

J'aimerais vous entendre à ce sujet parce qu'il est important que notre loi soit très claire et qu'elle ne place pas les médecins dans une position difficile en raison de problèmes d'interprétation. J'aimerais que vous nous parliez davantage de la difficulté, pour les médecins, d'interpréter notamment les mots « mort raisonnablement prévisible ».

• (1755)

[Traduction]

Me Angus Gunn: Le principe général que je voulais porter à l'attention du Comité, c'est qu'il est critique, en particulier en ce qui concerne le droit criminel, que les personnes assujetties à la loi connaissent les risques juridiques auxquels elles s'exposent avant d'entreprendre ce genre d'actions. Alors, lorsque les termes utilisés dans la formulation d'une infraction criminelle sont incroyablement vagues, la force du principe s'en retrouve diluée, et les personnes s'exposent à des risques qui ne devraient pas exister sur le plan juridique. Pour reprendre les paroles d'un député, il s'agit d'un problème pour les médecins. C'est également un problème pour les personnes. Personne ne devrait entreprendre des actions sans être au courant des conséquences juridiques potentielles. Alors, à mon avis, le critère de la mort « raisonnablement prévisible » est lourd de ce genre d'ambiguïtés, mais ce n'est pas une obligation. Ce n'est pas obligatoire selon l'arrêt Carter ni pour une question de principe. Selon moi, cela n'ajoute qu'une couche supplémentaire d'ambiguïté à cette disposition.

[Français]

Le président: Il vous reste du temps pour une question très courte.

Mme Brigitte Sansoucy: J'ai une question très brève qui à poser à notre dernière intervenante, Mme Self.

Vous avez parlé de l'importance de la présence de professionnels de la communication. Je suis préoccupée par l'admissibilité et par les contraintes liées au fait qu'il n'y ait pas de tels professionnels dans les régions éloignées ou dans l'ensemble de notre territoire. À votre connaissance, y en a-t-il dans l'ensemble de notre territoire? Parlez-vous d'orthophonistes? De quels professionnels parlez-vous exactement?

[Traduction]

Mme Hazel Self: En ce qui concerne les orthophonistes de formation, nous avons, sur notre site Web — www.cdacanada.com — un répertoire de personnes que nous appelons des intermédiaires en communication. Plus de 200 orthophonistes ont reçu une formation pour assister une personne devant un tribunal, par exemple, et pas seulement en tant qu'interprète. Ces personnes comprennent la complexité sous-jacente à la communication. Par exemple, elles peuvent montrer au tribunal comment une personne communique et prouver que leur message est authentique, tout comme le leur. Ils ne vont pas compléter les phrases, etc.

Nous avons un répertoire national de 200 orthophonistes qui peuvent agir à titre d'intermédiaires en communication. Je sais que nous ne pourrions pas aider le pays en entier, mais le travail que nous avons accompli jusqu'ici est un début extrêmement prometteur.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons revenir au Parti libéral.

Monsieur Fraser.

M. Colin Fraser (Nova-Ouest, Lib.): Merci beaucoup.

J'apprécie votre présence à tous, aujourd'hui, ainsi que vos exposés. Merci.

J'aimerais commencer par l'Alliance of People with Disabilities Who Are Supportive of Legal Assisted Dying Society. En réponse à l'une des questions qu'un de mes collègues a posées plus tôt, il y a eu une autre question concernant les directives préalables et le respect de l'arrêt Carter. Mais rien, dans l'arrêt Carter, ne parle de directives anticipées. Vous dites qu'à votre avis, il faudrait que cela soit inclus dans le projet de loi, des dispositions touchant des directives anticipées, étant donné qu'inévitablement, des observations touchant l'article 7 seront invoquées devant les tribunaux. Je me demandais si, étant donné le préambule du projet de loi, qui reconnaît que cette question mérite d'être étudiée plus avant...

Au quatrième point de vos recommandations, vous parlez des mineurs matures et des personnes atteintes d'une maladie mentale et vous suggérez de mener une étude plus poussée, mais en la confiant à un expert indépendant plus solide ou plus ambitieux, qui formulerait des recommandations, lesquelles seraient présentées au Parlement, je présume. Nous avons entendu plus tôt aujourd'hui un témoin dire que, en ce qui concerne les directives anticipées, nous pourrions par exemple en charger des experts indépendants qui présenteraient un rapport au Parlement dans les 18 mois.

J'aimerais savoir si cette façon de procéder, en ce qui concerne les directives anticipées de même que les mineurs matures et les personnes atteintes d'une maladie mentale, serait satisfaisante.

• (1800)

Mme Margaret Birrell: J'aimerais discuter des directives anticipées. La ministre a dit récemment que ces amendements feraient l'objet d'une étude d'ici les cinq prochaines années — les cinq prochaines années. Le gouvernement ne sera peut-être plus en place, à ce moment-là. Nous devons étudier tout de suite la question des directives anticipées touchant les soins, non pas dans cinq ans, et nous ne devons pas non plus reporter à plus tard toutes les autres questions soulevées par M. Gunn aujourd'hui.

Nous devons prendre une décision touchant les directives anticipées en matière de soins, étant donné que, ce que nous disons, c'est que...

M. Colin Fraser: Si vous me permettez de vous interrompre un instant, je n'ai peut-être pas été assez clair, et je m'en excuse. Ma question en réalité est la suivante: un témoin, plus tôt aujourd'hui, a dit que nous devrions confier cette question à un groupe d'experts indépendants qui présenterait son rapport au Parlement dans 18 mois, ce qui correspond à ce que vous recommandez au sujet des mineurs matures et des patients atteints d'une maladie mentale. C'est différent de ce qui figure présentement dans le préambule.

Est-ce que cela dissipe vos préoccupations?

Me Angus Gunn: La raison pour laquelle nous établissons une distinction entre les directives anticipées, d'une part, et les deux autres sujets, d'autre part, c'est que, et je crois que nous le reconnaissons tous, les enjeux qui concernent les mineurs matures et les maladies mentales présentent un niveau de complexité qui exige une étude supplémentaire.

À notre humble avis, la question des directives anticipées a déjà fait l'objet d'une étude approfondie. C'était même l'objet d'une recommandation du comité mixte. Elle n'est pas d'un niveau qui exige une étude supplémentaire. À notre avis, on en sait assez sur cette question pour aller de l'avant. On ne peut pas dire la même chose des deux autres enjeux, à notre avis. Voilà pourquoi nous avons établi cette distinction.

M. Colin Fraser: D'accord. C'est très bien.

Il y a une autre disposition dont, je crois, il n'a pas été question, celle qui exige en fait un second consentement juste avant le moment où l'aide médicale à mourir est fournie. J'imagine que cela se retrouve dans les dispositions sur les mesures de sauvegarde de l'alinéa 241.2(3)h qui est proposé. Cette exigence, donc, d'obtenir un second consentement juste avant l'administration de l'aide médicale à mourir, est présente. Il y a eu quelques commentaires sur le fait que cela mènerait à des situations où une personne qui est sous médication doit être privée de sa morphine, par exemple, de façon à être en mesure de donner ce deuxième et dernier consentement.

Voudriez-vous commenter cela?

Me Angus Gunn: Dans chaque cas, il faut que la personne ait l'occasion de retirer sa demande et il faut s'assurer qu'elle donne un consentement exprès; cette disposition a donc comme prémisses le fait que la personne est capable de donner son consentement exprès et qu'elle a la compétence nécessaire pour le faire. Une directive anticipée a donc trait, de toute évidence, au contexte dans lequel cela ne peut pas être, et il peut y avoir des cas, comme vous l'avez indiqué, où la concentration ou le type des médicaments administrés inhibe la capacité décisionnelle. L'âge représentera un problème, pour cette loi, si elle vise à faciliter les directives anticipées.

M. Colin Fraser: Merci.

Je vais maintenant poser une question à la représentante d'Accès Troubles de la Communication Canada. J'ai apprécié votre exposé sur les difficultés auxquelles font face les personnes qui ont un trouble de la communication lorsqu'elles ont affaire à un médecin.

Savez-vous s'il existe aujourd'hui des lois ou une exigence quelconque selon lesquelles un médecin doit proposer de l'aide à une personne qui n'a pas cette capacité?

Mme Hazel Self: Non, il n'en existe pas, et c'est d'ailleurs une autre des croisades que nous menons. Il n'y en a pas du tout. Il y a des parallèles. Par exemple, si vous avez besoin d'un interprète de la langue des signes, etc., l'organisation a l'obligation de la fournir. Il n'y a rien d'équivalent pour les personnes qui présentent un trouble de la communication verbale. Il n'y a aucune loi.

M. Colin Fraser: Merci.

Pour terminer, j'ai un dernier point, rapidement.

Madame Bourassa, merci de votre témoignage d'aujourd'hui. Dans sa version actuelle, le projet de loi prévoit que les intervenants peuvent être soit deux médecins praticiens, soit deux infirmières praticiennes, soit un médecin et une infirmière. Il y a eu des discussions selon lesquelles il faudrait qu'il y ait au moins un médecin, un médecin praticien, et que l'autre personne devrait être une infirmière praticienne. À la lumière de vos commentaires touchant l'accès dans les régions éloignées et le fait que les Autochtones peuvent avoir de la difficulté à trouver deux médecins, est-ce que vous vous opposeriez à ce que ce soit seulement deux infirmières praticiennes, ou est-ce que cela dissiperait vos préoccupations?

● (1805)

Mme Carrie Bourassa: Je ne verrais pas d'inconvénient à ce que ce soit deux infirmières praticiennes, dans la mesure, encore une fois, où la formation serait appropriée.

Le président: Merci beaucoup.

J'aimerais poser une petite question, si tout le monde est d'accord, à Mme Self.

Madame Self, je suis d'accord avec vous en ce qui concerne le paragraphe 241.2(4), il faut clarifier cette disposition touchant le fait que la personne a très bien fait savoir ce qu'elle demandait, non seulement, je crois, à la personne qui signe en son nom, mais également aux deux témoins. Donc, selon moi, si elle ne peut pas écrire, elle a dû verbalement faire savoir clairement à trois personnes — la personne qui signe en son nom et les deux témoins — que c'est ce qu'elle demande.

Dans le cas des personnes qui ne peuvent ni écrire ni communiquer verbalement, y a-t-il d'autres moyens que nous devrions prévoir, dans ces situations?

Mme Hazel Self: Je crois que c'est la raison pour laquelle un professionnel est présent, pour garantir que la signature reflète la directive de cette personne. Nous disons « selon ses instructions », mais, tout au long du processus, dans le cas où la personne présente un trouble de la parole ou de la communication, il faut qu'un professionnel soit présent et fournisse des mesures d'adaptation. L'enjeu concerne les mesures d'adaptation.

Le président: Je remercie encore une fois les trois témoins; vous avez fourni des témoignages très convaincants. Nous allons lire avec grande attention vos mémoires, et nous vous remercions d'avoir accepté de venir nous rencontrer aujourd'hui.

Les membres du Comité et toutes les personnes présentes ont maintenant droit à une pause de 15 minutes avant le prochain groupe de témoins. Je vous encourage tous à profiter de cette pause, nous allons reprendre nos travaux dans 15 minutes.

● (1805)

(Pause)

● (1820)

Le président: Veuillez vous asseoir, s'il vous plaît.

[Français]

Reprenons la séance.

[Traduction]

Je tiens à remercier tous les témoins de ce groupe de s'être joints à nous. C'est un grand plaisir de vous accueillir ici.

Je crois que nous avons M. Smith en vidéoconférence.

Je voudrais seulement vous expliquer comment les choses se dérouleront. Trois groupes de témoins vont présenter un exposé, et chaque groupe aura droit à huit minutes pour le faire; après, les députés vous poseront des questions. Les conservateurs auront six minutes pour vous poser des questions, les libéraux en auront six, le NPD en aura six aussi, puis nous verrons combien de temps il nous reste.

C'est un grand plaisir pour moi de vous présenter M. Derryck Smith de Vancouver, qui témoignera par vidéoconférence à titre personnel. C'est un plaisir de vous voir, monsieur.

Nous accueillons Mme Amy Hasbrouck, qui est la vice-présidente de la Coalition pour la prévention de l'euthanasie, et M. Hugh Scher, qui en est le conseiller juridique. C'est un plaisir de vous accueillir.

Nous recevons M. André Schutten, qui est conseiller juridique de l'Association for Reformed Political Action; M. James Schutten et M. Pieter Harsevoort. C'est un plaisir de vous recevoir tous les trois.

Monsieur Smith, vous avez la parole.

● (1825)

Dr Derryck Smith (à titre personnel): Merci.

Je m'appelle Derryck Smith, je suis médecin et psychiatre praticien. Je suis heureux d'avoir la possibilité de m'adresser à votre Comité, et j'admire tout particulièrement tout le temps que vous consacrez à vous torturer l'esprit au sujet de cette question épineuse.

Je m'appelle Derryck Smith. Je suis médecin et psychiatre praticien à Vancouver. J'ai témoigné à titre d'expert dans l'affaire Carter, et je suis membre de Dying With Dignity Canada, mais, ce soir, j'exprime mes opinions personnelles.

Les modifications que je propose, qui figurent dans mon mémoire, visent en réalité à nous ramener aux recommandations du comité mixte spécial et au texte de l'arrêt Carter.

Les aspects de cette question qui trouvent une corde sensible chez moi concernent l'autonomie des citoyens, c'est-à-dire l'autonomie qui nous permet de contrôler notre vie et l'autonomie qui nous permet de contrôler jusqu'à un certain point notre mort. C'est Sue Rodriguez qui a été la première à le formuler lorsqu'elle a comparu devant la Cour suprême il y a plus de 20 ans. Ce qui m'inquiète, c'est que les gens qui s'opposent à l'aide à mourir ont uni leurs forces et essaient de diluer ou d'atténuer les conclusions découlant de l'arrêt Carter et des travaux du comité mixte spécial. J'estime que c'est préjudiciable pour la question de l'aide à mourir pour les Canadiens.

J'ai récemment participé à Vancouver à un forum dont le but était supposément de permettre aux professeurs de médecine de faire connaître au ministre de la Justice leurs opinions sur l'aide médicale à mourir. Je n'avais pas été invité, au départ; j'ai dû m'arranger pour l'être. Je n'étais qu'une voix parmi tant d'autres. Mais je crois que les jeux étaient déjà faits et que le ministre n'entendrait que des gens qui étaient opposés à l'aide médicale à mourir, ce qui comprend les médecins en soins palliatifs qui, on le sait, s'opposent à l'aide médicale à mourir, des médecins des hôpitaux catholiques et des témoins qui avaient comparu dans l'affaire Carter comme témoins du gouvernement, et dont la Cour avait rejeté les témoignages.

Ces gens recommandaient ensemble, je crois, que nous allions plus loin, disant que nous ne pouvons pas laisser deux médecins trancher ces questions, qu'il nous faut tenir une audience judiciaire dans chacun des cas. J'ai participé à deux audiences judiciaires dans l'Ouest du Canada, dont une se déroulait hier; il s'agissait d'un patient âgé et souffrant, atteint d'une maladie « grave et irrémédiable », qui comparait devant un juge et lui demandait accès à l'aide à mourir. Tout d'un coup, les procureurs généraux du Canada, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique se sont présentés pour s'y opposer. Cela représente un énorme fardeau pour une personne qui doit payer un avocat et faire face à un report de l'affaire. À mon avis, si nous nous engageons dans cette voie, cela représentera un véritable fardeau, une réelle souffrance, et il est certain que je m'oppose à ce type de modifications.

Les trois aspects qui me touchent personnellement concernent la démence, la maladie mentale et, dans une moindre mesure, les personnes âgées de moins de 18 ans. Si les jeunes de moins de 18 ans représentent pour moi un enjeu, c'est un enjeu relativement mineur étant donné que ces personnes seront relativement peu nombreuses. De la même façon, en ce qui concerne la maladie mentale, le nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale grave et irrémédiable sera très petit. Nous l'avons appris des autres pays.

La question qui m'interpelle réellement, c'est la question de la démence. Je parle sur le plan purement personnel, car j'ai vu ma belle-mère et mon père mourir de démence. C'est une maladie laide et débilitante. Aux derniers stades de la démence, les patients deviennent incontinents, ils ne contrôlent ni leur vessie, ni leur

sphincter, ils ne peuvent plus parler et ils n'ont aucune idée de qui ils sont ni de qui sont les membres de leur famille. C'est un état qui peut durer des mois, si ce n'est des années. Personnellement, je ne voudrais pas vivre ainsi, et j'imagine que c'est le cas de la plupart des Canadiens.

Nous avons déjà des directives anticipées qui ont force juridique, par exemple les ordonnances de non-réanimation, et nous avons urgemment besoin de pouvoir adjoindre des directives anticipées à la capacité d'obtenir une aide médicale à mourir à un moment où nous ne serions plus capables. Un très grand nombre de Canadiens seront durablement touchés par la démence dans les années qui viennent.

• (1830)

Ce qui m'inquiète, c'est que, si nous consacrons cinq ans à étudier ces trois questions, un certain nombre de Canadiens vont inutilement souffrir. Nous n'avons pas à faire cela. Personnellement, je ne crois pas qu'il soit vraiment nécessaire de mener une étude supplémentaire sur la question de la démence. Je vous prie instamment de tenir compte de mes recommandations et d'adopter les modifications qui nous ramèneront aux recommandations du comité spécial mixte, ou du moins, au texte de l'arrêt Carter.

Merci. Je crois que je m'arrêterai ici.

Le président: Merci beaucoup, docteur Smith.

Je constate que nous n'avons pas de copie du texte de votre mémoire. Je crois que vous vouliez nous l'envoyer, mais nous n'avons rien reçu par courriel. J'aimerais que vous envoyiez de nouveau le texte de ce mémoire de façon que nous puissions étudier les modifications que vous proposez.

Dr Derryck Smith: C'est ce que je vais faire, mais je ne peux pas le faire pendant la vidéoconférence.

Le président: Non, ce n'est pas du tout ce que je voulais dire. Je voulais dire après la séance d'aujourd'hui. Ce serait excellent que vous le fassiez, car nous voulons bien sûr le lire.

Dr Derryck Smith: Je le ferai avec plaisir.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à l'Association for Reformed Political Action.

Monsieur Schutten.

M. André Schutten (conseiller juridique, Association for Reformed Political Action): Merci beaucoup, et bon après-midi à tous les honorables membres du Comité.

Je m'appelle André Schutten. Je suis avocat auprès de l'Association for Reformed Political Action du Canada. Nous sommes intervenus pendant l'affaire Carter, et nous avons analysé les diverses propositions législatives ou stratégiques qui ont été publiées depuis la Cour suprême a rendu sa décision, en février.

J'aimerais souligner pour commencer que le Parlement n'est pas obligé d'adopter une loi pour légaliser l'euthanasie ou le suicide assisté. Si le Parlement adopte une telle loi, il le fait de bon gré; il ne s'en lave pas les mains simplement parce que la Cour suprême l'a obligé à le faire.

En fait, la Cour suprême a commis une erreur, et le Parlement a le devoir moral de corriger cette erreur. Les lois donnent au Parlement la possibilité — et je ne parle pas de la clause nonobstant — de protéger complètement toute vie humaine en interdisant l'euthanasie et le suicide assisté. Je serais heureux de discuter de ce que l'on peut proposer pour modifier le projet de loi C-14 pendant la période de questions.

Si le Parlement persévère dans son choix de légaliser le suicide assisté et l'euthanasie, sa décision mettra en péril de manière inacceptable la vie de personnes vulnérables, violant ainsi leur droit constitutionnel à la protection égale de la loi. La *Supreme Court Law Review* vient de publier un article que j'ai rédigé pour faire valoir cet argument. Encore une fois, je serai heureux de vous expliquer pendant la période de questions en quoi le projet de loi C-14 et l'arrêt Carter constituent en fait une violation de l'article 15 de la loi constitutionnelle s'appliquant à des hommes comme James et Pieter, ici présents.

Moi, je suis un Canadien en santé et je n'ai aucun handicap, comme c'est le cas de vous tous, y compris le médecin que vous venez d'entendre, mais je ne crois pas que nous puissions pleinement comprendre les désavantages que représente le projet de loi C-14 pour certains de nos concitoyens qui doivent courageusement faire face à de nombreux obstacles que nous n'aurons jamais à affronter. Plutôt que d'essayer de vous convaincre de ce que sont ces choses, j'ai demandé à deux Canadiens se trouvant dans cette situation de vous faire part directement de leurs opinions, d'expliquer les répercussions du projet de loi C-14 sur leur vie puis de dire quels changements seraient à leur avis nécessaires pour qu'ils se sentent un petit peu plus en sécurité dans le Canada post-Carter.

Je vais laisser la parole à James, pour commencer, puis à Pieter.

• (1835)

M. James Schutten (Association for Reformed Political Action): Bonjour. Je m'appelle James Schutten. Merci de me donner la possibilité de discuter avec vous de cet enjeu important.

Lorsque j'avais deux ans, on m'a diagnostiqué une amyotrophie spinale, qui a entraîné de graves handicaps physiques. J'ai besoin de quel'un pour installer ma sonde d'alimentation, aspirer les sécrétions dans mon tube de trachéo, me retourner dans mon lit, m'amener aux toilettes et me gratter la tête. Je ne vous raconte pas cela parce que je cherche votre pitié. Je n'ai pas pitié de moi-même. Toutefois, vous devez savoir que ces professionnels et les membres de ma famille ont besoin de prendre soin de ma vie, et que ma vie est entre leurs mains.

C'est la raison pour laquelle j'avais besoin de vous parler de ce projet de loi qui légaliserait l'aide médicale à mourir et de l'effet que cette loi aura sur moi-même et sur d'autres personnes dans ma situation.

J'ai dû aller à l'hôpital en raison de maladies, et le personnel médical se demandait si les mesures extrêmes à prendre en valaient la peine. Cela me rend très nerveux, car j'ai l'impression que je n'en vaudrais pas la peine. Dieu merci, ma famille me soutient et discute en mon nom avec les médecins. Si je suis anxieux aujourd'hui, imaginez à quel point je le serais si le projet de loi C-14 était adopté.

Et si la société partait de l'hypothèse que j'ai de la valeur? Que se passerait-il si les gens cessaient de me considérer comme un fardeau pour les autres? Je fais partie de ce groupe de personnes qui, de l'avis de la Cour suprême du Canada, devraient avoir le droit à l'aide médicale à mourir. Et si, au contraire, j'avais droit à des soins palliatifs ou à des ressources qui m'aideraient à continuer de vivre en tant que membre productif de la société?

Je crois que d'autres personnes pensent comme moi, mais ce droit de mourir me donne l'impression que la société croit que je devrais choisir de mourir.

C'est pourquoi je vous prie instamment d'ajouter le paragraphe 241.2(3) proposé, concernant l'exigence que des soins palliatifs soient facilement accessibles par le patient.

Oubliez mon fauteuil roulant, et voyez que je suis un atout pour ma collectivité. Je fais du travail bénévole dans une maison de soins infirmiers, quelques jours par semaine, et je donne un coup de main dans une école primaire; j'aime vraiment beaucoup faire tout cela.

Je ne crois pas que quiconque ait le droit de choisir exactement la date de sa mort. C'est Dieu seul qui décide, et Il ne fait pas d'erreurs. Il a un but dans tout ce qu'il fait. Ma foi et ma famille ajoutent de la valeur à ma vie. Plutôt que d'investir de l'argent dans un projet de loi qui normalise le choix de mourir, notre pays devrait investir du temps et de l'argent pour donner aux gens qui sont malades, handicapés ou vieillissants la volonté de vivre.

J'ai une dernière chose à dire. Je veux que vous sachiez que je n'ai pas l'habitude de parler en public. J'étais très nerveux à l'idée de me présenter ici, mais je crois que la question va bien au-delà de ma personne, de mes insécurités et de mes limites. Je dois prendre la parole parce que cela est vraiment important. N'oubliez pas cela lorsque vous prendrez votre décision.

Merci.

M. Pieter Harsevoort (Association for Reformed Political Action): Merci à tous les membres du Comité de me permettre de venir ici en me donnant le privilège de m'adresser à vous.

J'aimerais me faire l'écho des préoccupations de James en y ajoutant mon grain de sel. Je suis en effet préoccupé par le projet de loi C-14, y compris l'absence de précision linguistique.

Malheureusement, je crois que le projet de loi est dangereusement fondé sur des euphémismes. On utilise constamment l'expression « aide médicale à mourir » pour décrire ce qui consiste, en réalité, en un suicide assisté par un médecin. Le problème, c'est qu'on entre sur le terrain des soins palliatifs. Après tout, que sont les soins palliatifs sinon une aide médicale à mourir? Je vous prie instamment de bien vouloir choisir des termes plus précis de façon à ne pas confondre la suppression de la vie et la médecine palliative.

En outre, la loi proposée exige que, pour qu'une personne puisse en aider une autre à commettre son suicide, il faut qu'un professionnel de la médecine soit d'accord que la personne en question répond à tous les critères, c'est-à-dire qu'elle soit atteinte d'un problème de santé grave. Étant donné que le terme « grave » est vague, le paragraphe 241.2(2) proposé cherche à formuler une définition plus précise.

Quoi qu'il en soit, même là, le projet de loi C-14 entraîne son lot de problèmes. Comment doit-on définir « souffrances intolérables » par opposition à « souffrances tolérables »? Dans la réalité, une souffrance intolérable est quelque chose de relatif. La souffrance varie en fonction de nombreux et divers facteurs. On peut facilement obtenir des thérapies et des traitements pour s'attaquer à tous ces facteurs. Non seulement la souffrance intolérable est-elle relative, mais en outre, on ne peut pas demander au médecin de juger si une personne ressent vraiment une souffrance intolérable.

Pour s'assurer que les médecins n'approuvent pas l'euthanasie dans le cas de personnes vulnérables comme James ou moi-même, dans nos moments de faiblesse, il faut ajouter des détails à l'article 3. C'est-à-dire qu'il faut mentionner la nécessité d'une preuve raisonnable, plutôt que d'une simple opinion, à l'alinéa 241.2(3)a) proposé, et ajouter un pronostic précis à l'alinéa 241.2(2)d) proposé pour remplacer les mots « [sa] mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible ».

Le paragraphe 241(5) proposé prévoit une exemption pour les personnes qui en aident une autre à s'administrer une substance quelconque dans le but de s'enlever la vie. Le mécanisme clé de freins et de contrepoids prévu ailleurs dans le projet de loi dans un souci de respecter l'autonomie est ici contourné. Nous ne pouvons pas tout simplement présumer que les gens seront protégés par les mesures exposées au paragraphe 241.2(3) proposé.

Fait plus important encore, il faut assurer une surveillance de façon que les patients se voient donner l'occasion de retirer leur demande, comme le propose l'alinéa 241.2(3)h. Nous devons veiller à ce que l'équilibre approprié dont il est question dans le préambule du projet de loi ne penche pas trop en faveur de l'autonomie au détriment des personnes vulnérables qui ont besoin de protection, comme James et moi-même.

La seule véritable protection du caractère sacré de la vie, c'est l'interdiction de l'euthanasie; à défaut de cela, ces recommandations amélioreront la situation des personnes handicapées et malades.

● (1840)

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Schutten, monsieur Harsevoort, je tenais à vous dire à quel point nous apprécions que vous ayez fait l'effort de venir ici aujourd'hui. Votre témoignage était très touchant et significatif. Nous allons tous y réfléchir. Cela est très apprécié.

Nous passons maintenant à la Coalition pour la prévention de l'euthanasie.

Monsieur Scher.

M. Hugh Scher (conseiller juridique, Coalition pour la prévention de l'euthanasie): Merci, monsieur le président et merci aux membres du Comité. Je m'appelle Hugh Scher et je suis avocat pour la Coalition. Je suis avocat constitutionnaliste et je possède 20 années d'expérience. J'ai témoigné devant la Cour suprême du Canada, au regard de l'arrêt *Carter c. Canada*, et j'ai participé à quasiment toutes les affaires concernant la cessation de la vie, y compris *Rodriguez c. Colombie-Britannique*, *R. c. Latimer* et *Cuthbertson c. Rasouli*, tranchées par la Cour suprême ou par d'autres instances.

La Coalition pour la prévention de l'euthanasie voudrait soumettre quatre points fondamentaux à l'attention du Comité. Premièrement, nous voulons faire état de notre préoccupation quant à l'immunité totale accordée par le projet de loi à toute personne qui prend part à des actes de suicide assisté ou d'euthanasie. Par exemple, les paragraphes 241(3) et 241(5) proposés prévoient qu'une personne ne commet pas « l'infraction » si elle fournit son aide ou qu'elle participe d'une autre manière à des actes relatifs à des choses... dans la mesure où elle fait d'une manière qui ne constitue pas expressément une violation... mais, encore une fois, le langage n'est pas clair. Aucun pays du monde ne prévoit une telle immunité totale et générale lorsque l'euthanasie ou le suicide assisté sont légalisés. Il n'existe tout simplement pas d'immunité totale s'appliquant aux personnes qui ont assisté ou qui ont participé d'une autre manière à ces actes dans aucun autre pays du monde où des lois à ce chapitre ont été adoptées. Mme Hasbrouck a d'autres suggestions à présenter à cet égard.

Le second point dont je voudrais traiter concerne nos préoccupations touchant les mesures de protection limitées contenues dans le projet de loi et le fait que, à bien des égards, ces mesures sont cruellement inadéquates pour ce qui est d'atténuer le type de préoccupations que les autres témoins ont fait connaître aujourd'hui. Les limites sont extrêmement étroites. Ce sont des limites du même

type que celles qui s'appliqueraient dans le contexte du processus décisionnel en santé, par exemple touchant l'expression de la volonté, le consentement, la capacité, puis la nécessité qu'un médecin ou deux donnent leur autorisation. Ce ne sont pas des mesures de protection adéquates et elles deviendront, et sont devenues, illusoire dans les pays qui les ont adoptées, en Belgique, par exemple.

En Flandres, une région de la Belgique, selon une étude des certificats de décès que nous avons menée, nous constatons que, dans 32 % des cas d'euthanasie, le patient a été tué sans qu'il l'ait demandé. Ces gens ont été tués sans avoir donné leur consentement, même si la loi exige que cela se fasse. Dans 47,1 % de ces cas, aucun des médecins qui avaient participé à cet acte, en contravention avec la loi, n'a été poursuivi. Ces statistiques se trouvent dans des documents qui ont été présentés à la Cour suprême du Canada et, en fait, dans les motifs mêmes de la Cour suprême.

Le troisième point dont je voudrais traiter concerne la question de la surveillance. J'affirmerais que, contrairement à ce que vous avez entendu plus tôt sur les préoccupations concernant la surveillance judiciaire ou quasi judiciaire, la réalité, c'est que, ce que la Cour suprême du Canada a mis en place, en matière de surveillance judiciaire, c'est ce qui est requis pour assurer un certain niveau d'évaluation et de décision indépendantes par une tierce partie neutre, dans le but de déterminer que les critères, peu importe les critères, établis par le Parlement du Canada, sont, de fait, pris en compte et respectés.

L'idée que ces mesures de surveillance soient tout simplement laissées à la discrétion des médecins et des infirmières qui sont eux-mêmes engagés dans les actes faisant l'objet de la loi nous préoccupe sérieusement. Ce que la Cour suprême a mis en place, à titre de mesure provisoire, vise à assurer un certain niveau de surveillance judiciaire. Il semble que ce mécanisme ait assez bien fonctionné presque sans désagréments. Je vous prie instamment d'envisager sérieusement de mettre en place et de maintenir la mesure que la Cour suprême du Canada elle-même a mise en place pour assurer un certain niveau de surveillance indépendante que la Cour suprême elle-même jugeait approprié dans les circonstances.

Le quatrième point dont j'aimerais traiter concerne la fraude et la transparence. Le projet de loi en fait dans une certaine mesure état, mais nous savons que, dans certaines administrations, dans la province de Québec, les certificats de décès sont bel et bien falsifiés par les médecins, qui ne veulent pas indiquer que la cause réelle du décès est l'euthanasie, mais qui la font plutôt remonter à la maladie sous-jacente de la personne. Il est impossible d'assurer une transparence et une surveillance raisonnables et significatives lorsqu'il s'agit d'un système fondé sur la fraude. Je prie instamment votre comité de garder ce fait à l'esprit et de mettre en oeuvre des mesures qui nous assureront que les lois elles-mêmes prévoient ce type de fraude et assurent la transparence, et ce, de manière explicite.

● (1845)

À défaut, il sera quasiment impossible de contrôler et de surveiller ces pratiques, que ce soit aujourd'hui ou à l'avenir, car il deviendra impossible d'évaluer de manière significative et de s'attaquer réellement, en fait, aux types d'abus qui pourraient très bien constituer une préoccupation et qui pourraient très bien avoir vraiment lieu. Comment pouvez-vous faire si le système ne permet pas une surveillance appropriée, efficace et quasi judiciaire?

Je vais laisser Mme Hasbrouck poursuivre et vous soumettre d'autres questions.

Mme Amy Hasbrouck (vice-présidente, Coalition pour la prévention de l'euthanasie): Merci beaucoup, Hugh.

Je m'appelle Amy Hasbrouck, je suis directrice de l'organisme Toujours Vivant—Not Dead Yet, et je suis également ici à titre de vice-présidente de la Coalition pour la prévention de l'euthanasie. Je milite en faveur des droits des handicapés depuis plus de 30 ans. J'ai travaillé dans ce domaine, la lutte contre l'euthanasie et le suicide assisté, pendant 20 ans. J'ai été avocate aux États-Unis, j'ai également travaillé dans le domaine du droit de la santé et du droit de la santé mentale.

Ce qui me préoccupe le plus dans cette loi, c'est qu'elle ne donne pas accès aux soins palliatifs, même si elle donne accès sur demande à la mort. Les soins palliatifs, voilà de quoi les gens ont besoin pour répondre à la question: « Pourquoi est-ce que je souffre? » Dans les sondages, à la question de savoir s'ils veulent des soins palliatifs, la plupart des gens répondent par l'affirmative, mais les gens confondent souvent le concept de soins palliatifs et le concept d'aide médicale à mourir. Lorsque les gens demandent à mourir, ils demandent de l'aide. Cela veut dire que, s'ils n'ont pas accès à des soins palliatifs adéquats — et c'est le cas, au Canada, 30 % seulement des gens ont accès à des soins palliatifs —, des gens meurent inutilement. Nous devrions procéder dans l'ordre, mettre les soins palliatifs avant le décès.

J'ai fait parvenir les modifications proposées, en anglais et en français, qui traitent de ces questions. Vous les lirez quand vous le pourrez.

Ma seconde préoccupation a trait au fait que, dans l'arrêt Carter, la Cour suprême a fait état d'une préoccupation concernant très spécifiquement les personnes vulnérables en disant qu'elle ne voulait pas que cette loi fasse des victimes des personnes vulnérables qui pourraient être amenées à se suicider dans un moment de faiblesse. Pourtant, dans le texte proposé, il n'existe aucune disposition, exception faite de certaines jolies expressions figurant dans le préambule, visant à protéger les personnes vulnérables. C'est l'objet de certaines autres modifications que j'ai intégrées à mon mémoire.

Ensuite, la section concernant les mesures de sauvegarde énonce plusieurs critères subjectifs au regard desquels les médecins et le personnel infirmier détermineraient si une personne a droit au suicide assisté. Cette détermination subjective ne serait pas vraiment un problème, n'eût été du fait que la plupart des professionnels de la médecine considèrent que la qualité de vie d'une personne handicapée est moindre qu'aux yeux de la personne handicapée elle-même. Ce type de discrimination fondée sur le handicap est répandu dans le système de santé, et, les personnes qui sous-estiment la qualité de vie d'une personne handicapée ne sont pas loin de penser que cette personne serait mieux morte. Je ne connais pas de personnes handicapées, moi y compris, qui ne se soient jamais fait dire qu'elles seraient mieux mortes. C'est le type de raisonnement, en réalité, qui sous-tend cette loi, car les personnes qui ne sont pas handicapées ont tellement peur de l'être, ont tellement peur, comme M. Smith l'a dit, de devenir incontinentes, qu'elles préféreraient mourir.

Voilà le genre de choses contre lesquelles nous nous battons, à l'aide de petites modifications visant à remédier à un problème de libellé, dans cette loi, une loi qui entrera en vigueur et qui va permettre des préjudices encore pires. Ce que nous cherchons, ce que nous espérons, c'est qu'il soit possible de modifier certaines des priorités de façon que les soins palliatifs et les évaluations de la vulnérabilité soient intégrés à la loi et que la surveillance judiciaire

assure une tutelle mieux structurée et plus efficace des personnes handicapées qui sont soumises à ces lois.

Merci.

• (1850)

Le président: Merci beaucoup. Nous apprécions beaucoup votre intervention, également.

Nous allons passer aux questions.

Monsieur Cooper.

M. Michael Cooper: Merci; je tiens à remercier tous les témoins, et en particulier Pieter et James, qui ont fourni un courageux témoignage, ici, ce soir.

Ma première question s'adresse à M. Smith. Pendant votre témoignage, vous avez dit qu'il fallait que la loi revienne au texte de l'arrêt Carter. Vous avez ensuite parlé des directives anticipées. Dans l'arrêt Carter, la Cour suprême a établi certains paramètres. Les paramètres établis par les juges veulent que les personnes souffrant de problèmes de santé graves et irrémédiables, leur causant des souffrances intolérables et qui ont donné leur consentement éclairé répondent aux critères relatifs à l'aide médicale à mourir.

Comment le texte de l'arrêt Carter cadre-t-il avec les directives anticipées selon lesquelles il s'agit non pas nécessairement d'être affecté d'une maladie grave et irrémédiable, mais de prévoir qu'on sera affecté d'un problème de santé grave et irrémédiable et qu'on ne souffrira pas nécessairement de manière intolérable?

Vous prévoiriez une souffrance intolérable anticipée, et il n'y aurait pas de consentement clair, certainement pas le consentement concomitant clair prévu par le tribunal.

• (1855)

Dr Derryck Smith: Vous avez raison de dire que les directives anticipées ne se retrouvent pas dans l'arrêt Carter. Elles figuraient dans le rapport du comité mixte spécial, et c'est de ce rapport dont je parlais. Comme je l'ai dit plus tôt, la médecine canadienne a déjà intégré les directives anticipées. Nous pouvons demander de ne pas être gavés, de ne pas être réanimés, et toutes sortes de choses comme cela.

J'aimerais dire au Comité que nous devons suivre les conseils formulés par le comité mixte spécial et aussi les faire connaître de manière générale aux Canadiens, qui pourront donner leur consentement à quelque chose lorsqu'ils en sont capables, en prévoyant que, d'ici deux ou trois ans, ils pourraient vivre une vie misérable et être condamnés à rester dans cet état pour une longue période jusqu'à ce que, ultimement, ils meurent.

Je serais d'accord avec vous. Ce n'est pas dans l'arrêt Carter, c'est dans le rapport du comité mixte spécial, un comité du Parlement et du Sénat du Canada.

M. Michael Cooper: Je le connais très bien; j'ai siégé à ce comité à titre de coprésident; merci de reconnaître que cela ne cadre pas avec le texte de l'arrêt Carter.

Ma question suivante s'adresse à M. Scher. Vous avez parlé des cas d'abus dans les pays du Benelux. Vous avez souligné que les éléments de preuve avaient été soumis à la Cour suprême, dans le cadre de l'affaire Carter, je crois, c'est-à-dire pendant la déclaration sous serment du professeur Montero, mais il y a peut-être eu d'autres témoignages.

L'une des recommandations que vous avez présentées, ici, concerne la surveillance judiciaire. Je dois dire qu'à bien des égards, la surveillance judiciaire est pleine de bon sens. Toutefois, chaque fois que la question est soulevée, on évoque les problèmes touchant le coût pour les personnes qui la demandent, l'accès, la façon d'assurer un accès aux personnes qui répondent aux critères, et également l'échéancier de l'aide médicale à mourir.

Que répondez-vous à ces trois objections principales, le coût, l'accès et l'échéancier?

M. Hugh Scher: La première chose que je ferais valoir, c'est que la Cour suprême du Canada elle-même a mis en place ce régime, le présentant comme un régime souhaitable pour qui veut assurer une surveillance efficace. C'est la première chose.

Pour répondre à ce que vous dites au chapitre de l'accès, je dirais que, s'il existait un processus accéléré de recours à la Cour supérieure d'une province, il serait possible d'utiliser un processus accéléré. Il faudrait créer, au sein du tribunal, un groupe de juges qui, au fil du temps, acquerraient une certaine expertise et pourraient traiter de cette question. Ce serait un processus simplifié. La question serait donc tranchée en grande partie en fonction des preuves par affidavit présentées par des experts, par des cliniciens, par des membres de la famille et par la personne concernée. Dans la mesure où il serait possible de trancher la question sans une plaidoirie obligatoire, ce serait possible. Il serait aussi possible de procéder d'une autre manière, par vidéoconférence, ou autrement, lorsque c'est approprié. En cas de contestation, il serait alors approprié et nécessaire de convoquer des témoins, pour qu'une évaluation soit possible.

Toute cette question de la surveillance ne vise pas à autoriser aveuglément, tout simplement, ce type de décision; il s'agit au contraire d'assurer un processus efficace — non pas un processus axé sur l'obstruction, un processus efficace — pour faire en sorte que les critères énoncés soit par la Cour suprême, soit par le présent Parlement, soient bel et bien respectés.

Je crois que cela peut se faire facilement. La Cour suprême du Canada estime certainement que cela est possible. Elle l'a fait. Je crois que si votre assemblée se contentait tout simplement de mettre en oeuvre ce que la Cour suprême a prévu, elle assurerait le niveau de surveillance efficace que ce tribunal avait en tête, c'est une première chose, et, seconde chose, elle validerait le processus qui est aujourd'hui en place.

J'aimerais souligner que, en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario, il existe des lignes directrices spécifiques, établies par les tribunaux, qui prévoient les processus selon lesquels ces demandes peuvent être traitées. Je soulignerais également, dans un autre ordre d'idées, qu'en Ontario, par exemple, nous avons créé une Commission du consentement et de la capacité.

La Commission du consentement et de la capacité doit respecter des délais très serrés. Elle désigne un conseiller pour les personnes concernées lorsque le consentement à un traitement est contesté. Les médecins sont convoqués par un commissaire, les témoins sont présents, et les questions sont tranchées en fonction du type de décision dont M. Smith a parlé, dans le contexte des soins de santé.

J'aimerais que ce soit clair. La question, ici, à mon humble avis, ne concerne pas les soins de santé. Quand des médecins tuent intentionnellement des patients, il ne s'agit pas de soins de santé, et il ne faut pas considérer qu'il s'agit de soins de santé. Ce dont il s'agit, ici, c'est d'une exemption au Code criminel du Canada que la Cour suprême du Canada appuie. Nous ne parlons même pas du droit constitutionnel de mourir. Ce n'est pas ce que la Cour suprême

a dit. Nous ne parlons même pas du droit constitutionnel à l'euthanasie ou au suicide assisté. Ce n'est pas ce que la Cour suprême a dit.

Il y a deux choses que nous devons faire. Premièrement, nous devons veiller à ce que soit mis en place un processus accéléré qui permet d'assurer une surveillance judiciaire efficace, qui s'inspirerait peut-être du modèle de la Commission du consentement et de la capacité mis sur pied au titre de la Loi sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario. Deuxièmement, nous devons distinguer et opposer, si vous voulez, la compétence fédérale et la compétence provinciale.

Ce qui me préoccupe, en partie, dans ce projet de loi, c'est qu'il brouille les frontières entre la compétence fédérale en matière de droit pénal et la compétence provinciale en matière de santé. Il faut faire bien attention et s'assurer que les actes d'euthanasie et de suicide assisté prévus dans ce projet de loi sont considérés comme des exemptions au Code criminel du Canada, comme le prévoit le présent projet de loi, et qu'ils sont distincts d'autres mesures de santé qui, autrement, relèveraient de la responsabilité et de la compétence des provinces.

• (1900)

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant du côté libéral.

Monsieur Hussen.

M. Ahmed Hussen (York-Sud—Weston, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins d'être ici.

J'ai un certain nombre de questions, et je vais commencer par M. Schutten.

Dans votre mémoire, vous avez mentionné que vous aimeriez retirer la notion d'influence psychologique et ajouter au paragraphe 241.2(2) ce qui suit: « e) une maladie mentale ou un trouble psychiatrique n'est pas un problème de santé grave et irréversible aux fins du présent article. »

Votre raisonnement est que la seule souffrance psychologique ne saurait qualifier une personne pour l'euthanasie, le suicide assisté. Ma question porte sur l'alinéa lui-même. La maladie, d'après ce que je comprends, est la maladie, l'affection ou le handicap, ou l'état de déclin qui cause à la personne des souffrances physiques ou psychologiques indues. Selon mon interprétation, les souffrances psychologiques découlent d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap sous-jacent.

Avez-vous un commentaire à faire à ce sujet? En d'autres mots, dois-je comprendre que les souffrances psychologiques ne se manifestent pas seules?

M. André Schutten: Je ne crois pas que ce soit si clair. Le libellé est plus nuancé que cela. Le fait qu'une disposition du Code criminel soit vague et laisse place à l'interprétation me donnerait à penser qu'une personne souffrant simplement d'une affection psychologique pourrait aussi être admissible ici. Cela dit, je crois que la perturbation psychologique qui découle de douleurs intenses ou chroniques remet automatiquement en question le fait de savoir si cette personne est en mesure de donner un consentement éclairé et a la capacité de le faire. La perturbation psychologique mine automatiquement la capacité de ce patient de donner un consentement clair qui n'est pas inhibé par des facteurs psychologiques.

M. Ahmed Hussen: Je poursuis avec vous. Ma question concerne le sixième point de votre mémoire, au sujet de l'« Incapacité de signer ».

Encore une fois, ce que je comprends de ce point, c'est que lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir est incapable de dater et de signer la demande, un tiers qui est âgé d'au moins 18 ans et qui comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir peut le faire à sa place, en sa présence.

Un accent est mis sur la personne qui comprend la nature de la demande. Je ne crois pas que vous avez abordé ce point dans votre mémoire. Je vous donne l'occasion de le faire.

M. André Schutten: Ce qui m'inquiète, c'est que le projet de loi C-14 ne prévoit aucune disposition à enchâsser dans le code. Il n'y a aucune surveillance permettant d'éviter qu'une personne signe pour une autre. James et Pieter sont incapables de signer pour eux. En vertu de cette disposition, sous sa forme actuelle, une autre personne peut signer en leur nom. James et Pieter déclareraient tous deux qu'ils ont une famille qui les soutient, alors ce ne serait pas un problème pour eux. Peut-être existe-t-il une famille où l'on voit un membre comme James ou Pieter comme un fardeau. Quelqu'un pourrait signer à leur place, sans que Pieter ou James soit pleinement conscient ou possiblement sous la contrainte, sans qu'il y ait de freins et contrepoids. Il n'y a aucune surveillance prévue pour vérifier si cette déclaration signée est ensuite donnée volontairement par une personne comme James ou Pieter.

Si on exige un consentement écrit, alors il y a d'autres façons d'obtenir cela d'une personne comme Pieter ou James. Je recommanderais au comité de consulter des experts en la matière. On peut trouver différentes façons d'obtenir le consentement directement du patient concerné, plutôt que d'un intermédiaire.

● (1905)

M. Ahmed Hussien: Monsieur Scher, vous avez exprimé des préoccupations concernant les mesures de sauvegarde limitées énoncées dans le projet de loi et vous avez exprimé le souhait qu'une surveillance juridique soit prévue dans le projet de loi C-14.

Je doute de la fiabilité de cela, vu les arriérés dans notre système judiciaire, aux coûts que cela suppose et les considérations liées au temps. Quelles autres mesures de sauvegarde vous satisferaient pour ce qui est de laisser cet aspect entre les mains des professionnels de la santé et de s'éloigner de la surveillance juridique. En d'autres mots, les médecins, selon le projet de loi, seraient les personnes qui appliqueraient la procédure.

M. Hugh Scher: Je crois qu'il est fondamentalement important d'avoir un certain degré de surveillance indépendante. Je ne crois pas que les médecins et les infirmiers — c'est-à-dire les personnes qui accomplissent les actes d'euthanasie et de suicide assisté ou qui participent autrement à ce système — sont capables de fournir le degré de surveillance efficace, indépendante et neutre requise, vu l'importance de ces décisions.

On doit consacrer beaucoup de ressources et d'argent à l'ensemble du processus d'établissement d'un système d'euthanasie sur demande. Manifestement, lorsqu'on veut s'engager dans cette voie, on devrait chercher à mettre en place les mesures de sauvegarde les plus strictes et les plus rigoureusement appliquées pour assurer une surveillance efficace. En effet, ce sont les mots utilisés par la Cour suprême du Canada, et c'est sur cette base que les juges se sont entendus pour invalider les dispositions du Code criminel du Canada relatives à cette question. C'est uniquement en partant de la prémisse que le Parlement mettrait en oeuvre certaines mesures de sauvegarde et de surveillance qui seraient appliquées et surveillées de manière rigoureuse et efficace que les juges de la Cour suprême sont passés à l'étape suivante, se sont entendus et ont annulé leur décision

précédente, dans l'arrêt Rodriguez, d'invalider l'interdiction en vertu du Code criminel.

À cet égard, j'avancerais qu'il est essentiel d'assurer un certain degré de surveillance indépendante, au moyen d'un organe judiciaire ou d'un tribunal qui est indépendant de la profession médicale. Sans cela, je ne crois pas qu'il soit possible que les médecins — qui sont eux-mêmes les responsables de ces processus — puissent assurer une surveillance efficace. Cela revient à confier la bergerie aux bons soins du loup.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Rankin.

M. Murray Rankin: Merci.

J'ai d'abord une question pour vous, docteur Smith. J'aimerais saluer votre leadership, monsieur, non seulement devant le comité mixte du Sénat et de la Chambre, où votre témoignage s'est avéré extrêmement fructueux, mais aussi dans le cadre de vos fonctions en tant que président de l'Association médicale de la Colombie-Britannique et de votre travail avec l'AMC. Je vous remercie de témoigner.

Vous avez reconnu, en répondant à la question d'un collègue, que des directives préalables n'avaient pas été déterminées dans l'arrêt Carter, mais avaient été recommandées en tant que mesure s'inscrivant dans l'aide médicale à mourir par le comité mixte. Plus tôt aujourd'hui, le témoin qui représentait l'organisme Dying With Dignity nous a dit qu'une majorité de Canadiens, à l'occasion de sondages, se sont dits en faveur de ces directives.

J'aimerais que vous parliez de votre expérience par rapport à ces directives. Vous avez parlé des directives préalables dans le contexte d'ordonnances de ne pas réanimer. J'aimerais plutôt que vous décriviez — en tant que médecin de premier ordre — comment cela fonctionnerait dans la pratique si nous les mettions en oeuvre.

Dr Derryck Smith: Vous avez tout à fait raison. C'est le comité mixte spécial qui a formulé une recommandation à l'égard de directives préalables qui pourraient mener à l'aide médicale à mourir. Selon moi, cela revient toujours à l'autonomie du patient ou, en d'autres mots, à notre capacité de prendre des décisions éclairées concernant la façon dont nous vivons et nous mourons. Je ne vois pas pourquoi — simplement du fait que je sois atteint de démence — je perdrais ma capacité d'établir une directive préalable selon laquelle je choisirais de ne pas vivre dans un état qui — je le sais — se détériorera au cours d'un certain nombre d'années. J'encouragerais les membres du Comité à visiter n'importe quel service d'hospitalisation qui héberge des personnes atteintes de démence pour voir la situation terrible dans laquelle la personne se trouve, malgré les meilleurs soins possibles.

Je crois que cet aspect interpelle fortement les Canadiens, car nombre d'entre eux mourront de démence. On estime qu'il y aura un million de personnes atteintes de démence.

Pour ma part — et c'est l'avis de membres de ma famille et de nombreuses personnes que je connais — je ne veux pas vivre dans cet état. Nous devons savoir à quoi nous en tenir afin de pouvoir prendre des décisions plus tard. C'est à cela que sert le testament. Nous utilisons les directives préalables à cette fin. Il y a de nombreuses façons de permettre aux Canadiens d'avoir un mot à dire sur ce qui se passe dans leur vie lorsqu'ils vieillissent et sont atteints de démence.

Si nous ne faisons rien d'autre — au-delà des présentes discussions — nous risquons de voir ce qui s'est produit en Suisse. Vous pouvez y obtenir l'aide médicale à mourir. D'ailleurs, Kay Carter, la personne mentionnée dans l'arrêt de la Cour suprême, est décédée en Suisse. Nous risquons de laisser un système à deux vitesses, où les Canadiens qui ont les moyens pourront se rendre en Suisse et recevoir l'aide médicale à mourir, et les personnes pauvres ou à revenu modeste ne seront pas en mesure de le faire. Voilà une autre dimension de ce grave enjeu que les parlementaires doivent examiner sérieusement.

• (1910)

M. Murray Rankin: Merci. C'est un point de vue que nous n'avions pas encore entendu, à ma connaissance.

De même, j'aimerais entendre vos commentaires en tant que médecin sur la définition de problèmes de santé « graves et irrémédiables » qui figure dans le projet de loi. Vous savez qu'il comprend un certain nombre de choses qui ne se trouvent pas dans l'arrêt Carter — vous avez mentionné que vous étiez un témoin expert dans l'affaire Carter —, dont le controversé alinéa proposé 141.2(2)d), qui porte sur la façon dont la « mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible ». J'aimerais avoir vos commentaires à savoir si cet élément est réalisable du point de vue d'un médecin.

Dr Derryck Smith: Je ne sais pas ce que ces mots signifient. Lorsque j'en ai parlé au ministre la semaine dernière, je lui ai dit qu'il était raisonnablement prévisible que je sois de retour dans mon bureau dans une heure et qu'il était raisonnablement prévisible que je sois mort dans 50 ans. C'est un délai très long, et je ne crois pas que les médecins se sentiront à l'aise de juger qu'une chose est « raisonnablement prévisible ». Je n'aime pas ce libellé, et je crois que nous devrions le retirer du projet de loi.

L'impression que j'ai de cette audience est que nombre des arguments présentés au Comité sont les mêmes qui ont été présentés dans les cours de la Colombie-Britannique et du Canada, et on a conclu que les arguments étaient lacunaires. Après avoir perdu la bataille — si vous me passez l'expression — dans l'affaire Carter, on essaie de faire instruire à nouveau l'affaire par un comité parlementaire, et je n'aime tout simplement pas ça. Je crois qu'un organe judiciaire a déjà réfléchi à ces questions et les a examinées, et la décision a été rendue à l'unanimité par les neuf juges, et maintenant il y a des gens qui tentent de renverser la décision et de placer un lourd fardeau sur des Canadiens qui souffrent et qui devront demander un contrôle judiciaire, aux dépens de leur famille et d'eux-mêmes, avec de très longs délais.

Comme je l'ai mentionné, le procureur général de la Colombie-Britannique est intervenu, pas plus tard qu'hier, et une femme qui voulait mourir doit maintenant attendre en raison d'un ajournement indéfini ordonné par la Cour. Ce n'est pas une bonne chose lorsque vous êtes en fin de vie, que vous avez des problèmes de santé graves et irrémédiables, que vous devez affronter le procureur général et le gouvernement de la Colombie-Britannique, et que votre affaire est ajournée. Je crois que c'est une punition cruelle et inhabituelle pour les gens.

Je crois que nous devons prévoir pour les Canadiens une façon facile d'exprimer leur souhait autonome d'avoir une mort rapide et sans douleur, puisque, après tout, le suicide est légal dans notre pays. Nous ne parlons pas d'un acte illégal ici. Il est question de donner aux Canadiens l'autonomie voulue pour mettre fin à leurs jours au moment et de la façon qu'ils désirent.

M. Murray Rankin: Une personne a laissé entendre qu'il n'y a pas de protection dans le projet de loi C-14 pour les personnes vulnérables, ce qui, bien sûr, est absurde. Une des protections tient aux huit conditions énumérées au paragraphe 241.2(3), les soi-disant garanties, dont une, docteur Smith, vise à fournir la possibilité de retirer son consentement à la fin et, dans un sens, de confirmer son consentement à l'aide médicale à mourir au tout en dernier moment, tout juste avant que l'aide médicale à mourir soit fournie. J'aimerais avoir votre opinion à savoir si c'est réalisable dans la réalité de la fin de vie où l'on reçoit de la morphine sous perfusion et l'on éprouve des douleurs intenses. Est-ce réalisable, selon votre jugement?

• (1915)

Dr Derryck Smith: Je crois que oui. C'est réalisable dans le cadre d'un certain nombre de scénarios différents. Le premier, dans lequel le patient se voit prescrire un médicament mortel, nous savons qu'à la lumière de l'expérience en Oregon, environ le tiers des patients ne prennent jamais le médicament. Nous savons qu'un des appelants de l'arrêt Carter, Mme Taylor, s'est vu accorder le droit à l'aide médicale à mourir et n'a jamais tiré parti de cette option qui lui était offerte seulement cette fois-là. Avant que les médecins administrent un médicament mortel, comme ils le font depuis quatre mois au Québec, nous savons que la dernière chose qui se produit avant l'injection est que le médecin confirme avec le patient que celui-ci désire l'injection. Je crois que ce sont des mesures de sauvegarde adéquates.

Lorsque nous nous penchons sur l'enjeu de la vulnérabilité des personnes handicapées, il est facile d'en parler en théorie, mais les tribunaux ont été saisis de ces questions. Il n'y a pas l'ombre d'une preuve qui a été présentée à la Cour pour montrer que, quelque part dans le monde, ces types de processus législatifs sont appliqués abusivement à la communauté des personnes handicapées. Je ne sais tout simplement pas pourquoi nous étudions de nouveau ce que les tribunaux ont examiné minutieusement et rejeté.

Le président: Merci.

Merci beaucoup, monsieur Rankin.

Au nom du Comité, je veux souligner que même dans l'arrêt Carter, la Cour a reconnu le rôle du Parlement de légiférer dans ce domaine. Bien que je sois conscient de la préoccupation relative au fait de remettre en litige une question, le Parlement a clairement un rôle à jouer dans l'élaboration de lois, et nous avons le droit d'entendre des témoins se prononcer sur différents points. Mais je comprends ce que vous dites.

Passons à M. McKinnon.

M. Ron McKinnon: Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins.

Monsieur Scher, vous avez mentionné dans votre exposé que le problème le plus important avec le projet de loi C-14 est qu'il fournit une immunité juridique à toute personne qui participe directement à l'euthanasie et au suicide assisté. J'avancerais que c'est trop large. Il fournit une immunité générale aux gens qui fournissent l'aide médicale à mourir, qui est une situation beaucoup plus restreinte.

Avez-vous un commentaire à faire à ce sujet?

M. Hugh Scher: Je ne crois pas que ce soit exact.

D'abord, le projet de loi dit que les personnes qui participent au suicide assisté, même si elles ne sont pas médecins, bénéficient néanmoins de l'immunité. Non, elle n'est pas limitée aux médecins et aux infirmiers, il s'étend même à des membres au sens large, y compris potentiellement des membres de la famille, des amis, des étrangers ou des membres de la collectivité. Il s'agit d'une clause très large, quelque chose qu'on ne retrouve dans aucune administration au monde.

Le président: À condition que cela concerne une personne qui en a aidé une autre à s'autoadministrer une substance prescrite par un médecin et délivrée par un pharmacien.

M. Hugh Scher: Oui.

Le président: Je clarifie.

Poursuivez, monsieur McKinnon.

M. Ron McKinnon: Ce que je lis ici est: Ne commet pas l'infraction prévue à l'alinéa 241(1)b) proposé quiconque fait quelque chose à la demande expresse d'une autre personne, en vue d'aider celle-ci à s'administrer la substance qui a été prescrite pour elle dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir.

M. Hugh Scher: Voici ma question: comment peut-on appliquer cela? Comment peut-il être possible d'appliquer cela? On a des tierces parties, des amis, de la famille, toute autre personne, qui donne effectivement à la personne le médicament en privé dans leur domicile ou peu importe l'endroit sans surveillance médicale, sans surveillance judiciaire, sans aucune forme de surveillance, mais jouissent néanmoins de l'immunité à l'égard de poursuites, peu importe les circonstances.

M. Ron McKinnon: Je crois que c'est un argument raisonnable, mais il s'agit en réalité d'une question différente.

Il ne s'agit pas d'une immunité générale. Ce que j'entends ici...

M. Hugh Scher: C'est une immunité générale pour cette catégorie de gens, monsieur. C'est ce que j'essaie de dire.

M. Ron McKinnon: Certes, les témoins ici présents résistent à ce concept. Je vois que beaucoup de gens craignent qu'il ne s'agisse non pas d'une solution choisie librement par les gens, mais d'une solution qui pourrait leur être imposée contre leur gré. Est-ce juste?

M. Hugh Scher: J'hésiterais à trop généraliser en ce qui concerne la collectivité dans son ensemble. J'ai un rôle à jouer depuis 25 ans à l'égard de ces enjeux, au nom de la communauté des gens handicapés, qui est très diversifiée et comprend des membres qui sont des deux côtés de ce débat. J'ai passé sept ans comme président des droits de la personne au Conseil des Canadiens avec déficiences, qui est la plus grande organisation en matière de défense des droits des personnes handicapées au Canada. J'ai participé à ce débat des deux côtés et je l'ai envisagé sous tous les angles.

Je crois qu'il est injuste de dire simplement que les opinions des gens que vous entendez ici reposent sur un point de vue monolithique. Ce que je dirais, c'est qu'il y a un consensus général concernant l'absence de surveillance efficace et de mesures suffisamment précises pour réaliser ce que la Cour suprême du Canada a prescrit.

Je n'essaie pas de remettre en litige ce que la Cour suprême du Canada a dit. Je peux essayer de le clarifier. Par exemple, lorsque je mentionne qu'elle n'a pas reconnu le droit de mourir — elle n'a pas reconnu le droit à l'euthanasie et n'a pas reconnu le droit au suicide assisté —, c'est la réalité. Les gens peuvent essayer de défendre d'autres points de vue, mais la réalité de ce que la Cour a fait et a le pouvoir de faire n'avait rien à voir avec cela. Ce qu'elle a fait, c'est de

rendre inconstitutionnelle une interdiction prévue au Code criminel visant l'homicide coupable ou le suicide assisté. C'est ce qu'elle a fait. C'était sa compétence. Puis, elle a abordé d'autres points. Pour ce qui est de l'enjeu de l'immunité générale, nous en avons parlé dans ce contexte.

La Cour suprême du Canada a expliqué clairement ce point, et je lui demande instamment de trancher cette question ainsi que la question des directives préalables. Malgré ce que j'ai entendu aujourd'hui, la Cour suprême du Canada a effectivement tranché la question des directives préalables avec clarté. Elle s'est dite préoccupée par le fait qu'il faut un consentement effectif au moment de l'acte et, pour cette raison, elle n'était pas prête à prendre en compte et à inclure les directives préalables dans sa décision.

Ce n'est pas qu'elle ne s'est pas penchée sur cette question. Au contraire, elle l'a abordée de front et a dit qu'il doit y avoir un consentement volontaire clair au moment de l'acte pour qu'on puisse procéder. Dans ce contexte, cela s'applique tant à la question des directives préalables qu'à celle de l'immunité dont je parlais plus tôt. Comment peut-on déterminer s'il y a bien un consentement clair, volontaire et sans coercition de la personne au moment de l'acte lorsqu'on accorde une immunité de fait à des tierces parties au moment de fournir à une personne des médicaments — bien souvent des heures, des semaines ou des mois après le moment d'une prescription — pour que celle-ci mette fin effectivement à ses jours? On ne le peut pas. Il est entièrement impossible d'appliquer cette disposition.

• (1920)

M. Ron McKinnon: Dans un autre ordre d'idées, vous avez dit que l'opinion d'un médecin sur la question de savoir si les conditions sont remplies ou non ne suffit pas. Vous aimeriez une sorte de preuve. Quel type de preuve avez-vous en tête qui ne supposerait pas une opinion médicale à un moment donné?

M. Hugh Scher: Je vais vous expliquer comment le système fonctionne actuellement dans la foulée de la décision de la Cour suprême du Canada et je recommande vivement qu'on poursuive ainsi. Des éléments de preuve sont déposés, c'est-à-dire des renseignements fournis par les médecins et par l'intéressé, qui énoncent ses souhaits et intentions, ce qui permet aux médecins de déterminer la nature et la gravité de l'affection, de s'assurer qu'ils ont bien communiqué à l'intéressé la nature du diagnostic et du pronostic ainsi que les autres aspects de l'affection. Ces données montrent également que tous les aspects du traitement ont été abordés et passés en revue avec le patient et que tout a été fait pour permettre à ces mesures d'être prises... Or, le projet de loi — sous sa formule actuelle — n'aborde aucun de ces aspects de façon efficace.

Tout ce que nous essayons de faire dans ce projet de loi, c'est de faire en sorte que deux médecins puissent déclarer qu'après consultation, ils s'entendent pour dire que la personne a consenti à cet acte. Deux témoins ont signé à cet effet, et le sujet est clos. Il n'existe aucune exigence selon laquelle... En fait, des médecins ont pris des mesures pour s'assurer que toutes les étapes nécessaires relatives au caractère volontaire, au consentement, à l'exactitude du diagnostic et à la compréhension dont fait preuve le patient face à toutes les options qui s'offrent à lui, notamment en matière de traitement, sont suivies et expliquées au patient. Ces médecins ont également pris les mesures nécessaires pour veiller à ce que les exigences de la Cour suprême soient remplies, et à ce que les pratiques que je recommande au comité d'instaurer soient adoptées et appliquées.

Le processus consisterait probablement à soumettre à un tribunal les dépositions par affidavit de la personne concernée et des médecins, y compris les notes des médecins et les dossiers médicaux, afin qu'il puisse vérifier que toutes les exigences découlant de la décision de la Cour suprême et de ce que le Parlement pourrait promulguer sont réellement satisfaites et qu'il ne s'agit pas simplement d'une approbation de pure forme.

M. Ron McKinnon: Permettez-moi de vous interrompre ici. Je comprends ce que vous dites.

Le président: Nous avons dépassé le temps alloué. Voulez-vous poser une très brève question?

M. Ron McKinnon: Non, ça va.

Le président: J'aimerais une réponse très brève, monsieur Scher, pour m'assurer de comprendre ce que vous venez de dire.

J'ai lu l'arrêt Carter de nombreuses fois. Selon ma compréhension de cette décision, la Cour n'a d'aucune façon déclaré qu'une personne incapable de se prononcer au moment de mourir au moyen d'une aide médicale jouit d'un droit quelconque dans l'absolu, puisque la Cour s'en est tenue aux personnes concernées dans cette affaire, lesquelles étaient toutes deux mentalement capables.

Je suis d'accord avec vous sur le fait qu'aucun droit fondamental n'a été reconnu par le tribunal, mais il m'a semblé vous entendre dire que, selon le tribunal, c'était absolument impossible. Bien entendu, vous reconnaissez qu'on pourrait faire le choix politique de prévoir des directives préalables qui n'iraient pas à l'encontre de la décision d'une cour. Est-ce exact? Ce que vous avez essayé de dire, c'est que la Cour n'a jamais reconnu de droit pour cette sous-catégorie de personnes dans l'arrêt Carter, puisqu'elle s'en est tenue aux personnes concernées dans l'affaire.

•(1925)

M. Hugh Scher: J'irais même un peu plus loin en disant que la Cour n'a reconnu aucun droit — et c'est indéniable —, mais qu'elle a laissé une porte ouverte pour que le Parlement puisse décider si un tel droit serait... Le Parlement aurait le pouvoir d'étudier la question et d'instaurer un tel droit, concernant non seulement les directives préalables, mais aussi les notions d'euthanasie et de suicide assisté.

Comme je l'ai déjà mentionné, l'effet réel de la décision de la Cour suprême n'a pas été d'accorder à quiconque un droit fondamental effectif d'accéder au suicide assisté ou à l'euthanasie. Au contraire, la Cour suprême a conclu que les interdictions actuelles du Code criminel du Canada, dans la mesure où elles ne laissent aucune marge de manoeuvre à l'égard des personnes que la Cour a décrites comme étant aux prises avec des problèmes de santé irrémédiables qui leur causent des souffrances persistantes... Elle a conclu que, néanmoins, ces personnes ne devraient pas être assujetties à l'interdiction générale du Code criminel contre le suicide assisté et l'homicide coupable.

Le président: Je comprends et je crois que c'est très clair. J'aurais seulement aimé une clarification concernant la question de M. McKinnon.

Docteur Smith, je vous remercie de votre participation par vidéoconférence. J'aimerais remercier tous les témoins ici présents d'être venus. Nous prenons acte des propos passionnés que vous avez tenus.

Prenons une courte pause afin de permettre aux prochains témoins de prendre place.

•(1925)

_____ (Pause) _____

•(1930)

Le président: Reprenons. C'est un plaisir de recevoir chacun d'entre vous ici aujourd'hui.

M. Steven Fletcher, ancien député fédéral et nouveau député à l'Assemblée législative du Manitoba, se joint à nous. Félicitations pour votre élection.

Nous accueillons Richard Marceau, ancien député fédéral, avocat-conseil et conseiller politique principal du Centre consultatif des relations juives et israéliennes (CIJA). Bienvenue, monsieur Marceau.

Nous recevons également M. Michael Bach, vice-président à la direction de l'Association canadienne pour l'intégration communautaire. Bienvenue, monsieur Bach.

Chacun d'entre vous a huit minutes, puis, nous passerons aux questions. Comme vous le savez tous déjà, nous étudions le projet de loi C-14, alors nous apprécierions beaucoup que vous commentiez le projet de loi lui-même ainsi que les amendements proposés au lieu de répéter les commentaires généraux que vous pourriez avoir présentés au comité spécial.

Cela étant dit, monsieur Fletcher, la parole est à vous.

•(1935)

L'hon. Steven Fletcher (à titre personnel): D'accord, merci, monsieur le président.

Merci à tous de me donner l'occasion de formuler des commentaires sur le projet de loi C-14.

Mes commentaires seront brefs et axés sur le projet de loi. J'ai déjà parlé devant le comité mixte, et j'ai présenté des projets de loi émanant d'un député au cours de la législature précédente à ce sujet. J'ai également écrit un livre intitulé *Master of My Fate*, qui porte sur le processus parlementaire.

J'aimerais d'abord féliciter tous les participants. Il s'agit d'une question difficile. Le projet de loi contient de très bons éléments. J'ai trouvé qu'il reflétait de nombreuses façons les projets de loi émanant d'un député que j'avais présentés. Cela comprend les dispositions permettant de s'assurer que les personnes pouvant avoir un intérêt direct dans la disparition d'une personne ne puissent pas participer au processus décisionnel. Je vous encourage à conserver cet aspect du projet de loi. Il s'agit donc non pas d'un amendement proposé, mais bien d'une approbation.

Pour ce qui est de l'âge légal de 18 ans pour consentir à l'aide médicale à mourir, je dirais également que le projet de loi est probablement réaliste en ce moment.

Je crois cependant que nous devons recueillir des données empiriques au cours des prochaines années afin de déterminer quelles sont les revendications et les besoins ainsi que les raisons pour lesquelles des gens pourraient demander le suicide assisté, et j'estime qu'un rapport public, commandé par le Parlement et reposant sur des données empiriques, ferait bien l'affaire. Celui-ci pourrait peut-être être financé par les Instituts de recherche en santé du Canada. Pour créer de bonnes politiques publiques, il faut de bonnes données empiriques, surtout concernant une question aussi difficile que celle-ci.

Parlons maintenant des amendements. La Cour suprême a dit très clairement que les articles 241 et 14 du Code criminel portent atteinte de façon injustifiable à l'article 7 de la Charte et sont inopérants en ce moment. En outre, la Cour suprême a expliqué très clairement l'interdiction du suicide assisté pour une personne adulte capable « qui [...] consent clairement à mettre fin à sa vie; et qui [...] est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition »...

Le projet de loi ne concorde manifestement pas avec la décision de la Cour suprême sur la question des maladies terminales et sur le fait qu'il faut se trouver en fin de vie pour pouvoir se prévaloir de ses droits en vertu de la Charte. Je peux comprendre, d'un point de vue politique, pourquoi on a fait cela, mais en toute honnêteté, cette question finira devant les tribunaux, et c'est la Cour suprême qui aura le dernier mot. On ne peut priver une personne de ses droits garantis par la Charte parce qu'il se trouve qu'elle souffre d'un handicap qui pourrait durer 40 ans ou d'une maladie incurable.

• (1940)

Malheureusement, il existe de nombreuses situations telles que celles-ci, comme celles de patients souffrant de la SLA, ou encore les victimes de la sclérose en plaques ou d'un AVC. La maladie prend de nombreuses formes, et le fait d'exiger qu'un patient se dirige inévitablement vers la mort équivaldrait à lui refuser l'exercice de ses droits en vertu de la Charte.

L'autre commentaire que j'aimerais formuler porte sur l'alinéa 241 b). Je ne suis pas certain qu'une personne serait mise au courant de tous ses droits en vertu de la Charte, y compris du droit au suicide assisté. Cet alinéa semble dire qu'il faut éviter à tout prix d'aborder le sujet. Je crois que les gens aimeraient connaître l'éventail complet des options qui s'offrent à eux, y compris le suicide assisté dans certains cas. L'alinéa semble interdire aux professionnels de la santé, ainsi qu'à tout le monde d'ailleurs, de mentionner cela.

Pour ce qui du consentement préalable, je crois qu'il devrait faire partie du mandat, peu importe ce que vous décidez de faire pour l'avenir. Ce serait peut-être forcer la note pour cette fois. Nous avons fait beaucoup de chemin au cours des deux ou trois dernières années, mais je peux comprendre les défis à ce chapitre. Cela dit, si une personne souffre de démence ou s'il lui arrive quelque chose, pourquoi ne pourrait-elle pas énoncer ses préférences avant de perdre ses capacités cognitives? Rien dans l'arrêt de la Cour suprême ne l'en empêcherait.

Enfin, l'arrêt de la Cour suprême a provoqué tout un émoi au cours de la dernière année, et les gens essaient de se familiariser avec un processus législatif difficile. Je comprends très bien vos défis à titre de députés, mais au bout du compte, on en revient toujours à la décision de la Cour suprême.

Mesdames et messieurs, sans les amendements — surtout dans l'article 241 proposé —, vous devrez décider si vous allez obliger des personnes ayant un handicap ou une maladie à se présenter à la Cour suprême pour faire respecter leurs droits en vertu de la Charte ou si vous allez accepter l'inévitable et simplement remplacer le libellé par ce que la Cour suprême a dit.

J'aimerais remercier tout le monde de m'avoir donné l'occasion d'être ici aujourd'hui. Bien entendu, il faut toujours garder en tête qu'il est important d'offrir plus de ressources aux gens, mais parfois, toutes les ressources du monde ne changent rien ou ne peuvent rien

changer, et certaines personnes souffrent quotidiennement. Nous devons faire preuve d'empathie envers ces personnes.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Fletcher.

[Français]

Nous donnons maintenant la parole à M. Marceau.

Monsieur Marceau, nous vous écoutons.

M. Richard Marceau (avocat général et conseiller principal pour les affaires politiques, Centre consultatif des relations juives et israéliennes): Merci beaucoup, monsieur le président.

Mon nom est Richard Marceau. Je suis ici au nom du Centre consultatif des relations juives et israéliennes, mieux connu sous l'acronyme CIJA. Le CIJA est l'agence représentative des fédérations juives du Canada.

Nous n'avons pas de formule globale pour traiter de tous les aspects de l'aide médicale à mourir. Nous ne proposons pas d'interprétation de la loi religieuse juive sur cette question.

Nous ne représentons aucune affiliation confessionnelle en particulier au sein de notre communauté. Nous ne prétendons pas transmettre la position uniforme de tous les Canadiens juifs.

[Traduction]

Vous connaissez peut-être le vieux proverbe: « Deux juifs, trois opinions ».

[Français]

Nous croyons cependant que notre position représente fidèlement les éléments clés d'entente au sein de la communauté juive sur cette question extrêmement personnelle et controversée.

• (1945)

Certains de nos membres soutiennent l'aide médicale à mourir, mettant l'accent sur le sort de ceux qui sont atteints d'une maladie incurable ou débilitante pour laquelle il n'y a aucun remède. D'autres s'y opposent, se basant sur des motifs religieux traditionnels ou pensant que cela précipitera le recours à l'euthanasie.

En dépit d'opinions divergentes, un large consensus existe dans notre communauté sur le fait que, à la suite de la décision de la Cour suprême dans l'affaire Carter des mesures importantes doivent être prises: pour protéger les fournisseurs de soins de santé qui s'objectent à l'aide médicale à mourir pour des raisons de conscience; pour s'assurer que l'admissibilité à l'aide médicale à mourir est suffisamment réglementée pour protéger les personnes vulnérables; et finalement, pour donner un véritable accès à des soins palliatifs de qualité.

Permettez-moi de commencer par la question de l'objection pour des raisons de conscience. De nombreux professionnels de la santé s'opposent à l'aide médicale à mourir en se basant sur leurs profondes convictions professionnelles, religieuses ou morales.

Malheureusement, le projet de loi C-14 est actuellement muet sur la question des droits de conscience des médecins, des infirmiers et des pharmaciens qui pourraient être appelés à fournir une aide médicale à mourir. Pour certains fournisseurs de soins de santé, le seul fait de recommander l'aide médicale à mourir pour un patient constitue un acte inadmissible.

Nous sommes encouragés par le fait que le projet de loi C-14 ne force pas les médecins à référer directement les patients. Si cela avait été le cas, le Canada aurait été le seul pays à imposer une telle exigence qui ne pourrait probablement pas être conforme au mandat de la Cour suprême d'établir un équilibre entre les droits des médecins et ceux des patients.

J'insiste cependant. Tout accommodement concernant l'orientation des professionnels de la santé ne devrait pas limiter l'accès des patients à l'aide médicale à mourir.

[Traduction]

Plusieurs modèles ont été proposés pour concilier ces droits divergents. Par exemple, l'Association médicale canadienne a proposé la création d'un service central d'information, de conseils et d'aiguillage distinct vers lequel les médecins pouvaient diriger les patients à la recherche d'aide médicale à mourir.

Le Dr Hershl Berman, spécialiste en médecine interne et en soins palliatifs au Temmy Latner Centre for Palliative Care à Toronto et professeur agrégé à la faculté de médecine de l'Université de Toronto, a récemment proposé un autre modèle dans *The Hill Times*. Voici ce qu'il a écrit:

Au lieu d'aiguiller activement les patients, tous les médecins devraient être tenus de signaler toute demande de suicide assisté au ministère de la Santé provincial ou à tout autre organe de réglementation. Tout médecin prêt à fournir une AMM et qualifié pour le faire serait tenu de s'inscrire et d'indiquer le nombre additionnel de patients qu'il pourrait prendre chaque année. Si le signalement provient d'un médecin prêt à fournir le service, il recevrait la confirmation qu'il peut le fournir. Sinon, le registre mettrait le patient en contact avec un médecin à proximité.

« AMM » signifie aide médicale à mourir.

Le Dr Berman a également déclaré ce qui suit:

En plus de respecter les croyances et les valeurs des médecins qui s'opposent à l'aide médicale à mourir, ce processus offre un avantage supplémentaire. Nombre de médecins, surtout des spécialistes, ont un réseau limité de collègues vers lesquels ils ont coutume d'aiguiller leurs patients. Dans l'isolement, surtout dans les régions qui ne sont pas bien desservies, un médecin pourrait avoir de la difficulté à trouver un collègue prêt à accepter le patient. Si le processus est géré de façon centralisée, un registre pourrait assurer un accès plus efficace et plus rapide aux patients qui souhaitent hâter leur propre mort.

[Français]

Passons maintenant à l'admissibilité. Nous sympathisons avec les patients n'ayant pas atteint l'âge de la majorité qui souffrent d'un problème de santé et qui voudraient se prévaloir de l'aide médicale à mourir. Il faut également songer aux sérieuses difficultés auxquelles seraient confrontés aussi bien les mineurs qui prendraient eux-mêmes une si grave décision que les parents qui prendraient une telle décision au nom de leur enfant.

Considérant la finalité de l'aide médicale à mourir, nous croyons à la nécessité d'adopter une approche prudente à l'égard des critères relatifs au consentement. Nous croyons que le gouvernement a établi un juste équilibre dans le projet de loi C-14 en limitant l'accès à l'aide médicale à mourir aux adultes compétents âgés de 18 ans et plus. Cette approche est cohérente avec les lois sur l'aide médicale à mourir du Québec et d'autres territoires d'Amérique du Nord. Nous croyons, comme le stipule le projet de loi C-14, que si l'on permet l'aide médicale à mourir, cela devrait être limité aux patients adultes au seuil d'une mort naturelle.

• (1950)

[Traduction]

Nous reconnaissons que certains membres de notre collectivité préféreraient que l'aide médicale à mourir soit plus facilement accessible, un peu comme dans certains pays d'Europe, et nous comprenons leurs motifs. Cela dit, ces inquiétudes semblent aller au-

delà de la portée de la décision de la Cour suprême, laquelle a déclaré ce qui suit:

[...] les cas très médiatisés d'aide médicale à mourir en Belgique [...] ne correspondraient pas aux paramètres suggérés dans ces motifs, tels que l'euthanasie pour les mineurs ou les personnes aux prises avec des troubles psychiatriques ou des problèmes de santé d'importance mineure.

[Français]

De nombreux membres de notre communauté croient que les Canadiens devraient être en mesure de donner leur consentement à l'aide médicale à mourir avant de subir une détérioration physique ou mentale, donnant ainsi des instructions préalables au cas où il ou elle deviendrait incapable d'agir. Certains considèrent cela comme un élément fondamental de tout régime efficace. D'autres, par contre, ont exprimé leurs préoccupations.

Après le diagnostic, le patient pourrait à juste titre souhaiter ne pas continuer à vivre durant la phase terminale de sa maladie. Toutefois, cela ne signifie pas nécessairement qu'il continuera à désirer une aide médicale à mourir lorsqu'il y deviendra admissible, alors qu'il ne sera plus compétent pour révoquer son consentement. Si le comité choisit de modifier le projet de loi C-14 pour y inclure les directives anticipées, nous croyons que celles-ci devraient respecter les mêmes garanties rigoureuses définies dans le projet de loi pour assurer un consentement éclairé. Les patients devront satisfaire à ces exigences alors qu'ils sont aptes à fournir un consentement éclairé, et leur directive sera respectée une fois qu'ils auront rempli les conditions d'admissibilité.

Pour terminer, je voudrais discuter d'une question qui fait l'objet d'un large consensus: la nécessité de fournir des soins palliatifs de haute qualité, universellement disponibles comme option de fin de vie. L'aide médicale à mourir ne peut pas se substituer aux soins palliatifs, aux soins à domicile ni au soutien aux patients en phase terminale et à leurs aidants. Il est essentiel que l'aide médicale à mourir ne soit ni la seule option ni l'option par défaut à la disposition des patients canadiens.

Merci, monsieur le président. Ce sera pour moi un plaisir de répondre à vos questions dans la langue de votre choix.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Marceau. Nous pourrions poser des questions dans la langue de votre choix.

[Traduction]

Passons à M. Bach.

Monsieur Bach, bienvenue. C'est à vous.

M. Michael Bach (vice-président à la direction, Association canadienne pour l'intégration communautaire): Merci, et bonsoir, monsieur le président, mesdames et messieurs.

Au nom de mon association, j'ai le plaisir de présenter brièvement notre mémoire énonçant les amendements particuliers que nous proposons à l'égard du projet de loi C-14; il s'intitule « L'aide médicale à mourir: Une demande privée, un système public ».

Permettez-moi de commencer par vous expliquer pourquoi nous avons choisi ce titre pour notre mémoire. Nos membres ont été frappés par les réactions à nos propositions et à nos efforts pour mettre en place de solides mesures de sauvegarde pour les personnes vulnérables, souvent avec les commentaires suivants: « Il s'agit d'une décision privée »; « Il n'appartient pas à l'État d'intervenir »; « C'est une question de choix, pourquoi ce choix devrait-il être remis en question? »; et « Nous devons nous attacher à permettre aux gens d'obtenir ce dont ils ont besoin pour mourir dans la dignité. » Nous comprenons la profondeur du souci, l'importance de l'expérience concrète, le désespoir et la frustration qui motivent ces types de réactions aux mesures de sauvegarde strictes que nous avons proposées.

L'une des principales difficultés du débat tient au fait que la conception d'un service public visant à répondre à la demande de gens pour ce que le projet de loi C-14 appelle l'aide médicale à mourir n'est en réalité pas aussi simple que ce que semblent laisser croire certains commentateurs. Après tout, il s'agit d'un service public conçu pour mettre fin à des vies, et non pas pour fournir des soins palliatifs ou d'autres services de soutien. La ministre de la Santé a déclaré clairement que ce sujet ferait ultérieurement l'objet d'une conversation et d'une consultation avec les provinces et les territoires.

Nous sommes maintenant engagés dans la création au Canada d'un nouveau service public conçu pour faire mourir les gens. J'emploie des termes crus, non pas pour être provocateur, mais bien pour exprimer le plus clairement possible ce que nous sommes réellement en train de faire les yeux grand ouverts à l'égard de ces enjeux.

La Cour suprême du Canada a clarifié les enjeux au paragraphe 2 de l'arrêt Carter. D'un côté, l'autonomie et la dignité d'un adulte capable qui cherche dans la mort un remède à des problèmes de santé graves et irrémédiables. De l'autre côté, le caractère sacré de la vie et la nécessité de protéger les personnes vulnérables. La Cour finit par mentionner plus tard particulièrement les personnes vulnérables à l'incitation au suicide.

Nous croyons qu'il faut répondre à deux grandes questions afin de pouvoir atteindre ces objectifs en matière de politiques: à qui est destiné ce service, et quel est le meilleur moyen de veiller à ce que ce nouveau service public ne soit dispensé qu'à des personnes réellement autonomes et non à des personnes qu'on a incitées à se suicider?

La première question est celle de savoir à qui le service est destiné. Nous appuyons pleinement la définition d'une personne admissible à ce service énoncée dans le projet de loi C-14. Nous abondons dans le sens de Diane Pothier, professeure et spécialiste du droit constitutionnel, qui a écrit, dans un article publié dans *Options politiques* la semaine dernière, que le silence de la Cour suprême sur ce qu'on entend précisément par « graves et irrémédiables » ne devrait pas être interprété comme contraignant le Parlement. En effet, le tribunal a clairement dit qu'il incombait au Parlement de définir ce terme ainsi que les paramètres du système.

Comme l'a souligné Mme Pothier, la juge de première instance a défini le terme, et elle l'a fait plutôt clairement. La Cour suprême n'a pas rejeté la définition ni ne lui a rien ajouté. La juge de première instance a défini le terme comme incluant uniquement les affections qui amenaient la personne qui en souffre à un état avancé d'affaiblissement, sans aucune chance d'amélioration, et excluant spécifiquement celles dont la source de souffrance intolérable était de nature psychosociale. Au moment de l'octroi de l'exemption

constitutionnelle à Mme Taylor, le critère était qu'elle serait en phase terminale et que la mort serait proche et qu'elle n'avait aucun espoir de guérison.

Bien que la Cour suprême du Canada n'ait pas défini ce qu'on entend par « graves et irrémédiables », le fait qu'elle ait adopté la terminologie de la juge de première instance sans la commenter donne fortement à croire qu'elle souscrivait à la définition et au critère énoncés par la juge de première instance; sinon, le tribunal aurait probablement modifié le critère ou rejeté la terminologie. Nous appuyons aussi — très clairement et pour les motifs que Mme Pothier a exposés — l'inclusion d'un critère relatif à la mort naturelle raisonnablement prévisible.

Ensuite — et nous pourrions en reparler plus tard —, quel est le meilleur moyen de veiller à ce que nous ne dispensions ce nouveau service public qu'aux personnes qui sont réellement autonomes et non à celles qui sont vulnérables à l'incitation au suicide?

L'un des principaux défis, dans la conception de ce service, est de cerner les personnes qui pourraient être incitées à utiliser le nouveau système pour mourir et d'adapter le système en conséquence. Or, ce n'est pas une mince affaire que de déterminer qui, exactement, est vulnérable à l'incitation.

Qu'entendons-nous par « incitation au suicide » dans ce système? De nombreuses études cliniques ont été menées sur l'incitation au suicide, et nous avons pris connaissance de données probantes et d'affaires récentes en Oregon, aux Pays-Bas et en Belgique. Nous avons récemment entrepris un examen de cette recherche, de laquelle ressortent cinq façons principales de se faire influencer.

Premièrement, une personne peut avoir une idée fautive ou confuse de son état de santé et des options à sa disposition à cause d'un problème de santé mentale.

● (1955)

Deuxièmement, l'autostigmatisation associée aux messages culturels négatifs et aux stéréotypes sur son affection peuvent donner lieu à un sentiment de désespoir.

Troisièmement, il peut y avoir coercition directe, et on retrouve de nombreux exemples de ce phénomène dans les systèmes de l'Oregon, de la Belgique et des Pays-Bas. L'un de ces exemples est celui d'une aidante naturelle — en Oregon — qui aurait lancé à son époux l'ultimatum suivant: « soit tu utilises le système pour mourir, soit on te place dans un établissement de soins de longue durée ». L'homme ne voulait pas être placé dans un établissement de soins de longue durée, alors il a choisi de mourir. Vu que 40 % des personnes âgées dans ces établissements au Canada souffrent d'un trouble dépressif majeur ou présentent des symptômes de dépression clinique ainsi que le manque de mesures de soutien familial, il y a vraiment lieu de s'inquiéter.

Une quatrième forme d'incitation s'inscrit dans ce que la littérature psychiatrique appelle la psychodynamique de la relation avec les professionnels de la santé, où un médecin pourrait se sentir coupable de ne pas être en mesure de guérir un patient et où ce patient en vient à se sentir comme une cause perdue. En termes psychiatriques, on appelle ce phénomène transfert et contre-transfert.

Selon un sondage mené auprès de psychiatres ayant offert des consultations sur demande sur l'aide médicale à mourir aux Pays-Bas, cette dynamique avait influencé 25 % des demandes pour lesquelles ils avaient fourni une consultation psychiatrique, et 19 % des demandes d'aide médicale à mourir pour lesquelles ils avaient donné une consultation ont fini par être autorisées par le médecin, en dépit du fait que le psychiatre avait signalé que des problèmes de transfert et de contre-transfert semblaient avoir influencé la décision.

La cinquième forme d'incitation tient à un accès déficient au soutien ou aux renseignements nécessaires sur les options possibles, ce qui signifie, de fait, que les gens ne peuvent prendre une décision éclairée.

Les amendements que nous proposons pour remédier à ces inquiétudes sont exposés dans notre mémoire et comprennent l'ajout au préambule d'un passage relatif à l'autorisation indépendante préalable. Nous croyons qu'un système d'autorisation préalable est essentiel pour protéger les patients contre les risques très réels et la nature complexe de la réalité de l'incitation, omniprésente dans les systèmes existants, et pour faire en sorte que les critères juridiques de l'arrêt Carter soient remplis.

Une norme plus claire relativement au consentement éclairé est également nécessaire. Le projet de loi ne mentionne que les pressions extérieures. La Cour suprême a déclaré clairement que les personnes qui étaient incitées à s'enlever la vie devaient être protégées. Cette norme devrait traiter des sujets de l'incitation, de l'influence induite et de la coercition.

Par ailleurs, seulement cinq provinces et territoires sont dotés de normes d'origine législative relativement au consentement éclairé, et les ordres professionnels ont également diverses lignes directrices.

Une mesure de sauvegarde additionnelle proposée serait d'exiger que le médecin ou l'infirmier praticien confirme, avant de fournir l'aide médicale, qu'un clinicien qualifié a offert au patient une consultation en soins palliatifs décrivant la gamme complète d'options de traitement, de technologie et de mesures de soutien et a confirmé par écrit que le patient avait la capacité de refuser ces options.

En outre, nous croyons, jusqu'à ce qu'une étude approfondie soit menée, qu'il faut soit maintenir le système actuel d'autorisation préalable par une cour supérieure, soit incorporer au projet de loi des dispositions pour la mise en place d'un tribunal.

Voici encore deux points pour conclure. Selon le projet de loi, le ministre de la Santé peut prendre des règlements concernant les renseignements à recueillir. Nous croyons que cette disposition devrait plutôt tenir le ministre de prendre ces règlements et prévoir que ceux-ci entrent en vigueur en même temps que la loi; de cette façon, nous pourrions nous assurer que des renseignements seront recueillis sur les demandes, sur le profil sociodémographique, sur les raisons du refus des autres options et sur les raisons de la demande de ce service.

Enfin, nous croyons que le projet de loi devrait comprendre une exigence selon laquelle les ministres de la Justice et de la Santé soumettent au Parlement un rapport annuel sur l'analyse des renseignements recueillis en vertu des règlements.

Merci.

● (2000)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Bach, pour votre exposé très instructif.

J'encourage tous les membres du Comité à prendre connaissance des amendements très détaillés qui sont proposés dans le mémoire.

Nous allons maintenant passer aux questions. Avant de poursuivre, j'aimerais souligner à quel point nous sommes heureux que Mme Vecchio soit parmi nous aujourd'hui.

Monsieur Falk, je vous cède la parole.

M. Ted Falk: Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins pour vos exposés.

J'aimerais féliciter mon ami Steven Fletcher pour sa victoire électorale au Manitoba. J'aimerais commencer en vous posant une question.

Vous avez parlé de la nécessité de données empiriques pour étoffer le droit. Vous avez beaucoup d'expérience en tant que député de longue date; vous connaissez bien le processus législatif et savez comment fonctionnent les examens et comment se déroulent normalement ceux-ci; et vous savez quelle orientation prend normalement une loi après son examen.

Ma question est la suivante: êtes-vous d'avis que nous devrions adopter une approche conservatrice? Je n'emploie pas ici ce terme dans son sens politique; mais devrions-nous appliquer une approche moins libérale à l'expansion des paramètres de la loi, à votre avis, compte tenu de l'examen qui doit commencer au début de la cinquième année?

L'hon. Steven Fletcher: Eh bien, Ted, je croyais que nous étions amis, mais après une question comme celle-là...

Écoutez, je crois qu'il est important de recueillir des données empiriques. Si les données probantes montrent que certaines des hypothèses de départ sont erronées, les deux approches pourraient se défendre. Il s'agit d'une question et d'une loi inhabituelles. Il est question de moralité, d'autonomie et de droits garantis par la Charte.

Je crois que le point le plus important est celui qu'a mentionné l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, à savoir le fait, pour un malade, d'être en phase terminale ou non. L'Association en fait un critère essentiel. J'estime pour ma part que la Cour suprême ne fait pas une telle distinction et qu'il y a des situations où une personne peut vivre pendant des dizaines d'années tout en répondant aux critères de la Cour suprême.

À ce sujet, ma suggestion au Comité est de s'en remettre à la Cour suprême et d'attendre sa réponse. C'est ce que nous avons fait dans le cadre du débat sur le mariage. C'est ce que les Libéraux ont fait à l'égard du mariage, et nous avons fait quelque chose de très similaire pour notre loi relative à la réforme de la démocratie. Nous avons demandé à la Cour suprême de se prononcer.

M. Ted Falk: Je vous remercie.

Une partie de l'arrêt Carter portait également — comme vous l'avez à juste titre souligné, si je ne m'abuse — sur le fait qu'il s'agit d'une décision de nature morale; on y mentionne le « caractère sacré de la vie ». À votre avis, monsieur Fletcher, avons-nous accordé au caractère sacré de la vie toute l'importance voulue dans le projet de loi?

● (2005)

L'hon. Steven Fletcher: Le caractère sacré de la vie... Wow, c'est une grande question qui va bien au-delà de mes compétences. Je pense que cela ne concerne que la personne et son Créateur. À titre de législateurs, nous espérons simplement prendre les meilleures décisions possibles.

La vie est préciseuse, mais elle peut aussi être terrible. Vous vous souviendrez qu'il y a de cela quelques années, j'ai subi une intervention chirurgicale majeure. La situation était très grave. J'ai dit au chirurgien quelque chose comme: « si vous constatez que je vais devoir porter un appareil ou que mes fonctions cognitives seront être atteintes, éloignez-vous de la table d'opération ». Les libéraux diront que je souffre d'une déficience cognitive depuis...

Des voix: Oh, oh!

L'hon. Steven Fletcher: ... mais je peux vous assurer que ce n'est pas le cas et que j'ai pu passer à autre chose.

La déficience que j'ai me suffit. La vie n'est pas facile, mais je sais qu'elle peut être bien plus difficile. Je suis chanceux, comparative-ment à bien d'autres personnes. Je remercie le ciel tous les jours d'être Canadien et de faire partie d'une belle collectivité qui soutient les gens comme moi, mais ce n'est pas pareil partout, et il y a des gens qui souffrent bien plus que moi. Parlez à eux.

M. Ted Falk: Merci, monsieur Fletcher.

Je cède la parole à M. Cooper.

Le président: Monsieur Cooper.

M. Michael Cooper: Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à vous, monsieur Bach. Concernant la surveillance judiciaire que vous avez recommandée, personnellement, j'estime que l'idée a beaucoup de mérite, ou du moins qu'il faut l'étudier sérieusement; cela dit, trois critiques semblent être communément formulées par les détracteurs de cette méthode. Ces critiques concernent le coût, les délais et l'accessibilité. On pourrait aussi faire valoir le fait qu'on sort la question du contexte médical pour l'examiner dans un contexte judiciaire.

Je me demande comment vous réagiriez à ces critiques.

M. Michael Bach: Je comprends les inquiétudes concernant le coût et les délais. Cependant, la Cour suprême a cru bon, le 15 janvier, d'imposer la surveillance judiciaire au lieu de laisser deux médecins prendre la décision; la Cour suprême a donc dû croire que les enjeux étaient importants relativement à l'assurance d'une protection constitutionnelle du droit à la vie des personnes vulnérables. Voilà comment, selon moi, nous pourrions interpréter cette décision.

Je ne crois pas qu'il s'agisse d'une solution à long terme, mais, vu les risques ainsi que le devoir du Parlement d'assurer une protection constitutionnelle du droit à la vie des personnes vulnérables, nous sommes d'avis que nous avons le choix soit de faire cela, soit de mettre en place le tribunal décrit de façon très détaillée par Gilbert Sharpe et David Baker.

Concernant la critique selon laquelle on en fait une décision de nature juridique, eh bien, je crois que c'en est une. La Cour s'est refusée à lever l'interdiction du suicide assisté. Elle a établi que, dans des circonstances très précises, il pouvait y avoir des exemptions juridiques à cette interdiction. Il y a donc une décision judiciaire à prendre à cet égard. En effet, l'étude de la question comporte un volet médical — la personne répond-elle aux critères médicaux? —, et l'autre volet consiste à savoir si la personne répond de façon satisfaisante aux critères d'exemption à l'interdiction du suicide assisté dans le Code criminel.

C'est pourquoi nous sommes d'avis que la mort naturelle raisonnablement prévisible ne constitue certainement pas une catégorie médicale. Ne vous attendez pas à ce que des médecins soient formés dans l'évaluation de ce qu'est une mort naturelle raisonnablement prévisible. Raisonnablement prévisible est un terme

juridique, et c'est très bien ainsi, puisqu'il s'agit d'accorder une exemption relativement à l'interdiction du suicide assisté.

Le président: Merci beaucoup.

Passons à M. Fraser.

M. Colin Fraser: Merci beaucoup.

Messieurs, nous vous remercions d'être venu témoigner devant le Comité. Vous nous aidez beaucoup à envisager toutes les facettes de la question.

Monsieur Fletcher, j'aimerais commencer par vous. Vous avez parlé de la disposition du projet de loi relative à la mort naturelle raisonnablement prévisible. Êtes-vous en train de dire que vous aimeriez que ce terme soit complètement retiré du projet de loi?

• (2010)

L'hon. Steven Fletcher: Oui. C'est ce que je dis. Je recommande d'utiliser le libellé de l'arrêt de la Cour suprême. Ainsi, on saura que la loi est compatible avec la décision de la Cour suprême et avec la Charte.

Si vous avez une question sur l'une des définitions, transmettez-la à la Cour suprême et attendez la définition que celle-ci vous donnera. Collectivement, nous avons fait cela de nombreuses fois.

M. Colin Fraser: Merci.

Pour ce qui est de la période d'attente de 15 jours francs entre le moment où le consentement est donné et celui où l'aide médicale à mourir est effectivement fournie — et je reconnais que ce délai peut être abrégé lorsqu'il existe de bons motifs pour le faire et que le médecin est d'accord —, pourrais-je connaître votre opinion sur cette période d'attente de 15 jours et savoir si vous croyez qu'il s'agit là d'une procédure raisonnable?

L'hon. Steven Fletcher: Comme je l'ai déjà mentionné, le projet de loi du gouvernement reflète de bien des façons le projet de loi émanant d'un député que j'ai présenté, y compris la disposition portant sur cette période d'attente de 15 jours.

Mon opinion a évolué depuis le dépôt de mon projet de loi, et j'estime maintenant que des directives préalables devraient être permises. Le délai devrait être de 15 jours au minimum, mais rien ne garantit qu'il ne pourrait pas être de 20 ou de 30 ans, par exemple.

Lorsqu'on a mal, qu'on est incapable de respirer et qu'on est terrorisé, un délai de 15 jours pourrait sembler une éternité; c'est pourquoi je pense que nous devrions réfléchir à la douleur et à la souffrance qui pourraient être vécues pendant ce laps de temps; je serais donc d'accord pour qu'il soit réduit.

M. Colin Fraser: Pourriez-vous suggérer un nombre de jours réduit qui vous paraîtrait raisonnable?

L'hon. Steven Fletcher: Peut-être 4,25 jours. Je ne sais pas. Ça dépend de vous tous.

Il devrait y avoir un délai, mais deux semaines et un jour, c'est probablement trop long, et un délai de 24 heures n'est probablement pas assez long, alors quelque part entre les deux.

Pour ce qui est de la souffrance, lorsqu'on a mal, qu'il n'y a aucun espoir de rémission et qu'on est confronté à la terreur de se noyer dans ses propres sécrétions, sans espoir, pourquoi attendre? Pourquoi prolonger la souffrance?

Dans de nombreux cas, on ne la prolonge pas. On augmente la dose de morphine d'un cran. On se laisse mourir de faim. Les gens s'autodétruisent violemment parce qu'ils ne veulent pas être confrontés à la perspective d'une mort horrible, même si, dans la plupart des cas, ce n'est probablement pas ce qui va se produire.

M. Colin Fraser: J'aimerais connaître votre opinion sur une autre disposition.

L'une des mesures de sauvegarde du projet de loi est l'exigence de donner deux fois son consentement. On le donne une première fois au préalable, et juste avant l'apport de l'aide médicale à mourir, on offre une dernière chance de retirer son consentement. Selon ce que nous avons entendu, il pourrait s'agir, par exemple, d'une personne sous perfusion de morphine qui se voit retirer ce médicament de façon à pouvoir retrouver ses capacités avant de donner son dernier consentement.

Qu'en pensez-vous?

L'hon. Steven Fletcher: Je suis d'accord, parce que cela peut créer un doute concernant l'intention de la personne, et si le doute est important, il est probablement préférable de pencher du côté de la vie. C'est une question de circonstances qui dépend de nombreux facteurs, mais si une personne déclare qu'elle ne veut pas que la procédure ait lieu, même au dernier moment, la procédure ne devrait pas avoir lieu.

● (2015)

M. Colin Fraser: Monsieur Bach, merci beaucoup pour votre exposé.

L'un des éléments que vous avez abordés concernait la surveillance judiciaire. Vous avez mentionné à cet égard l'arrêt Carter, où la Cour a jugé bon de mettre en place une surveillance judiciaire, mais vous conviendrez que cela s'inscrivait dans un contexte — bien sûr — dépourvu de cadre législatif, et que c'est ce cadre que nous tentons de définir ici aujourd'hui.

M. Michael Bach: Oui, j'en conviens, mais ce que je voulais dire, c'est que la Cour a jugé approprié l'établissement d'une surveillance judiciaire et ne s'est pas contentée de dire qu'on peut procéder moyennant l'attestation d'obtenir l'approbation de deux ou trois médecins qu'une personne répondait aux critères d'admissibilité.

Tout ce que je dis, c'est que la Cour a dû voir la surveillance judiciaire comme un mécanisme concordant avec les paramètres de sa décision et avec la Charte.

M. Colin Fraser: En prononçant son jugement, le tribunal a également mentionné qu'il incombait au Parlement de définir un cadre législatif et de le mettre en place.

M. Michael Bach: Absolument, oui.

M. Colin Fraser: Concernant certaines des mesures de sauvegarde que vous avez mentionnées dans votre mémoire — j'apprécie que vous nous l'ayez présenté —, vous avez employé le terme « clinicien qualifié ». Qu'entendez-vous par cela?

M. Michael Bach: Un clinicien qualifié pour offrir des consultations en soins palliatifs.

M. Colin Fraser: D'accord. Pour ce qui est du rapport écrit sur la consultation en soins palliatifs dont vous avez parlé, est-ce que cela n'entre pas dans toute la question du consentement éclairé?

Ne considérez-vous pas que ce serait aller trop loin, dans une modification du Code criminel, que de commencer à prescrire des types de consentement éclairé? Ne croyez-vous pas que cette décision devrait être laissée aux provinces ou aux médecins?

M. Michael Bach: On a établi, dans le Code criminel, une norme en matière de pressions extérieures. C'est le critère qu'on a fixé pour le consentement éclairé et, puisqu'on parle ici d'une exemption à l'interdiction du suicide assisté contenue dans le Code criminel, je crois que nous devons absolument avoir une norme uniforme sur le consentement éclairé pour cette exemption au Code criminel.

Certainement, je crois que cela doit se trouver dans le Code criminel. Notre préoccupation — d'autres proposent également l'offre de consultations en soins palliatifs — tient au fait que les médecins ne sont pas normalement formés sur l'éventail des causes psychosociales de souffrance qui pourraient agir sur une personne en fin de vie, et qu'une consultation en soins palliatifs pourrait servir à déterminer l'éventail complet des options qui s'offrent aux patients.

M. Colin Fraser: Monsieur Marceau, merci pour votre exposé.

La notion de mort « raisonnablement prévisible », terme employé dans le projet de loi, va-t-elle au-delà de la portée de l'arrêt Carter?

M. Richard Marceau: Nous ne croyons pas.

M. Colin Fraser: Merci.

[Français]

Le président: Merci.

Madame Sansoucy, c'est un grand plaisir de vous avoir avec nous, tout comme M. Thériault, qui est le bienvenu.

Mme Sansoucy va partager le temps dont elle dispose avec M. Thériault.

Mme Brigitte Sansoucy: Je vous remercie monsieur le président. Je ferai un simple commentaire pour ensuite laisser la parole à M. Thériault.

Je remercie les témoins de leur présentation.

Monsieur Fletcher, je vous remercie d'avoir partagé avec nous votre expérience personnelle, mais surtout votre expérience législative. Vous m'avez beaucoup éclairée quant aux modifications qu'il y aurait lieu d'apporter au projet de loi pour le rendre conforme à l'arrêt dans l'affaire Carter.

Monsieur Thériault, je vous cède la parole.

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): J'aime avoir du temps.

Monsieur Fletcher, n'en déplaise aux autres témoins et sans leur porter offense, je me suis déplacé ici ce soir, après une journée fort occupée, pour être certain de vous entendre, entre autres parce que vous êtes inspirant. Plusieurs personnes prétendent être bienveillants et bienfaisants à l'égard des personnes vulnérables. En portant atteinte à leur autodétermination et à leur autonomie, elles s'imaginent, pleines de paternalisme, qu'elles sont bienfaitantes alors qu'on sait très bien que ce n'est pas le cas.

Hier, le Barreau du Québec nous a dit exactement ce que vous nous avez dit ce soir. Je ne sais pas si cela vous rassure, mais d'autres partagent votre opinion sur le projet de loi C-14. C'est simplement un commentaire une expression d'appréciation. Je partage aussi votre lecture parce qu'on parle toujours des personnes vulnérables. Pourtant, la Cour suprême a justement pris position en vertu de l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés pour protéger les personnes vulnérables, notamment lorsqu'elle dit qu'une prohibition totale, comme c'est présentement le cas, porte atteinte non seulement à la sécurité et à la liberté de la personne, mais aussi à son droit à la vie, en ce qu'elle pourrait amener la personne à mettre fin à ses jours d'une façon anticipée alors que les personnes atteintes d'une maladie dégénérative, par exemple, ne sont pas suicidaires. Elles veulent vivre le plus longtemps possible, jusqu'au moment où, lorsque leur état leur apparaîtra totalement insupportable, elles ne pourront pas mettre elles-mêmes fin à leur vie. Ces personnes sont les seules juges de leur état. Sur ce point, votre témoignage me semble assez éloquent.

Monsieur Marceau, vous connaissez la loi du Québec. Je pense qu'il y a une confusion dans le projet de loi C-14. Que pensez-vous de cette loi québécoise qui a fait l'objet d'un consensus après six ans de discussion et qui a été votée par l'Assemblée nationale à 94 voix contre 22? Que pensez-vous de la Loi québécoise sur les soins de fin de vie?

• (2020)

M. Richard Marceau: Pour ce qui est du processus en tant que tel, tous sont d'avis qu'il a été remarquable. En effet, les gens de la société civile ont été bien écoutés. Je tiens à souligner en particulier le travail remarquable de Véronique Hivon, avec qui vous avez siégé, je crois. Je la connais aussi personnellement.

Le Québec a été exemplaire dans l'étude de cet enjeu. Il a aussi eu le temps d'en arriver à une position qui a été assez largement partagée. Vous avez dit que 94 sur 125 députés de l'Assemblée nationale étaient en faveur de cette position, par rapport à seulement 22 qui s'y opposaient.

Je sais que vous connaissez très bien la politique à l'Assemblée nationale. Il est très difficile de réussir à atteindre un tel niveau de consensus sur un tel enjeu. C'est assez remarquable.

Le travail que est devant vous, parlementaires fédéraux, est très difficile parce que vous disposez d'une période de temps très limitée. Vous êtes encore ici et il est presque 20 h 30. Vous avez passé la journée à travailler à ce dossier. Je connais le travail du comité de la justice, et le projet de loi C-14 est assez complexe. Il vous faut être bien concentrés, et c'est exigeant.

Personnellement, je suis un admirateur de la loi québécoise sur le sujet. Connaissant l'institution où vous siégez ainsi que plusieurs d'entre vous autour de cette table, je suis convaincu que le travail que vous ferez sera aussi sérieux, bien que le temps soit limité. Je suis convaincu que vous auriez voulu disposer de plus de temps, mais ce n'est malheureusement pas le cas. Je suis convaincu que le travail que vous faites et que vous ferez aboutira à une position qui, d'une part, respectera la décision de la Cour suprême du Canada — nous vivons dans un État de droit et il faut respecter la décision de cette cour —, d'autre part, je l'espère, répondra aux aspirations d'un plus grand nombre de personnes possible.

Le président: Avez-vous une autre question à poser, monsieur Thériault?

M. Luc Thériault: Si je vous posais cette question, c'est que la loi québécoise couvre une réalité qui est tout autre que celle dont traite le projet de loi C-14.

La loi québécoise, plutôt que de mettre dos-à-dos deux réalités — les soins palliatifs et la demande de mort, c'est-à-dire l'euthanasie —, a considéré cela comme étant un continuum de soins en fin de vie. L'euthanasie en tant que telle, ou l'aide médicale à mourir, n'est possible qu'en phase terminale de vie et lorsque le processus de mourir est irréversiblement installé.

• (2025)

M. Richard Marceau: Qu'il est entamé, en effet.

M. Luc Thériault: Ici, nous sommes devant un autre défi: celui de légiférer en matière de suicide assisté. Le projet de loi C-14 utilise la même terminologie que la loi québécoise. Cependant, ce que couvre la loi québécoise crée une confusion, de sorte que ce projet de loi n'encadre pas encore totalement le suicide assisté, croyant répondre à ce que doit être l'aide médicale à mourir.

Vous nous avez dit que l'aide médicale à mourir devrait être limitée aux « patients adultes au seuil d'une mort naturelle ». D'ailleurs, les mots « mort naturelle » me posent problème. Cela

semble plus axé sur la loi québécoise. Pourtant, une personne souffrant d'une maladie dégénérative, par exemple la SLA, n'a pas droit à la demande anticipée et est condamnée, finalement, à devenir prisonnière de son corps et à mourir étouffée par ses sécrétions parce que la loi ne lui donne pas droit au suicide assisté. Au moment où cela arrive, on est rendu très loin dans le processus. On peut être au stade terminal d'une maladie sans être en phase terminale de vie.

Qu'entendez-vous par mort naturelle? En soins palliatifs, la mort est induite par la sédation qu'on vous donne pour contrer la douleur.

M. Richard Marceau: On pourrait en débattre longuement. Monsieur Thériault, permettez-moi de revenir sur le commentaire que vous avez fait sur ce que vous appelez « le continuum ». L'aide médicale à mourir fait-elle partie du même continuum que les soins palliatifs ou parle-t-on de deux choses qui sont complètement séparées? Je ne vous l'apprendrai pas, il y a un choc des visions assez féroce à ce sujet.

Beaucoup de gens qui ont témoigné devant le comité spécial mixte — auquel plusieurs d'entre vous avez siégé — sont d'avis qu'on parle de deux choses séparées. Au-delà de cette distinction philosophique, il y a des côtés pratiques très importants.

Je suis convaincu qu'on aura l'occasion de continuer cette discussion, peut-être dans un autre forum. Peu importe la direction que prendra ce comité auquel vous siégez, il est très important de ne pas faire en sorte que l'aide médicale à mourir devienne l'option par défaut parce qu'il n'y a pas d'offre de soins palliatifs qui réponde à la demande, surtout dans une société vieillissante.

Voilà pourquoi je disais plus tôt, dans ma conclusion, qu'on ne peut pas faire fi de la discussion sur une meilleure offre de soins palliatifs dans la société dans laquelle on vit aujourd'hui.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Marceau.

[Traduction]

Passons maintenant à Mme Khalid.

Mme Iqra Khalid: Merci, monsieur le président.

Merci beaucoup, messieurs, d'avoir témoigné aujourd'hui et d'avoir mis votre expertise à notre disposition à ce sujet. C'est très apprécié.

Pour commencer, j'ai quelques questions pour vous, monsieur Bach, concernant le respect de certaines des mesures de sauvegarde que vous proposez dans votre mémoire. L'aide médicale à mourir offerte par des médecins et des professionnels de la santé est un sujet très délicat. Nous devons nous assurer qu'une personne qui donne son consentement, suivant la décision de la Cour suprême, peut en bénéficier. En même temps, nous devons atteindre un certain équilibre pour ce qui est des personnes vulnérables. Je crois que c'est cette question que vous tentez de régler dans les mesures de sauvegarde que vous avez décrites.

Vous énumérez vos mesures de sauvegarde à la section C. Vous recommandez également l'autorisation préalable par une cour supérieure. Je me demande seulement si vous avez pensé à la durée du processus total. Par exemple, si une personne souhaite entamer un processus pour mettre fin à sa vie, elle devrait aller voir un médecin et lui dire que c'est ce qu'elle veut faire.

Pour ce qui est des mesures de sauvegarde, pourrions-nous repasser ensemble la succession des étapes du processus de consultation en soins palliatifs pour savoir combien de temps il durerait, ainsi que les autres exigences relatives aux mesures de sauvegarde déjà proposées dans le projet de loi?

• (2030)

M. Michael Bach: J'ai parlé avec des spécialistes — je crois que vous aurez l'occasion de parler avec le Dr Harvey Chochinov, qui comparaitra ici — de cette consultation en soins palliatifs. Ils m'ont donné à croire qu'une bonne consultation peut prendre une heure et demie. Un médecin en soins palliatifs pourrait évaluer la situation, examiner les sources de souffrance et définir l'éventail d'options.

Parfois, les besoins sont plus grands. Je veux dire... L'une de nos principales préoccupations concerne les déterminants sociaux, comme les causes de la souffrance psychosociale, la vie en isolement, le fardeau porté par les aidants naturels...

Mme Iqra Khalid: Je suis désolée, je ne veux pas vous interrompre, mais je vois que le temps file. Je suis très consciente...

M. Michael Bach: D'accord. J'irai droit au but. Concernant la durée de la surveillance judiciaire, la proposition complète vise un tribunal. On pourrait s'inspirer du modèle de la Commission du consentement et de la capacité, qui traite 6 500 demandes par année. Celle-ci est tenue par la loi de rendre sa décision en quatre ou cinq jours. D'après ce que m'ont dit des commissaires de ce tribunal, la décision peut être rendue en une journée. Elle tient également des audiences par vidéoconférence.

Il s'agit en fait d'un système très efficient.

Mme Iqra Khalid: Pour clarifier: le projet de loi exige déjà un délai de 15 jours francs entre le premier consentement et le deuxième, donc, en plus de ce que vous proposez... Ne croyez-vous pas que ce serait un peu excessif — du point de vue de la prolongation de la souffrance —, sans compter la procédure judiciaire et les autres formalités auxquelles devront se plier les personnes ayant déjà pris leur décision?

M. Michael Bach: J'imagine que notre préoccupation, à la base, réside dans le fait que l'intégrité du système de soins de santé suppose que les médecins font leur travail, c'est-à-dire examiner les causes de souffrance et y remédier, et non pas autoriser des interventions intentionnelles visant à causer la mort. Je crois qu'il faut dissocier cela du système de santé et s'en tenir à la décision judiciaire, et c'est pourquoi nous proposons la création d'un tribunal. Nous croyons qu'il s'agit d'une mesure de sauvegarde importante.

Nous reconnaissons que nous avons peu de temps pour mettre en place cette mesure. C'est pourquoi nous proposons d'au moins mener une étude à ce sujet et d'enchaîner cela dans la loi.

Mme Iqra Khalid: Merci.

Monsieur Marceau, j'aimerais connaître votre opinion sur la possibilité d'une analyse du projet de loi sous l'angle de l'article 2, en ce qui concerne les droits de conscience et la religion. Le Comité a reçu des recommandations selon lesquelles il faudrait que les médecins légistes ou les coroners indiquent sur les certificats que la mort a été provoquée avec l'aide d'un médecin. Croyez-vous que cela pourrait poser problème à des organisations religieuses ou à des personnes religieuses qui choisissent d'entreprendre ce processus malgré tout?

M. Richard Marceau: Sans vouloir jouer le rôle caricatural d'un juif, puis-je vous répondre par une question? Que voulez-vous dire?

Mme Iqra Khalid: Beaucoup de gens sont très croyants, et la plupart des religions ne voient pas le suicide d'un bon oeil. Il peut s'agir d'un choix personnel, mais c'est la famille qui conservera ce certificat. Croyez-vous que la communauté juive s'opposerait à ce que ce fait soit explicité sur le dernier document délivré à l'égard de cette personne?

Le président: Théoriquement, une personne qui s'enlève la vie ne peut être enterrée dans un cimetière juif; elle est enterrée à l'extérieur du cimetière. Des coroners et d'autres personnes ont déclaré qu'on devait indiquer sur le certificat de décès que la personne a reçu une aide médicale à mourir pour permettre un suivi adéquat. Croyez-vous que cela pourrait représenter un problème du point de vue religieux, que cela pourrait embarrasser une famille et provoquer des réactions défavorables... Voilà ce qu'elle demande.

Mme Iqra Khalid: Je vous remercie, Anthony.

Le président: Je vous en prie. Vous pourrez me rendre la pareille une autre fois.

M. Richard Marceau: C'est peut-être davantage l'avocat que le juif qui parle, mais j'aimerais qu'un document officiel reflète la réalité.

Mme Iqra Khalid: Merci.

C'est une question qui a été soulevée maintes fois par différentes organisations ainsi que par des collègues ici présents: la protection de la conscience du personnel médical, des médecins, du personnel infirmier, etc. Quelle est votre opinion — à vous trois — sur la possibilité de prévoir qu'il est contraire au Code criminel de forcer un médecin à fournir l'aide médicale à mourir en vertu du projet de loi?

• (2035)

M. Richard Marceau: Faire de la coercition d'un médecin une infraction criminelle...

Nous cherchons à concilier des droits divergents, ici. Ces deux droits ont été reconnus par la Cour suprême dans l'arrêt Carter. Je ne suis pas certain que nous devions aller aussi loin, car je crois — à la lumière de l'arrêt Carter, et, comme nous l'avons laissé entendre — qu'il y a moyen de s'assurer que la conscience et les droits religieux des médecins sont respectés dans ce processus. Autrement, ce ne serait pas plus légal. Si ces droits ne sont pas respectés, le processus n'est donc pas légal en lui-même, et nous pourrions retourner devant les tribunaux et y rester encore des années. Nous pouvons atteindre un équilibre approprié entre ces deux droits, ce que de nombreux Canadiens recherchent.

Soit dit en passant, certaines personnes sont pour l'aide médicale à mourir, et d'autres s'y opposent. Si je voyais un seul endroit où il pourrait y avoir consensus entre ces deux visions divergentes, ce serait ici.

M. Michael Bach: On résout ce problème en recourant à l'autorisation préalable, car ce ne sont pas les médecins qui donnent l'autorisation. Ils font leur travail de médecin... C'est la solution que nous proposons pour régler ce problème. Cela signifie également que de nombreux autres médecins au Canada — au-delà du tiers qui se disent déjà prêts à le faire — pourraient se porter volontaires, puisqu'ils n'ont pas à fournir d'autorisation: ils n'ont qu'à examiner les causes de souffrance et à exposer les options pour y remédier. C'est ce que nous devrions espérer et attendre des médecins de notre pays.

Mme Iqra Khalid: Monsieur Fletcher, avez-vous des commentaires à faire à ce sujet?

L'hon. Steven Fletcher: Oui. Au Canada, on ne peut forcer un médecin à faire quoi que ce soit. J'ai connu un médecin qui refusait de voir des patients fumeurs. L'ordre ne pouvait rien y faire. C'était son choix. Ce dont nous devons nous assurer, c'est de ne pas brimer les droits garantis par la Charte, et c'est la question que j'ai soulevée plus tôt concernant l'alinéa 141(1)b). Les patients ne sont pas toujours mis au courant de toutes les options qui s'offrent à eux. En fait, il semble qu'il serait illégal de laisser entrevoir la perspective de la mort. Cela constitue essentiellement un déni de droits garantis par la Charte. Mais personne ne forcera quiconque, dans la profession médicale, à faire quelque chose contre son gré. Les médecins n'ont pas à le faire maintenant, et on ne pourra jamais forcer personne à le faire. La Cour suprême a été catégorique à ce sujet.

Le président: Merci beaucoup pour vos très bonnes questions.

Pourrais-je clarifier quelque chose qui vient d'être dit? Je suis dérouteré. Beaucoup de gens, de tous les côtés du débat, comme M. Marceau l'a dit, se sont prononcés sur le fait que les droits de conscience devraient être protégés plus clairement qu'à l'heure actuelle, puisque seul le préambule mentionne les droits de conscience. Mme Khalid a suggéré une façon de fournir cette protection: une interdiction criminelle. Il existe d'autres façons.

Monsieur Bach, vous semblez être d'avis que cela n'est pas nécessaire s'il y a un processus d'examen; cependant, le processus d'examen ne vise qu'à confirmer que la personne possède la capacité et la volonté de décider et qu'elle répond à toutes les exigences de la loi. Au final, il y aura tout de même un médecin...

M. Michael Bach: ... pour fournir l'aide.

Le président: Afin d'éviter qu'un médecin, un membre du personnel infirmier, un pharmacien ou quiconque a refusé de faire cela soit congédié ou forcé à fournir l'aide médicale à mourir, il fallait trouver une façon d'intégrer des droits de conscience. Je ne comprends pas en quoi ce processus supplémentaire changerait quelque chose au fait que certaines personnes ne voudraient pas faire cela pour des motifs de conscience.

M. Michael Bach: Je ne voulais pas laisser entendre que les droits de conscience ne devraient pas être protégés.

Le président: D'accord. Je n'avais pas compris. Merci. Soit dit en passant, j'ai apprécié la grande clarté de vos dispositions, vers la fin, concernant ce que le ministre devrait exiger. J'ai trouvé qu'elles étaient très bien rédigées, et j'aimerais seulement dire que j'apprécie beaucoup leur clarté. Que nous les acceptions ou non, je tenais à vous complimenter à ce sujet.

Mesdames et messieurs, cela met fin à la réunion du Comité. J'aimerais remercier nos témoins.

● (2040)

[Français]

Bonne soirée et à demain.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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