



PARLEMENT | PARLIAMENT
CANADA

Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

PDAM



NUMÉRO 002



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 18 janvier 2016

Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Le lundi 18 janvier 2016

• (1400)

[Traduction]

Le coprésident (M. Robert Oliphant (Don Valley-Ouest, Lib.)): Je déclare ouverte la deuxième séance du Comité mixte spécial sur l'aide à médicale à mourir. Je crois que nous avons le quorum. Je vous souhaite à nouveau la bienvenue.

Nous accueillons cet après-midi des témoins du ministère de la Justice.

Je vous remercie beaucoup de comparaître devant nous aujourd'hui, d'autant plus que vous avez eu un court préavis. Nous allons vous accorder environ 20 minutes. Je vais être un peu souple avec vous, car vous allez nous aider à préparer le terrain. Étant donné que notre comité a le mandat de conseiller la ministre sur les changements législatifs qui s'imposeront, vos conseils et votre sagesse se révéleront extrêmement utiles.

Il y a un certain nombre de nouveaux membres qui sont ici. Nous allons écouter les témoins pendant 20 minutes. Je vais leur laisser le soin de répartir ce temps entre elles.

J'espère que vous vous présenterez pour que nous sachions qui vous êtes et pour quelle raison vous êtes ici. Nous allons ensuite procéder à un premier, à un deuxième et, je l'espère, à un troisième tour de questions.

Je vous remercie.

Maître Joanne Klineberg (avocate-conseil, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice): Je vous remercie beaucoup.

Je vous remercie de me donner l'occasion de m'exprimer aujourd'hui alors que le Comité amorce son étude sur la question très difficile, complexe et profonde de l'aide médicale à mourir.

Avant de commencer, je voudrais m'excuser de ne pas avoir présenté mon allocution en anglais et en français, comme le souhaite habituellement le Comité. Cette situation est attribuable au court préavis que nous avons reçu. Je suis désolée.

Je m'appelle Joanne Klineberg et je suis avocate principale à la Section de la politique en matière de droit pénal du ministère de la Justice. La collègue qui m'accompagne est Jeanette Ettel. Elle est avocate principale à la Section des droits de la personne du ministère de la Justice. Permettez-moi de mentionner brièvement que Jeanette et moi-même faisons partie de l'équipe qui a travaillé sur l'affaire Carter. Notre rôle était de prêter main-forte en coulisse aux avocats plaidants.

Aujourd'hui, je vais faire une brève allocution pour présenter au Comité le contexte des aspects liés au droit criminel qui concernent la question qui nous occupe. Il pourrait être utile de commencer par un bref résumé de l'arrêt *Carter*.

La Cour suprême a jugé que les interdictions générales à l'égard de l'aide médicale à mourir allaient à l'encontre du droit à la vie, à la

liberté et à la sécurité de la personne d'une manière non conforme aux principes de justice fondamentale et que la violation de ce droit ne pouvait pas être justifiée en tant que limite raisonnable dans une société libre et démocratique. Comme on peut le lire au paragraphe 105, le tribunal a déterminé que « certes, il existe des risques, mais un système soigneusement conçu et géré peut les contrer adéquatement ».

Ainsi, comme on le souligne au paragraphe 127 du jugement, les dispositions ont été jugées inconstitutionnelles dans la mesure où elles prohibent l'aide d'un médecin pour mourir à une personne adulte capable qui consent clairement à mettre fin à sa vie et qui est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables.

Il faut d'abord dire qu'il semble y avoir parfois de l'incertitude, à tout le moins au sein d'une partie de la population canadienne, à propos de ce qu'est l'aide médicale à mourir et de ce qu'elle n'est pas. L'aide médicale à mourir ne consiste pas à cesser un traitement médical sur un patient qui ne souhaite pas ce traitement. Elle ne concerne pas non plus le droit d'un patient de refuser un traitement ou un médicament. Dans ces circonstances, si le décès résulte de l'interruption du traitement ou du refus du médicament, il ne s'agit pas d'un crime parce que la cause du décès est le problème de santé sous-jacent. Aucune personne saine d'esprit ne peut être obligée à recevoir un traitement qu'elle ne souhaite pas, car cela équivaut à une agression en droit criminel et à une transgression civile. L'aide médicale à mourir fait référence à une personne, un médecin, qui participe activement à provoquer la mort d'une autre personne.

Avant l'arrêt *Carter*, ce geste était interdit par les lois pénales de diverses façons. Le tribunal était d'avis que seulement deux dispositions du Code criminel étaient au cœur de cette interdiction visant l'aide médicale à mourir. La première disposition est l'article 14 du Code criminel, qui stipule que:

Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne parce que la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement.

L'article 14 est par conséquent lié au crime de meurtre, c'est-à-dire causer intentionnellement la mort d'une autre personne. L'article 14 signifie que le consentement d'une personne à mourir n'a aucun effet sur la responsabilité criminelle de la personne qui a causé la mort. Il s'agit toujours d'un meurtre, même si la victime voulait mourir.

La deuxième disposition est l'alinéa 241b) du Code criminel, qui dit ceci: « Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de 14 ans quiconque aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort, que le suicide s'ensuive ou non. »

Ces deux dispositions empêchaient une personne de recourir à l'aide d'un médecin pour se donner la mort dans n'importe quelle circonstance. Il est primordial de souligner que, comme la plupart des autres dispositions pénales, ces dispositions sont de nature générale. Elles servent également à empêcher des personnes autres que des médecins à aider d'autres personnes à mourir en dehors du contexte de l'aide médicale à mourir.

Ces deux dispositions posaient problème parce qu'il existe deux façons pour un médecin d'aider une personne. L'une consiste à lui donner les moyens de mettre fin à ses jours, notamment en fournissant ou en prescrivant une dose mortelle de médicaments. La personne qui reçoit l'aide accomplit elle-même les actions nécessaires pour entraîner sa propre mort. Elle provoque elle-même son décès avec l'aide de quelqu'un d'autre. Il s'agit là du suicide médicalement assisté.

L'autre façon est ce qu'on appelle généralement l'euthanasie. Dans ce cas, c'est le médecin qui provoque directement la mort de la personne, habituellement en lui injectant un médicament létal. Cela correspond à la définition de meurtre, qui est le crime le plus grave en vertu du droit criminel canadien. Il s'agit d'un acte passible de l'emprisonnement à perpétuité, sans possibilité de libération conditionnelle avant au moins 10 ans.

• (1405)

Le meurtre est considéré comme le crime le plus grave en vertu du droit criminel canadien ainsi que dans la plupart des autres pays, car il s'agit d'une personne qui cause la mort d'une autre personne plutôt que de seulement l'aider à mettre fin à ses jours. Les différences entre les deux actes, y compris les différents types de risque, n'ont pas fait l'objet du litige devant la Cour suprême. Le tribunal n'a pas fait de distinction entre les deux et les a amalgamés au terme général « aide médicale à mourir ».

Toujours au sujet de la terminologie, le Comité ne s'étonnera sans doute pas de m'entendre dire qu'il existe différents points de vue sur la terminologie à employer dans ce contexte particulier. Certains sont d'avis que les expressions « suicide médicalement assisté » et « euthanasie » sont claires et bien définies et qu'il faut les employer pour éviter la confusion et la mauvaise compréhension que suscite l'emploi de termes plus généraux comme « aide médicale à mourir ». D'autres n'approuvent pas l'usage des termes « suicide médicalement assisté » et « euthanasie », estimant qu'il s'agit de termes lourds de sens et stigmatisants et que seul un terme plus général comme « aide médicale à mourir » devrait être employé. Ce n'est là que l'une des nombreuses questions difficiles sur lesquelles le Comité devra se pencher.

Une considération générale à laquelle le Comité sera confronté très rapidement est le partage des compétences au Canada dans le contexte l'aide médicale à mourir. En vertu de la Constitution, le droit pénal relève de la compétence exclusive du Parlement. La Cour suprême a confirmé dans l'arrêt *Carter*, au paragraphe 51, que le Parlement a le pouvoir de légiférer en matière de santé dans les cas de traitements dangereux ou qui constituent une conduite socialement répréhensible. Le droit criminel est fondé sur la moralité et des valeurs fondamentales comme celles liées à la dévalorisation de la vie humaine. Il tient aussi compte de préoccupations relatives à la santé publique, notamment le risque d'abus et la sécurité des personnes, particulièrement des personnes vulnérables. Du point de

vue du droit criminel, dans le contexte de l'aide médicale à mourir, le Parlement doit s'employer à minimiser les risques et à protéger les valeurs sociales qui sont considérées comme fondamentales dans la société canadienne.

Les provinces et les territoires ont également des responsabilités en vertu de la Constitution dans le contexte de l'aide médicale à mourir. Ils sont responsables des hôpitaux, de la prestation des soins de santé et de la réglementation des professions médicales, entre autres choses. Sur le plan des politiques, la compétence des provinces et des territoires consiste à déterminer comment rendre disponible l'aide médicale à mourir en tant que pratique médicale bénéfique.

Il y a des aspects de la réglementation sur l'aide médicale à mourir qui relèvent purement de la compétence du Parlement en matière pénale, notamment les éléments essentiels d'une exemption pour exclure ce qui serait considéré autrement comme un acte criminel. Il y a également des éléments qui pourraient être considérés comme relevant directement de la compétence des provinces, comme des protections pour les médecins qui cherchent à trouver un équilibre entre les droits des médecins et ceux des patients. Il y a aussi des aspects qui pourraient potentiellement être réglementés par les deux ordres de gouvernement, mais selon une perspective différente, à savoir que le Parlement s'occuperait de minimiser les risques et de protéger la santé publique et la moralité, et, de leur côté, les provinces et les territoires s'occuperaient de rendre disponible une pratique médicale bénéfique.

À cet égard, le Canada est unique par rapport à d'autres pays qui ont légiféré en matière d'aide médicale à mourir. Ailleurs dans le monde, ce n'est qu'un seul ordre de gouvernement qui est responsable des lois pénales et de la législation en matière de santé. C'est donc dire que vous êtes confrontés à un défi de taille.

Aux États-Unis, quatre États ont légiféré en matière d'accès à l'aide médicale à mourir. En Colombie, la Cour suprême a jugé à deux reprises que les personnes en phase terminale avaient le droit d'obtenir l'aide d'un médecin pour mourir, et, au début de 2015, le gouvernement a publié une résolution détaillée sur les pratiques qui devraient être utilisées, quoique techniquement, cette résolution n'a pas force de loi. En Europe, trois pays ont légiféré en matière d'accès à l'aide médicale à mourir. Il s'agit de la Belgique, des Pays-Bas et du Luxembourg, qui, collectivement, sont parfois appelés les pays du Benelux.

Vous entendrez peut-être aussi parler de la Suisse, où une forme d'aide médicale à mourir est offerte. Même si cette pratique n'est pas considérée comme un acte criminel, elle n'est pas non plus réglementée d'une manière précise, alors on ne peut examiner de loi qui décrit la situation en Suisse. Enfin, il y a la loi québécoise qui est récemment entrée en vigueur.

Il s'agit là des seuls modèles existants en ce qui concerne l'aide médicale à mourir. Ces lois comportent de nombreuses caractéristiques communes qui sont importantes du point de vue du droit pénal.

● (1410)

Premièrement, elles permettent l'une des pratiques ou les deux, c'est-à-dire le suicide médicalement assisté ou l'euthanasie ou bien les deux. Deuxièmement, elles décrivent les circonstances médicales et celles d'autre nature qui font en sorte qu'une personne peut recevoir une aide médicale à mourir. Troisièmement, elles décrivent aussi certaines procédures obligatoires qu'il faut suivre lorsqu'on évalue une demande d'aide médicale à mourir. Quatrièmement, elles prévoient un mécanisme d'examen de la demande du patient en vue de déterminer si toutes les règles qui s'appliquent ont été respectées. Cinquièmement, elles prévoient également un mécanisme de collecte de données sur chacun des cas d'aide médicale à mourir. Ces données sont ensuite analysées puis rendues publiques.

Pardonnez-moi, mais je viens de recevoir une note qui confirme que nous allons distribuer sous peu des copies du rapport aux membres du Comité. Le rapport se trouve également dans le site Web du ministère de la Justice, je crois. Pardonnez-moi cette parenthèse, mais j'ai cru bon vous faire part de cette information.

Ce sont là les cinq éléments essentiels qui se trouvent dans toutes ces lois sur l'aide médicale à mourir. Je vais en parler davantage dans quelques instants, car il s'agit des principales questions sur lesquelles le Comité doit se pencher dans le contexte de l'élaboration d'une loi canadienne sur l'aide médicale à mourir. Il doit aussi déterminer la mesure dans laquelle ces éléments devraient faire l'objet d'une réglementation fédérale ou bien provinciale et territoriale.

Pour ce qui est des procédures d'évaluation des demandes, des examens de la conformité des demandes d'aide médicale à mourir et de la surveillance de l'aide médicale à mourir, la plupart des lois comportent des dispositions relativement semblables. Cependant, les choix qui ont été faits dans ces pays relativement aux pratiques permises et aux personnes admissibles sont très différents.

Pour ce qui est de permettre le suicide médicalement assisté ou l'euthanasie, je peux vous dire qu'environ la moitié des lois autorisent seulement le suicide médicalement assisté, et que, parmi l'autre moitié, certaines autorisent seulement l'euthanasie et d'autres permettent les deux.

Pour ce qui est de l'admissibilité, les lois peuvent être divisées en deux catégories qui sont assez distinctes, ce qui signifie que leur portée est assez différente.

Les lois américaines, celle du Québec et la résolution colombienne autorisent l'aide médicale à mourir seulement pour les personnes qui sont sur le point de mourir d'une cause naturelle qui ne peut être évitée — on entend par cause naturelle le résultat d'une maladie. Essentiellement, ces lois donnent aux personnes mourantes, qui sont en fin de vie, un choix quant à la façon de mourir. Elles peuvent mourir de leur état sous-jacent, ou, si elles estiment qu'il s'agit d'une mort lente, douloureuse, terrifiante ou dépourvue de dignité, elles peuvent choisir une mort paisible avec l'aide d'un médecin.

Il faut souligner que ces lois définissent les circonstances de fin de vie un peu différemment. Par exemple, dans les États américains, une personne est admissible si elle est en phase terminale et qu'on lui donne six mois ou moins à vivre, mais il n'est pas nécessaire que ses souffrances soient insupportables. Au Québec, la loi précise de façon générale que la personne doit être en fin de vie, sans faire référence à un pronostic en particulier, mais elle précise que la personne doit endurer des souffrances insupportables. D'autres exigences sont également mentionnées.

Les lois adoptées dans les pays du Benelux sont différentes. Bien que ces lois autorisent les personnes en fin de vie à choisir la façon dont elles vont mourir, elles permettent aussi aux personnes qui ne

sont pas mourantes, mais qui souffrent d'un problème de santé grave et chronique qui n'est toutefois pas mortel, de mettre fin à leurs jours si elles trouvent insupportable de continuer de vivre ainsi. Ces lois permettent donc l'aide médicale à mourir pour mettre un terme à des souffrances intolérables attribuables à des conditions médicales, car les gens peuvent souffrir non seulement parce qu'ils sont mourants, mais aussi parce qu'ils vivent avec un problème de santé difficile. Ainsi, les lois du Benelux prévoient toute une gamme de circonstances favorisant l'admissibilité en vue d'inclure notamment les personnes qui souffrent en raison de maladies mentales, les personnes qui ne veulent plus vivre, mais qui ne sont pas nécessairement malades, et les personnes qui craignent la douleur ou la souffrance future. Des données provenant de la Belgique et des Pays-Bas semblent indiquer que des circonstances dans lesquelles l'aide médicale à mourir est demandée continuent de s'ajouter, mais toujours dans le respect de la loi.

Au cours des dernières années, un certain nombre de cas controversés en Belgique et aux Pays-Bas ont retenu l'attention des médias un peu partout dans le monde. Il est intéressant de signaler que les différences sur le plan de l'admissibilité s'observent dans la loi adoptée en Belgique qui, par exemple, à la suite de modifications apportées en 2014, permet maintenant que des enfants de tout âge puissent bénéficier de l'aide médicale à mourir, mais leur admissibilité est plus restreinte que dans le cas des adultes. Précisément, l'aide médicale à mourir est autorisée pour les enfants seulement si le décès de l'enfant est imminent, s'il endure des souffrances physiques insupportables — mais non des souffrances psychologiques — et seulement si des balises supplémentaires sont respectées.

● (1415)

Un examen de ces lois permettra d'étudier efficacement les questions de politique dont le Comité est saisi. Du point de vue du droit pénal, le Parlement devra envisager une exemption pour des actes qui seraient autrement considérés comme des actes criminels, précisément l'aide au suicide et au meurtre, ce qui correspond aux deux différents types d'aide médicale à mourir. Une exemption est nécessaire pour protéger contre toute responsabilité criminelle les médecins et éventuellement d'autres praticiens, comme les pharmaciens et les infirmières, qui pourraient jouer un rôle dans l'aide médicale à mourir.

Premièrement, le Comité devra se demander si une exemption devrait être établie pour une seule des deux infractions ou pour les deux. Il devra aussi se demander si des limites précises devraient être établies pour assurer la sécurité, minimiser les risques ou protéger la santé publique ou la moralité. Il devra, par exemple, se demander si le suicide médicalement assisté devra être supervisé par un médecin pour minimiser le risque qu'une personne prenne les médicaments en état d'ébriété ou le risque de complications dues à la prise des médicaments, ou bien s'il convient de donner à un patient le médicament mortel pour qu'il l'apporte chez lui et qu'il l'utilise au moment et à l'endroit de son choix. Le Comité entendra fort probablement différents points de vue quant aux pratiques qui devraient être permises et aux avantages et aux risques que comporte chacune d'elles.

Deuxièmement, le Comité devra se pencher sur l'admissibilité, qui doit définir les circonstances nécessaires pour que l'exemption s'applique. Le jugement de la Cour visait clairement uniquement les adultes mentalement compétents, mais certains pourraient faire valoir que l'aide médicale à mourir devrait être également offerte aux enfants qui sont en mesure de faire preuve de discernement. Seulement deux pays, à savoir la Belgique et les Pays-Bas, offrent actuellement l'aide médicale à mourir aux enfants.

Pour ce qui est du problème de santé dont la personne est affligée, la Cour suprême n'a mentionné aucune condition médicale particulière. Elle a précisé d'un point de vue médical général que le droit s'applique à une personne qui subit une souffrance intolérable attribuable à une maladie grave et irrémédiable. Selon le dictionnaire, le mot « grave » signifie très sérieux ou sévère. Il ne semble pas être un terme médical. Il est utilisé dans le Code criminel, dans l'expression « lésions corporelles graves », que les tribunaux ont interprété comme étant une lésion ou une blessure qui est très sévère ou sérieuse, mais qui ne se limite pas à une lésion ou une blessure permanente ou qui met la vie en danger. La Cour a également soutenu que le terme « irrémédiable » ne signifie pas que le patient doit subir des traitements qu'il juge inacceptables.

Ces termes pourraient être interprétés dans un sens large ou même restreint.

Au paragraphe 127, la Cour a précisé que son jugement s'applique uniquement aux situations de fait de l'affaire en question. Gloria Taylor souffrait de la SLA, une maladie incurable, et elle est décédée de causes naturelles pendant que l'affaire était encore devant le tribunal. Kay Carter avait 88 ans et elle souffrait d'une sténose spinale sévère, qui l'immobilisait en grande partie. Les deux femmes étaient toutes les deux en fin de vie. La Cour a indiqué qu'elle ne se prononcerait pas sur d'autres situations dans lesquelles l'aide médicale à mourir pourrait être demandée. D'autres éléments du jugement pourraient donner à penser que l'aide médicale à mourir est amalgamée à d'autres formes de soins de fin de vie. Par conséquent, la portée du droit constitutionnel énoncée par le tribunal n'est pas entièrement claire.

La Cour devait déterminer si l'interdiction absolue était conforme aux droits garantis par la Charte. La Cour a également exprimé clairement qu'il appartient au Parlement de prendre les décisions de politique difficiles qui s'imposent. La Cour a reconnu, aux paragraphes 97, 98 et 125, que le Parlement est mieux placé que les tribunaux pour créer des régimes de réglementation complexes, qu'il peut y avoir plusieurs solutions, que ce sujet soulève des questions complexes de politique sociale et un certain nombre de valeurs sociales opposées, que le Parlement doit soupeser et pondérer le point de vue des personnes qu'un régime permissif pourrait mettre en danger et le point de vue de celles qui demandent de l'aide médicale pour mourir, et qu'une mesure réglementaire complexe commande une plus grande déférence de la part du tribunal que l'interdiction absolue.

Étant donné l'incertitude quant à la signification des termes clés et le dialogue constitutionnel possible entre les tribunaux et le Parlement, il appartient au Parlement de donner un sens plus large ou plus étroit aux termes employés par la Cour suprême, pourvu que la signification respecte les paramètres constitutionnels établis dans le jugement de la Cour et que les éléments examinés par le Parlement justifient de telles mesures législatives.

Le Comité entendra certainement différents points de vue sur la question de l'admissibilité et sur la pratique qui devrait être permise en ce qui concerne l'aide médicale à mourir. Ceux qui sont davantage

en faveur de la liberté individuelle préconiseront davantage de choix et un accès plus large. Ceux qui se préoccupent davantage des risques pour les personnes vulnérables et des valeurs sociales, notamment le message que cela envoie à propos de la qualité et de la valeur de la vie des personnes handicapées préconiseront davantage de limites et de restrictions.

● (1420)

Par ailleurs, le Comité devrait également se demander s'il faudrait établir des garanties procédurales relativement à l'évaluation des demandes, s'il faudrait mettre en place un mécanisme permettant de vérifier si les procédures ont été respectées et s'il faudrait aussi établir un mécanisme de collecte des données aux fins d'analyse et de publication afin de pouvoir déceler des tendances et des abus potentiels.

Voilà mes observations préliminaires. J'espère qu'elles n'ont pas été trop longues. Nous serons ravies de répondre à vos questions.

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Très bien. Je vous remercie d'avoir si bien respecté le temps. Vous avez fait un exposé très complet qui commence bien notre séance.

Je présume que les membres ont des questions à poser.

Madame Dabrusin, voulez-vous commencer?

Mme Julie Dabrusin (Toronto—Danforth, Lib.): Je vous remercie.

Étant donné que vous avez examiné des lois qui ont été adoptées dans d'autres pays, pouvez-vous nous dire quels sont, selon vous, les plus grands défis qui attendent notre comité en ce qui concerne l'élaboration d'une loi canadienne?

Me Joanne Klineberg: Dans le contexte canadien, le partage des compétences constituera un grand défi. Dans tous les autres pays, un seul ordre de gouvernement prend toutes les décisions et gère le régime. Au Canada, parce que la réglementation des professions médicales et la prestation des soins de santé relèvent de la compétence des provinces et des territoires et que le droit criminel relève de la compétence du gouvernement fédéral, il sera très difficile de déterminer quels éléments de régime encadrant l'aide médicale à mourir devraient être gérés par le gouvernement fédéral et lesquels devraient être gérés par les provinces.

Je crois qu'un autre défi important, davantage du point de vue de la politique, sera d'obtenir un consensus sur les circonstances dans lesquelles une personne devrait être admissible à obtenir de l'aide médicale à mourir.

● (1425)

Mme Julie Dabrusin: Connaissez-vous d'autres pays qui ont envisagé la possibilité de mettre en place une telle loi et qui ont un cadre constitutionnel semblable au nôtre?

Me Joanne Klineberg: Je ne connais pas d'autres pays qui ont un cadre constitutionnel similaire. Cela dit, il y a certes beaucoup d'autres pays qui ont envisagé la possibilité de légiférer en cette matière. Il existe d'autres modèles que vous pourriez étudier, mais je ne connais aucun pays qui a un cadre constitutionnel semblable au nôtre.

Mme Julie Dabrusin: Vous venez de dire que nous pourrions étudier d'autres modèles, ou d'autres études. Quelles sont vos recommandations?

Me Joanne Klineberg: Le Parlement du Royaume-Uni s'est penché sur cette question à quelques reprises au cours des 20 dernières années. Un comité parlementaire a étudié le sujet vers le milieu des années 2000, je crois.

Un genre de projet de loi d'initiative parlementaire a également été présenté, mais il a été rejeté en septembre dernier, je pense. Un des points intéressants de cette loi était l'adoption d'un modèle semblable à celui qui existe aux États-Unis, c'est-à-dire qui autorise uniquement le suicide médicalement assisté et seulement pour les personnes en phase terminale dont la mort est imminente.

Ce qui est intéressant à propos du Royaume-Uni, c'est que le Parlement n'est tout simplement pas à l'aise avec l'idée. Aux États-Unis, le patient obtient la prescription, qu'il apporte chez lui. À peu près un tiers des patients ne prennent pas le médicament, et environ les deux tiers le prennent, mais ils sont libres de le prendre lorsqu'ils en ressentent le besoin.

Je crois que le Parlement du Royaume-Uni s'inquiétait du fait que ces médicaments seraient offerts à la personne, qui risquerait de les prendre à un moment où elle ne serait pas mentalement compétente. On a alors élaboré une procédure selon laquelle le médicament serait remis à la personne seulement au moment où elle voudrait le prendre. Un professionnel de la santé serait toujours présent. Si après avoir obtenu le médicament, la personne décide de ne pas le prendre, alors le professionnel de la santé reprendrait le médicament. Le patient pourrait tout de même redemander le médicament à un autre moment.

C'est une procédure qu'il est intéressant d'examiner, car il s'agit d'offrir le suicide médicalement assisté sous la supervision d'un professionnel de la santé.

Mme Julie Dabrusin: Avez-vous d'autres exemples à nous donner? Y a-t-il d'autres modèles de suicide médicalement assisté sous supervision?

Me Joanne Klineberg: C'est le seul dont je suis au courant. Je crois que l'Assemblée législative d'Écosse a étudié récemment quelques projets de loi, et peut-être aussi certains États ou territoires en Australie. Je ne les ai pas vraiment examinés attentivement. Il y a toujours également un certain nombre de projets de loi qui sont étudiés dans divers États américains.

Il y en a un assez grand nombre. Si on remonte à il y a une dizaine d'années, on peut en trouver un bon nombre.

Bien sûr, des projets de loi d'initiative parlementaire ont récemment été déposés au Parlement canadien. Le projet de loi S-225 a été présenté au Sénat lors de la dernière session. Il s'agit là d'un autre modèle que vous pourriez examiner.

Mme Julie Dabrusin: Je vous remercie.

M. Michael Cooper (St. Albert—Edmonton, PCC): Je vous remercie, madame Klineberg. Vous avez parlé brièvement des régimes mis en place dans les pays du Benelux. Pouvez-vous nous dire s'il serait juste d'affirmer que la Cour suprême envisage un régime assez différent de ce qui est en vigueur dans les pays du Benelux. J'attire votre attention sur le paragraphe 111 de l'arrêt *Carter*, dans lequel la Cour indique que les cas d'aide à mourir en Belgique ne sont pas valables, car « les paramètres proposés dans les présents motifs, tels que l'euthanasie pour les mineurs ou pour les personnes affectées de troubles psychiatriques ou de problèmes de santé mineurs » ne s'y appliqueraient pas.

J'aimerais avoir votre opinion à ce sujet.

• (1430)

Me Joanne Klineberg: Tout ce que je peux dire au Comité, c'est qu'il existe différentes façons de lire et d'interpréter le jugement de la Cour suprême. On peut appliquer la définition du dictionnaire pour les termes clés ou on peut en faire une lecture contextuelle. Par exemple, à quelques endroits dans le jugement, la Cour parle de l'aide médicale à mourir d'une façon qui permet de la comparer à la prise de décision concernant la fin de vie, alors cela peut donner à penser à certains que la Cour pensait davantage au contexte des soins de fin de vie.

Au paragraphe 127, le tribunal précise que le jugement s'applique aux situations de fait que présente le cas en question et à aucune autre circonstance, alors les faits concernant les situations que vivaient Kay Carter et Gloria Taylor pourraient vous intéresser.

Je crois qu'il s'agit d'une très bonne question, à laquelle je ne peux donner une réponse concrète à part que le jugement peut être interprété de différentes façons. Je pourrais revenir sur ce que la Cour a affirmé en ce qui concerne la tâche qui incombe au Parlement, c'est-à-dire de faire les choix politiques difficiles qui s'imposent. Je crois que la Cour était consciente du fait qu'il ne lui appartient pas de légiférer au nom des Canadiens. Elle devait trancher une question constitutionnelle très précise dont elle était saisie, à savoir si l'interdiction absolue était constitutionnelle. Il pourrait s'avérer tout aussi important pour vous d'examiner l'ensemble des informations qui vous sont présentées que d'essayer de décoder avec précision ce que la Cour voulait dire.

M. Michael Cooper: D'accord. J'imagine que si le Parlement décide d'adopter, par exemple, ce qui pourrait être qualifié de cadre juridique permissif en vue d'inclure au moins un des groupes mentionnés au paragraphe 111, qu'il s'agisse des mineurs ou des personnes affectées de problèmes de santé mineurs, il serait juste de dire que ce type de cadre juridique risquerait d'être contesté en vertu de l'article 7.

Maître Jeanette Ettl (avocate-conseil, Section des droits de la personne, ministère de la Justice): Je crois que pour commencer il faut souligner le litige en cours au Québec qui concerne l'affaire *D'Amico et Saba*. Il s'agit d'une contestation constitutionnelle, principalement fondée sur le partage des pouvoirs et sur des motifs fondés sur la Charte, liée à la loi qui vient d'entrer en vigueur. Un des arguments qu'on a fait valoir, c'est que la loi ne comporte pas suffisamment de protections pour protéger les personnes vulnérables. On prétend également que la loi ne respecte pas les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne garantis par l'article 7 ni les droits à l'égalité garantis par l'article 15 en ce qui concerne les personnes qui sont à risque dans le cadre de ce régime que l'on considère permissif.

Je ne crois pas qu'il existe une réponse simple à votre question que l'on puisse donner en s'appuyant sur l'arrêt *Carter*, simplement en raison de la façon dont les cas comme celui-là sont jugés. La Cour était saisie d'une question constitutionnelle très précise qui concernait la situation précise des demanderesse en question. Le tribunal devait déterminer si l'interdiction générale était inconstitutionnelle, mais les répercussions du jugement sur le plan constitutionnel, c'est-à-dire la question de savoir si le Parlement interprétera l'arrêt *Carter* dans un sens large ou plus restreint, feront l'objet d'un autre litige. Tant que nous ne connaissons pas l'objectif du Parlement et les témoignages qui lui seront présentés, nous ne pourrons pas vraiment savoir comment il évaluera cette décision.

[Français]

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci, madame Ettl.

Monsieur Rankin ou madame Sansoucy, vous avez la parole.

M. Murray Rankin (Victoria, NPD): Je vais partager mon temps de parole avec ma collègue.

[Traduction]

Je voulais seulement poser à Mme Klineberg une question qui a été adressée à certains d'entre nous et qui concerne précisément les collectivités éloignées au Canada, où il pourrait ne pas y avoir de médecins pour offrir le service prévu dans la Constitution dont le tribunal a confirmé la disponibilité. D'après la lecture que vous avez faite de l'arrêt *Carter*, serait-il possible pour des infirmières, sous une certaine supervision, d'offrir le service?

Premièrement, croyez-vous que nous pourrions légitimement prendre une telle décision? Deuxièmement, est-ce qu'une telle décision relève de la compétence du gouvernement fédéral?

• (1435)

Me Joanne Klineberg: Je vais commencer par répondre à la deuxième partie de votre question, qui concerne je crois la compétence à cet égard.

Déterminer quel type d'établissement peut assurer quel type de pratique médicale relève probablement en majeure partie de la compétence des provinces et des territoires. La réglementation du travail des médecins, des actes qu'ils sont autorisés à faire — je sais que dans certaines provinces, des infirmières peuvent accomplir des actes qui seraient autrement réservés aux médecins — relève de la compétence des provinces et des territoires. D'un autre côté, du point de vue du droit pénal, je vous dirais qu'il y a deux choses qu'il faut garder en tête, même s'il y en a bien d'autres certainement. Premièrement, si vous établissez un régime qui comporte certaines exigences qui empêcheront l'accès à des gens qui habitent dans des collectivités éloignées, il se pourrait que cette situation soit prise en compte si un tribunal doit évaluer la constitutionnalité de ces exigences. Alors, tout obstacle arbitraire en matière d'accès est un élément qu'il faut prendre en considération.

Deuxièmement, si on constate que des professionnels de la santé autres que des médecins devront avoir ou auront un rôle à jouer pour des raisons d'accès ou autres — je pense notamment aux pharmaciens, qui sont les professionnels qui s'occupent de fournir les médicaments — il faudra les inclure dans l'exemption pour ce qui serait autrement considéré comme un acte criminel. Si on omet de les inclure, ils hésiteront à jouer un rôle, alors, du point de vue du droit pénal, il faut s'assurer que l'exemption visera toutes les personnes qui pourraient avoir à jouer un rôle. Il y a aussi une question de politique, qui est liée au niveau de compétence des professionnels et à leur aptitude à accomplir la tâche qui leur est confiée. Par exemple, évaluer la capacité mentale d'une personne est une tâche très importante quand il s'agit de fournir une aide médicale à mourir. Qui est en mesure de l'accomplir?

Troisièmement, il y a la question de l'accès. Il est certain que le Comité entendra parler d'autres types de questions, mais ce sont là les trois qui me viennent à l'esprit en ce moment.

[Français]

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Madame Sansoucy, vous avez la parole.

Mme Brigitte Sansoucy (Saint-Hyacinthe—Bagot, NPD): Vous avez bien établi l'enjeu de notre double compétence en matière de santé.

Le 22 décembre dernier, la Cour d'appel a donné raison au gouvernement du Québec. J'aimerais comprendre ce qui a motivé la ministre de la Justice à mandater le procureur général du Canada pour plaider contre le fait que la décision de la Cour supérieure ait été infirmée.

Me Joanne Klineberg: Malheureusement, je ne suis pas en mesure d'expliquer le raisonnement de la ministre. Je peux cependant dire que le fait que le sujet soit de compétence partagée et que le droit criminel relève du pouvoir exclusif du Parlement est l'une des raisons pour lesquelles la constitutionnalité de la loi du Québec soulève des questions.

La loi du Québec dit que n'est pas coupable d'une infraction criminelle celui qui agit en vertu de l'article 26 de la loi. Il se pourrait alors qu'une cour détermine qu'il s'agit d'une question de droit criminel et que les provinces et les territoires n'ont pas la compétence pour déterminer dans quelles circonstances un acte est criminel ou non. Il y a donc une question constitutionnelle. C'est tout ce que je peux dire là-dessus.

Mme Brigitte Sansoucy: Merci.

[Traduction]

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Je vous remercie.

Madame la sénatrice Seidman.

• (1440)

L'hon. Judith G. Seidman (sénatrice, Québec (De la Durantaye), C): Je vous remercie, monsieur le président.

Je vous remercie beaucoup. Il s'agit bien entendu d'une question complexe.

En examinant le projet de loi 52 du Québec, la Loi concernant les soins de fin de vie, avez-vous remarqué des problèmes qui concernent précisément les questions liées aux compétences que vous avez mentionnées comme étant d'importants défis — des problèmes que nous pourrions garder en tête surtout lorsque nous formulerons des recommandations pour une loi fédérale?

Me Joanne Klineberg: Je ne crois pas. Je peux seulement dire, comme je l'ai mentionné dans mon allocution, que le droit criminel relève exclusivement de la compétence du gouvernement fédéral. Comme ma collègue l'a souligné, il y a un litige actuellement en suspens qui est lié à la loi québécoise. Il sera repris lorsque la suspension décrétée par la Cour suprême expirera, qui a été prolongée de quatre mois, comme le Comité le sait sans doute, ou lorsque la nouvelle loi fédérale entrera en vigueur.

Le litige soulève la question de savoir si certaines parties de la loi québécoise vont à l'encontre du droit pénal fédéral. Bien entendu, on peut comprendre pourquoi le litige est en suspens puisque pour l'instant le droit pénal fédéral ne précise rien sur le sujet. Toutefois, si le Parlement canadien modifiait le Code criminel pour y intégrer des dispositions plus restreintes, par exemple, que celles que contient la loi québécoise, cela pourrait alors soulever des questions constitutionnelles. Nous connaissons les réponses à ces questions uniquement lorsque le Parlement aura terminé son travail et, s'il y a des litiges par la suite, lorsque ces litiges auront été réglés.

Pour ce qui est des difficultés que pose le partage des compétences, je ne crois pas que ce serait utile pour vous de vous pencher là-dessus. Il pourrait être plus utile pour le Comité de se concentrer sur ce qu'il considère être des solutions appropriées pour le Canada dans l'optique du droit pénal. Tout problème devra être réglé par la suite.

Je crains ne pas pouvoir mieux répondre à votre question.

L'hon. Judith G. Seidman: Selon votre avis en tant que spécialiste, il n'existe pas d'aspect particulier de l'aide médicale à mourir que le Parlement fédéral devrait aborder dans une loi, car il appartient aux provinces de le faire.

Me Joanne Klineberg: Il revient exclusivement au Parlement d'apporter quelque modification que ce soit au Code criminel, indiquant que ce sont là les circonstances dans lesquelles un geste qui correspond à la définition d'un crime doit être posé pour être exempté de toute responsabilité pénale.

Le Parlement peut procéder de diverses manières. Il pourrait s'agir d'une simple exemption qui dirait, par exemple, que pourvu que le geste soit posé conformément à une loi provinciale très détaillée, celui-ci sera exempté de toute responsabilité criminelle. Le Parlement pourrait aussi déterminer à quelles infractions et dans quelles circonstances s'appliquera l'exemption. En ce qui a trait aux conditions fondamentales dans lesquelles l'aide médicale à mourir serait offerte, il pourrait être clairement établi qu'il s'agit d'une question de droit pénal qui relève de la compétence du Parlement.

Les mesures de protection constituent un autre aspect important de la loi du Québec. Pensons aux étapes que les médecins doivent suivre lorsqu'un patient dépose une telle demande, ou encore aux documents à remplir. Les documents remplis sont envoyés à la commission, qui a le mandat de vérifier que tout est conforme, de colliger des données et d'assurer un suivi, de façon à ce que le public sache que l'aide médicale à mourir est assurée de manière sécuritaire et conformément aux objectifs de la loi. C'est le genre d'éléments pour lesquels il est plus difficile de déterminer quel ordre de gouvernement est le mieux placé pour intervenir. Peut-être que certaines de ces mesures pourraient être assurées par les deux ordres de gouvernement, mais il faudrait à ce moment-là trouver un équilibre entre la nécessité de réduire le chevauchement des efforts et faire en sorte que les exigences du Parlement, du point de vue du gouvernement fédéral, soient respectées.

À cet égard, j'aimerais notamment attirer votre attention sur la fonction d'évaluation de la conformité, que prévoient la plupart des lois sur l'aide médicale à mourir. Les cas de non-conformité pourraient être confiés aux collègues de médecins chargés de surveiller le comportement de leurs membres, ou encore aux services de police ou aux services des poursuites pénales. Les lois dans ce domaine précisent parfois à qui les cas de non-conformité doivent être signalés.

Au Canada, la réglementation de la profession médicale relève des provinces et des territoires. Les services de police et les services des poursuites sont aussi principalement de compétence provinciale, quoiqu'ils soient surtout de compétence fédérale dans les territoires. C'est ici que les choses se compliquent un peu plus. Le Comité devra en tenir compte lorsqu'il aura à déterminer à quel ordre de gouvernement certaines fonctions devraient être confiées.

• (1445)

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci. C'est tout le temps que nous avons.

Merci, sénatrice Seidman.

Sénateur Cowan.

L'hon. James S. Cowan (sénateur, Nouvelle-Écosse, Lib.): Merci. Je poursuis dans la même veine que ma collègue, à propos du champ de compétence.

À mon avis, il est inévitable que le Parlement fédéral légifère, dans sa sagesse, et que les législatures provinciales adoptent ou non des lois en ce sens, selon ce qui leur semble approprié. Il y aura des incohérences et certaines lacunes, puis il y aura un second tour où les différents acteurs se réuniront pour tenter de concilier les divergences.

Est-ce de cette façon que vous envisagez l'évolution du cadre de législation et de réglementation au fil du temps? Il est peu probable que toutes les pièces du casse-tête s'imbriquent parfaitement du premier coup, n'est-ce pas?

Me Joanne Klineberg: Je sais que le Comité entendra les témoignages de nos collègues de Santé Canada au cours des prochains jours. Ils seront sans doute mieux placés que nous pour répondre à bon nombre de ces questions, car par l'entremise de leurs contacts fédéraux, provinciaux et territoriaux, ils travailleront en étroite collaboration avec les ministres de la Santé des provinces et des territoires. Je peux cependant vous dire que les responsables des provinces et des territoires travaillent à ce dossier avec diligence. Ils sont tous saisis de la question. La très grande majorité d'entre eux ont participé à la nomination d'un comité de conseillers indépendants chargés de formuler des recommandations, alors ils discutent de la question entre eux. À l'interne, ils font le suivi avec toute la diligence possible, et je crois qu'il y a véritablement un effort concerté en vue de tout mettre en place en temps voulu.

L'hon. James S. Cowan: Y a-t-il un secteur où la compétence fédérale et la compétence provinciale se frôlent de très près et pour lequel nous devrions être particulièrement vigilants? Certains éléments sont clairement de compétence provinciale, d'autres clairement de compétence fédérale. D'autres encore relèvent des organismes de réglementation des professions, mais parfois, les choses sont moins claires. Pouvez-vous nous donner quelques exemples de cela?

Me Joanne Klineberg: Je crois que les chevauchements risquent surtout de se produire du côté des garanties procédurales, comme les mesures voulant que le médecin évalue les capacités intellectuelles du patient et qu'il ait des discussions avec lui à plusieurs reprises, et que le patient remplisse un formulaire daté et signé devant au moins trois témoins indépendants. Je crois que le Parlement pourrait voir ces mesures comme des composantes d'un régime réglementaire, du point de vue pénal, s'il juge que ces détails sont nécessaires pour protéger les plus vulnérables. Cela dit, ce sont des pratiques médicales qui ne sont pas très différentes de celles prescrites par la réglementation, les lois et les politiques médicales applicables dans les provinces. Les provinces et les territoires peuvent aussi juger que ce sont là des questions qu'ils peuvent très bien gérer eux-mêmes.

J'ai déjà parlé de l'évaluation de la conformité. Les entités à qui on renverrait les cas de non-conformité seraient principalement des entités provinciales.

Quand il est question de la collecte de données, de la surveillance en vue de la responsabilité à l'égard du public, ainsi que de la confiance du public, il semble qu'une intervention de l'appareil fédéral serait particulièrement importante, car si 13 entités différentes devaient s'en charger, ce serait trop laborieux. C'est du moins ce qui ressort des consultations menées par les différents organismes consultatifs au cours des derniers mois.

Je sais qu'on s'inquiète des divergences que cela pourrait entraîner et du fait que les Canadiens pourraient trouver un régime qui leur convient mieux qu'un autre. Par contre, les provinces ont déjà des mécanismes en place pour régir les mesures disciplinaires imposées aux médecins, les services de police, les organismes d'exécution de la loi, et ce genre de choses. Pour ce qui est des mesures de protection, il peut y avoir certaines difficultés, mais c'est surtout la fonction de surveillance qui mérite l'établissement d'un cadre national.

Pour ce qui est de l'admissibilité médicale, du strict point de vue du droit criminel, le Parlement pourrait offrir une défense ou établir une exemption en définissant les circonstances dans lesquelles la défense ou l'exemption serait applicable. Ce serait prévu par le Code criminel, mais le Comité pourrait faire en sorte que la portée des dispositions permette aux provinces et aux territoires de prendre la décision d'aussi procéder de la sorte.

• (1450)

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci.

Monsieur Arseneault.

[Français]

M. René Arseneault (Madawaska—Restigouche, Lib.): Madame Klineberg, j'ai lu environ une vingtaine de définitions du mot « euthanasie » dans des dictionnaires français et anglais. Un peu plus tôt, vous avez dit qu'on pouvait utiliser plusieurs formulations, mais la définition pure du mot « euthanasie » n'implique pas obligatoirement que quelqu'un demande de se faire aider à mourir. Je voulais le préciser pour les besoins de la cause.

Toutefois, l'aide médicale à mourir, contrairement à l'euthanasie, présuppose toujours, au départ, qu'une personne veut qu'on l'aide à mourir et le verbalise. Elle doit en faire la demande de façon éclairée.

C'est un peu la question que je vous posais. Dans tout ce que vous avez pu lire qui émanait d'autres juridictions, dans quel contexte pourrait-on dire d'une personne qu'elle a bel et bien demandé, de façon libre, éclairée et en toute connaissance de cause, qu'on l'aide à mettre fin à sa vie?

Me Joanne Klineberg: Veuillez m'excuser, j'ai compris tout ce que vous avez dit, sauf la question que vous avez posée à la fin de votre intervention.

M. René Arseneault: En vous basant sur tout ce que vous avez pu lire qui émanait d'autres juridictions ou d'autres pays, quelle serait la définition de ce qui constitue un consentement éclairé, libre et donné en toute connaissance de cause pour qu'on mette fin à ses jours?

Me Joanne Klineberg: Si vous me le permettez, je vais répondre en anglais.

M. René Arseneault: Oui, bien sûr.

Me Joanne Klineberg: C'est que la réponse est très technique.

[Traduction]

Vous avez tout à fait raison. Je me suis peut-être mal exprimée. J'ai un peu généralisé en affirmant que le terme « euthanasie » était bien défini. Il l'est, mais il y a des sous-catégories à considérer.

Dans le contexte de l'affaire Carter, le tribunal traitait exclusivement de ce qu'on pourrait qualifier d'une « euthanasie volontaire », qui suppose que la personne qui en fait la demande a les capacités voulues pour prendre une telle décision. Le patient doit être conscient de sa situation; il a reçu toute l'information médicale nécessaire, et il est en mesure de comprendre les conséquences de ses décisions. Dans un tel cas, lorsque la personne réclame de l'aide médicale à mourir, on parle d'euthanasie volontaire.

Il s'agirait d'euthanasie involontaire si, par exemple, un médecin mettait fin à la vie d'un patient contre sa volonté.

Il existe une autre sous-catégorie appelée « euthanasie non volontaire », c'est-à-dire une euthanasie pratiquée sans que ne soit connue la volonté du patient.

J'aurais aimé qu'on puisse éviter ces pièges, mais il semble que ce soit impossible.

Dans les pays du Benelux, on définit l'euthanasie simplement comme la fin de la vie humaine sur demande. En Europe, lorsque le terme « euthanasie » est utilisé dans la loi, c'est au sens d'« euthanasie volontaire ». Pratiquement partout, l'aide médicale à mourir est restreinte aux patients qui en ont fait la demande, qui ont les capacités intellectuelles pour prendre cette décision, et qui ont reçu toute l'information voulue concernant leur état de santé et les options s'offrant à eux.

Au Benelux, il est possible de formuler une demande d'aide médicale à mourir au préalable, de façon à ce que l'aide puisse être prodiguée même si la personne est inconsciente. Cependant, cette demande doit être faite alors que le patient est conscient et qu'il en est mentalement capable.

La Cour suprême n'est pas allée jusque-là. Elle s'est limitée aux cas où la personne a les capacités intellectuelles voulues lorsqu'elle en fait la demande, de même que lorsqu'elle reçoit l'aide demandée. On recense quelques exemples notables en Europe, où les circonstances dans lesquelles peut être prodiguée l'aide médicale à mourir sont plus vastes, mais toujours selon la demande d'une personne qui en est mentalement capable.

• (1455)

[Français]

M. René Arseneault: Cela m'amène à une sous-question. Peut-être y avez-vous répondu lorsque vous étiez ailleurs, notamment au Benelux.

Croyez-vous qu'un individu, alors même qu'il est en pleine santé, bien avant qu'il ne devienne malade, puisse présenter sa demande, qui serait alors reçue comme un consentement éclairé, voulant qu'on l'aide à mourir le moment venu? Avez-vous vu cela ailleurs, dans d'autres pays?

Je me suis mal exprimé, mais je vous donne comme exemple le consentement aux dons d'organes qui apparaît souvent sur les permis de conduire. Les gens le font quand ils sont jeunes et en bonne santé.

Est-ce qu'une chose de ce genre existe?

[Traduction]

Me Joanne Klineberg: Non, je pense qu'au Benelux — si j'ai le temps, je pourrais le vérifier, car j'ai l'information avec moi —, il ne doit pas s'écouler une très longue période entre le moment où la demande anticipée est soumise et le moment où l'aide est effectivement accordée. Cela pourrait être jusqu'à cinq ans. Je pourrais vous le confirmer.

Non, je ne me souviens pas d'avoir vu un cas où on aurait acquiescé à une demande formulée 20 ans plus tôt.

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Monsieur Warawa.

M. Mark Warawa (Langley—Aldergrove, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins du ministère de la Justice.

Je suis sûr que la plupart d'entre nous en avons discuté dans différents contextes, notamment lors de rencontres avec nos concitoyens, et que nous avons entendu divers points de vue à ce sujet.

J'aimerais vérifier une chose avec vous. Je crois vous avoir entendu dire que selon l'arrêt Carter, il n'est pas obligatoire d'être en phase terminale pour satisfaire aux critères de la loi. Il peut être question de souffrances émotionnelles graves et irrémédiables. Cela ne s'adresse pas seulement aux personnes atteintes de maladies incurables, n'est-ce pas?

Me Joanne Klineberg: Ce n'est pas tout à fait clair. Bien des commentateurs ont affirmé que rien dans la décision de la Cour suprême ne laissait entendre que cela se limitait aux patients en phase terminale. Par contre, rien dans la décision de la Cour suprême ne laissait entendre non plus que cela ne se limite pas aux patients en phase terminale. Cela aurait pu être exprimé en très peu de mots. Ni l'un ni l'autre de ces énoncés ne s'y trouve, alors il est impossible de savoir hors de tout doute ce que le tribunal avait en tête.

M. Mark Warawa: Le mandat de notre comité spécial est de préparer un rapport pour le gouvernement et de formuler des recommandations à l'égard de ce qui devrait figurer dans la loi.

Le gouvernement aura à présenter un projet de loi. S'il reçoit le rapport à la fin février, il aura environ trois mois pour déposer un projet de loi, le soumettre à la Chambre, au comité concerné et au Sénat, et pour obtenir la sanction royale. Il aura environ trois mois avant l'échéance prévue.

Peu importe le projet de loi qui sera présenté, il est probable qu'il fasse l'objet d'une certaine opposition. Si je vous ai bien compris, vous dites que puisque ce point n'est pas clair, nous pourrions recommander qu'on exige que cela s'adresse uniquement aux patients en phase terminale, puis le reste des critères applicables seraient ceux de l'arrêt Carter. Est-ce bien ce que vous voulez dire?

Me Jeanette Ettl: Il y a trois choses à garder en tête.

Premièrement, comme ma collègue le mentionnait, il y a le fait que le tribunal ne s'est pas prononcé là-dessus dans son jugement. Le jugement, et l'énoncé voulant qu'il est question des faits propres au cas étudié, pourraient être interprétés de bien des manières. Il est difficile de savoir exactement ce que le tribunal avait en tête.

Il y a deux autres éléments à prendre en compte pour répondre à votre question.

Il faut d'abord examiner le type de preuves qui ont été présentées à la Cour dans l'affaire Carter par rapport à la question qui lui était soumise. Le tribunal devait alors établir s'il était en présence d'une interdiction générale. C'était la première chose à déterminer.

Le deuxième élément, comme vous l'avez prédit, sera différent. Il s'appuiera sur le fait qu'il n'y a plus d'interdiction générale. Se fondant sur ses objectifs et les renseignements qui lui sont présentés, le Parlement devra s'efforcer de trouver le juste équilibre entre le respect des droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne qui demande de l'aide à mourir, et la protection des plus vulnérables. Les renseignements soumis au Parlement et les éléments de preuve présentés devant les tribunaux en cas de contestation ne seront pas les mêmes, car il sera question de comparer les mérites relatifs des différents régimes, ce qui n'était pas le mandat de la Cour dans l'affaire Carter. Nous ne pouvons pas savoir comment tranchera la Cour sur cette question précise.

Finalement, il est aussi important de retenir la notion du dialogue constitutionnel entre les tribunaux et l'organe législatif, qui a été reconnue par la Cour suprême du Canada dans différents dossiers. Si vous cherchez un peu de lecture légère, le meilleur exemple de cela se trouve dans les arrêts O'Connor et Mills de la Cour suprême. Essentiellement, la Cour a établi un régime très précis de façon à trouver un juste équilibre entre les droits contradictoires qui étaient au cœur de cette affaire. Il était question des règles entourant la communication des dossiers thérapeutiques des plaignants dans les cas d'agression sexuelle.

Le tribunal a créé un régime, en common law, dans le but de traiter les questions constitutionnelles soulevées dans cette affaire. Peu après cette décision, le Parlement a établi un cadre législatif qui, à certains égards, diffère largement de celui de la Cour. La Cour a déterminé qu'il ne fallait pas présumer que le cadre du Parlement était inconstitutionnel simplement parce qu'il semblait différent du régime qu'elle avait envisagé, et ce, en raison de la notion de dialogue entre l'organe législatif et les tribunaux. Bien que les tribunaux aient le mandat de faire respecter la Constitution, et bien qu'ils établissent les paramètres généraux régissant l'intervention des législateurs, ils n'ont pas nécessairement le dernier mot sur la façon dont le Parlement façonne un régime qui cadre avec ces paramètres constitutionnels.

Dans l'arrêt Mills, le régime législatif a été maintenu. Au bout du compte, il faut savoir que vous disposez d'une certaine marge de manoeuvre. Évidemment, le Comité et le Parlement devront tenir compte des principes et des paramètres généraux que le tribunal a énoncés dans l'arrêt Carter. Quel que soit le régime que le Parlement instaurera, il sera évalué en fonction de l'objectif visé, et la solution choisie pour l'atteindre devra être raisonnable et proportionnée.

C'est à peu près tout ce que je peux vous répondre. J'espère que cela vous aide.

● (1500)

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci.

Je signale aux membres du Comité que je me montre généreux avec le temps alloué, principalement en raison des réponses très pertinentes qu'on nous donne. Si on perd de pertinence, je le serai moins. Mais pour le moment, les réponses sont très utiles. C'est pour cette raison que nous avons dépassé le temps permis, car les renseignements que vous nous donnez nous aideront à établir une base fondamentale de notre travail. Merci.

Est-ce que ça vous va si on continue? Avez-vous besoin d'une pause?

Ça va. Très bien.

Sénatrice Nancy Ruth.

L'hon. Nancy Ruth (sénatrice, Ontario (Cluny), C): Merci d'avoir soulevé la question de l'accès équitable et abordable à la justice.

Existe-t-il de réelles solutions à part de s'en remettre aux lois et aux processus en place en matière de consentement et de capacité, comme le propose le groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir, dans ses recommandations 17, 20 et 24? Si oui, quelles sont ces solutions et comment faudrait-il procéder? Avez-vous des préoccupations particulières concernant les lois et les processus en place en matière de consentement et de capacité dans le contexte de l'aide médicale à mourir?

Me Joanne Klineberg: Je n'ai pas nécessairement de préoccupations concernant la pertinence de ces instruments. Je peux seulement vous dire que les pays ayant légalisé l'aide médicale à mourir ont déterminé qu'il était nécessaire de mettre en place des procédures propres à ce contexte, vu la gravité de la décision à prendre, mais aussi parce qu'il s'agirait autrement d'un geste criminel dans tous ces pays.

Dans certains cas, des mesures très précises ont été adoptées. Par exemple, la nécessité d'avoir une demande écrite signée par le patient devant deux ou trois témoins indépendants pourrait permettre de démontrer que le médecin s'est conformé à la loi. On pourrait aussi documenter de façon plus directe et concrète la décision du patient, de manière à convaincre tout le monde qu'il a pris cette décision volontairement, sans subir de pression de la part de sa famille, et à garantir que toutes les parties en cause ont pris le temps qu'il fallait pour examiner la question avec tout le sérieux qu'elle mérite, puisque le médecin qui prodigue cette aide cause la mort d'une personne.

Malheureusement, je ne me sentirais pas à l'aise de me prononcer sur la pertinence de la réglementation provinciale actuelle. Je crois par contre que le Comité devrait se demander si des mesures supplémentaires ne sont pas nécessaires dans le cas de l'aide médicale à mourir.

● (1505)

L'hon. Nancy Ruth: D'accord. J'aimerais maintenant parler du suivi qui devra être effectué, et par qui.

Je sais qu'au Canada, certains groupes aimeraient bien former des comités spéciaux ou désigner un expert pour déterminer si cela devrait être justifié et permis. Alors, ma question est la suivante: y a-t-il des processus juridiques en place qui nous permettraient de surveiller les cas d'aide médicale à mourir, sans avoir à former de nouvelles entités? Le groupe consultatif provincial-territorial a quant à lui recommandé de mettre sur pied un comité d'examen et d'adopter d'autres processus. Je pense par exemple aux médecins légistes et aux coroners. Toutes les provinces en ont. J'ajoute à cela votre commentaire sur l'établissement d'un organisme de surveillance fédéral.

Est-ce que le système de coroners est suffisant?

Me Joanne Klineberg: C'est encore une fois une autre excellente question. Malheureusement, je ne m'y connais pas très bien en ce qui concerne les lois provinciales et territoriales qui régissent les coroners.

D'après ce que je comprends, les cas de décès non naturels sont signalés aux coroners, qui mènent une enquête. Pour savoir si ce processus suffirait à déterminer si l'aide médicale pour mourir avait été fournie d'une façon qui inspire confiance aux Canadiens quant aux capacités mentales de la personne, qui aurait été renseignée sur toutes les possibilités en matière de soins de santé, sans coercition ni pression, je ne peux malheureusement pas me prononcer.

La question est excellente, cependant.

L'hon. Nancy Ruth: J'ai une dernière question qui porte sur la Charte.

J'ai parlé avec une juriste spécialisée dans le domaine constitutionnel, qui est bien connue et plaide souvent devant la Cour suprême. Cette personne souffre également de troubles psychologiques. Elle m'a dit: « Comment osez-vous concevoir une loi qui nous exclurait, nous qui souffrons de troubles psychologiques? Si vous allez de l'avant, je le contesterai. » Comment réagissez-vous?

Me Jeanette Ettel: Je crois que la réponse à votre question se trouve dans mes propos précédents. Comme l'un des membres du Comité a déjà fait remarquer, il ne serait pas déraisonnable de conclure que quel que soit le projet de loi que proposera le Parlement, il y aura des contestations, soit parce que la portée du texte est trop grande, ou bien trop étroite, et c'est inévitable que l'on procède à un exercice de délimitation. On prendra des décisions en fonction de l'âge et du type de maladie, de nature psychologique ou physique, pour déterminer l'admissibilité.

Je ne suis pas en mesure de prédire les résultats de telles contestations, car cela dépendra entièrement de la balance que fera le Parlement entre son objectif et les témoignages recueillis pour procéder de façon raisonnable et trouver le juste milieu. C'est absolument vrai que le fait d'exclure certains types de maladies pourrait être contesté en vertu de l'article 15, pour des motifs d'égalité. Dans une même veine, on pourrait faire valoir que la prohibition violerait l'article 7 de la Charte. Les décisions des tribunaux dépendraient cependant des facteurs qui ont motivé les décisions prises pour établir les critères d'admissibilité.

● (1510)

L'hon. Nancy Ruth: Si mes fonctions m'obligent à représenter...

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Je crois qu'il va falloir avancer.

Voulez-vous ajouter quelque chose?

Me Joanne Klineberg: Je voulais dire au Comité que les lois du Benelux, qui ont la portée la plus grande en ce qui concerne l'admissibilité des personnes ayant une maladie chronique mais non mortelle, ne font pas la distinction entre les troubles psychologiques et d'autres types de maladies. Il n'existe aucune loi actuellement qui permettrait le recours à l'aide médicale pour mourir en cas de maladie chronique mais non mortelle, tout en excluant les personnes souffrant de troubles psychologiques. Il faut toujours procéder à une évaluation individuelle des capacités mentales de la personne.

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci.

Monsieur le sénateur.

L'hon. James S. Cowan: Merci, monsieur le président.

Pour revenir à ce que je disais plus tôt concernant le méli-mélo de lois et de règlements, notre objectif serait de toute évidence de concevoir un régime qui serait offert de façon équitable à tous les Canadiens, quel que soit leur lieu de résidence. Il est difficile d'offrir un accès équitable à un régime dans un pays aussi grand que le Canada, qui compte de grands centres urbains et de petites collectivités rurales. Si l'on y ajoute les rapports fédéraux-provinciaux, voire des organismes de réglementation, y voyez-vous une préoccupation justifiée selon laquelle peu importe ce que nous décidons ici au Parlement du Canada, il y aura un accès inéquitable et donc une admissibilité inéquitable dans le pays?

Y a-t-il des mesures que nous pouvons prendre pour minimiser ce risque, outre le fait de continuer à dialoguer avec nos homologues provinciaux et territoriaux et les organismes de réglementation? Est-ce la réponse?

Me Joanne Klineberg: Oui, je crois que c'est la réponse.

Il faudra voir quelles sont les collectivités où il y a seulement certains types de professionnels de la santé. On m'a dit que dans certaines collectivités du Nord, il n'y a aucun médecin. On offre des consultations par liens vidéo. Les habitants peuvent seulement voir des infirmiers praticiens. Le Comité ne pourra pas avancer sans obtenir ce genre de renseignements détaillés.

Là encore, il faudra veiller à ne pas créer d'obstacles à ceux qui voudront accéder au service à moins qu'il y ait de très bonnes contre-indications. Je crois qu'un dialogue avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, et probablement également avec nos collègues de Santé Canada, vous renseignera davantage sur la problématique.

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci.

Monsieur Aldag, je vous en prie.

M. John Aldag (Cloverdale—Langley City, Lib.): Merci.

J'en suis à mon premier comité, ce qui fait que je ne sais pas trop à quoi m'attendre en ce qui concerne les renseignements fournis. On vient de nous remettre ce qui me semble être un rapport très complet. Ce rapport provient-il de votre ministère? Qui en est l'auteur?

Me Joanne Klineberg: Vous avez devant vous le rapport du groupe de travail externe qui a été créé par les ministres de la Justice et de la Santé du gouvernement précédent et qui a comme mission de consulter les Canadiens, les experts et les parties intéressées. À l'origine, on avait demandé aux auteurs de fournir au gouvernement des pistes pour un cadre législatif.

Mais à cause des élections fédérales, les auteurs n'ont pas disposé de suffisamment de temps pour produire un rapport aussi détaillé et respecter la date limite originale, soit le 15 novembre, et les ministres de la Santé et de la Justice en poste actuellement ont repoussé la date au 15 décembre. Ils ont également modifié le mandat des auteurs en leur demandant de faire rapport non seulement sur les possibilités en matière de dispositions législatives, mais également sur les conclusions de leurs activités de consultation.

Le rapport devant vous contient des chapitres préliminaires qui abordent certains des sujets dont nous avons discuté aujourd'hui, tels que la répartition des pouvoirs et le jugement *Carter*, ainsi que certains chapitres qui décrivent les consultations et les réunions tenues, à la fois avec des experts des pays dont nous avons parlé qui ont une structure prévoyant le recours à l'aide médicale pour mourir,

et certains experts et intervenants canadiens, comme les parties à l'affaire *Carter*, entre autres.

Ce rapport, qui est destiné aux Canadiens et plus particulièrement au Comité, contient les propos qui ont été recueillis de tous ces intervenants experts. Les auteurs ont également mis en ligne un questionnaire auquel pouvaient répondre les Canadiens. On trouvera en annexe du rapport le sommaire des réponses au questionnaire en ligne qui a été rempli par de nombreux Canadiens.

Bien que les anciens ministres de la Santé et de la Justice aient commandé ce rapport, les auteurs sont un groupe d'experts indépendants. Les trois auteurs sont le Dr Harvey Chochinov, bien connu dans le domaine des soins palliatifs au Canada, la Dre Catherine Frazee, qui est spécialisée dans le domaine des droits des personnes handicapées, et M. Benoît Pelletier, professeur de droit et expert sur la répartition des pouvoirs et les questions fédérales-provinciales.

• (1515)

M. John Aldag: Merci.

Nous avons donc ce rapport que je lirai à la maison, et je suis sûr que les autres membres du Comité feront de même. Je voudrais simplement m'assurer que nous aurons droit à tout le travail qui a été effectué dans le passé, et qui vient s'ajouter au rapport le plus récent. Est-ce le seul document qui découle du travail effectué, ou y en aura-t-il d'autres? J'espère que le Comité disposera de toutes les ressources nécessaires pour ce dossier. Je ne sais pas si nous recevrons un seul rapport ou si ce n'est que le premier.

Me Joanne Klineberg: En marge de ce rapport, pour lequel le groupe d'experts consultait les Canadiens et des sommités en la matière au nom du gouvernement fédéral, les provinces et territoires ont constitué un groupe consultatif qui effectuait plus ou moins le même travail, mais dans le contexte des objectifs provinciaux et territoriaux. Ce groupe d'experts a publié son rapport vers la mi-décembre, il me semble. On peut le consulter en ligne. Nous pouvons aussi vous en fournir une copie, si vous n'arrivez pas à le consulter.

D'autres travaux ont été effectués au Canada par divers intervenants au cours de la dernière année. Des écoles de médecine de chacune des provinces se sont penchées sur la question, et vous pourrez consulter leurs rapports en ligne. La semaine dernière, j'ai pris connaissance d'un rapport du Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto. Le centre avait constitué un groupe de travail qui ferait rapport sur la question. Le rapport contient beaucoup d'information et de points de vue.

Si vos greffières n'arrivent pas à trouver ces documents, faites-le-nous savoir, et nous verrons à... Ces documents ont été rendus publics.

M. John Aldag: Je crois qu'il nous serait utile de disposer de la liste des documents.

J'ai une autre question: j'aimerais en savoir plus sur le processus de rédaction législative. De combien de temps aura besoin le ministère de la Justice une fois que nous vous aurons soumis notre travail? Quel serait le délai? Pouvez-vous nous fournir une indication du processus?

Me Joanne Klineberg: Le Comité soumettra son rapport aux deux chambres du Parlement. Ensuite, les ministres l'examineront. En temps normal, ces ministres en discuteront avec leurs collègues du Cabinet pour déterminer la politique du gouvernement fédéral. À partir de ce moment-là, nous recevons des instructions sur la rédaction du projet de loi. Le délai nécessaire sera fonction de la nature détaillée du texte et du nombre et de la complexité des problèmes.

M. John Aldag: Quel est le meilleur scénario possible?

Me Joanne Klineberg: Je peux seulement vous dire qu'au ministère de la Justice, nous sommes bien conscients des délais, tout comme l'est le Comité.

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci.

[Français]

Nous passons maintenant à M. Arseneault.

M. René Arseneault: Avant de poser ma question, je vais vous donner le contexte.

J'ai lu dans la toute nouvelle loi québécoise que, dans le cas de personnes lourdement handicapées ou incapables de demander une assistance à mourir, un tiers pouvait le faire à leur place. Ce n'est pas défini davantage, mais, bien que je ne sois pas encore expert dans ce domaine, j'imagine que c'est prévu dans la loi. Je crois savoir que quelque chose de similaire existe en Oregon ou dans un autre État.

Avez-vous des exemples précis de situations, dans d'autres États ou d'autres pays, où des critères ou paramètres établis permettraient à un médecin de recevoir l'avis d'une tierce personne qui ferait une demande d'assistance à mourir au nom d'un individu lourdement handicapé ou incapable de faire cette demande?

• (1520)

Me Joanne Klineberg: Non, je pense que cela n'existe pas. La demande doit toujours venir de la personne qui veut mourir. L'aide médicale à mourir ne peut pas être demandée par une tierce personne.

Il n'y a que les cas de directives anticipées, à savoir les situations où la demande a été faite par la personne, mais avant qu'elle n'ait perdu sa capacité mentale. Une tierce personne ne peut jamais le faire en son nom.

Je ne peux mentionner qu'une seule exception, et elle vient de la Hollande. Il y a entre les médecins et les procureurs une entente qui se nomme le Protocole de Groningen. C'est mentionné dans l'un des documents préparés par la Bibliothèque du Parlement. On y traite de la question de l'euthanasie des bébés lourdement handicapés. Ce n'est pas encore inclus dans les lois.

M. René Arseneault: C'est un protocole, mais ça ne fait pas encore partie d'une loi.

Me Joanne Klineberg: Oui, voilà.

M. René Arseneault: Mais c'est tout de même accepté. Cela se fait.

Me Joanne Klineberg: Rarement, mais cela se fait, en effet. Dans de tels cas, c'est à la demande des parents et avec leur consentement.

M. René Arseneault: En fait, le but de ma question est peut-être d'éviter qu'on ne tourne en rond à propos de ce que nous dit la Cour suprême du Canada dans l'affaire Carter. Nous sommes en mesure de protéger les personnes vulnérables, cependant l'article 14 et l'alinéa 241b) du Code criminel sont disproportionnés. Il faut toujours continuer de protéger les personnes vulnérables, mais si quelqu'un

peut demander qu'on assiste une autre personne à mourir, cela revient, en quelque sorte, à ne pas protéger une personne vulnérable.

C'était le but de mon intervention en ce qui concerne le Protocole de Groningen.

Me Joanne Klineberg: La cour savait très bien que, dans ce contexte où il y avait une règle absolue, mais qu'on créait des exceptions, une exception pouvait en amener une autre. Dans le cas présent, comme l'a dit ma collègue, peu importe où nous traçons la ligne, il y aura toujours des gens d'un côté et d'autres personnes de l'autre côté. Ceux qui sont exclus peuvent toujours demander à être inclus.

On ne peut pas prévoir tout ce qui va se passer. Toutefois, si le Parlement décrit clairement son objectif, les raisons qui le sous-tendent ainsi que les limites et ce qui justifie ces dernières, cela permettra au moins de disposer d'un contexte pour étudier les cas éventuels. Cela dit, on ne connaît pas l'avenir.

M. René Arseneault: Votre interprétation de l'arrêt Carter est donc qu'il n'est absolument pas possible qu'une personne lourdement handicapée et incapable de s'exprimer puisse faire part de son consentement par l'intermédiaire d'un tiers. Je pense à des cas où des personnes sont incapables de parler ou de bouger.

Me Joanne Klineberg: Si une personne ne peut pas parler, mais qu'il existe un autre moyen de communication, il est toujours possible de connaître la volonté de cette personne. Toutefois, si elle n'a aucune façon de communiquer, on ne peut pas savoir si la personne comprend. Rien dans l'arrêt de la Cour suprême n'indique qu'une personne peut donner ce consentement pour une autre.

M. René Arseneault: Merci.

[Traduction]

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci.

Monsieur Deltell.

[Français]

M. Gérard Deltell (Louis-Saint-Laurent, PCC): Merci, monsieur le président.

Mesdames, soyez les bienvenues à votre Parlement.

Sans vouloir raconter ma vie, je dois vous dire que j'ai été député provincial à l'Assemblée nationale du Québec au cours des sept dernières années. J'ai donc été témoin des travaux de la commission et de ceux menant à l'adoption de la loi. J'ai été là au tout début et je suis l'un des quelque 120 députés à avoir voté pour cette loi.

Dans vos propos, vous avez mentionné, à juste titre, que c'était souvent une bataille de définitions de mots. C'est bien vrai, puisque dans certains cas on parle d'« aide médicale à mourir », alors qu'au Québec la loi qui a été adoptée concerne les « soins de fin de vie ». On parle exactement de la même chose, mais avec des mots totalement différents. Comme nous sommes des législateurs et que la Cour suprême nous ordonne d'adopter une loi, force est d'admettre que les mots ont leur importance.

Au Québec, il a été question de « problèmes de santé graves et irrémédiables » causant « des souffrances persistantes et intolérables ». Selon vous, la loi que le gouvernement fédéral devra nous proposer pour adoption devrait-elle comprendre une définition de ces mots et de cette expression pour que nous puissions savoir de quoi on parle?

• (1525)

Me Joanne Klineberg: Si j'ai bien compris la question, je vous réponds que le Parlement peut légiférer comme il le veut, si c'est justifié.

M. Gérard Deltell: Je le sais. Je ne veux pas rappeler les propos de Churchill, selon lequel le Parlement peut tout faire. Remarquez qu'à l'époque, il n'y avait pas les transgenres, mais maintenant, cela existe.

Sérieusement, selon vous, pour éviter toute ambiguïté, la loi devrait-elle comprendre une définition des mots?

Me Joanne Klineberg: Tous les mots qui ont besoin d'une définition devraient être définis, oui, absolument.

M. Gérard Deltell: Dans ce contexte, cela s'applique-t-il, selon vous?

Me Joanne Klineberg: Il y a beaucoup de mots. Il faut donc choisir les mots les plus pertinents, les mots qui peuvent être interprétés de différentes manières, c'est-à-dire étroitement ou libéralement. Si le législateur a une opinion sur le sens qu'il veut leur donner, il vaut toujours mieux d'être clair.

M. Gérard Deltell: Merci bien.

Messieurs les coprésidents, on comprend en filigrane dans tout cela que, bien évidemment, nous voulons protéger les personnes les plus vulnérables.

[Traduction]

Nous défendons les intérêts des personnes les plus vulnérables de notre collectivité.

[Français]

Nous devons les protéger et nous devons garder constamment à l'esprit ces gens au cours des jours et des mois qui viennent, pendant le processus législatif que nous entamons aujourd'hui.

Mesdames, dans le même contexte, que devrait comprendre la loi que le gouvernement va nous proposer afin de décrire et, surtout, d'éviter les dérapages potentiels?

Je fais cela pour aider le gouvernement, vous savez.

Me Joanne Klineberg: Je ne sais pas comment répondre autrement qu'en répétant des choses que j'ai déjà mentionnées. Même la Cour suprême a noté que les personnes vulnérables couraient plusieurs types de risques. Par exemple, une personne pourrait demander d'avoir recours à l'aide médicale à mourir parce qu'une personne de sa famille l'aurait pressée de le faire. Il se pourrait aussi qu'elle n'ait pas accès à d'autres soins ou qu'elle ait été mal informée sur son état de santé. Il se pourrait aussi que sa compréhension soit compromise par son état mental. Dans plusieurs circonstances, on pourrait douter de la volonté réelle d'une personne qui fait une demande pour obtenir de l'aide médicale à mourir.

Pour éviter les dérapages, les abus et les erreurs, il faut réfléchir à ce que sont les risques et essayer de trouver des réponses pour minimiser les risques. En général, ce sera l'objectif.

[Traduction]

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci.

Nous avons l'honneur aujourd'hui d'entendre deux fonctionnaires exemplaires qui répondent à vos questions avec franchise. J'aimerais rappeler au Comité qu'il ne nous incombe pas de leur poser des questions sur ce qui devrait être fait. Il est plus important et il convient davantage de leur poser des questions sur la situation actuelle, ou ce qui est arrivé dans le passé, et ainsi de suite.

C'est un simple rappel. À quelques reprises, nous les avons placées dans une position délicate en leur demandant ce qu'elles devraient faire. Elles peuvent répondre à de telles questions ailleurs, mais devant notre comité, ce sont des fonctionnaires qui sont tenues de nous aider.

Vous faites un excellent travail. Merci.

Madame Sansoucy.

• (1530)

[Français]

Mme Brigitte Sansoucy: Je vais essayer d'éviter de faire ce que vous venez d'évoquer. Cela dit, j'aime votre analyse.

En décembre dernier, les dispositions de la Loi concernant les soins de fin de vie du Québec sont entrées en vigueur. Sauf erreur, vous nous avez dit plus tôt que nos décisions devront tenir compte du fait que les lois des différentes provinces pourraient être distinctes.

Je ne veux pas que vous nous disiez ce que nous devrions décider, mais, selon votre analyse et votre connaissance de la Loi sur les soins de fin de vie du Québec, celle-ci devrait-elle être un modèle à suivre pour les autres provinces? On a dit qu'il y avait eu six ans de travaux avant d'aboutir à cette loi. Votre analyse arrive-t-elle à la conclusion que cette loi contient ce qu'une loi provinciale doit contenir?

Me Joanne Klineberg: Je pense que c'est un bon modèle pouvant indiquer aux autres provinces et territoires quelles sont toutes les conséquences et toutes les autres lois qui seront touchées par une décision sur une loi concernant l'aide médicale à mourir. De plus, certains aspects relèvent clairement de la compétence provinciale ou territoriale. Dans le contexte canadien, puisque c'est le seul modèle qu'ont les autres provinces et territoires, oui, absolument, c'est un bon modèle. Toutefois, je dirais à tout le monde qu'il vaut la peine d'examiner toutes les autres lois qui portent sur le sujet, car il y a différentes décisions qui ont été prises et différentes raisons qui les sous-tendent. Pour faire un travail qui prenne en considération tout ce qui existe, il faut examiner l'ensemble.

Mme Brigitte Sansoucy: Merci.

Je vais laisser mon collègue Murray Rankin disposer du temps de parole restant.

[Traduction]

M. Murray Rankin: Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur le jugement de la Cour suprême et des motifs qui portent sur les troubles psychiatriques ou psychologiques? On en a parlé plus tôt, et je crois que c'est un facteur qui n'est pas prévu dans le projet de loi du Québec. Pourriez-vous nous donner des indications sur le travail qui a été fait, afin que nous puissions en tenir compte?

Me Jeanette Ettel: Je vous dirais d'abord que puisque la Cour suprême n'a pas été saisie de la question, nous n'avons pas de réponse claire en ce qui concerne certains éléments du jugement et des questions à trancher. La Cour a fait d'autres observations en matière de politique qui pourraient nous fournir quelques indices, et ma collègue aurait peut-être autre chose à ajouter. Là encore, comme dans de nombreux éléments de la décision, les indices font état de principes conflictuels, et la réponse n'est pas claire. Cette question n'a pas été tranchée par la Cour.

Je crois pouvoir dire que le comité a toute latitude pour tenir compte des maladies psychiatriques lorsqu'il se penche sur les problèmes de santé dont il faut tenir compte. Il revient au comité de décider s'il peut proposer, en vertu de son mandat, un genre de régime permissif *de novo*, et décider s'il faudrait comprendre ces troubles ou non. Je ne pense pas que vous trouverez une réponse claire dans le jugement.

Me Joanne Klineberg: J'aimerais faire référence à quelques éléments du jugement de la Cour suprême qui pourraient vous intéresser.

Le jugement de la Cour suprême fait référence aux troubles psychiatriques à un seul endroit, soit au paragraphe 111, qui se lit comme suit:

Dans son affidavit, le professeur Montero passe en revue plusieurs cas récents, controversés et médiatisés d'aide à mourir en Belgique auxquels ne s'appliqueraient pas les paramètres proposés dans les présents motifs, tels que l'euthanasie pour les mineurs ou pour les personnes affectées de troubles psychiatriques ou de problèmes de santé mineurs.

C'est le seul endroit où on en parle.

J'aimerais vous signaler deux autres aspects du jugement de la Cour, car il se peut que vous les trouviez pertinents. Le premier, c'est que le jugement parle à divers endroits de Mme Taylor et de gens qui se trouvent dans des situations semblables, et du type de maladies évoquées. Il est question de personnes souffrant de la maladie de Huntington ou de Lou-Gehrig, ainsi que de gens atteints d'un cancer en phase terminale. Le jugement porte sur ce type de problèmes de santé.

Le dernier point que j'avancerai qui pourrait vous intéresser, c'est que le jugement porte largement sur le fait que la prohibition absolue était sans base constitutionnelle et que les capacités mentales et la vulnérabilité peuvent être déterminées sur une base individuelle. Le jugement indique que les médecins évaluent déjà les capacités mentales des patients qu'ils soignent, et déterminent s'il y a de la coercition ou de la pression exercée sur le patient pour qu'il prenne certaines décisions et si le patient est lucide. Puisque la Cour a conclu que les médecins canadiens étaient en mesure d'évaluer à la fois les capacités mentales et la vulnérabilité de la personne sur une base individuelle, elle était d'avis que la prohibition absolue était contraire à la Constitution et qu'il était possible d'offrir une aide médicale pour mourir à ceux qui le souhaitent, tout en protégeant les personnes vulnérables.

•(1535)

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci.

Madame Seidman.

L'hon. Judith G. Seidman: Le jugement de la Cour suprême porte sur les droits que confère la Charte aux patients mais aussi aux médecins. Selon cette logique, les patients ont droit à l'aide, mais les médecins peuvent s'y opposer pour des raisons de conscience. Auriez-vous des conseils à nous offrir sur la façon de concilier ces droits prévus par la Charte qui pourraient être conflictuels?

Me Jeanette Ettel: Comme ma collègue le mentionnait, la façon dont les médecins peuvent s'objecter, le moment où ils peuvent le faire et toute l'approche à privilégier à cet égard feront partie de la réponse provinciale et territoriale, vraisemblablement. À mon avis, ce ne devrait pas être une priorité du Comité pour ce qui est de la réponse fédérale à ce sujet, c'est une question d'ordre général.

Comme dans d'autres cas où les tribunaux ont dû se prononcer sur les droits concurrents de parties différentes, cela revient toujours, de manière très générale, à l'équilibre des droits et à la question de savoir si cet équilibre est raisonnable et proportionnel aux circonstances. Je pense qu'on peut s'inspirer, en cela, de la décision rendue dans l'affaire *Carter*, selon laquelle les patients doivent avoir accès à ce type de soins. C'est le point de référence, en quelque sorte. Quelle que soit l'approche privilégiée pour assurer le respect et la protection du droit à la liberté de conscience des médecins, elle devra prendre en compte, de manière raisonnable, le droit d'accès des patients décrit dans l'arrêt *Carter*.

L'hon. Judith G. Seidman: D'accord. Vous dites donc qu'il revient aux provinces de statuer sur cet aspect des droits en vertu de la Charte canadienne.

Me Joanne Klineberg: Oui. À l'heure actuelle, les provinces et les territoires ont des lois et des politiques sur le droit des médecins de refuser de poser certains actes médicaux, donc c'est clairement du ressort des provinces et des territoires. La compétence du Parlement en droit criminel est assez limitée en la matière.

L'hon. Judith G. Seidman: Merci beaucoup.

J'aimerais changer de sujet pour parler d'une chose que vous avez mentionnée au tout début de votre exposé concernant la terminologie. Vous dites qu'il y a des différences entre les termes utilisés par différents groupes dans les discussions sur le sujet et qu'il y a des subtilités qui les distinguent. Nous savons qu'au Québec, c'est le terme « aide médicale à mourir » qui est utilisé. J'ai entendu dire que les spécialistes des soins palliatifs préfèrent le terme « mort précipitée par un médecin ». On peut aussi voir dans l'arrêt *Carter* le terme « aide d'un médecin pour mourir ». On entend également les mots « euthanasie » et « suicide ». Il y a beaucoup de termes différents.

D'un point de vue juridique, que faut-il prendre en considération dans la réflexion sur la terminologie à privilégier dans la loi?

•(1540)

Me Joanne Klineberg: Du point de vue du droit criminel, il est important d'établir clairement à quelle infraction criminelle l'exception s'applique. Il y a une infraction pour ce qu'on appelle l'aide au suicide. Cela ne veut pas nécessairement dire qu'il ne serait pas possible ou approprié de choisir un terme différent pour ce que j'appelle l'aide médicale à mourir aujourd'hui. Mais les dispositions juridiques, du strict point de vue du droit criminel, devront être bien claires, pour que les médecins et les autres professionnels de la santé sachent ce qu'ils peuvent faire et ce qu'ils ne peuvent pas faire. C'est ce qu'ils voudront pour avoir l'assurance, s'ils le veulent par ailleurs, qu'ils peuvent offrir ce service. La clarté juridique est très importante pour établir adéquatement la responsabilité criminelle.

D'une perspective qui relève davantage de la politique sociale, comment voulons-nous nommer cette pratique? C'est une question très polémique. Il y a des distinctions encore plus fines à établir. Par exemple, je porte à l'attention du comité que certains intervenants qui se sont exprimés devant le comité externe du gouvernement fédéral — et vous le verrez tous quand vous lirez le rapport — établissent même une distinction entre la mort et le fait de mourir. Le mot « mourir » désigne un processus, alors que « mort » désigne un événement. Certaines personnes nous recommandent même de ne jamais utiliser le terme « aide médicale à mourir ». Beaucoup de médecins en soins palliatifs estiment que c'est déjà ce qu'ils font: ils aident des patients en train de mourir, en essayant de leur rendre la vie la plus agréable possible pendant le processus de la mort.

Il y a également un danger que les gens ne comprennent pas vraiment ce que signifie ce genre de terme. Il y a eu des sondages réalisés au moment où la loi du Québec était à l'étude à l'Assemblée nationale. On a demandé aux Québécois ce que le terme « aide médicale à mourir » signifiait selon eux. Je pense que près de 50 % d'entre eux ont répondu qu'il renvoyait à un arrêt ou à un refus de traitement, deux actions légales au Canada depuis 20 ans. Si la population ne comprend pas bien le sens d'une expression générale, cela ne facilitera en rien les discussions entre les médecins et les patients, et cela pourrait semer de la confusion.

Je reconnais tout à fait qu'il n'est absolument pas facile de choisir le bon terme ici.

[Français]

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci.

Madame Shanahan, vous avez la parole.

Mme Brenda Shanahan (Châteauguay—Lacolle, Lib.): Merci, monsieur le président.

C'est le Code criminel qui m'intéresse beaucoup. Dans son arrêt, la Cour suprême fait mention de deux dispositions en particulier: l'alinéa 241*b*) et l'article 14.

[Traduction]

J'ai fait quelques lectures sur le sujet, bien que je ne sois pas avocate ni que j'en joue une à la télévision.

[Français]

J'ai remarqué que, par ailleurs, l'article 226 parle de hâter la mort d'une personne.

[Traduction]

Un peu plus loin, à l'article 228, il est question d'« influence sur l'esprit ». On parle ici d'influencer une personne. Je ne sais pas si cela renvoie au fait de lui donner des conseils. Il est écrit que cette exemption « ne s'applique pas lorsqu'une personne cause la mort d'un enfant ou d'une personne malade en l'effrayant volontairement ». Cela a été toute une révélation pour moi.

Au paragraphe 231(3), on décrit comme la passation d'un contrat:

Sans que soit limitée la portée générale du paragraphe (2), est assimilé au meurtre au premier degré quant aux parties intéressées, le meurtre commis à la suite d'une entente dont la contrepartie matérielle, notamment financière, était proposée ou promise...

Y a-t-il d'autres articles que nous devrions examiner et qui pourraient entrer en ligne de compte ou être contestés éventuellement devant les tribunaux?

Me Joanne Klineberg: Il y a effectivement diverses autres dispositions du Code criminel, en périphérie, qui pourraient être touchées. Il y a entre autres une infraction pour administration d'une substance nocive. Il y a des infractions pour tout manquement à ses

devoirs pour protéger la vie humaine. Cependant, je pense que les juges de la Cour suprême ont raison de dire que les principales dispositions concernées sont l'article 14 et l'alinéa 241*b*).

Je dois également ajouter, au bénéfice du Comité, que les demandeurs ont invoqué l'alinéa 241*a*) dans l'affaire Carter, mais que la Cour a jugé qu'il ne s'agissait pas d'une disposition essentielle de l'interdiction. Cet alinéa interdit le fait de conseiller à une personne de se suicider. Certains intervenants vous diront craindre que cette disposition ne gêne les discussions entre les médecins et leurs patients.

Je pense que nous pouvons aider le Comité si vous souhaitez obtenir plus d'information sur ces dispositions, mais que les questions qui vous sont soumises se situent à un niveau supérieur. Quand le personnel du ministère de la Justice analyse une loi, il la scrute du début à la fin pour déterminer s'il y a d'autres dispositions qui pourraient être touchées. Il y a souvent de petits amendements corrélatifs qui sont proposés pour harmoniser divers articles.

Ce n'est probablement pas vraiment la priorité du Comité en ce moment, puisque la priorité serait plutôt de réfléchir aux conditions à établir et aux critères d'admissibilité médicale. Il restera toujours des détails à peaufiner, mais je pense que les deux dispositions ciblées par la Cour sont véritablement les plus cruciales. Bien sûr, vous pouvez toujours décider d'examiner d'autres articles.

● (1545)

Mme Brenda Shanahan: Très bien. J'ai une autre question à poser sur les lois qui s'appliquent déjà en la matière.

Il y a le Code civil du Québec.

[Français]

On a la possibilité de faire un mandat en cas d'inaptitude. J'aimerais demander, dans un autre contexte, plus d'information sur la façon dont on a réconcilié cette idée avec la loi actuelle du Québec.

Je reviens cependant à l'objectif de notre comité. J'aimerais savoir si l'on prévoit un autre exercice visant à examiner les testaments de vie et ce genre de choses.

[Traduction]

Me Joanne Klineberg: Je vous répondrai qu'il n'y a rien dans la décision de la Cour suprême quant à la question de savoir si, du point de vue de la Constitution, les Canadiens ont le droit d'établir des directives à l'avance sur l'aide médicale à mourir qu'on pourrait leur dispenser quand ils auraient perdu l'aptitude de dire ce qu'ils veulent ou non. Il n'y a rien dans l'arrêt *Carter* qui demande au Parlement de se pencher sur la question.

Je peux vous dire aussi que l'Assemblée nationale du Québec ne l'a pas fait non plus dans son étude du projet de loi 52. Il y a assurément des gens qui l'auraient voulu, et ils ont commandé une analyse sur le sujet, parce qu'il soulève des questions très différentes.

Par exemple, la personne qui donne des directives préalables ne serait plus en mesure de dire si elle souhaite ou non recevoir de l'aide médicale à mourir lorsqu'un membre de sa famille porterait ses directives à l'attention du médecin. Elle ne serait plus en mesure non plus d'exprimer la nature de ses souffrances. C'est le genre de chose que prévoit la loi actuelle pour qu'une personne puisse se prévaloir de ce droit ultérieurement. Ainsi, au moment où la personne recevrait cette aide, elle ne serait plus en mesure de dire si elle souffre.

Cela présente des défis uniques pour les médecins, et c'est une question examinée séparément. Est-ce un sujet que le Parlement et ce comité aimeraient examiner? Peut-être, mais je pense qu'il n'y a rien dans l'arrêt *Carter* qui oblige le Parlement à se pencher sur la question.

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci beaucoup.

Monsieur Cooper.

M. Michael Cooper: Merci, monsieur le président.

Maître Klineberg, dans votre exposé, vous avez nommé quelques points communs que partagent les États qui permettent l'euthanasie, le suicide assisté ou les deux. Vous avez notamment mentionné les mécanismes de surveillance et d'examen. Je crois comprendre, d'après les exemples des pays européens et d'États comme Washington et l'Oregon, que ces mécanismes interviennent après coup, lorsque la personne est déjà morte.

J'aimerais savoir si vous connaissez des États où la surveillance prend la forme d'une autorisation judiciaire ou d'un autre mécanisme qui intervient en amont plutôt qu'en aval.

● (1550)

Me Joanne Klineberg: Il n'y en a qu'un, et c'est la Colombie, que j'ai mentionnée dans mon exposé. Au début 2015, le gouvernement a promulgué une résolution afin d'orienter la pratique de l'aide médicale à mourir. Ce règlement prévoit la création d'un comité interdisciplinaire, qui sera chargé d'examiner la demande du patient et qui sera même pratiquement chargé d'en assurer le suivi jusqu'à la fin du processus.

Ainsi, le patient présentera sa demande à son médecin, puis le médecin en avisera le comité interdisciplinaire, qui sera composé d'un avocat, d'un médecin, de même que d'un spécialiste de la santé mentale, si je ne me trompe pas. Ce comité fera partie de l'administration de l'hôpital. C'est lui qui sera saisi du dossier du patient, puis qui travaillera avec lui et sa famille, afin de lui offrir toute l'aide nécessaire pour que des soins palliatifs lui soient offerts. Il accompagnera le patient, pour ainsi dire, jusqu'à la toute fin du processus. Il s'agira d'un comité indépendant — en ce sens que le médecin responsable n'en fera pas partie — qui sera là pour veiller à ce que toutes les conditions soient respectées au préalable.

M. Michael Cooper: Dans l'exemple de la Colombie, je crois que l'euthanasie y est permise, du moins dans une certaine mesure, depuis 16 ou 17 ans. Je crois aussi que le cadre récemment mis en place découle en fait d'une décision d'un tribunal colombien, selon laquelle il n'y avait tout simplement pas assez de mécanismes de contrepois en amont pour protéger les personnes vulnérables. J'aimerais savoir si vous pouvez nous expliquer un peu plus l'histoire de la Colombie à cet égard.

Me Joanne Klineberg: Je vais faire de mon mieux, mais je dois d'abord mentionner ceci: j'ai oublié de le dire en réponse à une question précédente sur le projet de loi d'initiative parlementaire déposé au Royaume-Uni, ce projet de loi a été modifié par le Parlement britannique au moment de son étude en comité plénier. Il y a en fait ajouté un mécanisme afin que la demande de la personne

reçoive l'approbation du tribunal de la famille avant que la personne ne puisse recevoir de l'aide médicale à mourir. Comme je l'ai déjà mentionné, ce projet de loi a été rejeté, si bien qu'il ne s'agit pas d'une loi, mais c'est un autre modèle dont ce comité pourrait s'inspirer.

Pour en revenir à la Colombie, nous ne disposons pas de toute l'information. C'est un peu difficile d'obtenir de l'information sur ce pays, mais il semble qu'il y ait eu, dans les années 1990, une décision de la Cour constitutionnelle (qui est le plus haut tribunal de la Colombie) selon laquelle une personne malade en phase terminale, dont la mort semblerait imminente, aurait le droit de recevoir une injection létale d'un médecin, autrement dit elle aurait droit à l'euthanasie. Il semble que dans les faits, les médecins étaient peu enclins à l'autoriser sur la seule base d'une décision judiciaire. Le gouvernement n'a jamais adopté de loi ni décidé du protocole à suivre.

Environ 20 ans plus tard, une autre personne qui voulait avoir accès à ces services, mais qui n'arrivait pas à trouver de médecin prêt à les lui offrir a porté l'affaire devant les tribunaux. Encore une fois, la Cour constitutionnelle a statué que c'était un droit, en précisant que si le gouvernement ne mettait pas de règles en place pour que chacun se sente autorisé à offrir ce type de service en toute légalité, il le ferait pour le gouvernement. C'est donc peu après ce deuxième arrêt constitutionnel, en 2014, que le gouvernement a adopté une résolution.

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Merci.

Il nous reste du temps pour une courte question de la sénatrice Nancy Ruth.

L'hon. Nancy Ruth: Vous avez utilisé l'expression « consentement à l'avance ». C'est ce qu'on appelle le consentement préalable. Il y a d'autres termes possibles aussi. Y a-t-il une différence juridique entre eux?

Me Joanne Klineberg: Je crois que c'est véritablement là une question de droit provincial ou territorial, ce n'est donc pas de ma compétence. Je suis certaine qu'il y a des différences du point de vue des modalités qui s'appliquent, dans les détails techniques du formulaire, s'il y a un formulaire à remplir pour donner des directives à l'avance, et qu'il y a un nombre d'années à l'avance où l'on peut donner des directives. C'est le genre de différences qu'il peut exister.

Mais dans l'ensemble, l'idée est la même dans tous les cas, c'est-à-dire qu'une personne peut dire: « S'il m'arrive quelque chose et que je deviens inapte à exprimer mes volontés, voici les volontés que j'aimerais voir respecter lorsque je ne serai plus en mesure de les exprimer. » Le principe général serait le même partout, je crois, mais il peut y avoir des petites nuances.

Je pense que mes collègues de Santé Canada seraient mieux placés que moi pour répondre à cette question.

● (1555)

L'hon. Nancy Ruth: Cela prendrait simplement la forme de volontés écrites remises à la personne désignée par procuration pour prendre les décisions sur votre santé.

Me Joanne Klineberg: Je suis désolée, mais je ne veux vraiment pas m'avancer sur ce point.

L'hon. Nancy Ruth: D'accord.

Ma dernière question va vous donner du travail: serait-il possible d'avoir un genre de tableau récapitulatif du rapport produit par le comité externe et des positions du comité provincial-territorial et des autres comités qui se sont prononcés sur des questions comme le consentement, l'admissibilité, etc.? Je suis consciente que cela représente énormément de travail.

Me Joanne Klineberg: Eh bien...

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Cela représente une tâche gargantuesque, et je suis certain que nos analystes pourraient nous donner un coup de main pour cela.

L'hon. Nancy Ruth: Merci.

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Parfait.

Merci beaucoup. Nous avons un vaste mandat et peu de temps pour nous en acquitter. Vous nous avez répondu rapidement. J'espère que vous ne partirez pas en vacances dans les prochaines semaines, parce qu'au nom du Comité, j'aimerais à la fois vous remercier et nous réserver le droit de vous rappeler. Vous avez jeté les bases de notre étude, en nous fournissant à la fois des réponses et de nouvelles questions. Je vous remercie infiniment du temps que vous nous avez consacré.

J'aimerais retenir les membres du Comité encore une minute, parce que notre coprésident aimerait également vous glisser un mot.

Le coprésident (L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie (sénateur, Nouvelle-Écosse (Vallée de l'Annapolis—Hants), C)): À titre d'information pour tous les membres du Comité, j'aimerais dire rapidement que la Bibliothèque du Parlement vous propose divers documents pertinents: un résumé des études antérieures sur le cadre juridique, ainsi qu'un résumé vulgarisé de ce qui se trouve dans le rapport Carter, de la situation en matière d'euthanasie et de suicide assisté au Canada, de la législation dans certains pays sélectionnés et des pouvoirs fédéraux en matière de santé. Tous les députés et le personnel y ont accès. On les trouve actuellement dans le portail du Sénat, de même que dans le système SharePlus de la Chambre des communes.

Ces documents sont tous déjà à votre disposition.

Le coprésident (M. Robert Oliphant): Je pense que c'est tout pour aujourd'hui. Je remercie les membres du Comité, de même que les témoins, pour leur bon travail d'aujourd'hui.

Le Comité s'ajourne jusqu'à lundi prochain, 11 heures.

Je vous rappelle de nous faire parvenir votre liste de témoins au plus tard mercredi, à 17 heures.

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>