



DÉBATS DU SÉNAT

1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE • VOLUME 150 • NUMÉRO 48

COMPTE RENDU OFFICIEL
(HANSARD)

Le lundi 13 juin 2016

Présidence de
l'honorable GEORGE J. FUREY

TABLE DES MATIÈRES

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

Service des débats : Josée Boisvert, Édifice national de la presse, pièce 831, tél. 613-219-3775
Centre des publications : Kim Laughren, Édifice national de la presse, pièce 926, tél. 613-947-0609

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

LE SÉNAT

Le lundi 13 juin 2016

La séance est ouverte à 17 heures, le Président étant au fauteuil.

Prière.

[Traduction]

LES VICTIMES DE LA TRAGÉDIE

ORLANDO, EN FLORIDE—MINUTE DE SILENCE

Son Honneur le Président : Honorables sénateurs, je demande que nous observions une minute de silence à la mémoire des personnes qui ont perdu la vie lors de la fusillade tragique survenue à Orlando, en Floride, au petit matin dimanche dernier. Nos pensées et nos prières accompagnent les victimes, les membres de leur famille et leurs amis, ainsi que toutes les personnes touchées par ce terrible acte de violence.

Les honorables sénateurs observent une minute de silence.

DÉCLARATIONS DE SÉNATEURS

LA TRAGÉDIE DE LA FLORIDE

L'honorable Murray Sinclair : Honorables sénateurs, peu après minuit samedi soir, ma fille, qui est ouvertement homosexuelle, a bien ri lorsque ses sœurs, mon épouse et moi lui avons chanté « Joyeux anniversaire » — bien mal, dois-je le préciser —, comme toutes les familles le font, avec énormément d'amour. Elle a eu 33 ans le dimanche 12 juin.

Presque au même moment, un Américain plein de haine envers les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transgenres, les allosexuels et les bispirituels et armé d'une mitrailleuse et d'un pistolet achetés en toute légalité a fait irruption dans un bar d'Orlando, en Floride, où il s'est mis à tirer sur tout le monde.

Pendant trois heures, il a pourchassé le plus grand nombre de clients possible et il a tué 49 jeunes hommes et femmes pour la simple raison qu'ils étaient le Mois de la fierté et qu'ils étaient ouvertement homosexuels.

On a beaucoup parlé du fait que le tireur entretenait des liens avec le terrorisme islamique et qu'il avait pu acheter, posséder et porter des armes malgré ses antécédents de troubles mentaux et de violence. Les politiciens et les commentateurs américains vont se ranger dans un camp ou dans l'autre pour dénoncer les responsables de la tragédie, qu'ils se trouvent dans leur pays ou à l'étranger. Cet événement servira à politiser de nombreux enjeux. Il suffit de jeter un coup d'œil aux manchettes d'aujourd'hui pour en avoir un aperçu.

Toutefois, hier et aujourd'hui, je ne songeais qu'aux 49 mères et aux 49 pères dont le cœur a été brisé et dont la vie a été déchirée en morceaux, et je pense chaque jour au fait que j'aurais pu être l'un

d'entre eux et pourrais le devenir. Je songe aux dizaines de frères et de sœurs des victimes, dont la colère et les larmes ne cesseront peut-être jamais, et je me dis que mes autres enfants pourraient aussi en faire partie.

L'antipathie et l'irrespect envers les gais et les transgenres font partie des façons de penser de la société occidentale depuis de nombreuses générations. Beaucoup trop de gens ont du mal à accepter la pleine reconnaissance du droit des gais et des transgenres d'être qui ils sont ainsi que la protection publique de leurs droits. Le tireur est un exemple probant de cette manière de voir les choses.

Lorsque notre fille nous a parlé de sa prise de conscience personnelle à l'adolescence, mon épouse et moi l'avons soutenue et lui avons donné toute l'assurance de notre amour et de son droit d'être ouvertement qui elle est.

Ce dont mon épouse et moi n'arrivions pas à discuter avec elle, ni même entre nous à ce moment-là, c'était qu'elle venait d'accroître son exposition au danger. Elle vit déjà une vie plus risquée en étant simplement de sexe féminin. Ce danger est d'autant plus important du fait qu'elle appartient à un groupe à risque, soit celui des Autochtones.

Nous lui avons raconté que, chez les Autochtones, les bispirituels occupent traditionnellement une position de respect et d'honneur. En effet, on nous apprend que les cérémonies sont rehaussées lorsqu'elles sont exécutées en présence de personnes bispirituelles, car on croit que celles-ci incarnent la force et l'esprit à la fois de l'homme et de la femme et qu'elles apportent des pouvoirs médicaux et un pouvoir de guérison particuliers à tous les événements spéciaux.

Elle a apporté beaucoup de respect à notre famille. On nous a dit que nous sommes très choyés qu'elle soit notre fille parce qu'elle est bispirituelle, et c'est ce que nous ressentons aussi. Nous avons adopté une autre fille bispirituelle au sein de notre famille, et sa partenaire vient tout juste de donner naissance à notre nouveau petit-fils. Il sera élevé par des parents bispirituels.

En tant que parents d'enfants bispirituels, nous voulons les protéger contre l'intimidation, les commentaires désobligeants et malveillants ainsi que la violence verbale et physique, qui sont le lot de tous les membres de la communauté LGBTQ2S. Nous avons appris à les protéger et à les consoler lorsque les mesures de protection que nous avons établies se révèlent insuffisantes.

Ce que nous craignons le plus, c'est que quelqu'un les tue en raison de leur homosexualité. Bon nombre de parents seront tentés de conseiller à leurs enfants de cacher leur orientation sexuelle, de peur qu'une telle tragédie survienne, et c'est le genre de recommandation qui n'aiderait en rien ces enfants à s'assumer.

Donc, lorsque nous avons observé cette minute de silence, j'ai pensé aux parents. En tant que membres de la société et gens civilisés, nous avons tous subi une perte à la suite de cette tuerie, et eux ont perdu bien plus que ce qu'on peut imaginer.

LE DÉCÈS DE GORDON « GORDIE » HOWE, O.C.

L'honorable David Tkachuk : Honorables sénateurs, la semaine dernière, une légende du monde du sport est décédée. Même si Gordie Howe était reconnu mondialement, les habitants de la Saskatchewan n'ont jamais oublié ses origines, car il venait de la même province qu'eux.

Gordie Howe est né en 1928 à Floral, en Saskatchewan. Pendant sa jeunesse, il a joué des parties de hockey improvisées sur les étangs, dans la prairie, mais lorsqu'il a pris sa retraite, il était l'un des joueurs les plus célèbres de l'histoire de la LNH. Tous les enfants qui ont joué au hockey sur les étangs de ma province et, j'en suis convaincu, des autres provinces du Canada, voulaient être Gordie Howe.

Gordie a été nommé étoile de la LNH à 23 reprises et il a été le meilleur compteur de la ligue de 1950 à 1954, puis en 1957 et en 1963. Il a remporté quatre fois la coupe Stanley et a été nommé six fois le joueur le plus utile de la ligue. C'était lorsqu'il n'y avait que six équipes dans la LNH. Le talent était incroyable : Maurice Richard, Jean Béliveau, Bobby Hull, Stan Mikita. Toutes des légendes du hockey. Non seulement Gordie Howe a joué contre eux, mais il les a aussi battus à de nombreuses reprises. Tous ces joueurs le respectaient et il les a tous dépassés.

• (1710)

Il a été joueur de hockey professionnel pendant 32 ans, sur six décennies, et a finalement pris sa retraite à l'âge de 52 ans. Il n'y a plus jamais eu personne comme lui. C'était à une époque où la nutrition se résumait à manger un gros steak avant une partie et où l'exercice consistait à mettre le foin en balles pendant la saison morte.

Ce qui était le plus impressionnant chez Gordie Howe, c'était sa capacité de tout faire : marquer des points, lancer à gauche ou à droite, faire des passes, être à l'offensive ou à la défensive. Bobby Hull a déjà dit qu'il n'avait jamais joué contre un homme qui était aussi bon dans tout.

Il n'avait pas besoin de bagarreur dans son équipe. Il se chargeait de tout. Tous ceux qui connaissent Gordie Howe ont entendu parler de sa bataille avec Lou Fontinato, un dur à cuire des Rangers de New York. Comme l'a décrit la chaîne Sportsnet, Fontinato avait fendu le visage de Howe avec son bâton en 1959. Howe a fini par obtenir sa vengeance lors d'une bataille à sens unique qui a laissé son rival ensanglanté, le nez déplacé.

Non seulement il pouvait se battre, mais il était aussi un joueur très physique. Comme il l'avait dit : « J'ai joué un peu dur. Quand on se fait respecter, on a plus de place et si on a une plus grande marge de manœuvre, on est un meilleur joueur de hockey. »

Lorsqu'il n'était pas sur la glace, Howe était un parfait gentleman. Comme l'a dit notre ancien collègue et ancien coéquipier de Howe, Frank Mahovlich : « Il était d'une si grande gentillesse. C'est comme s'il avait deux personnalités. Sur la glace, c'est sûr que, pour éviter un coup de coude ou autre, il fallait vraiment rester vigilant quand on se retrouvait avec lui dans le coin. C'était un adversaire redoutable. »

Honorables sénateurs, Gordie Howe était mon genre de joueur de hockey et, s'il avait suivi la même approche dans notre milieu, il aurait été mon genre de politicien. J'offre toutes mes condoléances à sa famille, ses amis et tous ceux qui pleurent son décès.

LES PENSIONNATS AUTOCHTONES

L'ÉDUCATION AU SERVICE DE LA RÉCONCILIATION

L'honorable Elizabeth Hubley : Honorables sénateurs, le vendredi 13 mai, à Summerside, à l'Île-du-Prince-Édouard, j'ai eu le plaisir d'assister à un événement intitulé Practising Reconciliation through Education : The History and Legacy of Canada's Indian Residential Schooling System. Organisé par la Commission des droits de la personne de l'Île-du-Prince-Édouard en conjonction avec la Summerside Intermediate School et le ministère de l'Éducation de la province, l'événement faisait la démonstration du nouveau programme d'enseignement qui s'intéresse à l'impact des pensionnats sur les collectivités autochtones.

À un moment, les étudiants ont participé à une cérémonie de la couverture. Les couvertures placées au centre du gymnase représentaient l'île de la Tortue, que l'on appelle également l'Amérique du Nord. La cérémonie devait aider les étudiants à comprendre la vie dans les pensionnats autochtones. La couverture qu'ils avaient sous les pieds rétrécissait à mesure qu'on leur expliquait que les pensionnaires avaient été privés de leur terre, de leur culture, et enfin de leur autonomie et de leur respect. Ils en sont venus à ressentir ce que les Premières Nations ont éprouvé. À la fin de la cérémonie, les couvertures ont été dépliées à nouveau, symbolisant l'espoir que nourrissent nos efforts de réconciliation.

Les élèves ont également travaillé avec Gilbert Sark, de la Première Nation de Lennox Island, qui leur a montré comment construire un tambour traditionnel et raconté les histoires et les traditions liées à cet instrument. Ils ont aussi eu l'occasion de se joindre à un cercle de tambours.

Le titre du nouveau cours est « Practising Reconciliation through Education ». Il porte principalement sur l'histoire et l'héritage du système canadien de pensionnats. L'école intermédiaire de Summerside est la première école de l'île à piloter ce projet dans deux de ses classes.

Le cours est maintenant offert à tous les élèves de 9^e année de l'Île-du-Prince-Édouard. Les élèves apprennent comment les pensionnats et la Loi sur les indiens elle-même ont marqué non seulement les enfants qui ont séjourné dans les pensionnats, mais aussi les générations suivantes. La Commission des droits de la personne de l'Île-du-Prince-Édouard a formé un partenariat avec la faculté d'éducation de l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard et le ministère de l'Éducation de cette province afin d'élaborer et de mettre en œuvre un programme destiné à tous les élèves du système d'éducation public.

Je tiens à féliciter les nombreux organisateurs, intervenants et participants de cette activité informative couronnée de succès. L'intégration de ce cours dans le programme d'études est impérative afin que la prochaine génération poursuive cet important travail de réconciliation. Merci.

LE MOIS DE LA SENSIBILISATION AUX LÉSIONS CÉRÉBRALES

L'honorable Mobina S. B. Jaffer : Honorables sénateurs, je prends la parole aujourd'hui au sujet du Mois de la sensibilisation aux lésions cérébrales et des conséquences dévastatrices de ces traumatismes, non seulement pour les survivants, mais aussi pour les membres de leur famille, les dispensateurs de soins, les travailleurs de soutien et les bénévoles.

À 23 ans, Bill Hicks avait l'impression d'avoir accompli son rêve le plus cher. Bill avait un grand sens du rythme. Ce qu'il aimait plus que tout, c'était jouer de la batterie. Bill était membre à part entière du Powder Blues Band de Vancouver, un groupe ayant remporté un prix Juno. Les albums du groupe se vendaient à des centaines de milliers d'exemplaires. Bill jouait beaucoup sur scène. Un jour, un appel téléphonique de la maison, à une heure inhabituelle, a changé sa vie à jamais. Sa mère lui a annoncé, la voix tremblante, que son frère de 16 ans, Kevin, avait eu un grave accident de voiture.

Jour après jour Bill est resté au chevet de Kevin, qui était dans le coma, dans un hôpital de Victoria, en Colombie-Britannique. Bill parlait doucement à Kevin et lui enfilait un casque d'écoute pour qu'il puisse écouter leurs chansons rock préférées. Honorables sénateurs, la vie de Kevin et de toute sa famille a été changée à jamais.

Nous aidons de nombreux Canadiens qui ont subi un traumatisme crânien. Il nous incombe de protéger ces personnes. Les soins prodigués d'urgence après un accident de la route ou un anévrisme sont souvent remarquables, mais trop souvent, dans les années qui suivent, les personnes sombrent lentement dans le désespoir, la pauvreté et l'impuissance.

Honorables sénateurs, je vous invite à prendre conscience du sort des personnes atteintes de lésions cérébrales. C'est un problème sur lequel nous ne pouvons pas fermer les yeux. Aujourd'hui, je vous demande de penser à ces gens et à leur famille en ce Mois de la sensibilisation aux lésions cérébrales. Merci.

AFFAIRES COURANTES

L'ÉTUDE SUR LES QUESTIONS RELATIVES AUX BARRIÈRES AU COMMERCE INTÉRIEUR

DÉPÔT DU CINQUIÈME RAPPORT DU COMITÉ DES BANQUES ET DU COMMERCE

L'honorable David Tkachuk : Honorables sénateurs, j'ai l'honneur de déposer, dans les deux langues officielles, le cinquième rapport du Comité sénatorial permanent des banques et du commerce, intitulé *Des murs à démolir : Démantèlement des barrières au commerce intérieur au Canada*.

(Sur la motion du sénateur Tkachuk, l'étude du rapport est inscrite à l'ordre du jour de la prochaine séance.)

LE SÉNAT

PRÉAVIS DE MOTION TENDANT À PROLONGER LA SÉANCE DE MERCREDI

L'honorable Diane Bellemare (coordonnatrice législative du gouvernement au Sénat) : Honorables sénateurs, je donne préavis que, à la prochaine séance du Sénat, je proposerai :

Que l'application de l'ordre du 4 février 2016 concernant l'heure de levée de la séance soit suspendue le mercredi 15 juin 2016;

Que l'application de l'article 3-3(1) du Règlement soit aussi suspendue le mercredi 15 juin 2016.

RÉGIE INTERNE, BUDGETS ET ADMINISTRATION

PRÉAVIS DE MOTION VISANT À AUTORISER LE COMITÉ À SIÉGER PENDANT L'AJOURNEMENT DU SÉNAT

L'honorable Leo Housakos : Honorables sénateurs, je donne préavis que, à la prochaine séance du Sénat, je proposerai :

Que, conformément à l'article 12-18(2)b(i) du Règlement, pour le reste de la présente session, le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration soit autorisé à se réunir même si le Sénat est alors ajourné pour une période de plus d'une semaine.

• (1720)

[Français]

ORDRE DU JOUR

LES TRAVAUX DU SÉNAT

L'honorable Diane Bellemare (coordonnatrice législative du gouvernement au Sénat) : Honorables sénateurs, conformément à l'article 4-13(3) du Règlement, j'informe le Sénat que, lorsque nous passerons aux affaires du gouvernement, le Sénat abordera les travaux dans l'ordre suivant : la motion n° 25, suivie par les autres points dans l'ordre où ils figurent au Feuilleton.

[Traduction]

LE SÉNAT

ADOPTION DE LA MOTION CONCERNANT LA PÉRIODE DES QUESTIONS DE LA SÉANCE DU 14 JUIN 2016

L'honorable Diane Bellemare (coordonnatrice législative du gouvernement au Sénat), conformément au préavis donné le 10 juin 2016, propose :

Que, pour permettre au Sénat de recevoir un ministre de la Couronne au cours de la période des questions tel qu'autorisé par le Sénat le 10 décembre 2015, et nonobstant ce que prévoit l'article 4-7 du Règlement, lorsque le Sénat siégera le mardi 14 juin 2016, la période des questions commence à 15 h 30, toutes les délibérations alors en cours au Sénat étant interrompues jusqu'à la fin de la période des questions, qui sera d'une durée maximale de 40 minutes;

Que, si un vote par appel nominal coïncide avec la période des questions tenue à 15 h 30 ce jour-là, ce vote soit reporté et ait lieu immédiatement après la période des questions;

Que, si la sonnerie d'appel pour un vote retentit à 15 h 30 ce jour-là, elle cesse de se faire entendre pendant la période des questions et qu'elle retentisse de nouveau à la fin de la période des questions pour le temps restant;

Que, si le Sénat termine ses travaux avant 15 h 30 ce jour-là, la séance soit suspendue jusqu'à 15 h 30, heure de la période des questions.

— Honorables sénateurs, comme vous le savez, nous tiendrons une période des questions avec la ministre du Commerce international, Mme Freeland. Nous l'attendons demain. La motion vise à prévoir du temps à cette fin.

L'honorable Art Eggleton : J'ai une question. Puisque nous sommes en plein cœur du débat sur le projet de loi C-14, est-ce vraiment le bon moment pour inviter la ministre? Il convient parfaitement de l'inviter pour de nombreuses raisons, et j'espère qu'elle comparaitra devant nous un jour, mais je me demande s'il s'agit vraiment du moment adéquat, compte tenu de tout le travail que nous avons.

L'honorable Peter Harder (représentant du gouvernement au Sénat) : Permettez-moi de répondre à cette très bonne question. Après avoir effectué les consultations habituelles, nous avons décidé de procéder comme l'indique la sénatrice Bellemare.

Son Honneur le Président : Vous plaît-il, honorables sénateurs, d'adopter la motion?

Des voix : D'accord.

(La motion est adoptée.)

LE CODE CRIMINEL

PROJET DE LOI MODIFICATIF— TROISIÈME LECTURE—DÉBAT

L'ordre du jour appelle :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Baker, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Harder, C.P., tendant à la troisième lecture du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir), tel que modifié.

L'honorable Betty Unger : Honorables sénateurs, je prends la parole pour proposer un amendement au projet de loi C-14 concernant le rôle du personnel infirmier.

Les médecins et le personnel infirmier collaborent depuis des générations dans le cadre de leur travail, mais, en raison de leur diplôme supérieur, ce sont les médecins qui ont la responsabilité première des soins médicaux.

Mon amendement est simple. Il vise à maintenir cette relation symbiotique. Il n'interdit pas au personnel infirmier de participer à l'aide médicale à mourir, mais veille à ce que cette participation se fasse sous la direction d'un médecin et selon ses instructions, conformément à la pratique en vigueur dans de nombreuses provinces et à la recommandation faite par le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.

En outre, cet amendement précise que l'évaluation de la capacité d'un patient à faire un choix éclairé ne peut être faite par un infirmier et qu'il revient à un médecin qualifié de faire une telle évaluation.

Je crois que ce changement sera bien accueilli par le personnel infirmier. Il paraît volumineux parce qu'il concerne les 21 passages du projet de loi où apparaît le terme « infirmier praticien ». Ces passages se trouvent aux pages 3, 4, 6, 7, 8, 9 et 11. Cependant, le bureau du légiste m'informe que ces modifications constituent un seul amendement, qui paraît compliqué seulement parce qu'il est long à lire.

Je suis consciente du fait que certains sénateurs auront le réflexe de s'opposer à cet amendement. Je les prie d'entendre mes arguments. Le problème nous a été présenté sous l'angle de l'accès.

Lors de son témoignage devant le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, la ministre de la Justice a dit ceci sur la question :

Concernant les infirmiers praticiens, la ministre Philpott et moi avons tenu compte [du fait qu'il] fallait garantir l'accès à l'aide médicale à mourir dans tout le pays, et nous savions [...] que les régions rurales et éloignées n'ont pas toujours un médecin sur place [...]

La ministre fait valoir que, en interdisant aux infirmiers praticiens d'offrir l'aide médicale à mourir, on restreint l'accès à celle-ci. En fait, l'accès est la seule explication qu'on nous a donnée pour justifier l'attribution de ce rôle au personnel infirmier.

J'ai deux choses à dire pour répondre à cet argument. En vérité, comme nous ignorons combien de personnes demanderont l'aide médicale à mourir, nous tentons peut-être de régler un problème qui n'existera pas. Étant donné la taille des collectivités — je parle de collectivités du Nord —, les demandes seront probablement très rares. Je suis donc surprise que le projet de loi aille si loin, compte tenu de ce que sera sans doute la réalité. En cas de demande, nous pourrions assurément y répondre sans avoir à exempter tous les infirmiers praticiens, lesquels ont reçu une formation moins poussée que les médecins.

Selon moi, il serait préférable d'appliquer un processus déjà en vigueur dans le milieu de la santé. Ainsi, lorsqu'un service n'est pas disponible dans un établissement particulier, on fait venir un médecin spécialisé dans les soins en question ou on transfère le patient dans un autre établissement.

Pensons à ce que Carolyn Pullen, directrice des politiques, de la représentation et de la planification stratégique à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, a déclaré ce qui suit au Comité sénatorial des affaires juridiques et constitutionnelles :

Dans le cas de l'avortement tout comme dans celui de l'aide médicale à mourir, ce ne sont pas des situations d'urgence. Même dans une région éloignée ou rurale, on dispose d'un certain temps, et si un fournisseur refuse de participer au processus, il y aurait des politiques et des pratiques en place pour le remplacer.

Mme Pullen répondait à une question portant sur l'objection de conscience, mais sa réponse fournit des renseignements applicables à l'aide à mourir.

Mon deuxième point, chers collègues, se rapporte aux mesures de sauvegarde appropriées. En matière de soins de santé, les infirmiers praticiens fournissent des services précieux et fort importants. Comme je l'ai déjà dit, cependant, ils n'ont pas la formation des

médecins, et il est généralement reconnu que les interventions particulièrement délicates doivent être laissées aux personnes les mieux qualifiées pour les pratiquer. Nous nous attendons à ce que cette mesure de sauvegarde ne s'applique pas uniquement aux soins de santé, mais également aux soins de fin de vie. Les infirmiers et infirmières n'auront jamais reçu de formation dans cette discipline, et pourtant, les dispositions du projet de loi C-14 qui attribuent aux infirmiers praticiens les mêmes fonctions qu'aux médecins accroissent l'accès à l'aide médicale à mourir au détriment des mesures de sauvegarde.

Chers collègues, pensez à ceci : outre l'avortement, il n'y aucune pratique, dans le domaine des soins de santé, qui soit plus redoutable que celle sur laquelle nous sommes appelés à légiférer, et pourtant, on nous demande d'accepter qu'une personne qui n'a ni la formation, ni l'expérience d'un médecin puisse évaluer la capacité d'un patient et approuver son consentement. Il ne faut pas oublier non plus un élément de taille : les infirmiers praticiens pourront mettre fin à la vie d'un patient, mais ce geste n'a jamais fait partie ni de leur culture ni de leur expérience. Le Sénat est le dernier bastion avant que le Canada n'adopte une loi autorisant les médecins à précipiter la mort d'un patient.

• (1730)

Honorables sénateurs, la Cour suprême a clairement dit que l'aide médicale à mourir devait être assortie de mesures de sauvegarde strictes et rigoureusement appliquées. Sans cet amendement, il nous sera impossible d'obéir à la directive qu'elle nous a donnée.

Je sais que la question du partage des compétences inquiète certains sénateurs, alors permettez-moi d'en toucher brièvement un mot. J'ai moi-même étudié la question, et même si elle n'est pas à rejeter du revers de la main, je crois que nous ferions erreur en rejetant l'amendement sur cette base.

Je m'explique. Ce projet de loi, de ressort fédéral, autorise les infirmiers praticiens à aider un patient à mettre fin à ses jours. Je recommande simplement qu'ils agissent seulement sur la directive d'un médecin.

Comme nous modifions le Code criminel pour insérer une exemption aux dispositions sur l'homicide, le Parlement est tout à fait dans son droit de déterminer qui peut autoriser et prodiguer l'aide médicale à mourir. Il s'agit à mes yeux d'un amendement essentiel, et c'est pourquoi je vous demande aujourd'hui de l'appuyer.

MOTION D'AMENDEMENT

L'honorable Betty Unger : Par conséquent, honorables sénateurs, je propose :

Que le projet de loi C-14, tel que modifié, ne soit pas maintenant lu une troisième fois, mais qu'il soit modifié :

a) à l'article 2, à la page 3 :

(i) par substitution, à la ligne 10, de ce qui suit :

« cin, ou l'infirmier praticien agissant suivant les instructions d'un médecin, qui fournit l'aide médicale à »,

(ii) par adjonction, après la ligne 11, de ce qui suit :

« (1.1) Ne commet pas un homicide coupable le médecin qui donne les instructions à l'infirmier praticien de fournir l'aide médicale à mourir à une personne en conformité avec l'article 241.2. »,

(iii) par substitution, aux lignes 13 et 14, de ce qui suit :

« qui fait quelque chose en vue d'aider un médecin, ou un infirmier praticien agissant suivant les instructions d'un médecin, à fournir l'aide médicale à mourir à »;

b) à l'article 3 :

(i) à la page 4 :

(A) par substitution, à la ligne 5, de ce qui suit :

« médecin, ou l'infirmier praticien agissant suivant les instructions d'un médecin, qui fournit l'aide médi- »,

(B) par substitution, à la ligne 10, de ce qui suit :

« decin, ou un infirmier praticien agissant suivant les instructions d'un médecin, à fournir l'aide médicale à »,

(C) par substitution, aux lignes 14 à 18, de ce qui suit :

« autre qu'un médecin, ou un infirmier praticien agissant suivant les instructions d'un médecin, s'il la délivre sur ordonnance médicale rédigée, dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir en conformité avec l'article 241.2, par un médecin ou un infirmier praticien agissant suivant les instructions d'un médecin. »,

(ii) à la page 6 :

(A) par substitution, aux lignes 19 et 20, de ce qui suit :

« (3) Avant de fournir l'aide médicale à mourir ou de donner à un infirmier praticien l'instruction de fournir l'aide médicale à mourir, le médecin doit, à la fois : »,

(B) par substitution, à la ligne 29, de ce qui suit :

« avisée par un médecin »,

(iii) à la page 7 :

(A) par substitution, aux lignes 1 et 2, de ce qui suit :

« e) s'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin confirmant le respect de tous les cri- »,

(B) par substitution, aux lignes 4 et 5, de ce qui suit :

« f) être convaincu que lui, l'autre médecin visé à l'alinéa e) et, s'il y a lieu, l'infirmier praticien sont indépendants; »,

(C) par substitution, aux lignes 9 et 10, de ce qui suit :

« mourir est fournie ou, si lui et l'autre médecin visé à l'alinéa e) jugent que la mort de »,

(D) par substitution, dans la version anglaise, aux lignes 19 et 20, de ce qui suit :

« riod that the first medical practitioner considers appropriate in the circumstances; »,

(E) par substitution, aux lignes 14 et 15, de ce qui suit :

« **h** immédiatement avant que l'aide médicale à mourir soit fournie, donner à la personne la possibilité de retirer »,

(iv) à la page 8 :

(A) par substitution, aux lignes 10 à 13, de ce qui suit :

« **(6)** Pour être indépendant, ni le médecin qui fournit l'aide médicale à mourir ou qui donne à l'infirmier praticien l'instruction de fournir l'aide médicale à mourir, ni le médecin qui donne l'avis visé à l'alinéa (3)e, ni, s'il y a lieu, l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir, ne peut :

a) être en relation d'affaires avec l'un des autres, ni conseiller l'un des autres dans le cadre d'une relation de »,

(B) par substitution, à la ligne 21, de ce qui suit :

« **c)** savoir ou croire qu'il est lié à l'un des autres ou à la per- »,

(C) par substitution, à la ligne 27, de ce qui suit :

« **(8)** Le médecin ou l'infirmier praticien agissant suivant les instructions d'un médecin qui, dans le cadre »,

(D) par substitution, à la ligne 35, de ce qui suit :

« **241.3** Le médecin qui, dans le »,

(v) à la page 9 :

(A) par substitution, à la ligne 2, de ce qui suit :

« alinéas 241.2(3)b) à h) commet »,

(B) par adjonction, après la ligne 7, de ce qui suit :

« **241.301** Le médecin ou l'infirmier praticien agissant suivant les instructions d'un médecin qui, dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir, omet sciemment de respecter l'exigence prévue au paragraphe 241.2(8) commet une infraction et encourt, sur déclaration de culpabilité :

a) par mise en accusation, un emprisonnement maximal de cinq ans;

b) par procédure sommaire, un emprisonnement maximal de dix-huit mois. »

c) à l'article 4, à la page 9, par substitution, aux lignes 31 et 32, de ce qui suit :

« médecin qui reçoit une demande écrite d'aide médicale à mourir, ou l'infirmier praticien à qui un médecin a donné l'instruction de fournir l'aide médicale à mourir, doit, en conformité avec »;

d) à l'article 6, à la page 11 :

(i) par substitution, à la ligne 27, de ce qui suit :

« **a)** au médecin, ou à l'infirmier praticien agissant suivant les instructions d'un médecin, qui fournit »,

(ii) par substitution, à la ligne 31, de ce qui suit :

« un médecin, ou un infirmier praticien agissant suivant les instructions d'un médecin, à fournir l'aide ».

Je vous remercie.

Son Honneur le Président : Honorables sénateurs, l'amendement vous sera bientôt distribué. Le débat ne commencera pas avant que ce soit fait. Je crois comprendre par ailleurs que la sénatrice Unger vous a envoyé cet amendement par courriel avant la séance, mais un exemplaire papier vous est maintenant distribué.

J'invite les honorables sénateurs à prendre une pause s'ils le désirent, le temps que ce document soit distribué. Nous attendrons que tous les honorables sénateurs l'aient reçu avant de poursuivre le débat.

• (1740)

Quoi qu'il en soit, sénatrice Unger, votre temps de parole est écoulé et bon nombre de sénateurs se sont levés pour indiquer leur intention de poser des questions. Acceptez-vous de répondre à des questions?

La sénatrice Unger : Oui.

Son Honneur le Président : Demandez-vous une prolongation de votre temps de parole de cinq minutes?

La sénatrice Unger : Oui, s'il vous plaît.

Son Honneur le Président : Le consentement est-il accordé, honorables sénateurs?

Des voix : D'accord.

Son Honneur le Président : Nous avons une liste de sénateurs qui souhaitent poser des questions. L'amendement est distribué en ce moment. Une fois que ce sera fait, nous passerons aux questions.

L'honorable Mobina S. B. Jaffer : Sénatrice Unger, je vous remercie beaucoup de l'amendement. J'ai attentivement écouté votre exposé sur cet amendement dont vous nous avez fourni un exemplaire. Si j'ai bien compris, vous affirmez que le personnel infirmier ne devrait pas être en mesure d'aider une personne confrontée à un choix de vie ou de mort.

Sénatrice Unger, le Canada est un vaste pays et, lors de ses consultations, le comité a appris que de nombreuses localités ne peuvent compter que sur les services d'infirmiers praticiens parce qu'il n'y a pas d'autres professionnels de la santé sur place. Qu'arrive-t-il dans les vastes territoires ou les collectivités où il n'y a que des infirmiers praticiens? Les gens qui demandent l'aide médicale à mourir essuient-ils un refus?

La sénatrice Unger : Je vous remercie de votre question, sénatrice Jaffer.

Je crois que le ministre a parlé de ce qui arriverait dans de tels cas. Elle a affirmé que ni l'avortement ni l'aide médicale à mourir, par exemple, ne constituent une urgence médicale. S'il est impossible d'envoyer un médecin par avion pour assister une personne qui a demandé de l'aide médicale pour mourir, cette dernière peut être envoyée là où ce service est offert.

L'honorable Terry M. Mercer : Sénatrice Unger, j'étais curieux quand vous avez commencé à lire parce je me suis souvenu de vos antécédents professionnels avant d'accéder au Sénat. J'ai fait une vérification rapide pour m'assurer que ma mémoire ne me trompait pas. Vous étiez en fait infirmière.

Cela dit, je pensais que le pays se dirigeait, en règle générale, vers un système où des infirmiers autorisés ou praticiens extrêmement bien formés et qualifiés dispenseraient de plus en plus de services médicaux, en particulier dans les régions rurales.

La sénatrice Jaffer vous a posé une question. Si ce que vous préconisez dans votre réponse était mis en œuvre, cela isolerait des milliers, pour ne pas dire des millions, de Canadiens qui n'auraient pas accès aux services. Je ne défends rien; je n'ai pas encore décidé si j'appuierais ou non le projet de loi. Toutefois, je tiens à ce que, quels que soient les services qu'autorisera le projet de loi, tous y aient accès.

Depuis 30 ans, une province entière n'a pas accès à un service qui est offert dans toutes les autres provinces. Je ne pense pas que cela soit équitable. Si vous dites qu'une personne qui veut se prévaloir de ce service pourrait devoir se déplacer, cette situation risque de constituer un obstacle physique et psychologique pour elle. Si vous parlez d'un habitant du Nord du Canada, c'est bien loin pour lui, c'est très coûteux et, dans bien des cas, le trajet ne peut se faire ni en voiture, ni en train ni en autobus. Il devra prendre l'avion. Cette personne devra partir d'une région éloignée dans le Nord, peut-être pour aller dans une ville du Sud — ou dans un grand centre du Nord, si le service y est offert —, et je pense que c'est dans ces collectivités éloignées que nous avons commencé à développer notre réseau de soins de santé en nous appuyant sur les infirmiers. Au moyen d'un seul amendement, vous nous ramèneriez en arrière plutôt que de mettre en valeur les excellents services dispensés par les infirmiers.

La sénatrice Unger : Merci de ces commentaires, sénateur Mercer.

L'autre suggestion est qu'un médecin qui effectue sans doute des tournées régulières dans les collectivités éloignées apporte son aide, ou que l'on fasse appel à la vidéoconférence.

Je ne vis pas dans le Nord. Nombre de mes collègues qui y vivent pourraient probablement mieux répondre à cette question, mais il me semble entièrement possible que la personne qui demande ce service puisse obtenir l'aide d'un médecin qui viendrait jusqu'à elle.

Je dois préciser une chose au sujet de mon expérience professionnelle, honorables sénateurs. Il est vrai que j'ai été infirmière; toutefois, je n'ai pas exercé en milieu hospitalier. J'ai travaillé pendant des années dans des établissements de soins infirmiers et, pendant trois ans, j'ai travaillé dans une résidence pour personnes âgées à titre d'infirmière responsable. J'ai de l'expérience dans ces contextes. Par la suite, j'ai fondé et administré une entreprise de services infirmiers.

Son Honneur le Président : Sénatrice Unger, votre temps de parole est écoulé, mais j'ai vu que deux ou trois autres sénateurs voulaient poser des questions. Voulez-vous que l'on vous accorde encore cinq minutes?

La sénatrice Unger : Oui.

Son Honneur le Président : Est-ce d'accord, chers collègues?

Des voix : D'accord.

L'honorable Frances Lankin : Sénatrice Unger, puis-je vous poser une autre question?

La sénatrice Unger : Oui.

La sénatrice Lankin : Merci.

J'ai écouté avec attention et je sais que vous avez bien réfléchi à la question des compétences provinciales. Je veux revenir sur ce point parce que je ne sais pas si j'ai la même interprétation que vous et j'aimerais comprendre comment votre réflexion vous a amenée à croire que cette question relevait de la compétence fédérale.

Premièrement, je me rappelle que, avant l'adoption de la Charte, le respect de la compétence au Sénat signifiait qu'il fallait déterminer si une question était de compétence fédérale ou provinciale. C'était notre devoir. Cela demeure important lorsque nous examinons la question de la conformité à la Constitution.

Le champ d'activité d'un professionnel de la santé, comme vous le savez, est régi par les lois applicables aux professions de la santé, qui sont des lois provinciales. Ce champ d'activité varie légèrement selon la province. À certains endroits, les infirmiers praticiens ont un champ d'activité distinct, différent de celui des infirmiers exerçant le plus de responsabilités. Cela varie selon la province.

Le projet de loi, et cette exemption dont vous parlez, lève le risque de poursuite en vertu du Code criminel. Il ne permet pas à quelqu'un de poser un geste qui n'entre pas dans son champ d'activité. Alors si, dans une province, le champ d'activité d'un infirmier praticien ne comprend pas la participation à un acte d'aide médicale à mourir, cet infirmier ne peut pas intervenir dans le cadre de ses fonctions. Dans une province où les infirmiers ont ce type de compétences, vos amendements leur enlèvent une part de leurs pouvoirs et ils devront agir sous la direction d'un médecin.

Pour certains aspects de leur champ d'activité, les infirmiers relèvent actuellement du médecin, alors pour d'autres, ils sont autonomes. Je signale que nous parlons d'une réglementation provinciale, de lois provinciales et d'une compétence provinciale.

Si votre loi réduit le champ d'activité d'un infirmier relativement à ce que prévoit la loi provinciale en précisant qu'un médecin doit donner son autorisation avant que l'infirmier puisse agir, est-ce que cela ne touche pas à la compétence provinciale?

La sénatrice Unger : Merci, sénatrice. Je ne suis pas certaine de pouvoir répondre à toutes vos questions.

J'en conviens, les services de santé — et ce service est un service de santé — sont de compétence provinciale. Toutefois, dans le cas du projet de loi, les médecins, les professionnels de la santé, les infirmiers praticiens et les infirmiers autorisés sont souvent mentionnés, et le projet de loi légalise l'homicide. Il me semble donc qu'il faut une certaine surveillance fédérale.

• (1750)

Les provinces, je le sais, adopteront leur propre loi sur la question, donc je ne considère pas qu'il y a nécessairement conflit entre les deux. Les choses doivent, selon moi, rester telles qu'elles sont.

L'honorable Donald Neil Plett : Merci beaucoup, sénatrice Unger, d'avoir proposé cet amendement.

Comme vous le savez certainement, en Ontario, les infirmiers praticiens ne sont même pas autorisés à demander qu'un patient passe un tomodensitogramme ni à prescrire des narcotiques, et pourtant, ce projet de loi les autorise à évaluer la capacité d'une personne et à décider si celle-ci peut demander une aide au suicide.

Tout d'abord, je trouve cela un peu contradictoire. Certes, notre collègue d'en face nous a dit plusieurs fois que cela relève des provinces. Je ne vois pas très bien pourquoi le gouvernement fédéral a rédigé un projet de loi si la question relève entièrement des provinces. J'estime que lorsqu'il élabore une loi, ce que celle-ci régit tombe sous le coup de cette loi et, comme vous dites, les infirmiers praticiens sont mentionnés de nombreuses fois dans le projet de loi.

J'aimerais savoir si vous trouvez contradictoire qu'un infirmier praticien ne puisse pas demander un tomodensitogramme ni prescrire des narcotiques, mais qu'il puisse autoriser une aide au suicide.

Pendant que j'ai la parole, puis-je vous demander de répondre à une autre question? Je ne suis pas certain que vous étiez présente au comité ce jour-là, mais je pense que c'est à la présidente de l'association des infirmières et infirmiers que j'ai posé des questions sur l'objection de conscience. Elle a bien insisté sur le fait que l'aide au suicide, comme l'avortement, n'est généralement pas comme une chirurgie d'urgence, où il faut que quelqu'un soit là sur-le-champ.

Je sais que le sénateur Patterson veut parler et qu'il vit dans le Nord, mais je me suis rendu dans toutes les collectivités nordiques de l'Ontario et du Manitoba ainsi que dans toutes les régions de l'Arctique, et il y a des vols si ce n'est tous les jours, tous les deux ou trois jours pour s'y rendre et pour en partir. Je pense donc que lorsqu'une personne se trouve dans une telle situation, on pourrait certainement attendre un ou deux jours pour la faire transporter par avion ou pour faire venir un médecin, et c'est ce qu'a proposé cette infirmière, que des médecins puissent venir en avion pour évaluer le cas et aider l'infirmier praticien.

[La sénatrice Lankin]

Son Honneur le Président : Honorables sénateurs, le temps de parole prolongé que l'on avait accordé à la sénatrice Unger est expiré. Avant de demander qu'on lui accorde l'autorisation de répondre au sénateur Plett, j'aimerais suggérer aux sénateurs qui souhaitent soulever certaines questions de plutôt prendre la parole en tant qu'intervenants dans le débat, car le temps de parole accordé à la sénatrice Unger a expiré à deux reprises.

Est-ce que l'on consent à ce que la sénatrice Unger réponde à la question?

Des voix : D'accord.

La sénatrice Unger : Merci, sénateur Plett. Vous soulevez d'excellentes questions que je vais tenter d'éclaircir.

Le rôle des infirmiers praticiens, et même celui des infirmiers autorisés, varie d'une province à l'autre. Si, dans vos recherches sur Internet, vous consultez le site web de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, vous verrez qu'il n'y a pas de définition unique du terme « infirmier praticien ».

Étant donné les nombreuses variantes de la définition d'« infirmier praticien », je crois qu'il faut préciser qu'il s'agit d'un infirmier praticien agissant suivant les instructions d'un médecin.

Au sujet de votre deuxième point, sénateur Plett, je dirais que la réponse réside dans l'élargissement réel des soins de santé. Il est beaucoup plus facile aujourd'hui qu'il y a, disons, 10 ans, de consulter un médecin dans les régions éloignées du Nord, pour la bonne raison que les médecins utilisent plus souvent l'avion pour se rendre au chevet des malades, quel que soit leur état, et surtout en cas d'urgence.

L'honorable Jane Cordy : Merci beaucoup, sénatrice Unger, d'avoir proposé cet amendement. Pendant que vous parliez, j'ai pris quelques notes. J'espère ainsi retrouver le fil de mes idées.

Comme on l'a indiqué, la profession d'infirmier praticien est réglementée par les provinces et les territoires. Terre-Neuve-et-Labrador et le Manitoba ont réglementé la profession en 1997. Le dernier territoire à le faire a été le Yukon en 2012, ce qui fait qu'aujourd'hui, toutes les provinces et tous les territoires réglementent la profession d'infirmier praticien.

Le site web du College of Registered Nurses of Nova Scotia précise en quoi consiste le rôle des infirmiers praticiens. Je vais en lire quelques mots, puisque je viens de la Nouvelle-Écosse. Avant de commencer, toutefois, certaines personnes ont demandé quels sont les règlements à l'échelle nationale.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, voici les exigences auxquelles doivent satisfaire les infirmiers praticiens :

Toute personne qui désire exercer à titre d'IP [infirmier praticien] au Canada doit satisfaire aux exigences suivantes :

- être une infirmière autorisée;
- détenir un certificat post-baccalauréat en formation des IP, un certificat d'études supérieures en formation des IP ou un diplôme d'études supérieures en formation des IP;
- réussir un examen d'admission à l'exercice qui varie selon le domaine de spécialité. Il incombe à l'organisme de réglementation du personnel infirmier de décider du ou des examens à faire;

Le dernier point est le suivant :

- le cas échéant, s'inscrire à un organisme de réglementation provincial ou territorial.

Voilà qui relève clairement des provinces et des territoires.

En Nouvelle-Écosse, pour devenir infirmier praticien, il faut d'abord être un infirmier autorisé, mais cela figure dans la mesure législative de toute façon. Voici les exigences :

[...] doit terminer un programme d'enseignement approuvé pour les infirmiers praticiens, posséder les compétences de base requises pour les infirmiers praticiens, réussir l'examen des infirmiers praticiens qui a trait à leur domaine particulier et obtenir [...] tous les autres permis requis.

Sur le site web du College of Registered Nurses of Nova Scotia, on peut lire que :

L'infirmier praticien doit :

- posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour diagnostiquer et traiter les maladies graves et chroniques;
- prescrire des médicaments;
- prescrire et interpréter des tests de laboratoire et des tests de diagnostic;
- réaliser des interventions;
- aiguiller des clients vers d'autres fournisseurs de soins de santé et accepter des consultations de clients aiguillés par d'autres fournisseurs de soins de santé.

Obtenir des consultations de la part d'autres fournisseurs de soins de santé fait partie des tâches de l'infirmier praticien. On constate que les infirmiers praticiens interviennent directement auprès de leurs patients et qu'ils sont très au courant de l'état de santé de celui-ci. On constate que les infirmiers praticiens sont aussi très bien formés, mais nous sommes conscients qu'il s'agit d'une compétence provinciale et territoriale.

Sénatrice Unger, vous avez mentionné que le médecin pourrait prendre une décision en fonction d'une consultation par vidéoconférence.

Personnellement, je préférerais que la décision soit prise par un infirmier praticien qui serait à mes côtés plutôt que par un médecin qui interviendrait par vidéoconférence depuis Halifax, Montréal ou ailleurs.

Tout comme vous, sénatrice Unger, si le projet de loi doit être adopté — et la Cour suprême a statué que les Canadiens avaient droit à l'aide médicale à mourir —, je tiens à ce que la loi contienne des lignes directrices et des mesures de sauvegarde pour protéger les Canadiens vulnérables. Toutefois, nous devons ce faisant veiller à ce que les lignes directrices soient équitables et à ce que tous les Canadiens, où qu'ils vivent, aient accès au service.

Il y a des infirmiers praticiens à Halifax, à Ottawa, à Montréal, à Edmonton et à Vancouver, et ils peuvent facilement consulter un praticien ou un médecin ou agir sur les instructions de ces personnes pour offrir une aide médicale à mourir, mais je ne suis pas certaine

que les infirmiers praticiens à Pelly Crossing, au Yukon, à Yellowknife, à Iqaluit ou encore dans le Nord de la Colombie-Britannique ou du Québec soient en mesure de le faire facilement, sans consultation par vidéoconférence — ce qui, déjà, ne me paraît pas une façon idéale de procéder. Dans de nombreuses régions éloignées, il n'y a que des infirmiers praticiens.

Je ne peux pas appuyer l'amendement pour deux raisons : premièrement, le règlement applicable aux infirmiers praticiens relève clairement des provinces et des territoires. Comme vous l'expliquez dans la lettre que vous avez adressée aux sénateurs la semaine dernière — et je vous suis reconnaissante d'avoir soumis vos amendements à l'avance pour que nous puissions les examiner :

Cet amendement pourrait soulever certaines préoccupations relatives à des questions de compétence.

À mes yeux, cela suscite effectivement des préoccupations en matière de compétence.

Deuxièmement, même si je crois que nous avons besoin de lignes directrices et de mesures de sauvegarde très solides dans une loi sur l'aide médicale à mourir, je suis convaincue que le libellé actuel du projet de loi prévoit des mesures de protection tout en respectant la décision de la Cour suprême, parce qu'il ne faut pas oublier que la Cour suprême a décrété que tous les Canadiens doivent avoir accès à l'aide médicale à mourir. Que cela nous plaise ou non, c'est ce qu'a décidé la Cour suprême.

Le fait d'amender le projet de loi pour que les infirmiers praticiens puissent agir uniquement sur les instructions d'un médecin entraînera une application inégale de la loi, en particulier dans les régions éloignées du Canada. Cela limiterait injustement l'accès, à mon avis, aux personnes qui vivent en région éloignée. Merci.

• (1800)

L'honorable Grant Mitchell : Je ne l'appuierai pas non plus. Cela ne veut pas dire que je ne respecte pas la position de la sénatrice Unger. Elle a parlé éloquemment de cette question à plusieurs reprises. Il est manifeste que c'est un sujet qu'elle a à cœur et qu'elle défend vivement les personnes qui partagent son point de vue, ce qui devrait nous inspirer à tous un immense respect.

J'aimerais aborder un point qui a été souligné par le sénateur Plett, soit la question du champ d'activité. La sénatrice Unger l'a expliqué de plusieurs façons, mais elle a aussi signalé en réponse à une des questions que, dans son cas, sa pratique médicale ne lui aurait pas donné le bagage, l'expérience et les connaissances pour agir de la façon prévue dans ce projet de loi pour une infirmière praticienne. Le sénateur Plett a ajouté que, d'après la façon dont la fonction d'infirmier praticien est définie en Ontario, eux non plus n'auraient pas le bagage ou l'expérience pour agir de cette façon.

Si cela peut les réconforter, je vais lire le passage du projet de loi qui décrit précisément, dans la définition d'« infirmier praticien », les qualifications et les compétences qu'il leur faut pour agir comme le prévoit ce projet de loi. La définition dit ceci :

infirmier praticien Infirmier agréé qui, en vertu du droit d'une province, peut de façon autonome, à titre d'infirmier praticien ou sous toute autre appellation équivalente...

— et c'est ici que la définition devient précise —

... poser des diagnostics, demander et interpréter des tests de diagnostic, prescrire des substances et traiter des patients.

Il s'agit d'une catégorie très particulière d'infirmiers praticiens. Leur formation, leur expertise et leur expérience sont définies très précisément dans le projet de loi, et cette définition cadre avec la formation et l'expertise qui leur donneraient les qualifications nécessaires pour effectuer ce que le projet de loi leur permet de faire.

Même si l'amendement de la sénatrice découle d'une crainte et vise à accroître les mesures de prudence, le projet de loi répond à sa crainte et la définition d'« infirmier praticien » qui s'y trouve déjà répond au problème qu'elle veut éviter ou à l'aspect qu'elle cherche à corriger. On a pris en considération cet aspect et on l'a réglé dans le projet de loi. Même si l'amendement de la sénatrice se fonde sur de bonnes intentions, il n'est pas nécessaire, puisque cet aspect est déjà couvert dans le projet de loi. Je ne l'appuierai donc pas.

L'honorable John D. Wallace : Sénateur Mitchell, pour situer l'amendement de la sénatrice Unger en contexte, le projet de loi découle évidemment de l'arrêt *Carter*. Selon ce que j'ai vu, la Cour suprême parle exclusivement des médecins qui participent à l'aide médicale à mourir. J'y ai d'ailleurs souvent réfléchi dans le contexte de l'aspect soulevé par la sénatrice Unger. Il n'est nulle part question d'infirmiers ou d'infirmiers praticiens. Je suppose que c'est à cause de la gravité et du sérieux de cet acte. La Cour suprême voulait être certaine que les professionnels de la santé touchés soient tout à fait qualifiés pour offrir les expertises médicales nécessaires.

Cela dit, le paragraphe 106 de l'arrêt *Carter* dit ceci :

Le juge de première instance a conclu qu'il était possible pour un médecin qualifié et expérimenté d'évaluer de manière sûre la capacité du patient et le caractère volontaire de sa décision, et que la coercition, l'abus d'influence et l'ambivalence pouvaient tous être évalués de façon sûre dans le cadre de ce processus.

On y dit également ce qui suit :

Elle a estimé qu'il serait possible pour les médecins d'appliquer la norme du consentement éclairé à l'égard des patients qui demandent de l'aide pour mourir, et elle a ajouté la mise en garde suivante : les médecins devraient s'assurer que les patients sont informés comme il se doit de leur diagnostic et de leur pronostic ainsi que des soins médicaux qu'ils peuvent recevoir [...]

Au paragraphe 127, on peut lire ceci :

[...] l'al. 241*b*) et l'art. 14 du Code criminel sont nuls dans la mesure où ils prohibent l'aide d'un médecin pour mourir à une personne adulte capable [...]

Croyez-vous que le projet de loi est conforme à l'intention qui semble avoir été clairement exprimée par la Cour suprême?

Le sénateur Mitchell : Monsieur le sénateur, je vous remercie de la question. J'ai précisé clairement lors de ce débat que, selon moi, même si les tribunaux fournissent des directives fortes et lourdes de conséquences, les gouvernements peuvent et doivent gouverner. Ils doivent composer avec les problèmes pratiques et les pressions quotidiennes liés à l'administration et la gestion de programmes comme celui-ci.

[Le sénateur Mitchell]

Je ne suis pas avocat, mais j'ai constaté que certaines personnes, et je pense que vous en faites partie, soutiennent qu'on ne peut pas accepter explicitement les dispositions de l'arrêt *Carter* sur la mort raisonnablement prévisible parce que l'arrêt ne se limite pas à cela. Vous admettez que vous n'interprétez pas l'arrêt *Carter* explicitement. Toutefois, c'est ce que vous me demandez de faire dans ce cas en disant que, puisque l'arrêt ne mentionne pas les infirmiers praticiens, nous ne devrions pas parler d'eux. Vous ne pouvez pas jouer sur les deux tableaux.

Pour renforcer la relation entre les tribunaux et le Parlement, la Cour suprême a reconnu que cette dernière repose sur le dialogue. Elle a expliqué cette relation dans l'affaire *R. c. Mills*, où l'on peut lire ce qui suit :

Insister sur une conformité servile irait à l'encontre du respect mutuel qui sous-tend les rapports entre les tribunaux et le législateur et qui est si essentiel à notre démocratie constitutionnelle [...]

Cela veut dire que les tribunaux donnent l'occasion au Parlement, qui a la responsabilité de gouverner, de faire des ajustements à ce qui semble être des décisions claires.

En l'occurrence, étant donné la nécessité de tenir compte des régions rurales et éloignées, comme l'a si bien fait valoir la sénatrice Cordy, entre autres, la définition d'infirmier praticien est conforme à la pratique requise et à la nécessité d'appliquer le programme partout au pays, même dans les endroits les plus éloignés.

Nous ne devrions pas négliger de rendre justice aux infirmiers. Ils travaillent extrêmement fort dans bien des régions éloignées, ils subissent énormément de pressions et ils se distinguent depuis de nombreuses années — des décennies — par leur travail d'une très grande qualité. Personnellement, j'ai une grande confiance à leur égard et à l'égard des services qu'ils fournissent. Ils sont plus que capables, avec cette liste précise de connaissances, d'expérience, d'éducation et de pratique, de satisfaire aux critères de l'arrêt *Carter* et d'assurer ce service d'une manière prudente et attentive.

Le sénateur Wallace : Sénateur, je veux simplement préciser que je ne plaçais pas en faveur de l'amendement de la sénatrice Unger. J'ai fait quelques observations à ce sujet. Je vous demandais si, selon vous, le projet de loi était conforme à l'arrêt *Carter*, car le libellé semble clairement indiquer, au paragraphe 127, que les dispositions du Code criminel ont été jugées nulles dans la mesure où elles prohibent l'aide d'un médecin pour mourir. Cela semble être assez clair. J'ai entendu votre réponse et je vous en remercie.

• (1810)

Le sénateur Plett : Sénateur Mitchell, il est un peu insultant que vous nous accusiez de rabaisser, de dévaloriser les infirmiers praticiens parce que nous voulons que des médecins interviennent. C'est tout à fait injuste. Mais c'est là une observation plutôt qu'une question.

Voici ma question : si, à Pond Inlet, quelqu'un a besoin d'une appendicectomie, doit se faire enlever les amygdales ou se faire opérer pour une hernie, il est probable que nous enverrons un chirurgien ou que nous transporterons le patient par avion. Tout cela est beaucoup moins grave qu'une demande d'aide au suicide. Proposez-vous que les infirmiers praticiens fassent aussi des

chirurgies? Ces patients devront être transportés par avion ou il faudra envoyer un chirurgien sur place. Et je le répète, ces problèmes de santé ne sont pas une question aussi grave que la volonté d'une personne de mettre fin à ses jours. Comment conciliez-vous cela? Dans un cas, l'infirmier praticien ne peut intervenir, mais il est censé aider à la prise de décision sur le dernier moment d'une personne sur terre?

Le sénateur Mitchell : Merci, sénateur Plett. Je dirais qu'il existe une différence qualitative entre retirer l'appendice et étudier une demande d'aide à mourir. On n'a pas besoin de connaître une personne pour lui enlever son appendice, mais il se peut que quelqu'un qui vit dans une région comme celle de Pond Inlet, par exemple, ait été soigné par un infirmier praticien pendant de longues années. L'infirmier praticien connaît la personne, ses antécédents, son histoire, sa personnalité et il est probablement en bien meilleure position pour évaluer la capacité de cette personne de demander l'aide à mourir que ne le serait un médecin de passage pour une journée, qui ne connaît pas la personne, sa situation, sa vie, sa personnalité, ses traits de caractère, puisqu'il n'aurait jamais eu de relation avec cette personne. Difficile de dire que le médecin est mieux placé pour évaluer la demande de cette personne que ne l'est l'infirmier praticien qui a travaillé avec elle pendant des années, la connaît intimement et la comprend...

Je dirais que l'infirmier praticien est en meilleure posture pour évaluer la demande de la personne que ne le serait un médecin qui vient d'une ville quelconque au Canada et arrive par avion pour passer quelques heures sur place et faire cette évaluation.

Le sénateur Plett : Il se peut fort bien que vous ayez raison, sénateur Mitchell, mais je ne crois pas que l'amendement proposé par la sénatrice Unger dise que le médecin n'est pas autorisé à collaborer avec l'infirmier praticien. Le médecin évaluera l'état de santé de la personne, non son humeur, les variations de son humeur, ce que peut faire quelqu'un qui s'en est occupé régulièrement. Le médecin vérifiera l'historique médical de la personne, les tableaux des résultats. Il ne restera pas là seulement 15 minutes.

Je le répète, il s'agit du dernier moment d'une vie, et le médecin sera sûrement assez professionnel pour collaborer avec l'infirmier praticien pour prendre la décision finale.

Le sénateur Mitchell : Je crois simplement que, au moment où cette décision se prend, l'état de santé est extrêmement important, mais probablement aussi très évident. Un infirmier praticien qui a les antécédents énumérés ici, qui a le pouvoir de faire des diagnostics seul, d'ordonner et d'interpréter des tests de diagnostic, est probablement parfaitement capable de faire cette évaluation.

L'étape suivante de cette évaluation concerne la nature même de la personne. Pour faire une évaluation adéquate et correcte, je dirais que quelqu'un qui connaît la personne et s'en est occupé longtemps dans une relation à caractère médical, serait tout aussi efficace, voire plus efficace qu'un médecin qui ne connaît pas du tout la personne.

Son Honneur le Président : Acceptez-vous une autre question, sénateur Mitchell?

L'honorable Yonah Martin (leader adjointe de l'opposition) : J'ai eu une conversation avec un pneumologue au sujet du projet de loi. Il parlait des compétences et de l'expérience très précises nécessaires pour recevoir une demande de cette nature, songeant par exemple aux gens qui travaillent en soins palliatifs.

J'ai écouté ce que vous avez dit des infirmiers praticiens. J'éprouve aussi un grand respect pour eux, mais, si je me fie à mon expérience et à mes observations, ceux qui peuvent connaître le patient encore mieux que l'infirmier praticien — ceux qui sont responsables de plusieurs étages et circulent dans les services — sont les préposés aux soins. Ils travaillent de très près avec les patients, parfois 24 heures par jour.

Si vous cherchez à savoir qui connaît le mieux les patients, il y a d'autres personnes dont il faut tenir compte. Il s'agit d'un domaine très spécialisé. Ne convenez-vous pas que, lorsqu'il s'agit de soins en fin de vie, il faut vraiment des professionnels de la médecine très spécialisés pour pouvoir prendre ces décisions?

Son Honneur le Président : Sénateur Mitchell, votre temps de parole est écoulé. Demandez-vous le consentement de répondre à la question?

Le sénateur Mitchell : Oui, s'il vous plaît.

Son Honneur le Président : Le consentement est-il accordé, honorables sénateurs?

Des voix : D'accord.

Le sénateur Mitchell : Vous pourriez soutenir que bien des médecins ont le bagage nécessaire, mais pas forcément l'expérience voulue, par exemple, pour évaluer les problèmes pulmonaires auxquels vous faites allusion dans votre exemple. Je m'attendrais à ce que l'infirmier praticien ou le médecin qui n'a pas cette expérience seraient assez professionnels pour comprendre qu'il faut consulter quelqu'un d'autre pour s'assurer d'avoir posé le bon diagnostic. Cela me semble aller de soi.

Un médecin qui a besoin d'aide pour évaluer un problème pulmonaire arriverait probablement à cette conclusion, tout comme le ferait un infirmier praticien hautement professionnel, compétent, bien formé relevant de l'administration provinciale. Je ne crois pas que ce soit l'élément qui distingue l'un de l'autre. En fait, ce point de vue se défend probablement pour les deux également.

L'honorable Carolyn Stewart Olsen : Je tiens à donner mon point de vue sur cet amendement, parce que je connais la situation et que j'ai travaillé dans ces régions. Il y a un grand malentendu chez bien des gens.

Je vais appuyer l'amendement dans l'intérêt des infirmiers praticiens et des infirmiers.

Les décisions comme celle-là sont énormes. Elles ne sont pas prises par une personne ni même deux. Elles doivent être l'aboutissement d'une approche d'équipe dans les hôpitaux, dans les petites localités où il y a seulement un infirmier praticien qui dirige l'unité des soins médicaux, et dans le Nord. Rien ne doit se faire qui rende ceux qui dispensent les soins infirmiers mal à l'aise. Les infirmiers sont des membres précieux de l'équipe chargée d'assurer les soins de santé. Les médecins, les nutritionnistes et les psychiatres font tous partie d'une équipe.

Quand une personne est en fin de vie ou est plongée dans des souffrances qui lui semblent insupportables, elle n'arrive pas du jour au lendemain en disant qu'elle voudrait mourir. Il doit y avoir bien des documents. Certains ont fait ressortir ce point.

Je vais parler des localités du Nord. Les infirmiers font tout. Leurs dossiers sont transmis à un centre principal, au médecin qui supervise leur travail. Il y a toujours un médecin qui supervise leur travail. Pour moi, il serait impensable de décider de mettre fin à une vie sans l'appui de mes collègues.

Je ne parlerais pas vraiment de la formation. En toute justice, sénateur, je crois que cela n'est ni pertinent ni applicable. Tous ceux qui pratiquent la médecine de quelque façon sont formés au plus haut degré. Ils sont tous excellents, ils essaient de faire de leur mieux.

Dans ce cas-ci, nous devons assurer l'accès aux services à tous. Cependant, les gens qui habitent dans des localités éloignées — et je sais de quoi je parle — ont parfois un meilleur accès que moi, peut-être, à Port Elgin, où je dois attendre un rendez-vous. Les cas urgents sont traités d'urgence, et toutes les provinces ont des règles en place à cet égard.

• (1820)

Si vous demandez aux infirmiers praticiens de prendre cette décision sans avoir l'appui de leur équipe, je ne crois pas que ce soit juste pour eux. Nous devons y penser en réfléchissant à cet amendement particulier. Je vous remercie.

Son Honneur le Président : Nous reprenons le débat. Le sénateur Boisvenu a la parole.

[Français]

L'honorable Pierre-Hugues Boisvenu : Merci à la sénatrice Unger de sa proposition. C'est un sujet dont on a discuté au sein du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles dans le cadre de l'étude préalable du projet de loi, ce fameux débat sur le pouvoir accordé aux infirmières.

Le comité est arrivé à des conclusions très intéressantes. Tout d'abord, l'évolution de la profession d'infirmière vers la superinfirmière nous indique que ces personnes assumeront de plus en plus de responsabilités dans le domaine médical.

L'autre élément très important, c'est que, dans le domaine médical, on voit se développer la médecine à distance, par Internet. J'ai vu, au Québec, des médecins qui, à partir de Montréal, procédaient à des interventions chirurgicales sur des gens situés à la baie James par l'intermédiaire d'une infirmière ou d'une superinfirmière, en lui transmettant des indications très précises par Internet. Il y a des choses qui se font de façon magnifique grâce à ces communications de longue distance.

Par ailleurs, je voterai contre cette proposition, car, à mon avis, elle va à l'encontre de l'évolution de la profession médicale et elle risque de nuire aux régions éloignées. Je viens d'une région éloignée et moins peuplée, l'Abitibi-Témiscamingue, où plusieurs services sont offerts par des superinfirmières.

Il faut comprendre que la relation entre les médecins et les infirmières relève des provinces et des corps professionnels. Je n'imaginerais jamais au Québec une superinfirmière qui puisse avoir

la responsabilité de gérer, de façon globale, le dossier de fin de vie d'un patient. Pour moi, c'est inconcevable. Il y aura toujours un encadrement médical de la part d'un ou de deux médecins ou d'un spécialiste qui suivront ce patient, peut-être à distance, et qui poseront des diagnostics.

Le rôle de l'infirmière sera d'administrer le médicament si le patient désire mettre fin à ses jours. Nous sommes loin d'une pratique uniforme, partout au Canada, où l'infirmière prendrait l'entière responsabilité de diagnostiquer, de suivre le patient et de lui administrer éventuellement l'aide médicale à mourir, si telle est son intention. Nous ne nous retrouvons pas du tout dans ce registre.

Ainsi, il m'est impossible de voter en faveur de cet amendement, parce qu'il va à l'encontre de l'évolution de la médecine, qui vise à ce que les médecins offrent des soins de la même qualité à des patients éloignés, souvent grâce à l'intervention d'une superinfirmière bien formée, compétente et bien encadrée. C'est donc pour cette raison que je voterai contre cette proposition.

[Traduction]

L'honorable Denise Batters : Honorables sénateurs, je voudrais dire quelques mots en faveur de cet amendement tendant à limiter le rôle des infirmières praticiennes dans le suicide assisté.

Pour faire suite à ce que le sénateur Wallace a dit plus tôt, je fais remarquer que l'arrêt *Carter* de la Cour suprême du Canada ne contenait absolument aucune mention des infirmiers praticiens. Tout le long du jugement, le mot « médecin » est utilisé plus d'une centaine de fois dans le contexte du suicide assisté, et notamment au paragraphe clé 127, mais l'expression « infirmier praticien » ne figure nulle part dans le jugement. Je soutiens qu'il n'entrait pas dans les intentions de la Cour suprême du Canada d'étendre aux infirmiers praticiens le pouvoir d'évaluer des patients et d'approuver leur demande d'aide médicale à mourir, ni le pouvoir d'administrer cette aide.

Tant la ministre de la Santé que la ministre de la Justice ont affirmé que les infirmiers praticiens ne sont mentionnés dans le projet de loi C-14 que pour améliorer l'accès au suicide assisté pour les Canadiens des régions rurales et éloignées. Pourtant, le recours à ces infirmiers n'est soumis à aucune restriction géographique dans le projet de loi. Cela signifie essentiellement que les patients auront la possibilité de chercher non seulement un médecin pouvant leur offrir le suicide assisté, mais aussi un infirmier en mesure de donner le même service. Fait encore plus troublant, le projet de loi permet que deux infirmiers praticiens approuvent et administrent le suicide assisté sans l'approbation d'un médecin. Ce n'est conforme ni à l'intention de la Cour suprême ni à ce que les Canadiens veulent.

Dans deux des provinces les plus peuplées du Canada, l'Ontario et la Colombie-Britannique, les infirmières praticiennes ne sont pas actuellement autorisées à prescrire des narcotiques. À certains endroits, elles ne peuvent pas prescrire des tests et ainsi de suite sans l'approbation d'un médecin.

En Ontario, par exemple, une infirmière praticienne ne peut pas prescrire de la codéine. Pourtant, aux termes du projet de loi C-14, elle aurait le pouvoir de décider si un patient peut ou non mourir. Je ne vois aucune logique là-dedans.

[La sénatrice Stewart Olsen]

Je n'essaie pas du tout de rabaisser l'important rôle que jouent les infirmières praticiennes dans le système de santé. Elles sont instruites et compétentes. Il n'en reste pas moins qu'elles ne sont pas médecins. Lorsqu'il s'agit de prendre une décision au sujet d'un suicide assisté, une décision de vie ou de mort, il est nécessaire d'avoir la formation, l'expertise et l'agrément d'un médecin.

Si, comme les deux ministres l'affirment, c'est une question d'accès, alors les amendements de la sénatrice Unger constituent un compromis raisonnable. Ils laisseraient, à juste titre, au médecin la décision quant à la compétence et au consentement éclairé du patient, mais permettraient à des infirmières praticiennes d'offrir une aide au suicide après évaluation et approbation du cas par un médecin. Cela donnerait la possibilité de remédier au problème de l'accès dans les régions rurales et éloignées tout en laissant aux médecins le pouvoir ultime de prendre la décision relative au suicide assisté.

Pour ces raisons, honorables sénateurs, j'appuierai les amendements de la sénatrice Unger. Je vous engage à en faire de même. Je vous remercie.

Son Honneur le Président : Reprenons le débat. Le sénateur Patterson a la parole.

L'honorable Dennis Glen Patterson : Tout d'abord, j'appuie les infirmières praticiennes. C'est ce qu'ont également dit la plupart de nos collègues ici. Dans le Nord — je parlerai particulièrement du Nunavut, que je connais depuis un certain temps —, les infirmières praticiennes constituent la base des services de santé. Le Nord a toujours été un chef de file dans la prestation de services de santé accessibles et parfois de services d'urgence aux localités éloignées. En parlant en faveur de cet amendement, je ne suggère nullement que je ne fais pas confiance aux infirmières praticiennes.

Le fait est que la plupart des collectivités du Nunavut, même les plus peuplées, ne disposent pas de services Internet adéquats. Nous n'avons pas de fibre optique. La largeur de bande est tellement étroite qu'on ne peut pas avoir Netflix et, à plus forte raison, consulter un médecin par Internet.

L'amendement parle d'un infirmier praticien agissant suivant les instructions d'un médecin. Je crois savoir que, dans de rares cas, cela peut même se faire au téléphone.

En réalité cependant, Votre Honneur, les gens gravement malades ou atteints d'une maladie terminale sont évacués vers trois centres régionaux du Nunavut qui sont dotés de médecins pendant toute l'année. Le Nunavut consacre près d'un tiers de son budget de santé aux transports pour raisons médicales. Il y a également lieu de noter que ce montant s'élevait à environ 65 millions de dollars en 2014 et 2015. Près de la moitié de ce budget va aux déplacements des médecins qui vont faire leurs visites dans les collectivités. Il est possible, dans ce cas, qu'un médecin et une infirmière praticienne s'occupent d'un patient en phase terminale, comme le prévoit l'amendement.

Les 57 millions restants ont servi à transporter les malades à l'extérieur du territoire, par exemple à Ottawa, à Winnipeg ou encore à Edmonton, si le point de départ se trouve dans les Territoires du Nord-Ouest.

Ma préoccupation au sujet du projet de loi découle du fait que l'amendement du sénateur Joyal a étendu les catégories de personnes pouvant se prévaloir de l'aide médicale à mourir. Nous

avons adopté cet amendement, je le crains, sans examiner à fond la question des mesures de sauvegarde. Pour moi, le fait de laisser la responsabilité à des infirmiers praticiens dans une région isolée crée une situation plus risquée.

• (1830)

Comme je l'ai dit, j'appuie le travail des infirmiers praticiens, mais je crois que plusieurs d'entre eux, face à une décision aussi grave, se féliciteraient d'avoir l'avis d'un médecin et, comme l'a dit un autre sénateur, iraient en consulter un pour ne pas avoir à supporter la responsabilité, si le patient se trouve effectivement dans un endroit éloigné.

Comme je m'inquiète de l'élaboration de mesures de sauvegarde et que je crois qu'il peut y avoir des cas — ce serait probablement rare — où un infirmier praticien serait appelé à participer à l'aide médicale à mourir, l'amendement serait sensé. C'est pour cette raison que je l'appuie.

Je veux également dire que j'ai entendu aujourd'hui beaucoup de discussions concernant les champs de compétence provinciaux et fédéraux. Le projet de loi mentionne les infirmiers praticiens. Je crois donc qu'il est logique de se soucier de la responsabilité qui leur incombe en vertu du projet de loi et de cet amendement.

Je suis donc en faveur du renforcement des mesures de sauvegarde compte tenu de l'élargissement des catégories de patients visés par l'amendement du sénateur Joyal, auquel je me suis opposé. Je vais donc appuyer cet amendement.

L'honorable Murray Sinclair : Je vous remercie, sénatrice Unger, d'avoir porté cette question à notre attention et de nous avoir fait part à l'avance de vos commentaires aujourd'hui, mais je prends la parole pour m'opposer à l'amendement.

Tout d'abord, je voudrais examiner l'objet des dispositions que l'amendement vise à modifier. Il y a le fait que les infirmiers praticiens sont le plus souvent la seule source de soins médicaux dont disposent les collectivités nordiques et isolées du Canada. Je m'inquiète de voir que, avec un amendement comme celui-ci, nous pourrions placer les gens du Nord, et notamment les Autochtones qu'il y a parmi eux, qui ont déjà un accès limité aux soins médicaux, dans une situation telle qu'ils ne seraient pas en mesure d'exercer le droit que leur a reconnu la Cour suprême par suite du manque d'accès à des soins adéquats. Par conséquent, honorables sénateurs, je vous engage à réfléchir soigneusement avant d'approuver un tel amendement.

J'ai entendu dire aujourd'hui que les habitants des collectivités isolées ont accès à des soins médicaux adéquats. Cela m'a vraiment surpris car, au cours des nombreuses années que j'ai consacrées à l'étude des questions autochtones, le thème qui revient constamment au sujet des services médicaux offerts aux peuples autochtones, c'est que, sur le plan quantitatif, ces services sont les pires qui soient au Canada. Ils ont accès à moins de médecins correctement formés et moins souvent que n'importe quel autre groupe identifiable du pays. Pour eux, la prestation de services médicaux au moment opportun manque cruellement.

Qu'on laisse entendre qu'il est possible de les transporter par avion pour qu'ils puissent parler à un médecin est tout à fait hors de propos parce que la plupart de ces gens ne sont pas en état d'être transportés par avion : ils ne sont pas dans un hôpital ou une autre

installation médicale. Je soupçonne que la plupart d'entre eux seraient déjà chez eux aux derniers stades de leur vie, ce qui explique la présence de cette disposition dans le projet de loi.

Nous parlons ici de gens qui, d'après la Cour suprême, doivent tout d'abord souffrir d'une affection grave qui leur cause des souffrances intolérables. Laisser entendre qu'on peut simplement les envoyer par avion à Winnipeg, à Montréal ou à Ottawa pour consulter un médecin pouvant les autoriser à mourir me semble tellement illogique qu'il est presque répréhensible de le proposer. Ces gens veulent avoir accès à l'aide médicale à mourir chez eux, dans leur collectivité, en présence de leur famille. Nous devrions chercher des moyens de leur faciliter cet accès plutôt que de faire en sorte qu'il soit plus difficile pour eux d'exercer leurs droits.

Je voudrais aussi signaler, comme le sénateur Mitchell l'a fait, que si un infirmier praticien n'est pas autorisé à prescrire des narcotiques, il n'est pas vraiment infirmier praticien aux fins de cette mesure législative. Les infirmiers praticiens, tels qu'ils sont décrits dans le Code criminel, sont ceux qui peuvent prescrire des narcotiques ainsi que certains traitements et tests médicaux. Si les lois provinciales qui les régissent en Ontario ne les autorisent pas à le faire, ils ne répondent pas à la définition du Code criminel.

Par conséquent, il n'y a pas à s'inquiéter du fait de donner à une personne la permission de faire, en vertu de cette loi, une chose que la loi provinciale ne l'autorise pas à faire. En effet, si la loi provinciale l'interdit, elle ne peut pas agir en vertu de ce projet de loi.

Je ne sais même pas pourquoi nous sommes saisis de cette question parce que, en réalité, ce sont les provinces qui déterminent ce qu'est un infirmier praticien. D'après le Code criminel, si les lois d'une province accordent à une personne le titre d'infirmier praticien et l'autorisent à prescrire des narcotiques et des tests, elle ne risque pas d'être poursuivie si elle aide quelqu'un à mourir, pourvu, bien sûr, qu'elle se conforme aux autres dispositions applicables du projet de loi.

Le projet de loi détermine qui sera poursuivi ou non et qui ira ou non en prison. Je veux signaler que le gouvernement du Canada pourrait, en réponse à l'arrêt *Carter*, dire que n'importe qui peut aider une personne à mourir sans risquer des poursuites. Ce ne serait pas une réponse déraisonnable à une décision judiciaire établissant qu'on a le droit de se faire aider à mourir en vertu de la Charte.

Il est, bien évidemment, question de l'aide d'un médecin, mais cela découle des preuves présentées à la cour. Je ne crois pas du tout que la cour puisse dire en définitive : « Gouvernement, vous devez imposer l'aide d'un médecin afin de valider ce droit. » On a le droit de façon absolue à moins qu'il ne soit soumis à des restrictions. La cour a peut-être suggéré des restrictions en disant qu'elle pensait à l'aide médicale à mourir, mais cela ne signifie pas qu'il serait illégal pour le gouvernement de ne pas imposer l'aide d'un médecin et de décider de ne pas poursuivre les gens qui aident d'autres personnes à mourir. Non, ce ne serait pas illégal.

Par conséquent, ce projet de loi particulier n'a même pas à nous être soumis. Si le gouvernement avait décidé de ne pas légiférer, il y aurait encore un droit de mourir. En l'absence du projet de loi, les infirmiers praticiens — ou probablement toute autre personne — pourraient aider quelqu'un à mourir. Ce sont là les conséquences possibles de l'arrêt *Carter*, car même si le jugement parle d'aide médicale, il établit en définitive que, en vertu de l'article 7 de la

Charte, n'importe qui a droit à l'aide médicale à mourir. Il n'impose pas que cette aide soit strictement limitée à des médecins autorisés. C'est peut-être l'intention de la cour, mais qui sait ce que l'avenir nous réserve?

Je signale encore que, aux fins de ce projet de loi particulier, la suppression de toute mention d'« infirmier praticien » reviendra à nier l'accès aux soins à un important segment de la population qui n'a pas actuellement accès à des soins médicaux adéquats. Toutes les études réalisées mentionnent ce fait.

Je voulais simplement répondre à certaines observations que j'ai entendues. Tout en admettant qu'il y a des localités qui ont accès à des soins médicaux limités parce que des médecins peuvent s'y rendre en avion, je dois faire remarquer que les habitants d'un grand nombre de communautés du pays ne voient jamais de médecins et doivent aller ailleurs. J'ai vu beaucoup de ces communautés. J'ai parlé à nombre de leurs habitants. Je sais qu'il y a des gens qui ne voient jamais un médecin avant d'arriver au terme de leur vie. Ces gens comptent encore, dans de nombreuses communautés autochtones, sur des guérisseurs traditionnels qui leur donnent des soins quand ils en ont besoin.

Or, ce projet de loi leur permettrait justement de requérir l'aide d'un infirmier praticien pour obtenir l'aide médicale à mourir, sous réserve des dispositions législatives adoptées par chacune des provinces. Ce n'est pas comme si nous créions un bassin de candidats non qualifiés. Nous disons aux provinces que c'est à elles de déterminer les qualifications que les gens devront posséder et que les personnes que les provinces auront jugées qualifiées ne seront pas poursuivies si elles fournissent l'aide médicale à mourir. Le projet de loi ne dit rien d'autre.

• (1840)

Selon moi, nous ne devrions pas aller plus loin que cela ni moins loin, parce que nous priverions alors de soins médicaux la plupart des Autochtones du pays qui vivent en région éloignée.

Son Honneur le Président : Les honorables sénateurs sont-ils prêts à se prononcer?

Que les sénateurs qui sont en faveur de la motion veuillent bien dire oui.

Des voix : Oui.

Son Honneur le Président : Que les sénateurs qui sont contre la motion veuillent bien dire non.

Des voix : Non.

Son Honneur le Président : À mon avis, les non l'emportent.

Et deux honorables sénateurs s'étant levés :

Son Honneur le Président : Je vois deux sénateurs se lever.

Le sénateur Mitchell : Trente minutes, je vous prie.

Son Honneur le Président : La sonnerie retentira durant 30 minutes.

Le vote aura lieu à 19 h 10.

Convoquez les sénateurs.

• (1910)

La motion d'amendement, mise aux voix, est rejetée.

POUR
LES HONORABLES SÉNATEURS

Ataullahjan
Batters
Beyak
Carignan
Dagenais
Doyle
Eaton
Enverga
Frum
Housakos
Lang
MacDonald
Maltais
Manning
Marshall
Martin
McInnis
McIntyre

Mockler
Ngo
Oh
Patterson
Plett
Poirier
Raine
Runciman
Seidman
Smith
Stewart Olsen
Tannas
Tkachuk
Unger
Wallace
Wells
White—35

CONTRE
LES HONORABLES SÉNATEURS

Bellemare
Boisvenu
Campbell
Cools
Cordy
Cowan
Day
Downe
Duffy
Dyck
Eggleton
Fraser
Gagné
Greene
Harder
Hubley
Jaffer
Joyal

Kenny
Lankin
Lovelace Nicholas
Massicotte
McCoy
Mercer
Meredith
Mitchell
Moore
Munson
Nancy Ruth
Omidvar
Pratte
Ringnette
Rivard
Sinclair
Tardif
Wallin—36

ABSTENTIONS
LES HONORABLES SÉNATEURS

Aucun.

PROJET DE LOI N^o 1 D'EXÉCUTION DU BUDGET DE 2016

PREMIÈRE LECTURE

Son Honneur le Président annonce qu'il a reçu de la Chambre des communes le projet de loi C-15, Loi portant exécution de certaines dispositions du budget déposé au Parlement le 22 mars 2016 et mettant en œuvre d'autres mesures, accompagné d'un message.

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

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

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

• (1920)

LE CODE CRIMINEL

PROJET DE LOI MODIFICATIF—TROISIÈME LECTURE—
SUITE DU DÉBAT

L'ordre du jour appelle :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Baker, C.P., appuyé par l'honorable sénateur Harder, C.P., tendant à la troisième lecture du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir), tel que modifié.

L'honorable James S. Cowan (leader des libéraux au Sénat) : Honorables sénateurs, c'est la deuxième fois que je propose un amendement sur la question des demandes anticipées. La semaine dernière comme aujourd'hui, je m'y suis pris électroniquement. Je demande aux pages de bien vouloir distribuer le document, qui contient l'amendement que je proposerai à la fin de mon discours, pour la gouverne des sénateurs qui souhaiteraient m'écouter. Tout en espérant que le tout soit conforme au Règlement, Votre Honneur, je signale que le document que distribuent les pages contient donc l'amendement que je proposerai à la conclusion de mon discours.

Honorables sénateurs, lorsque je suis intervenu à l'étape de la deuxième lecture du projet de loi C-14, j'ai dit que l'arrêt *Carter* de la Cour suprême du Canada énonce les exigences législatives minimales concernant l'aide médicale à mourir. Ce sont les exigences de base que le projet de loi C-14 doit respecter. C'est ce que nous ont maintes fois répété de nombreux juristes et constitutionnalistes.

C'est, bien entendu, dans l'intérêt de la conformité du projet de loi à ces exigences de base que le Sénat a adopté l'amendement du sénateur Joyal, mercredi dernier. Depuis, nous avons consacré de longues journées et quelques soirées à un débat tortueux sur les mesures de protection proposées, cherchant des façons de veiller à ce qu'elles protègent bel et bien les personnes vulnérables, surtout compte tenu de notre décision de ramener la norme d'admissibilité au niveau énoncé par la Cour suprême du Canada.

Cependant, chers collègues, je crois que notre responsabilité ne s'arrête pas là. Comme l'ont dit de nombreux témoins devant le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir et devant

le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, l'arrêt *Carter* est le minimum, et non le maximum. Nous avons la responsabilité d'adopter une loi qui répondra aux critères minimums fixés dans l'arrêt *Carter*, mais qui sera également conçue pour prévenir les éventuelles contestations judiciaires invoquant la Charte et qui, surtout, répondra aux besoins véritables des Canadiens aux prises avec des difficultés presque inimaginables.

En décembre dernier, les deux Chambres du Parlement ont formé ensemble le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir et lui ont confié le mandat de « formuler des recommandations sur le cadre d'une réponse fédérale à l'aide médicale à mourir respectueuse de la Constitution, de la Charte canadienne des droits et libertés, et des priorités des Canadiens ». Le Parlement ne s'est pas du tout trompé. Je crois que c'était exactement la tâche dont nous devons nous acquitter en tant que législateurs chargés de se pencher sur la question. Malheureusement, une priorité majeure, aux yeux de nombreux Canadiens, a été complètement oubliée dans le projet de loi C-14, soit la question des demandes anticipées ou des directives anticipées, comme on les appelle parfois.

La question des directives anticipées n'a pas été soumise à la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter*. Mais nous avons entendu plusieurs constitutionnalistes nous dire que, selon eux, la Charte protège le droit à l'aide médicale à mourir obtenue au moyen d'une directive anticipée. Joseph Arvay, avocat principal dans l'affaire *Carter*, nous a exhortés à « aller plus loin que les tribunaux » et à prévoir les demandes anticipées dans ce projet de loi.

Lorsque le ministre Philpott a comparu devant le Sénat réuni en comité plénier, le 1^{er} juin, elle a confirmé mon impression que cette question est l'une de celles qui préoccupent le plus les Canadiens relativement à l'aide médicale à mourir. Elle a dit au Sénat que « les directives anticipées sont l'un des sujets dont il a été le plus question » lors des consultations effectuées par le gouvernement. Elle a dit ensuite qu'il avait été difficile de rédiger un projet de loi satisfaisant, compte tenu notamment de l'échéance que le gouvernement dont elle fait partie croyait devoir respecter.

Honorables sénateurs, je conviens qu'il n'est pas facile de trouver le libellé parfait pour une mesure législative, mais ce n'est pas une excuse pour ne pas essayer de le faire.

Nous avons tous reçu des centaines, si ce n'est des milliers, de courriels de Canadiens qui nous demandent d'inclure dans ce projet de loi une disposition reconnaissant la validité des demandes anticipées d'aide médicale à mourir. Les gens invoquent leur droit à l'autonomie et à la dignité — ce qui correspond exactement aux préoccupations qu'a exprimées la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Carter* en se fondant sur l'article 7 de la Charte, qui garantit le droit à la liberté et à la sécurité de la personne.

Qui plus est, en faisant abstraction des demandes anticipées, le projet de loi fait de la discrimination entre les gens à cause de la maladie. Il exclut les personnes dont la maladie entraînera inévitablement la perte de la capacité de consentir. On nous demande d'aider à imposer une approche centrée sur la maladie plutôt qu'une approche centrée sur le patient.

Il va sans dire que je crains que cela n'entraîne des souffrances intolérables pour certaines personnes ou ne les mette dans une situation où elles pourraient décider de mettre fin à leurs jours prématurément — ce qui correspond précisément à la situation que

la Cour suprême a cherché à éviter dans l'arrêt *Carter*. À défaut de directives anticipées, les personnes atteintes de certaines maladies, notamment la maladie d'Alzheimer, se verront refuser le droit de mettre fin à leurs jours dans la dignité.

C'est pour cette raison que le comité mixte spécial et la majorité des membres du Comité des affaires juridiques et constitutionnelles ont recommandé que les directives anticipées soient permises dans les demandes d'aide médicale à mourir.

Voici la recommandation n° 7 du comité mixte spécial :

Que l'on autorise le recours aux demandes anticipées d'aide médicale à mourir à tout moment, après qu'une personne aura reçu un diagnostic de problème de santé qui lui fera vraisemblablement perdre ses capacités ou un diagnostic de problème de santé grave ou irrémédiable, mais avant que les souffrances ne deviennent intolérables. Une personne ne pourra toutefois pas faire de demande anticipée avant d'avoir reçu l'un ou l'autre de ces diagnostics. On appliquera aux demandes anticipées les mêmes mesures de protection que pour les demandes d'aide immédiate.

Malheureusement, chers collègues, cette recommandation n'a pas été prise en compte dans le projet de loi C-14, ce qui a suscité des inquiétudes chez les membres du Comité des affaires juridiques et constitutionnelles lorsqu'ils ont effectué l'étude préalable du projet de loi. La majorité des membres du comité ont réclamé l'adoption de la recommandation n° 7.

Par conséquent, j'ai préparé et distribué un amendement que je proposerai sous peu. J'aimerais l'expliquer brièvement.

L'amendement que je proposerai prévoit qu'une demande anticipée peut être faite par une personne capable âgée d'au moins 18 ans.

Aucune demande anticipée ne pourrait être présentée tant que la personne n'aurait pas reçu un diagnostic de maladie grave. C'est ce que le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir a recommandé dans son rapport du 30 novembre 2015, et c'est aussi ce que le comité mixte spécial a recommandé au Parlement. Comme le comité mixte spécial l'explique à la page 26 de son rapport :

Décider de n'accepter que les demandes anticipées des personnes ayant déjà reçu un diagnostic permettrait de s'assurer plus facilement que le consentement est éclairé. Ainsi, les personnes sauraient déjà un peu plus à quoi s'attendre pour donner des instructions avisées. Il faudra appliquer les mêmes mesures de protection concernant la capacité et le consentement pour les demandes anticipées que pour les demandes immédiates, et on pourra même envisager des précautions supplémentaires. On pourra aussi réfléchir à la possibilité d'inciter ou même d'obliger les professionnels de la santé à communiquer régulièrement avec leurs patients — tant que ceux-ci sont capables — pour s'assurer que les volontés exprimées dans leur demande anticipée n'ont pas changé.

Ma proposition tient compte des recommandations du comité. L'amendement que je propose prévoit que la demande anticipée doit être préparée, c'est-à-dire signée et datée, seulement après que la personne a été avisée par un médecin ou un infirmier praticien qu'elle est affectée de problèmes de santé graves qui sont raisonnablement susceptibles de lui causer des souffrances persistantes et de lui faire perdre la capacité de prendre, ou la

capacité physique de communiquer, des décisions en ce qui concerne sa santé. Je tiens à informer les sénateurs qui consultent la version préliminaire que nous avons distribuée que ce que je viens de dire figure à la page 2 de mon amendement et remplacerait les lignes 28 à 30 de la page 6 du projet de loi.

Soit dit en passant, chers collègues, j'ai communiqué à tous les sénateurs, la semaine dernière, une version antérieure de cette proposition. Celle dont vous êtes saisis a subi quelques modifications par rapport à cette version antérieure. Je les ai apportées pour tenir compte des observations reçues de certains collègues et aussi des amendements déjà adoptés. L'une de ces modifications vise à tenir compte d'une situation remarquée par le comité spécial mixte, celle d'une personne qui a formulé une demande et pour qui l'aide médicale à mourir a été approuvée, mais qui devient incapable avant que ne soit donnée l'aide médicale à mourir. Par exemple, la demande est faite et approuvée le vendredi et l'aide à mourir doit lui être donnée le lundi mais, pendant le week-end, le patient tombe dans le coma ou cesse d'être capable.

Ce problème a été souligné par divers témoins qui ont comparu devant le Comité des affaires juridiques et constitutionnelles pendant son étude préalable. Ainsi, le Dr Douglas Grant, de la Fédération des ordres de médecins du Canada, a soulevé la question, disant que le projet de loi C-14 ne prend aucunement en considération « le cas de patients dont la capacité et la santé sont en déclin ». Il craignait que les médecins de patients à la santé déclinante ne soient « confrontés à la tâche aussi difficile que précaire d'évaluer la capacité d'un patient sur son lit de mort et, poussés par un sentiment d'urgence, de fournir le service au patient avant qu'il ne soit trop tard, avant que le patient n'ait plus la compétence requise ».

• (1930)

Voici une autre modification que j'ai apportée dans la version que vous avez sous les yeux. À propos de l'exigence voulant que la personne ait des problèmes de santé qualifiés de « sérieux » en anglais, j'ai préféré employer l'adjectif « grievous ». On m'a dit que ce serait plus proche du texte de l'arrêt *Carter*, et je suis d'accord. Je n'ai pas employé l'adjectif « irrémédiable » parce que la demande anticipée peut fort bien être faite à un moment où le patient essaie toujours de suivre des traitements. De toute façon, l'aide médicale à mourir ne peut être donnée, même en cas de demande anticipée, que lorsque les problèmes de santé sont à la fois graves et irrémédiables.

Nous avons précisé dans la définition de « demande anticipée » que celle-ci doit énoncer les conditions — notamment la présence ou l'aggravation de symptômes ou de troubles physiques ou mentaux ou toute autre circonstance — qui, selon la personne, et c'est son point de vue qui compte, constitueraient des souffrances qui lui sont intolérables, ainsi que les types de traitement qu'elle juge inacceptables.

Je tiens à souligner qu'on ne peut recevoir l'aide médicale à mourir en vertu d'une demande anticipée que si on répond à toutes les conditions énoncées au paragraphe 241.2(1), la disposition sur l'admissibilité générale; si on perd ensuite la capacité de prendre des décisions à l'égard de sa santé ou la capacité de les communiquer; enfin, si toutes les conditions énoncées dans la demande anticipée sont respectées.

Toutes les mesures de sauvegarde habituelles s'appliquent : la demande doit être signée devant deux témoins indépendants, et deux médecins ou infirmiers praticiens doivent être d'accord pour dire que la personne répond aux critères applicables à l'aide médicale à mourir. L'amendement va plus loin. Il ajoute une série supplémentaire de mesures de sauvegarde. Avant de donner l'aide médicale à mourir en vertu d'une demande anticipée, le médecin ou

l'infirmier praticien doit non seulement se conformer aux mesures de sauvegarde prévues au paragraphe (3), mais aussi satisfaire aux conditions suivantes : premièrement, être d'avis que la personne a perdu la capacité de prendre ou la capacité physique de communiquer des décisions en ce qui concerne sa santé et qu'il n'est pas raisonnablement prévisible que la personne regagnera la capacité de prendre ou la capacité physique de communiquer des décisions en ce qui concerne sa santé; deuxièmement, être d'avis que les conditions énoncées dans la demande anticipée ont été respectées; troisièmement, s'assurer qu'un avis écrit de l'autre médecin ou infirmier praticien confirme que ces deux critères ont été respectés.

Chers collègues, voilà ma proposition au sujet des directives anticipées. Comme je l'ai dit au début de mes observations, je crois qu'il s'agit d'une priorité pour les Canadiens. Dans son discours du 3 juin, la sénatrice Bellemare a parlé de sondages d'opinion. Elle a notamment signalé un sondage Ipsos Reid réalisé pour l'organisme *Dying With Dignity*. Elle a fait remarquer que, d'après ce sondage, 84 p. 100 des Canadiens croient qu'un médecin doit pouvoir aider à mourir une personne en phase terminale qui subit des souffrances insupportables. Elle a invoqué ce sondage à l'appui de sa thèse voulant que les Canadiens ne trouvent pas socialement acceptable d'accorder l'aide médicale à mourir à des personnes qui ne sont pas en phase terminale.

En fait, chers collègues, le sondage que la sénatrice Bellemare a cité a été réalisé en 2014, avant que la Cour suprême du Canada rende sa décision dans l'affaire *Carter*. La même maison a réalisé un autre sondage en février 2016, selon lequel 85 p. 100 de tous les Canadiens appuient l'arrêt *Carter* de la Cour suprême du Canada. La sénatrice Bellemare trouvera peut-être réconfortant d'apprendre que, en adoptant l'amendement du sénateur Joyal, la semaine dernière, le Sénat n'est pas allé au-delà de ce que les Canadiens souhaitent.

Par ailleurs, le sondage a aussi abordé le sujet des demandes anticipées. Au total, 80 p. 100 des répondants appuient l'aide médicale à mourir pour un patient qui n'a plus la capacité de prendre de décision au moment de la recevoir, dans la mesure où il avait été jugé capable et qu'il détenait un diagnostic au moment de la demande.

Chers collègues, les Canadiens comptent sur nous pour corriger ce qu'ils considèrent comme une grave lacune du projet de loi, en faisant en sorte que celui-ci permette les demandes anticipées. Pour eux, c'est une question d'autonomie personnelle et de dignité. Je suis de cet avis. Comme l'a déclaré le comité mixte spécial, la question de l'aide médicale à mourir devrait être totalement axée sur le patient; ses besoins et ses volontés, protégés par des mesures de sauvegarde appropriées, doivent primer. Les demandes anticipées font partie intégrante d'une approche axée sur le patient.

Je suis impatient d'entendre vos observations et questions. Je serai aussi bien entendu content d'entendre les améliorations que vous pourriez suggérer. Ainsi donc, pour les raisons que je viens d'énoncer, je propose... Je devrais peut-être d'abord demander cinq minutes de plus.

Son Honneur le Président : Votre temps de parole est écoulé, sénateur Cowan. Demandez-vous cinq minutes de plus?

Le sénateur Cowan : Si on me le permet.

Son Honneur le Président : Le consentement est-il accordé, chers collègues?

Des voix : D'accord.

MOTION D'AMENDEMENT

L'honorable James S. Cowan (leader des libéraux au Sénat) : Ainsi, je propose :

Que le projet de loi C-14, tel que modifié, ne soit pas maintenant lu une troisième fois, mais qu'il soit modifié :

a) à l'article 3 :

(i) à la page 5 :

(A) par adjonction, après la ligne 14, de ce qui suit :

« *demande anticipée* Demande d'aide médicale à mourir au sens de l'alinéa a) de la définition d'*aide médicale à mourir* qui est faite par une personne capable âgée d'au moins dix-huit ans et dans laquelle celle-ci :

a) d'une part, précise les conditions, notamment la présence ou l'aggravation de symptômes ou de troubles physiques ou mentaux ou toute autre circonstance, qui, selon elle, constitueraient des souffrances qui lui sont intolérables, ainsi que les types de traitement qu'elle juge inacceptables;

b) d'autre part, consent à recevoir l'aide médicale à mourir si, à un moment dans le futur, les conditions sont remplies et elle perd la capacité de prendre ou la capacité physique de communiquer des décisions en ce qui concerne sa santé. (*advance request*) »,

(B) par substitution, à la ligne 31, de ce qui suit :

« b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable ou, dans le cas d'une demande anticipée, était capable lorsqu'elle a fait la demande, »,

(ii) à la page 6 :

(A) par substitution, à la ligne 1 et à la ligne 2 (telle qu'elle a été remplacée par décision du Sénat le 9 juin 2016), de ce qui suit :

« e) elle a consenti de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir et, sauf si elle est censée la recevoir au titre d'une demande anticipée, elle a fourni ce consentement après avoir obtenu une consultation sur les soins palliatifs et avoir été informée des traitements, des moyens technologiques et du soutien à sa disposition pour apaiser ses souffrances.

(1.1) Seule la personne qui, en plus des critères prévus au paragraphe (1), remplit les critères ci-après peut recevoir l'aide médicale à mourir au titre d'une demande anticipée :

a) elle a perdu la capacité de prendre ou la capacité physique de communiquer des décisions en ce qui concerne sa santé;

b) les conditions précisées dans la demande anticipée sont remplies. »,

(B) par substitution, aux lignes 28 à 30 et à la ligne 31 (telle qu'elle a été remplacée par décision du Sénat le 8 juin 2016), de ce qui suit :

« (ii) a été datée et signée :

(A) dans le cas d'une demande anticipée, après que la personne a été avisée par un médecin ou un infirmier praticien qu'elle est affectée de problèmes de santé graves qui sont raisonnablement susceptibles de lui causer des souffrances persistantes ou de lui faire perdre la capacité de prendre, ou la capacité physique de communiquer, des décisions en ce qui concerne sa santé,

(B) dans tous les autres cas, après :

(I) que la personne a été avisée par un médecin ou un infirmier praticien qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables,

(II) que ces problèmes ont commencé à lui causer des souffrances persistantes qui lui sont intolérables; »,

(iii) à la page 7 :

(A) par substitution, à la ligne 11, de ce qui suit :

« la personne ou, si l'aide n'est pas fournie au titre d'une demande anticipée, la perte de sa capacité à fournir un »,

(B) par adjonction, après la ligne 22, de ce qui suit :

« (3.1) L'alinéa (3)h) ne s'applique pas dans les cas suivants :

a) l'aide médicale à mourir est fournie au titre d'une demande anticipée;

b) la personne, à la fois :

(i) de l'avis du médecin ou de l'infirmier praticien, remplit tous les critères prévus au paragraphe (1), comme il est confirmé dans l'avis écrit fourni par un autre médecin ou l'infirmier praticien en application de l'alinéa (3)e), mais perd par la suite la capacité de fournir le consentement exprès visé à l'alinéa (3)h),

(ii) avant de perdre sa capacité, a consenti à ce que lui soit fournie l'aide médicale à mourir après la perte de sa capacité.

(3.2) Avant de fournir l'aide médicale à mourir au titre d'une demande anticipée, le médecin ou l'infirmier praticien doit, en plus de se conformer au paragraphe (3) :

a) être d'avis que le critère prévu à l'alinéa (1.1)a) est rempli et qu'il est n'est pas raisonnablement prévisible que la personne regagnera la capacité de prendre ou la capacité physique de communiquer des décisions en ce qui concerne sa santé;

b) être d'avis que le critère prévu à l'alinéa (1.1)b) est rempli;

c) s'assurer qu'un avis écrit de l'autre médecin ou infirmier praticien visé à l'alinéa (3)e) confirmant ce qui suit a été obtenu :

(i) le critère prévu à l'alinéa (1.1)a) est rempli et il n'est pas raisonnablement prévisible que la personne regagnera la capacité de prendre ou la capacité physique de communiquer des décisions en ce qui concerne sa santé,

(ii) le critère prévu à l'alinéa (1.1)b) est rempli.

(3.3) La personne qui recevra l'aide médicale à mourir au titre d'une demande anticipée est considérée comme éprouvant des souffrances qui lui sont intolérables au regard de sa condition si les exigences prévues à l'alinéa (3.2)b) et au sous-alinéa (3.2)c)(ii) sont remplies. »,

(iv) à la page 9, par adjonction, après la ligne 7, de ce qui suit :

« 241.301 Le médecin ou l'infirmier praticien qui, dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir fournie au titre d'une demande anticipée, omet sciemment de respecter l'exigence prévue à l'alinéa 241.2(3.2)c) commet une infraction et encourt, sur déclaration de culpabilité :

a) par mise en accusation, un emprisonnement maximal de cinq ans;

b) par procédure sommaire, un emprisonnement maximal de dix-huit mois. »;

b) à l'article 7, à la page 12, par substitution, à la ligne 22, de ce qui suit :

« titre de l'alinéa 241.2(3)a) du *Code criminel* et, s'il y a lieu, des alinéas 241.2(3.2)a) et b) de cette loi. »;

c) à l'article 9, à la page 13, par substitution, à la ligne 19, de ce qui suit :

« au titre de l'alinéa 241.2(3)a) du *Code criminel* et, s'il y a lieu, des alinéas 241.2(3.2)a) et b) de cette loi. »;

d) à l'article 9.1, à la page 13, par substitution, aux lignes 25 et 26, de ce qui suit :

« **rir faites par les mineurs matures et les demandes où la maladie mentale** ».

Je vous remercie, chers collègues.

• (1940)

Son Honneur le Président : Sénateur Cowan, demandez-vous plus de temps pour répondre à une question?

Le sénateur Cowan : Je serais heureux de le faire.

Son Honneur le Président : Le consentement est-il accordé?

Des voix : D'accord.

L'honorable Art Eggleton : Merci beaucoup, sénateur Cowan.

Je voudrais vous poser une question au sujet d'un scénario possible qui, pour beaucoup de gens, se présentera assez souvent en ce qui concerne les directives préalables.

Supposons qu'une personne qui vient de recevoir un diagnostic de démence décide, à ce moment-là, pendant qu'elle est capable, de donner des instructions préalables et détermine le stade auquel elle voudrait que ces directives soient mises à exécution. C'est peut-être le stade où elle aurait perdu ses capacités intellectuelles ou ne serait plus capable de reconnaître ses proches. Supposons maintenant que, 10 ans plus tard, ce stade soit atteint. À ce moment-là, la personne est encore en mesure de fonctionner même si elle ne reconnaît pas ses proches, mais elle n'éprouverait pas des douleurs intolérables.

Qu'arrive-t-il dans ces conditions? La personne est incapable, mais elle ne serait pas dans le même état que beaucoup d'autres qui connaissent de grandes difficultés physiques. Que se passerait-il dans ce cas?

Le sénateur Cowan : Merci, sénateur Eggleton. C'est une très bonne question. Nous avons tous eu des difficultés à ce sujet. Qu'arrive-t-il si on dit qu'on ne veut jamais en arriver là, mais comment le savoir si on est devenu incapable?

Pour moi, c'est simplement une question de choix et d'autonomie. Le fait que vous et moi puissions dire que telle personne semble heureuse et ne semble pas souffrir n'empêche pas qu'il faille respecter les droits de cette personne qui a fait un choix.

Au cours de ce débat, nous n'avons jamais évoqué la possibilité qu'une personne puisse prendre une décision pour quelqu'un d'autre. Nous ne parlons pas ici de décision au nom d'autrui. Nous parlons du droit qu'a un individu qui satisfait aux critères énoncés dans le projet de loi modifié de faire un choix concernant son avenir et le moment où il voudrait mettre un terme à sa vie.

En fin de compte, si nous sommes capables et que nous disions que nous ne demandons pas à quelqu'un de porter un jugement au nom de quelqu'un d'autre, le fait de dire que nous allons substituer notre jugement au sien une fois que cette personne est incapable revient à nous contredire nous-mêmes. Il est question ici des droits du patient.

Évidemment, ce n'est pas une décision à prendre à la légère. Comme le sénateur Baker l'a souvent signalé, c'est au niveau provincial qu'une grande partie du travail se fait et que les règlements sont établis quant au contenu des directives préalables et à la façon de les gérer et de les examiner. Le Collège des médecins et chirurgiens participera nécessairement à l'élaboration des lignes directrices si cette proposition est adoptée.

En fin de compte, sénateur Eggleton, cela revient pour moi au fait que le patient a pris une décision éclairée et a reçu tous les conseils nécessaires avant de prendre cette décision et de donner ses directives. Il décrit les circonstances dans lesquelles il veut que ses directives soient mises à exécution. C'est cette décision qui doit être respectée.

Le sénateur Eggleton : Qu'advient-il si, le moment venu, la personne, même si elle est jugée incapable, a encore une certaine idée de la différence entre la vie et la mort et dit qu'elle ne veut pas mourir?

Le sénateur Cowan : Je crois que, dans ces circonstances, l'aide médicale à mourir ne serait pas accordée. Je ne crois vraiment pas que cela puisse se faire. Je pense cependant que cela relèverait de la réglementation provinciale. Toutefois, nous essayons de permettre que cela se fasse et de donner aux gens la liberté, le choix et l'autonomie.

Dans les circonstances que vous décrivez, il est difficile pour moi d'imaginer que des médecins et des infirmières praticiennes aideraient une personne à mourir contre son gré, même si elle est incapable à ce moment.

Son Honneur le Président : Honorables sénateurs, le temps de parole est encore une fois écoulé. Sénateur Cowan, demandez-vous cinq minutes supplémentaires?

Le sénateur Cowan : Oui, cinq minutes de plus.

Des voix : D'accord.

L'honorable Carolyn Stewart Olsen : Sénateur Cowan, je vous ai écouté avec beaucoup d'intérêt et de sympathie. L'amendement proposé dans sa version anglaise, parle d'aide médicale à mourir dans le cas « *capable person* » d'une personne capable âgée d'au moins 18 ans. Le terme légal est-il « *competent* »? Quelle est la différence entre « *capable* » et « *competent* » en anglais?

• (1950)

Le sénateur Cowan : C'est vraiment « *competent* ». C'est une question de compétence. Je ne crois pas que le terme « *capable* » ait une plus grande portée que « *competent* ». Il s'agit d'une personne qui satisfait aux critères énoncés dans le projet de loi à l'égard du consentement ou de la demande.

[Le sénateur Cowan]

Je voudrais réfléchir à la question. Peut-être pourrais-je vous revenir là-dessus. À mon idée, les deux mots veulent dire la même chose en anglais, mais cela dit, je ne vois pas très bien pourquoi nous n'utiliserions pas le même terme aux deux endroits dans la version anglaise.

Si vous me le permettez, sénatrice Stewart Olsen, je vais réfléchir à la question d'ici à demain, et je vais en parler.

Le temps file. C'est là une question très sérieuse, et j'invite le plus grand nombre possible de sénateurs à participer à la discussion, car la question n'est pas facile.

La sénatrice Stewart Olsen : Je vous en saurais gré.

Le sénateur Cowan : Merci. C'est un bon point.

L'honorable Murray Sinclair : J'ai une question à poser au sénateur Cowan et une observation à formuler.

Les termes « *competent* » et « *capable* » ne veulent pas dire la même chose en anglais. On peut être capable de faire quelque chose sans avoir la compétence pour le faire. Commençons par là et vous pouvez continuer à y réfléchir.

Je relève une idée inhérente à votre exposé : si nous n'acceptons pas le principe des directives anticipées tout de suite, nous n'allons pas le faire ou cela ne va pas se faire. Je ne vois pas ce qu'il y a de mal dans la proposition que je vois dans le projet de loi voulant que la question soit étudiée plus à fond, après quoi une série de critères appropriés serait proposée pour les directives anticipées.

Je perçois des problèmes dans le libellé que vous avez proposé. Par exemple, les dispositions sur les sanctions ne semblent parler que des gens qui sont au courant, par opposition à ceux qui agissent avec négligence. Je voudrais savoir comment on mesure à l'avance les souffrances intolérables, car « *intolérable* » veut dire intolérable à un moment donné, et c'est une notion très subjective.

Je crains un peu cet empressement à amender le projet de loi, car quelque chose d'aussi important exige une très importante participation publique et une étude sérieuse. Je ne nie pas la nécessité des directives anticipées. Je ne suis pas convaincu pour autant que nous puissions les imposer par cet amendement à ce moment-ci.

Pourquoi, selon vous, faut-il agir tout de suite?

Le sénateur Cowan : Je vous remercie de votre question, sénateur. D'après moi, nous n'avons ce débat qu'à cause de l'arrêt *Carter*. Si le contexte n'était pas défini par cet arrêt, nous n'aurions pas cette discussion. Ce n'est pas une question que les politiciens canadiens choisiraient volontiers parmi une série de politiques publiques à proposer.

Je n'établirai pas beaucoup de parallèles avec le débat sur l'avortement, mais c'est seulement sous la contrainte de décisions que nous abordons ces questions difficiles. Je reçois avec suspicion les promesses d'études ou de reprise du débat plus tard, à moins que

le calendrier ne soit très strict. Nous avons tous vu bien des cas où des gens ont dit : « Voilà, c'est bon pour l'instant. Nous y reviendrons plus tard. » Mais on n'y revient jamais.

Je ne critique pas le gouvernement actuel ni quelque autre gouvernement. Je nous critique tous. Il ne me semble pas que ce soit un débat que la plupart des politiques canadiens, y compris au Sénat, abordent volontiers ni auquel ils tiennent à revenir, à moins qu'ils n'y soient contraints.

Nous avons certainement entendu des opinions selon lesquelles il s'agit d'un droit garanti par la Charte et les contestations judiciaires au nom de la Charte ne sauraient tarder. Vous n'êtes peut-être pas d'accord, sénateur Sinclair, mais il y en a d'autres qui ont un avis différent. Je crois que vous avez dit que 50 p. 100 des avocats devant vous ont tort. Au Canada, nous avons des cours d'appel qui, de temps à autre, ne sont pas d'accord avec des juges de première instance.

Les avocats, les juges et les juristes n'ont pas toujours raison — et je ne prétends pas être un expert en la matière —, mais un certain nombre d'opinions veulent qu'il s'agisse ici d'un droit garanti par la Charte. Il me semble que nous avons la responsabilité au moins de tenir compte des contestations fondées sur la Charte qui pourraient surgir. Voilà pourquoi nous devons régler cette question tout de suite, d'après moi.

Son Honneur le Président : Chers collègues, le temps de parole du sénateur Cowan est écoulé.

Je rappelle aux sénateurs que le fait que la période prévue pour les questions soit terminée n'empêche personne d'exprimer un point de vue pendant le débat. Les sénateurs peuvent à tout moment intervenir dans le débat avant qu'il ne soit terminé.

Un avertissement toutefois : pendant les questions, nous essayons de laisser intervenir le plus grand nombre de sénateurs possible. Je demande donc à chacun de poser les questions le plus concises possible.

[Français]

L'honorable Pierrette Ringuette : Honorables sénateurs, plusieurs d'entre vous ne semblaient pas comprendre pourquoi, mercredi soir dernier, en ce qui concerne l'amendement proposé par le sénateur Joyal, mes seules paroles ont été les suivantes : « Parce qu'on est en 2016. »

Évidemment, les gouvernements successifs ont, tour à tour, fermé les yeux sur le sujet de l'aide médicale à mourir. Même dans cette Chambre, lorsque les sénateurs Nancy Ruth et Campbell ont présenté un projet de loi sur le sujet, la majorité des sénateurs ne voulaient pas en discuter. D'ailleurs, aucun parti politique n'a abordé le sujet dans sa plateforme électorale l'année dernière, malgré la décision que la Cour suprême avait rendue en février 2015. Pas en février 2016, mais bien en février 2015.

Alors, lorsque le sénateur Baker ou le journaliste Andrew Coyne affirme que le Sénat ne peut s'exprimer contre un projet de loi présenté par la majorité élue, il faut tenir compte du fait que, tout d'abord, le sujet en est un dont les Canadiens discutent entre eux depuis des décennies, et que, ensuite...

[Traduction]

... à cause de la politique et de l'inertie du Parlement dans ce dossier, les Canadiens ont dû saisir les tribunaux de la question, et certains ont dû se rendre à l'étranger pour mourir avec dignité.

[Français]

De plus, honorables sénateurs, on a aussi évoqué mercredi soir l'argument selon lequel, avant la prise de la décision *Carter* en février 2015, il était interdit et criminel de fournir une aide médicale à mourir en vertu du Code criminel.

Alors, encore une fois, pour vous montrer que nous accusons un retard d'au moins 20 ans en la matière, les provinces ont émis des directives qui, de façon indirecte, permettent l'aide médicale à mourir. Je vous explique que, il y a plus de 12 ans, j'ai signé, à l'hôpital d'Edmundston, une directive de ne pas me fournir d'aide médicale dans le cadre d'une certaine situation. Depuis longtemps — à la demande de la population, d'ailleurs —, les provinces et les territoires, dans leurs directives, ont plus ou moins fait fi du Code criminel et du serment d'office des professionnels de la santé. Je suis persuadée, encore une fois, que les autorités judiciaires semblent encore fermer les yeux pour ne pas avoir à discuter d'un sujet aussi délicat.

[Traduction]

Honorables sénateurs, n'eût été la détermination de Kay Carter et l'arrêt mûrement réfléchi de la Cour suprême, qui a établi des critères et fixé un délai au législateur, le Sénat et l'autre endroit ne discuteraient pas de la question. Il n'y aurait pas de projet de loi C-14.

La nature humaine veut que l'on repousse le plus loin possible l'étude des questions délicates. À mon avis, il importe d'aborder le projet de loi C-14 dans le contexte de 2016, celui d'une discussion entre les Canadiens qui n'a que beaucoup trop tardé.

• (2000)

[Français]

J'ai connu plusieurs personnes qui, sachant qu'elles auraient une fin de vie douloureuse, ont choisi la voie du suicide, avec toutes les implications négatives que cela comporte à leur égard ainsi que pour leurs proches. Certains ont exprimé l'avis, probablement motivé par des considérations religieuses, qu'il serait préférable de garder une personne dans un sommeil continu. Il faut se demander où est la dignité et où se situe la question du choix dans un tel scénario.

Je me demande comment il est possible que nous acceptions, et même que nous recommandions aux Canadiens et Canadiennes de décider par testament de la disposition de leurs biens matériels, mais que nous ne soyons pas prêts à accepter un testament ou une directive légale en ce qui a trait à la qualité de vie, ou une directive concernant la dignité en fin de vie. Un testament de fin de vie n'est-il pas plus important qu'un testament concernant la disposition des biens matériels et financiers? Il faut vraiment s'interroger et déterminer où se situent nos valeurs en tant que société.

Je reconnais que, ici encore, nous tardons à satisfaire aux aspirations des Canadiens. Espérons que, sous peu, nous pourrions légiférer et reconnaître le droit, pour les Canadiens et Canadiennes, d'émettre une directive exhaustive leur permettant une fin de vie vécue en toute dignité.

Je voudrais citer l'exemple de deux personnes qui m'ont été proches. Je les appellerai Mme Martin et M. Martin, par souci d'anonymat. Mme Martin, mère de 12 enfants, avait 63 ans et souffrait déjà depuis plusieurs années de rhumatismes déformants. Elle était aussi consciente que la génétique familiale la prédisposait à souffrir de la maladie d'Alzheimer. Malheureusement, Mme Martin ne pouvait pas donner de directive anticipée. Elle est entrée dans un foyer à l'âge de 65 ans, elle pesait environ 150 livres et mesurait ma taille.

L'année dernière, elle est morte. Elle pesait alors 60 livres et mesurait environ 3 pieds et 6 pouces, à cause de la déformation physique attribuable à sa maladie. Comment peut-on accepter qu'une personne qui souffre d'une douleur aussi intense, causée par une telle déformation, ne puisse avoir recours à une directive anticipée?

Permettez-moi de vous parler maintenant de M. Martin — que le sénateur Mockler a très bien connu. Ancien combattant de la Seconde Guerre mondiale, il a été victime durant celle-ci de l'explosion d'une grenade qui a entraîné la perte de son bras droit et d'une partie de sa jambe droite — il avait alors 20 ans. Vers l'âge de 70 ans, il a commencé à souffrir de démence. Pendant 50 ans, jamais cet homme n'avait parlé de ce qu'il avait vécu, de ses souffrances et de ses blessures de guerre. Or, pendant 15 ans, tous les jours, cet homme a revécu les douleurs, dans tous les détails possibles, des suites du moment où il a été victime d'une grenade, où il a perdu le bras droit et une partie de la jambe droite. Pendant 15 ans, il a vécu une douleur épouvantable; une douleur mentale, certes, mais épouvantable, pour lui, sans parler des répercussions pour sa famille.

[Traduction]

Honorables sénateurs, il y a 10 ans, le projet de loi controversé autorisant le mariage entre deux personnes du même sexe était considéré comme la fin du monde. C'était la fin de la famille canadienne. Il a fallu 10 ans à certains sénateurs pour accepter finalement cette réalité. Il n'y a rien de mal, c'est simplement la réalité. Nous pouvons sûrement écouter un peu mieux la discussion que les Canadiens tiennent depuis très longtemps.

[Français]

Honorables sénateurs, le projet de loi C-14 doit offrir un choix aux Canadiens et aux Canadiennes, et non une simple exception telle que celle qu'il contenait lors son dépôt au Sénat. Je suis fortement en faveur de l'idée que les Canadiens et Canadiennes puissent faire des demandes anticipées en toute quiétude. Les provinces, depuis près de 20 ans, offrent indirectement cette possibilité aux citoyens. Il s'agit de faire un petit pas de plus en 2016. Le principe d'une directive anticipée doit être débattu et, je l'espère de tout cœur, être accepté par cette Chambre. Merci beaucoup.

[Traduction]

Son Honneur le Président : Nous poursuivons le débat. Le sénateur Harder a la parole.

L'honorable Peter Harder (représentant du gouvernement au Sénat) : Chers collègues, je serai bref, mais je tiens à profiter de cette occasion pour parler de l'amendement proposé par le sénateur Cowan.

Comme vous le savez tous, cet amendement se fonde sur l'hypothèse que le critère de la mort « raisonnablement prévisible » est supprimé conformément à l'amendement adopté la

[La sénatrice Ringuette]

semaine dernière. Compte tenu du fait que le projet de loi est élargi pour inclure les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, je trouve très difficile, voire impossible, d'appuyer cet amendement.

Toutefois, je voudrais présenter un certain nombre de points aux honorables sénateurs. Premièrement, cet amendement vise à établir une politique spécifique extrêmement importante parce qu'elle traite de conséquences touchant la vie ou la mort tant pour les patients que pour les professionnels de la santé. Ce n'est pas une politique que nous devrions examiner de façon ponctuelle au Sénat. C'est la raison pour laquelle le gouvernement a déjà apporté au projet de loi un amendement qui avait été proposé par le comité législatif de l'autre endroit, un amendement qui exige une étude sérieuse des directives préalables dans les 180 jours suivant la sanction royale. Comme nous le verrons dans un amendement ultérieur, nous voudrions peut-être préciser davantage cette étude, mais il est faux de dire que nous n'avons que cette occasion pour régler cette question.

De plus, je crains que nous ne soyons en train de proposer ici des amendements non seulement qui sont importants, mais auxquels n'ont pas participé des intervenants clés ainsi que l'ensemble des Canadiens. Lors de la rédaction de cet amendement, je n'ai vu aucune référence particulière à des organisations représentant le personnel infirmier ou les médecins qui ont adopté ces concepts, même si ceux-ci ne sont pas définis dans l'amendement. Il serait intéressant de savoir ce qu'en ont dit les médecins et sur quels aspects ils ont été consultés lors de l'élaboration de cet amendement.

• (2010)

Jeff Blackmer, de l'Association médicale canadienne, a dit que l'application des directives anticipées :

[...] est extrêmement complexe et difficile [...], car il est très difficile de saisir toutes les nuances et les détails liés à un problème de santé très compliqué et à l'intervention médicale appropriée [...]

Le Dr Douglas Grant, qui a souvent été cité dans cette enceinte, et qui a d'ailleurs été cité plus tôt ce soir, n'a pas pris position sur les directives anticipées, mais il a fait valoir qu'il faudrait répondre à « une myriade de nouvelles questions » avant de les autoriser.

J'irais jusqu'à dire, honorables sénateurs, que nous devrions attendre que l'on éclaircisse la myriade de nouvelles questions qui demeurent sans réponse avant d'adopter un cadre législatif.

Je ne crois pas que le Sénat ait accordé toute l'attention voulue à la question des directives anticipées, et je vous mets en garde, honorables sénateurs, contre le fait de permettre à un patient d'obtenir l'aide à mourir lorsqu'un médecin ou un infirmier détermine qu'il ne sera plus jamais capable de communiquer.

C'est une question très complexe pour laquelle il n'y a que très peu d'exemples à l'étranger. Comme je l'ai souligné dans mon discours à l'étape de la deuxième lecture, les Pays-Bas sont le seul exemple à l'étranger sur lequel nous pouvons nous appuyer, et les médecins de ce pays ne sont généralement pas disposés à donner suite à ces directives anticipées. Des médecins canadiens ont dit aux parlementaires qu'il est difficile d'appliquer des directives préalables, et que le processus serait encore plus complexe dans le cas de l'aide médicale à mourir. Nous n'avons aucune autre information sur la volonté des médecins canadiens de participer à ce processus.

J'ajouterais également que les organismes de réglementation provinciaux ont établi des lignes directrices encadrant l'aide médicale à mourir et qu'ils ont tous dit non aux demandes anticipées. La nécessité de traiter de la question avec soin, peut-être plus tard, semble faire consensus. Les ministres se sont d'ailleurs engagés à mener une étude à ce sujet. Il faut faire les choses correctement au lieu d'apporter, en dernier recours, un amendement aussi crucial tandis que nous traitons du projet de loi à l'étude.

L'honorable Terry M. Mercer : Le sénateur Harder accepterait-il de répondre à une question?

Le sénateur Harder : Volontiers.

Le sénateur Mercer : Sénateur Harder, il y a déjà des années que les permis de conduire canadiens comportent une carte pour le don d'organes. C'est notamment grâce au sénateur McInnis, qui était à une époque ministre des Transports de la Nouvelle-Écosse, et je l'en félicite.

Voici le problème qui se pose. Quand vous signez votre carte de don d'organes, vous donnez en fait une autorisation préalable, une directive anticipée indiquant que vous souhaitez donner vos organes à votre décès. Supposons toutefois que vous venez de mourir. Le chirurgien s'apprête à procéder à l'opération qui permettra de prélever un organe pour le transplanter à un patient; il consulte votre conjoint ou conjointe ou votre plus proche parent, qui lui dit : « Je ne veux pas que l'opération ait lieu. » Savez-vous ce que fait généralement le chirurgien? Oh, je peux vous le dire; vous me regardez d'un air interrogatif.

Les choses ont peut-être changé mais, lorsque j'étais directeur général de la Fondation canadienne du rein, aucun chirurgien ne procédait à l'opération si un membre de la famille s'y opposait. Le chirurgien tentait évidemment de faire valoir que le défunt avait lui-même choisi de donner ses organes, il expliquait la situation. Néanmoins, normalement, il ne procédait pas à l'opération si un proche s'y opposait, malgré la valeur juridique qu'a, à ma connaissance, la carte de don d'organes.

Le sénateur Harder : Sénateur, si je saisis le sens de votre question, nous traitons du Code criminel. Je ne puis imaginer que, sans consultation adéquate des personnes qui participent à l'aide médicale à mourir, celles-ci auraient la confiance voulue pour aller de l'avant avec les directives anticipées sans mieux comprendre comment obtenir les assurances soulignées par le sénateur Eggleton. La communauté médicale serait très hésitante, c'est le moins qu'on puisse dire. J'ai tenté de mentionner cela dans mes observations. Il est délicat de procéder à la mise en œuvre de directives anticipées sans savoir ni avoir l'assurance que la personne qui a donné la directive anticipée est toujours du même avis et souhaiterait recourir à l'aide médicale à mourir. C'est pourquoi nous devrions être très prudents en adoptant ceci, particulièrement alors que nous sommes si ouverts par rapport à l'admissibilité.

L'honorable Mobina S. B. Jaffer : Sénateur Harder, j'ai une question à vous poser. Je vous ai écouté très attentivement et, si j'ai bien compris, vous ne rejetez pas les directives anticipées. Ce que vous dites, c'est que le projet de loi prévoit un délai de 180 jours pour amorcer l'étude des directives anticipées. Ainsi, vous ne rejetez pas le concept. Vous souhaitez simplement que nous prenions le temps de l'étudier.

Le sénateur Harder : Je vous remercie de cette observation, car elle me donne l'occasion de préciser que ni moi ni le gouvernement ne disons que nous ne devrions jamais envisager les directives

anticipées. En fait, à l'article 9, vous constaterez que nous sommes bien résolus à examiner la question, à consulter la communauté des soins de santé et toutes les parties intéressées qui auraient un rôle ou une opinion à cet égard. Nous ne devrions pas ajouter cela à la hâte au projet de loi, au moyen de l'amendement proposé aujourd'hui.

Je suis très ouvert, tout comme l'étaient les ministres lorsqu'elles étaient ici et comme je vais le proposer lorsque nous arriverons à l'article 9, à l'idée d'établir des paramètres clairs relatifs à ces études, que nous pourrions établir au Sénat. Toutefois, cette question, comme plusieurs autres, devrait faire l'objet d'une étude approfondie. Il faudrait également obtenir plus d'exemples et de données, et solliciter la participation de la communauté des dispensateurs de soins.

La sénatrice Jaffer : De nombreuses personnes ont entendu dire, dans nos discussions et même en comité, que les Pays-Bas avaient connu certaines difficultés. Je dois avouer que je suis surprise de voir qu'il s'agit d'un obstacle. J'adore notre pays, parce que nous sommes des chefs de file. Il ne serait donc pas mauvais d'examiner la question des directives anticipées et de dire : « Nous sommes des chefs de file, et voici les mesures de sauvegarde que nous avons établies. » Ne convenez-vous pas qu'il serait bon de faire preuve de leadership à cet égard?

Le sénateur Harder : Il serait tout à fait bon de faire preuve de leadership à l'égard de cette question et de toute autre question valable. Je dirais même que le Canada est déjà un chef de file en la matière, puisqu'il n'y a que sept administrations qui ont légiféré sur la question à l'échelle nationale.

Je crois qu'il faudrait tirer profit de l'expérience de ces administrations. Nous savons, d'après l'article que j'ai cité de la revue sur les études gériatriques, que, aux Pays-Bas, la situation a été plus difficile que ce qu'on avait prévu. Lorsque nous avons rencontré nos homologues des Pays-Bas, comme l'a mentionné le ministre de la Santé, ils lui ont suggéré de ne pas tout faire en une seule étape, de prendre le temps de bien faire les choses, de tirer profit de l'expérience de tous les intervenants et de les écouter.

L'honorable Jane Cordy : À la page 13 du projet de loi, plus précisément à l'article 9.1, sous la rubrique « Examen indépendant », il est clairement dit que les deux ministres responsables « lancent, au plus tard cent quatre-vingts jours après la date de sanction de la présente loi, un ou des examens indépendants ». Le projet de loi fait mention d'examen indépendants des demandes faites par des mineurs matures, ce qui, à mon avis, exige énormément d'études, à l'instar des demandes anticipées et des demandes axées sur des problèmes de santé mentale, comme je l'ai dit l'autre jour à la sénatrice Batters, au sujet des amendements qu'elles a proposés.

Ne convenez-vous pas que cet article du projet de loi permettrait à ceux qui doivent prendre de telles décisions de bénéficier d'un examen plus poussé et de connaissances plus approfondies et qu'une telle étude contribuerait dans une large mesure à dissiper certaines des préoccupations qui ont été soulevées?

Le sénateur Harder : Je remercie la sénatrice de sa question et lui assure que c'est ainsi que le gouvernement interprète l'article dont elle a fait mention.

• (2020)

Bien que le gouvernement manifestement se réserverait le droit de décider de la façon de traiter les questions de politiques énumérées dans cet article, il est certain qu'il aurait à déposer les rapports de ces études au Sénat et à l'autre endroit et nous aurions davantage le sentiment d'être consultés sur ces questions dans un délai raisonnable et pourrions bien faire les choses.

L'honorable Percy Mockler : J'ai une question pour le leader du gouvernement au Sénat. Je suis d'accord avec vous quand vous dites que nous devons bien faire les choses. Puis, vous avez dit, monsieur le leader, qu'il y a des concepts mal définis dans cet amendement. Accepteriez-vous d'expliquer ce qui est mal défini selon vous dans l'amendement que nous sommes en train d'étudier?

Le sénateur Harder : Compte tenu de la question de la sénatrice Stewart Olsen et des commentaires du sénateur Sinclair, il y a certains problèmes touchant à la formulation de l'amendement. À mon avis du moins, nous n'avons pas obtenu de réponse claire et nette.

Le sénateur Eggleton : Nous venons de parler de l'étude dont il est question à l'article 9.1 et vous l'avez décrite, mais une étude ne se traduit pas nécessairement par une mesure législative. Vous l'avez dit vous-même en réponse à une question que je vous ai posée l'autre jour. Je me rends compte que cet article mentionne un délai de 180 jours, et il pourrait bien y avoir un amendement qui définirait des paramètres pour la fin de cette période et exigerait un rapport, mais cela ne requiert pas non plus une mesure législative. Donc, si, au terme de ce processus, il n'y a pas de mesure législative, ne faisons-nous pas de la discrimination contre les personnes atteintes de maladie mentale, car nous disons que, à moins qu'elles soient capables, elles ne seront pas admissibles?

Le sénateur Harder : C'est justement là le problème avec l'information : on peut toujours changer d'idée. De toute évidence, les études prévues permettront d'obtenir l'opinion d'une vaste gamme d'intervenants et définiront bien les enjeux en cause. Si le gouvernement, quel qu'il soit, décidait de mener l'une des études prévues ou la totalité d'entre elles, il devrait légiférer, et le Sénat serait de nouveau appelé à se prononcer. Même si le texte n'oblige pas le gouvernement à légiférer, il l'oblige à mener des études sur les questions dont le Sénat, l'autre endroit et les Canadiens ont longuement débattu. Nous devons à la population canadienne d'étudier l'importante question des directives anticipées de manière à ce qu'elles soient réalistes, compréhensibles et assorties des mesures de sauvegarde appropriées.

Son Honneur le Président : Sénateur Harder, demandez-vous cinq minutes de plus pour répondre aux questions?

Le sénateur Harder : Si questions il y a, oui.

Son Honneur le Président : Le consentement est-il accordé, honorables sénateurs?

Des voix : D'accord.

L'honorable Joan Fraser (leader adjointe des libéraux au Sénat) : Ma question ne porte pas vraiment sur les directives anticipées, mais maintenant que notre attention a de nouveau été attirée sur

l'article 9.1, serait-il possible qu'on tire au clair ce qui, à mes yeux, ressemble à une contradiction entre les versions anglaise et française? Je peux me tromper, mais je préfère poser la question.

La version anglaise parle des demandes d'aide médicale à mourir où « mental illness is the sole underlying medical condition », tandis que la version française parle plutôt des « demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée ».

Qu'on me corrige si je me trompe mais, selon moi, « invoquée » et « underlying » ne veulent pas dire la même chose. Ce n'est pas sans me rappeler la cause entendue par les tribunaux albertains, où on pourrait sans doute affirmer que la maladie mentale était une condition sous-jacente, puisque la pauvre dame à l'origine de cette requête souffrait, si ma mémoire est bonne, d'un « trouble de conversion » qui lui causait des souffrances physiques intolérables. Or, selon ce que je comprends, c'est cette combinaison des deux qui a été plaidée devant les tribunaux, et pas seulement le problème médical sous-jacent initial. Pourriez-vous demander à vos collaborateurs d'étudier la question pour nous?

Le sénateur Harder : Je vous remercie de la question. Je pourrai, comme la sénatrice le demande, m'informer auprès des nombreux collaborateurs que je peux me payer, mais je préférerais qu'on le fasse au moment où l'on étudiera cette disposition.

En ce qui concerne ma capacité à faire la différence entre des textes français et anglais, je tiens seulement à attirer l'attention sur le fait que la même difficulté est survenue, pas plus tard que la semaine dernière, lorsque nous avons adopté les amendements.

Son Honneur le Président : La sénatrice Wallin a la parole.

L'honorable Pamela Wallin : Je remercie le sénateur Cowan et la sénatrice Ringuette, notamment pour leurs observations de ce soir sur l'importance des directives anticipées, et le sénateur Eggleton et la sénatrice Jaffer, qui ont parlé de l'importance du choix dans ce dossier.

Ce projet de loi, comme plusieurs d'entre nous l'ont déjà reconnu, est probablement le plus important que nous n'aurons jamais à débattre, et il nous touche tous de façon très personnelle.

Comme je l'ai signalé à certains de nos collègues à la Chambre des communes, si la moyenne d'âge y était la même qu'au Sénat, ils comprendraient peut-être pourquoi ce débat fait ressortir en nous un tel sentiment d'urgence. Pour certains d'entre nous, il s'agit d'un projet de loi très personnel, puisque ce sont nos mères, pères, frères, sœurs, époux ou épouses qui pourraient être touchés, et non des grands-parents et des gens qui pourraient être un peu plus éloignés de nous.

Le présent débat va au cœur de qui nous sommes et des valeurs qui nous sont chères. Le projet de loi aura une incidence sur des personnes que nous aimons, des personnes dont nous nous efforçons de démontrer que la vie a de l'importance. Nous souhaitons que ce projet de loi respecte la façon dont les gens veulent vivre leur vie. Je crois fermement qu'aucune autre génération ne devrait être privée de choix et de dignité, que ce soit dans la vie ou dans la mort.

[Le sénateur Harder]

La Cour suprême du Canada a rendu son jugement, et le projet de loi a été présenté. Nous sommes maintenant chargés de veiller à ce que les gens soient traités de façon équitable. Il y a de si nombreux dossiers à régler dans ce pays. Nous en avons entendu parler ce soir, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins de santé et la prestation de soins de santé. L'une de mes nièces figurait sur une liste d'urgence dans ma province, et le délai d'attente était de deux à six mois. J'ai bien dit une liste d'urgence, et non une liste pour une chirurgie facultative. Alors, cette notion que nous avons facilement accès à des soins de santé et que les soins offerts sont équitables ne correspond tout simplement pas à ce que j'ai constaté personnellement jusqu'à présent.

Ce projet de loi est un pas en avant, un bon commencement, mais, au fond de mon cœur, je crois vraiment qu'il n'est pas assez bon. Même si j'appuie plusieurs des éléments compris dans l'amendement du sénateur Cowan, je trouve encore qu'il écarte un important groupe. C'est la raison pour laquelle j'ai l'intention de proposer un sous-amendement. Je vous prie de m'écouter quelques instants encore avant que je ne le fasse.

Beaucoup de collègues ont parlé avec éloquence, notant que le projet de loi ne doit pas faire de distinction entre les personnes qui souffrent et qui sont au terme de leur vie et celles dont la mort n'est pas imminente, mais dont la vie est devenue intolérable.

Il y a cependant une autre catégorie de personnes qui sont privées de leurs droits dans ce projet de loi. Nous pouvons changer cette situation en accordant simplement à tous les adultes canadiens le droit d'établir des directives préalables. Je vais m'expliquer.

Considérons la situation des personnes atteintes de démence ou de la maladie d'Alzheimer. Aux termes du projet de loi, elles n'auraient pas le droit de faire un choix. La mesure exige que ces gens aient fait l'objet d'un diagnostic avant d'espérer avoir le droit d'accéder à l'aide médicale. Toutefois, une fois le diagnostic établi, on peut bien considérer que la personne a perdu la capacité de consentir et qu'elle ne peut donc plus opter pour l'aide médicale à mourir. C'est l'ultime impasse.

Qu'en est-il des personnes qui ont, d'une façon tout à fait imprévisible, un accident cardiovasculaire ou un accident de la circulation? Il n'y a pas de diagnostic, ni avant ni après le fait.

• (2030)

Une directive anticipée aiderait la famille et les professionnels de la santé si la personne en cause est incapable de parler de ses douleurs ou de son désir de mettre fin à une vie qui ne promet rien d'autre que d'intolérables souffrances.

Mon amendement favorise l'équité et le choix. Pourquoi ne pouvons-nous pas préparer notre propre avenir, planifier en fonction du pire en espérant toujours le meilleur? Voilà pourquoi nous avons besoin de l'option d'une directive anticipée, afin de nous faire entendre même si la maladie nous a réduit au silence.

Il est simplement insensé d'interdire à une personne capable et lucide de déclarer d'avance, par écrit, sa décision réfléchie de mourir avec dignité et à l'abri de la douleur une fois qu'elle a atteint un certain degré d'incapacité.

Pourquoi faisons-nous une distinction injuste entre ceux qui souffrent et ceux qui sont sur le point de mourir? Voilà la base de mon amendement. La nécessité d'un diagnostic exclut tout un groupe de personnes pour lesquelles un diagnostic est l'équivalent d'un déni de leur droit ou un groupe de personnes terrassées, peut-être dans la fleur de l'âge.

Il y a donc une question qui s'impose : Pourquoi le terme de la vie est-il tellement plus important dans ce débat que le terme de toute qualité de vie? Autrement dit, pourquoi ceux qui choisissent la qualité de vie n'ont-ils pas leur mot à dire sur la façon de vivre leur vie ou d'y mettre fin? Cela n'est pas obligatoire, mais il faudrait que ce soit une option. Personne n'est obligé d'établir une directive anticipée, mais on devrait avoir la possibilité de donner son avis et de parler pour soi-même pendant qu'on peut encore le faire. Comme la cour l'a dit, la façon de vivre et de mourir joue un rôle fondamental dans la dignité et l'autonomie d'une personne. Faisons donc en sorte que le projet de loi reflète cette réalité.

Honorables sénateurs, respectons toutes les personnes qui souhaitent mettre fin à leurs jours de la manière qui leur convient, à elles et à leurs proches, et au moment qu'elles auront choisi.

L'amendement que je propose est simple. Je veux que tous les adultes consentants puissent recourir à l'aide médicale à mourir, pas seulement les personnes âgées, celles sur le point de mourir ou celles atteintes d'une maladie terminale.

Je propose un choix pour les gens qui souffrent et qui souhaitent avoir le droit de ne pas vivre dans la douleur ou souffrir inutilement. En résumé, l'amendement que je propose permettrait à des adultes capables de faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir en prévision d'une perte éventuelle, à la suite d'une maladie ou d'un accident, de leur capacité à fournir un consentement éclairé.

MOTION DE SOUS-AMENDEMENT

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

Que la motion d'amendement proposée par l'honorable sénateur Cowan soit modifiée par substitution, à la division a)(ii)(B), de ce qui suit :

— il s'agit d'une question très technique et elle ne reflète pas exactement ce que j'ai tenté de dire dans mon intervention —

« (B) par substitution, aux lignes 28 à 30 et à la ligne 31 (telle qu'elle a été remplacée par décision du Sénat le 8 juin 2016), de ce qui suit :

« (ii) sauf dans le cas d'une demande anticipée, a été datée et signée après que :

(A) la personne a été avisée par un médecin ou un infirmier praticien qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables,

(B) ces problèmes ont commencé à lui causer des souffrances persistantes qui lui sont intolérables; », ».

Je propose ce sous-amendement à l'amendement présenté par le sénateur Cowan sur les directives anticipées parce que je veux protéger ces deux catégories de personnes qui sont laissées pour compte : celles qui, au moment du diagnostic, perdent leur droit de consentir et celles qui ne peuvent même pas recevoir de diagnostic, car elles ont été victimes d'un accident ou d'un accident vasculaire cérébral. Merci.

Son Honneur le Président : Madame la sénatrice Wallin, accepteriez-vous de répondre à une question?

La sénatrice Wallin : Oui.

L'honorable David Tkachuk : Merci, madame la sénatrice Wallin. Nous avons tous les deux une certaine expérience de ces questions, mais les directives anticipées posent problème. Je ne sais pas exactement comment on pourrait les interpréter dans le cas d'un patient qui est atteint de démence ou même qui se trouve dans les premiers stades de la maladie d'Alzheimer.

Une fois que la directive anticipée est signée, à quel stade entre-t-elle en vigueur? Dans le cas de mon père, qui a souffert de démence sénile pendant trois ans, il y avait des moments où il ne se rappelait plus qui j'étais, mais où il fonctionnait plutôt normalement.

Comment aborder la question? Comment dire : « Papa, le temps est-il venu? » Cet amendement arrive beaucoup trop tôt, tout comme le sous-amendement. Je suis d'accord avec le sénateur Harder; il est beaucoup trop tôt. Nous devons répondre à de nombreuses questions compliquées.

Que faire dans le cas où, bien qu'elle soit désorientée, une personne arrivée à la fin de sa vie dit qu'elle ne veut plus de l'aide médicale à mourir et qu'il ne faut plus tenir compte de sa directive anticipée?

La sénatrice Wallin : Je pense que le sous-amendement a pour but de préciser très simplement qu'une personne peut donner des instructions anticipées à n'importe quel stade de sa vie. Comme la sénatrice Ringuette nous l'a rappelé, lorsqu'on écrit son testament, on décide à qui on veut léguer l'argent, l'automobile, la maison ou la terre familiale. Ce sont des décisions que l'on prend lorsqu'on est sain d'esprit. On les écrit sur un bout de papier, et il arrive que l'on change d'idée par la suite. La situation peut changer, cela ne fait aucun doute, mais, en pareil cas, il faut consulter un notaire ou un expert dans le domaine et lui faire consigner le changement.

C'est sensiblement la même chose. Il se peut qu'on veuille préciser dans une directive anticipée les circonstances dans lesquelles on ne souhaiterait plus continuer de vivre. Tout le monde pourra les décrire dans leurs propres mots; pour certains, ce sera l'incapacité de reconnaître sa propre famille, la souffrance ou la déconnexion totale du monde que l'on connaissait jadis. Les gens auront l'occasion d'énoncer leur volonté par écrit. Ils tenteront de communiquer à leur famille et aux autorités, dont les professionnels de la santé, les circonstances dans lesquelles ils voudraient mettre un terme à leur vie — que ce soit la souffrance ou l'incapacité de reconnaître sa famille, de ressentir l'amour, la tristesse, ou que sais-je.

Je me doute bien que nous sommes nombreux à avoir eu des conversations avec nos parents ou autres membres de la famille au sujet des circonstances qu'ils ne souhaiteraient pas endurer. J'étais assise à l'hôpital avant que mon père ne subisse une chirurgie cardiaque. Il m'a dit : « La vie n'aurait plus aucun sens pour moi si je devais en arriver à perdre mes capacités physiques ou mentales. Je n'aurais plus aucune qualité de vie. Je suis un homme qui a besoin d'interagir avec le monde, de rencontrer des gens. » Il a ajouté que ce ne serait pas une vie pour lui.

Ça m'a mise sur la piste; ça m'a été utile. Fort heureusement, nous n'avons pas eu à composer avec la mort de mon père à ce moment-là, mais la discussion s'est avérée utile; c'est un moyen de connaître la volonté des membres de sa famille et de savoir ce qu'ils considèrent importants dans la vie.

Les directives anticipées, l'objet de l'amendement à l'étude, nous donneraient l'occasion à tous d'avoir cette conversation. Nous pourrions ainsi sentir que nous avons un mot à dire, que nous avons le choix et, surtout, que nous sommes en contrôle.

L'honorable Peter Harder (représentant du gouvernement au Sénat) : Est-ce que la sénatrice répondrait à une autre question?

La sénatrice Wallin : Oui.

Le sénateur Harder : Merci de vos commentaires, sénatrice. J'aime le caractère provocateur de votre sous-amendement. Dans vos commentaires, vous avez fait allusion à un certain degré d'incapacité. Ai-je raison de penser que l'amendement que vous proposez s'appliquerait à un moment donné, ce qui obligerait un médecin ou un infirmier praticien à procéder aux évaluations auxquelles vous faites allusion?

• (2040)

Je me demande dans quelle mesure on a consulté, à propos de cet amendement, les personnes auxquelles nous donnons la responsabilité et le pouvoir de l'appliquer, et quelles ont été leurs réactions. En effet et comme je l'ai dit dans mes commentaires à propos de l'amendement principal, la communauté des praticiens a beaucoup hésité à agir aussi vite, sans réfléchir sur le moyen de concilier le désir qu'a exprimé le patient — du moins au moment où il a fait la demande — et la façon d'agir dans les circonstances entourant la prestation de l'aide médicale à mourir.

La sénatrice Wallin : Je pense que la directive anticipée dit bien ce qu'elle veut dire. C'est une directive que l'on donne à l'avance, lorsque l'on est encore capable de s'exprimer, lorsque l'on est encore capable de donner son consentement et lorsque l'on est sain d'esprit. La directive sert de guide.

La communauté des praticiens a officiellement déclaré qu'elle jugeait le sujet problématique. Aucune raison ne nous empêche de poursuivre le débat et de nous entendre sur des définitions. Comme d'autres collègues l'ont laissé entendre, il est pratiquement certain que les tribunaux seront saisis de ces questions. Lorsque l'on parle à des médecins individuellement ou à d'autres praticiens, ils nous disent que ces questions font partie de leur quotidien. Ils y font face chaque jour. La directive anticipée les guiderait en quelque sorte par rapport au projet de loi initial et même par rapport à l'amendement, selon lequel un diagnostic doit avoir été posé avant d'aborder la question.

La directive rendrait les choses plus claires pour la famille et pour les praticiens et donnerait un sentiment de contrôle à la personne qui est aux prises avec la situation.

Son Honneur le Président : Votre temps de parole est écoulé, sénatrice Wallin, mais le sénateur Day souhaite poser une question. Souhaitez-vous demander plus de temps?

La sénatrice Wallin : Certainement, j'aimerais qu'on m'accorde quelques minutes de plus.

Son Honneur le Président : Une question de plus, alors.

L'honorable Joseph A. Day : Sénatrice Wallin, je comprends vos observations au sujet du diagnostic, mais, à la lecture de votre amendement, il semble que celui-ci exige que la personne ait été informée par un médecin ou un infirmier praticien qu'elle est atteinte d'un problème de santé grave et irrémédiable.

Ne s'agit-il pas là d'un diagnostic? N'est-ce pas ce que vous tentiez d'éviter en proposant votre amendement?

La sénatrice Wallin : C'est bien ce que je veux éviter. Comme me l'ont expliqué les rédacteurs, j'utilise un langage beaucoup plus simple. J'essaie de dire qu'un adulte capable devrait être en mesure de faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir au cas où il perdrait éventuellement, que ce soit en raison d'une maladie ou d'un accident, la capacité de donner un consentement éclairé.

Le libellé de l'amendement est formulé ainsi en raison des amendements proposés antérieurement par le sénateur Cowan et le sénateur Joyal. Techniquement, c'est ainsi qu'il faut modifier le libellé pour accomplir ce dont je viens de parler durant mon intervention.

Le sénateur Day : Je préfère votre intervention à votre amendement.

J'ai reçu plus de lettres et de courriels concernant cette question que sur tous les autres points dont nous avons débattu au Sénat. Les gens veulent pouvoir laisser un testament biologique. Lorsqu'ils perdent leurs capacités et ne peuvent plus continuer à mener leur vie habituelle, ils veulent avoir le droit de refuser d'être réanimés, d'être alimentés par une sonde, de déféquer par l'intermédiaire d'un tube. Ils ne veulent rien de tout cela. Après avoir mené une bonne vie, ils veulent être en mesure de rassembler leur famille afin de faire leurs adieux.

Voilà ce que me disent les gens qui communiquent avec moi. C'est ce que j'espérais voir dans votre amendement, car je ne pense pas qu'une directive anticipée est censée s'appliquer dès que la personne apprend qu'elle a des ennuis. Nous commençons tous à en avoir dès le jour de notre naissance. Nous allons tous mourir un jour, et il serait bon de pouvoir le faire dans la dignité.

La sénatrice Wallin : En ce qui concerne le libellé, je suis on ne peut plus d'accord, croyez-moi, et les greffiers au Bureau peuvent en témoigner. J'ai demandé à ce que les choses soient formulées le plus simplement possible afin que le message soit clair. Cependant, puisque je propose un sous-amendement visant un amendement à un projet de loi qui a déjà été amendé, c'est le libellé qu'ils ont étudié et proposé afin d'atteindre l'objectif dont je vous ai parlé. J'ai vérifié auprès d'eux à plusieurs reprises, et ils m'ont assurée que cette formulation permettrait d'atteindre cet objectif. Je suis tout à fait d'accord avec vous, mais c'est le mieux que je puisse faire, compte tenu de la complexité technique du fait de proposer un sous-amendement visant un amendement à un projet de loi qui a déjà été amendé.

Pour ce qui est des testaments biologiques et des réactions que nous avons obtenues de la part de la population, je suppose que les courriels que vous recevez sont semblables à ceux que je reçois. Nous avons reçu des avalanches de courriels et des lettres ordinaires, comme toujours. J'ai reçu des dizaines de lettres personnelles rédigées de façon éloquente et réfléchie de la part de personnes qui ont fait valoir des arguments semblables à ceux que j'essaie de défendre ce soir.

[Français]

L'honorable Claude Carignan (leader de l'opposition) : Est-ce que la sénatrice Wallin accepterait de répondre à une question?

[Traduction]

La sénatrice Wallin : Absolument.

[Français]

Le sénateur Carignan : Merci, sénatrice Wallin. Je lis l'amendement proposé par le sénateur Cowan, puis je regarde votre sous-amendement, et j'ai l'impression qu'on entre de plus en plus dans le domaine de la compétence provinciale en matière de gestion de la santé et dans le domaine de la propriété lié au droit civil. Les questions de savoir comment, quand et pourquoi on pourrait donner des directives, et sous quelle forme, sont des notions qui touchent le droit civil. Dans le fond, cela pourrait se faire sous forme de testament.

Ne sommes-nous pas en train de nous éloigner de la compétence fédérale en matière de droit criminel, qui consiste ici à déterminer ce qui n'est pas criminel? À partir du moment où on déborde de la notion de ce qui n'est pas criminel, tout le reste, soit le comment et le quand, relève de la compétence des provinces.

[Traduction]

Son Honneur le Président : Sénatrice Wallin, votre temps de parole est de nouveau écoulé. Demandez-vous plus de temps pour répondre à la question du sénateur Carignan?

La sénatrice Wallin : Je demanderais un moment pour répondre.

Son Honneur le Président : Est-ce accordé, honorables sénateurs?

Des voix : D'accord.

La sénatrice Wallin : Comme j'ai essayé de le dire au sénateur Day et aux autres, j'ai examiné la question de façon directe. Je continue de croire que le projet de loi modifié et l'amendement proposé ce soir nient un droit fondamental, un droit prévu par la Charte, à au moins deux catégories de personnes que j'ai décrites.

Nous avons dit que nous accorderions le droit à l'aide médicale à mourir aux personnes âgées et en phase terminale et nous avons énoncé les circonstances dans lesquelles elles auraient le droit de demander cette aide. Ce qui me préoccupe, c'est que nous avons refusé à ces deux groupes les droits fondamentaux que leur accorde la Charte. Cela n'a pas vraiment à voir avec la compétence provinciale ou autre chose du genre. Je demande simplement que tout le monde ait le même droit.

Son Honneur le Président : Les sénateurs sont-ils prêts à se prononcer sur le sous-amendement?

Des voix : Le vote!

Son Honneur le Président : Que tous ceux qui sont en faveur du sous-amendement veuillent bien dire oui.

Des voix : Oui.

Son Honneur le Président : Que tous ceux qui sont contre veuillent bien dire non.

Des voix : Non.

Son Honneur le Président : À mon avis, les non l'emportent. Le sous-amendement est rejeté.

Nous reprenons le débat. Le sénateur Enverga a la parole.

L'honorable Tobias C. Enverga, Jr : Honorables sénateurs, j'interviens pour parler de l'amendement du sénateur Cowan, qui vise à élargir l'accès à l'aide médicale à mourir en permettant ce qu'on appelle les directives anticipées. Je suis très inquiet des effets que cela pourrait avoir et du fait qu'on traiterait différemment, du point de vue juridique, ceux qui ont établi des directives anticipées et ceux qui ne l'ont pas fait, mais qui souhaitent accéder à l'aide médicale à mourir.

• (2050)

Honorables sénateurs, l'une des mesures de sauvegarde que le gouvernement Trudeau a mises en place pour éviter des décisions hâtives est le délai de 10 jours qui doit être observé entre le moment où la demande est présentée et celui où l'aide à mourir est fournie. C'est à l'alinéa g), à la page 7 du projet de loi. Une autre sauvegarde se trouve à l'alinéa h), qui permet à la personne en cause de retirer sa demande immédiatement avant que l'aide à mourir ne soit donnée. Si nous adoptons l'amendement du sénateur Cowan, il y aurait plusieurs conséquences.

La première, qui est la plus importante, est qu'une fois la directive préalable signée, il n'y a aucun moyen de revenir sur sa décision si on n'est plus capable de dire qu'on a changé d'avis. Cela pourrait ne pas seulement se produire d'une façon lente et ordonnée. Nous ferions courir des risques aux personnes qui n'ont pas la possibilité de faire les changements nécessaires. Je soupçonne que beaucoup de gens commenceraient à voir la mort d'une façon différente lorsqu'elle est proche. Je répète qu'à mon avis les gens réfléchiraient à nouveau à leur façon de voir la mort lorsqu'ils s'en rapprochent.

Il y a une autre conséquence, honorables sénateurs. Il y aura tout à coup deux catégories de patients à qui s'appliquerait cette exemption du Code criminel. Il y aura d'abord ceux qui demanderont l'aide médicale à mourir dans le cadre actuellement exposé dans le projet de loi. Les membres de la seconde catégorie ne bénéficieront pas de la protection des mesures de sauvegarde et pourront, dès qu'ils sont incapables de communiquer, être mis à mort. Dès qu'il y a deux catégories, les gens ne sont plus égaux devant la loi, ce qui est inquiétant. Ce que je crains le plus, toutefois, c'est que nous assistions à une forte augmentation des directives préalables, de sorte que les patients ne seront plus tenus d'observer le délai prescrit qui a été prévu pour s'assurer qu'ils souhaitent vraiment mourir.

Si le gouvernement a rédigé ce projet de loi — plus particulièrement ces deux alinéas — en prévoyant que, en fait, certaines personnes vont changer d'idée au tout dernier moment, alors qu'elles sont sur le point de mourir, en autorisant les directives anticipées, nous allons augmenter le nombre de personnes qui auront accès à l'aide médicale à mourir.

Honorables sénateurs, notre estimé collègue, le sénateur Baker, a parlé à plusieurs reprises de la question des directives anticipées pendant les travaux du Comité des affaires juridiques et constitutionnelles. Il a souligné que ces directives existent déjà. Cependant, il y a une énorme différence entre le fait de refuser une intervention à une étape donnée d'un traitement et le fait qu'un médecin ou un infirmier mette activement fin à la vie du patient.

Honorables sénateurs, pour moi, il s'agit uniquement d'une manière subtile d'accroître l'accessibilité à l'aide médicale à mourir en ne permettant plus au patient de changer d'idée à la dernière minute. C'est la raison pour laquelle je ne peux pas appuyer cet amendement. Celui-ci aurait pour effet de priver le patient de son droit d'être consulté une dernière fois pour qu'on puisse lui demander s'il est bien sûr de sa décision d'obtenir l'aide médicale à mourir.

Comme je l'ai dit plus tôt, le point de vue d'une personne sur sa mort change souvent lorsque celle-ci est de plus en plus imminente, et c'est encore plus vrai lorsque le moment de mourir est arrivé.

MOTION DE SOUS-AMENDEMENT

L'honorable Mobina S. B. Jaffer : Honorables sénateurs, comme sous-amendement à l'amendement présenté par le sénateur Cowan, je propose :

Que la motion d'amendement proposée par l'honorable sénateur Cowan soit modifiée par adjonction, après le sous-paragraphe (a)(iii), de ce qui suit :

« (iii.1) à la page 8, par adjonction, après la ligne 34, de ce qui suit :

« (10) Malgré toute autre disposition du présent article, l'aide médicale à mourir ne peut être reçue par une personne ou fournie par un médecin ou un infirmier praticien au titre d'une demande anticipée qu'à compter de la date du deuxième anniversaire de l'entrée en vigueur du présent article. », ».

Son Honneur le Président : Honorables sénateurs, en sous-amendement au projet de loi C-14, l'honorable sénatrice Jaffer propose, avec l'appui de l'honorable sénatrice Cordy :

Que la motion d'amendement proposée par l'honorable sénateur Cowan soit modifiée par adjonction, après le sous-paragraphe (a)...

Puis-je me dispenser de lire la motion?

Des voix : Oui.

Son Honneur le Président : Nous reprenons le débat. La sénatrice Jaffer a la parole.

La sénatrice Jaffer : Merci, Votre Honneur.

Le sénateur Cowan a proposé un amendement concernant les demandes anticipées. Pour ma part, je propose un autre amendement disant que ce serait une bonne idée, mais qu'il faut attendre deux ans. Je m'explique.

Honorables sénateurs, depuis des années, j'ai préparé différents documents pour des gens qui envisagent le terme de leur vie ou qui veulent planifier leur succession. Il y en a trois : il y a la procuration, qui prévoit, au cas où la personne devient incapable de s'occuper de

ses propres affaires, notamment ses finances, qu'une autre personne le fasse pour elle; il y a ensuite le testament; enfin, il y a ce qu'on appelait le testament biologique, dont nous avons débattu au cours des trois ou quatre dernières années, ou peut-être même avant, et dont mon ami, le sénateur Day, a parlé à plusieurs reprises. Aujourd'hui, du moins en Colombie-Britannique, nous appelons cela une entente de représentation. Une entente de représentation est en réalité une entente d'omission : on y dit qu'on ne veut pas d'efforts extraordinaires, qu'on ne souhaite pas être alimenté de force et qu'on ne veut pas ceci ou cela.

Un gouvernement provincial peut faire adopter une loi prévoyant qu'une entente de représentation peut préciser qu'un médecin ne doit pas prendre de mesures extraordinaires et que la famille ne doit pas faire telle ou telle chose. Cela fait maintenant partie de notre système. Honorables sénateurs, pendant que cette loi était mise en place, on s'est efforcé de sensibiliser les gens aux ententes de représentation. À notre cabinet, nous avons toutes sortes de vidéos et de matériel expliquant aux gens ce qu'il faut faire ainsi que les raisons justifiant de le faire. Il est souvent arrivé que des clients me disent : « Nous ne voulons pas le faire. Nous laisserons cela à notre famille. » Je leur réponds que c'est leur choix, mais que s'ils en laissent la responsabilité à leur famille, cela pourrait occasionner des conflits si la famille compte trois ou quatre enfants et que l'un d'eux n'est pas d'accord avec les autres. Je leur explique qu'il vaut donc mieux qu'ils prennent eux-mêmes la décision. Ainsi, aucun enfant ne pourra dire : « C'est toi qui as voulu que maman meure. Moi, je ne voulais pas. » Il faut prendre la décision soi-même.

Ce genre de disposition existe déjà à l'échelle provinciale. Le droit de demander à l'avance une non-intervention existe; vous pouvez déjà dire à votre médecin que vous ne voulez pas qu'on vous fasse telle ou telle chose.

La demande anticipée dont nous discutons est différente, puisqu'il s'agit de demander au médecin de faire une chose, d'administrer une substance qui facilitera votre passage, ce qui est relativement conforme au Code criminel. Il s'agit d'un geste plus grave, d'une évolution dans les façons de faire de la société.

J'ai écouté très attentivement la ministre; j'ai écouté les intervenants. La fin de semaine dernière, j'ai encore écouté plusieurs personnes. Des gens m'ont téléphoné pour me dire : « Il faut ajouter des mesures de sauvegarde. »

Je suis d'accord : il faut ajouter des mesures de sauvegarde, et il faut consulter davantage les intervenants. La ministre a déjà déclaré — c'était après nous avoir écoutés, je crois, après avoir comparu devant notre comité sénatorial — qu'elle lancerait une étude dans les 180 jours. Je l'en félicite.

Tout ce que je souhaite, honorables sénateurs, c'est que la ministre et les fonctionnaires de son ministère y travaillent et mettent des mesures en place d'ici deux ans. J'ai entendu la ministre et d'autres personnes dire qu'elles souhaitent qu'on permette les demandes anticipées, mais qu'il faut étudier cette question de plus près, instaurer un régime, planifier un programme de sensibilisation et mettre en place des mesures de sauvegarde.

Je suis du même avis, mais je tiens à m'assurer — tout comme le sénateur Harder — qu'on prévoie le temps nécessaire à une étude. Il faudrait, selon moi, laisser à la ministre le temps d'étudier la question, lui accorder deux ans pour le faire, mais l'inscrire déjà dans le projet de loi afin que le régime entre en vigueur dans deux ans.

Je vous remercie.

• (2100)

L'honorable Peter Harder (représentant du gouvernement au Sénat) : La sénatrice accepterait-elle une de répondre à une question?

La sénatrice Jaffer : Oui.

Le sénateur Harder : Madame la sénatrice, je vous ai entendue inviter explicitement à la prudence, et je suis d'accord avec vous. Or, ne serait-il pas plus prudent d'utiliser le délai de deux ans que vous souhaitez instaurer dans votre sous-amendement pour nous assurer que nous apportons le bon amendement, plutôt que d'inscrire dans la loi un amendement qui, nous l'admettons, est imprudent?

La sénatrice Jaffer : Sénateur, vous savez que rien en ce monde n'est permanent. Si le gouvernement veut modifier l'amendement que nous adoptons ici aujourd'hui, il le peut, car le Parlement est l'autorité suprême. Dans deux ans, le gouvernement pourrait revenir et dire : « Cet amendement que vous avez adopté n'est pas tout à fait correct; nous voulons qu'il soit plutôt ainsi. »

Le Parlement peut modifier ce qu'il veut. Si l'amendement n'est pas le bon, rien ne nous empêche de le corriger dans l'avenir.

L'honorable Lillian Eva Dyck : Je suis curieuse de savoir pourquoi vous proposez ceci comme sous-amendement à l'amendement du sénateur Cowan plutôt que comme amendement de la disposition 9.1 du projet de loi, qui prévoit aussi l'examen indépendant et le délai de 180 jours. Pourquoi ne pas avoir inclus dans cette disposition l'idée d'un délai de deux ans?

La sénatrice Jaffer : C'est une très bonne question. C'est une autre voie que je compte emprunter, selon le déroulement des délibérations ce soir. J'estime que l'amendement du sénateur Cowan et ses propos sont très importants. Nous avons entendu parler des directives anticipées. Je respecte ce qu'il a dit. Je voulais le laisser jeter les bases, puis m'appuyer sur son amendement pour dire : « Effectivement, c'est une excellente idée, mais attendons deux ans. »

[Français]

Le sénateur Carignan : Sénatrice Jaffer, accepteriez-vous de répondre à une question?

J'ai quelques difficultés avec les directives anticipées, qui sont liées au fait qu'on donne un consentement lorsqu'on a conscience de le faire, mais qu'on ne peut pas le révoquer. Dans le cadre de l'aide médicale à mourir, on a la possibilité de changer d'idée à la dernière minute. Cependant, ici, la personne ne pourrait pas changer d'idée, même si elle le désire, parce qu'elle n'aurait pas la capacité de communiquer ce changement d'idée. Si j'acceptais votre amendement et que j'attendais deux ans avant de le mettre en vigueur, en quoi cela changerait-il le fondement du problème que j'ai avec ce dossier?

La sénatrice Jaffer : Moi aussi, j'ai beaucoup de problèmes avec cette question, mais j'y ai beaucoup réfléchi, parce que je travaille dans ce contexte presque toutes les semaines.

[Traduction]

Sénateur, j'y ai beaucoup pensé, pas seulement depuis qu'on nous a présenté le projet de loi, mais avant cela. La raison pour laquelle je souhaite que deux années soient prévues dans le projet de loi, si mes honorables collègues le jugent approprié, c'est qu'il s'agit d'une

question très difficile. Elle nous a tous bouleversés. Je crois humblement que l'une des raisons pour lesquelles nous débattons de ce projet de loi, c'est parce que la Cour suprême du Canada l'a ordonné.

Ma préoccupation, c'est que, comme le gouvernement devient très occupé et que des choses se produisent, le projet de loi ne fasse que prévoir qu'il y ait un examen effectué dans les 180 jours suivant la date de mise en œuvre, mais le projet de loi ne dit pas quand il sera mis en œuvre ou ce qu'il adviendra de l'examen. Comme je l'ai déjà dit, je respecte tout à fait l'idée d'un examen et d'un régime, mais nous devons veiller à ce qu'il y ait plus tard des directives anticipées et que, après deux ans d'étude, un régime soit en place.

Ma principale préoccupation, c'est que nous adoptions l'amendement du sénateur Joyal sans avoir examiné la question de personnes ayant présenté des demandes. La raison pour laquelle j'ai appuyé l'amendement du sénateur Cowan, c'est qu'une demande ne peut être présentée que si un diagnostic est posé et si quelque chose déclenche ce diagnostic. On ne présente pas une demande anticipée quand on a 20 ans, alors qu'on ne sait pas ce qu'il adviendra de nous. Conformément à l'amendement du sénateur Joyal, on pourrait affirmer, dès le début de la maladie : « Voici ce que je veux que vous fassiez. »

Dans le cadre de mon autre profession, j'ai vu tellement de personnes présenter une telle demande et qui n'avaient nulle part où aller parce que rien n'avait été prévu. Une personne qui planifie sa vie tient compte de son argent et de ses biens. Elle dit au médecin de ne pas faire telle ou telle chose, mais elle n'a pas le droit de dire au médecin : « Laissez-moi mourir dans la dignité. » Il est question ici de mourir dignement.

[Français]

Le sénateur Carignan : Tout ce que vous venez d'évoquer, ce que je choisis de faire avec mes meubles, mon avenir, mes soins, ce sont des champs de compétence provinciale. Pourquoi en parlerait-on dans le Code criminel?

[Traduction]

La sénatrice Jaffer : On ne le fait pas. Vous avez raison; je l'ai dit plus tôt. Vous ne m'avez peut-être pas entendue. Toutes ces questions relèvent de la compétence des provinces, mais pas les demandes anticipées, parce que, à mon avis, elles relèvent du Code criminel.

La demande anticipée doit être exécutée par un médecin et jusqu'à tout récemment, les médecins n'avaient pas le droit de le faire; c'était un acte criminel. À mon avis, les demandes anticipées représentent plus que cela. L'entente de représentation relève de la compétence des provinces, et c'est pourquoi cela est déjà en place. Or, les demandes anticipées ne relèvent pas de la compétence provinciale, et nous devons adopter des mesures pour veiller à ce qu'une personne puisse décider de la façon dont elle souhaite passer ses derniers jours.

L'honorable Daniel Lang : J'aimerais revenir sur la question de responsabilité provinciale, soulevée par le sénateur Carignan. Si l'autorisation relative à une directive d'aide médicale n'est pas de la responsabilité des provinces ou des territoires à l'heure actuelle, selon les modalités de leurs protocoles d'aide médicale à mourir, pourquoi ne fait-on référence à aucune demande précise?

La sénatrice Jaffer : Sénateur Lang, pouvez-vous préciser votre question? Je ne l'ai pas comprise, je suis désolée.

[La sénatrice Jaffer]

Le sénateur Lang : C'est ce qui m'inquiète lorsque j'écoute le débat des derniers jours, les responsabilités des provinces et des territoires par rapport à celles du gouvernement fédéral. On parle maintenant de la directive médicale préalable.

Le sénateur Carignan a fait valoir qu'on parlait maintenant d'une responsabilité provinciale. Aucune des lignes directrices établies par les provinces et les territoires ne mentionne des demandes.

Je suppose que les demandes n'y sont pas mentionnées parce que, à ce stade, les provinces ne veulent pas s'occuper de cette question même si elle relève de leurs responsabilités. Selon cette logique, pourquoi discutons-nous de cet amendement particulier alors qu'il porte sur une responsabilité provinciale?

La sénatrice Jaffer : Je vous remercie de cette précision, sénateur Lang. C'est exactement là où je veux en venir. La province ne peut pas réclamer des demandes parce que cela ne relève pas de ses compétences. Il s'agit d'une demande au titre du Code criminel. Elle peut donc seulement être réglemantée par le gouvernement fédéral. C'est pour cette raison que les provinces ne veulent pas de demandes : elles ne relèvent pas de leurs compétences.

Son Honneur le Président : Sénatrice Fraser, avez-vous une question à poser?

L'honorable Joan Fraser (leader adjointe des libéraux au Sénat) : Je veux participer au débat sur le sous-amendement.

Honorables collègues, j'appuie fermement l'amendement du sénateur Cowan, et je ne crois pas que le sous-amendement de la sénatrice Jaffer est, à proprement parler, nécessaire. Par contre, il pourrait être souhaitable pour de nombreuses raisons. Je l'appuierai donc.

• (2110)

L'amendement proposé par le sénateur Cowan porte sur un problème que nous connaissons tous. Nous avons tous connu des personnes qui, ayant reçu un diagnostic de maladie grave susceptible de leur infliger des souffrances insupportables, veulent pouvoir définir les modalités de leur décès une fois rendues à cette étape.

À la lumière de la décision de la Cour suprême et des travaux du comité mixte, qui a recommandé que des directives anticipées puissent être données après un diagnostic, je pense que l'amendement est parfaitement recevable.

Si je peux me faire l'écho de la sénatrice Jaffer juste un peu, car certains ont soulevé ici des interrogations concernant le champ de compétence des provinces, je précise que l'aide à mourir relève du Code criminel. Les provinces ne peuvent rien faire à cet égard à moins que le Code criminel soit modifié pour le permettre. Bien entendu, elles définiront alors, comme pour toutes les questions médicales, leurs propres règles et procédures, qui varieront d'une province à l'autre. Tout cela est bien; c'est ainsi que notre système fonctionne. Cependant, elles ne peuvent rien faire tant que nous n'avons pas modifié le Code criminel.

Je dirais également que l'amendement n'a pas été rédigé à la hâte, loin de là. Il s'inspire directement des travaux du comité mixte et je sais que de longues heures ont été consacrées à sa rédaction. Je crois que c'est une motion d'amendement bien conçue et bien rédigée.

Toutefois, je prends aussi très au sérieux les observations des collègues qui ont dit que c'était un domaine dans lequel ils ne se sentaient pas tout à fait à l'aise et qu'ils aimeraient avoir la certitude que nous allons bien faire les choses. Je pense que la sénatrice Jaffer a trouvé une façon assez originale d'y parvenir et c'est de dire que la disposition n'entrera pas en vigueur avant deux ans.

Certains ont laissé entendre que, si nous sommes disposés à attendre deux ans, nous ne devrions même pas nous pencher sur cette question. Voici ce à quoi le sénateur Cowan et moi sommes arrivés. Si nous n'ajoutons pas cette disposition dans le projet de loi, elle ne sera jamais adoptée, du moins pas avant de nombreuses années.

Des voix : Bravo!

La sénatrice Fraser : Aucune autre disposition du projet de loi n'oblige le gouvernement à mener les extraordinaires études qu'il s'est engagé à faire — et je suis sûre qu'elles le seront. Le projet de loi ne prévoit même pas de date butoir.

Voyez à quel point le présent débat est déchirant. Croyez-vous vraiment que les parlementaires, surtout ceux qui pensent à leur réélection, seront prêts à rouvrir ce dossier?

Le sénateur Mockler : Non.

La sénatrice Fraser : La solution à ce dilemme, c'est d'intégrer cette disposition au projet de loi et de prévoir une date d'entrée en vigueur. Deux ans me semblent une bonne période. De cette façon, si le gouvernement, la majorité des députés ou, quand on y pense, la majorité des sénateurs découvrent, après avoir étudié la question et y avoir réfléchi, que certains éléments de la disposition sur les directives anticipées pourraient être améliorés, ils auront tout intérêt à le faire avant la fin des deux ans.

Si, après avoir étudié la question et y avoir bien réfléchi, ils estiment au contraire qu'il n'y a pas lieu d'améliorer la disposition, celle-ci entrera alors en vigueur, que des élections soient imminentes ou non, et que les gens soient prêts ou non à rouvrir ce dossier.

Honorables sénateurs, si nous n'ajoutons pas maintenant cette disposition fondamentale dans le projet de loi, j'estime que nous manquerons à notre devoir à l'égard de tous les gens qui en ont besoin et qui savent — tout comme nous — qu'ils subiront des souffrances intolérables et qui veulent, après avoir reçu leur diagnostic, décider eux-mêmes de ce qu'il adviendra d'eux, si tant est qu'une telle chose soit en leur pouvoir.

Je vous suggère fortement d'adopter le sous-amendement de la sénatrice Jaffer et l'amendement du sénateur Cowan. Nous aurons ainsi fait une contribution importante au bien-être du peuple canadien.

Son Honneur le Président : Madame la sénatrice Dyck, vous souhaitez intervenir dans le débat sur le sous-amendement?

L'honorable Lillian Eva Dyck : Oui.

La discussion de ce soir est intéressante. Je pense avoir bien compris les positions des uns et des autres.

Madame la sénatrice Jaffer, comme l'a dit la sénatrice Fraser, vous avez trouvé une méthode très créative de satisfaire ceux qui ne veulent pas que nous allions trop vite, tout en incluant dans le projet de loi les suggestions qui nous ont été faites. Après avoir entendu les arguments, je serais tenté d'appuyer votre sous-amendement.

Comme d'autres sénateurs l'ont dit, nous voulons tous trouver le juste équilibre entre donner le choix aux gens et protéger les personnes vulnérables. Il me semble que votre sous-amendement nous permettrait d'atteindre ce juste équilibre.

Nous souhaitons permettre aux gens qui souffrent de troubles comme la démence ou la maladie d'Alzheimer de faire le choix d'obtenir de l'aide avant qu'ils atteignent le stade où la souffrance est intolérable et où ils ne sont plus capables de donner un consentement éclairé. Alors, j'ai l'impression que ce qui nous est proposé convient tout à fait.

Je voudrais simplement dire que, sur le plan technique, l'amendement proposé par le sénateur Cowan ne semble pas avoir été pleinement mûri, ce qui a amené la sénatrice Stewart Olsen à soulever une question concernant le mot « capable ».

L'amendement conserve la même formulation que dans le projet de loi et ne fait qu'y insérer l'expression « demande anticipée ». Si vous consultez la version actuelle du projet de loi, à la ligne 31 de la page 5, vous y verrez le passage suivant : « elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions [...] ». Le mot « capable » se trouve dans le projet de loi actuel.

À la page suivante, à l'alinéa e), on dit « elle consent de manière éclairée [...] »

Les mots « capable » et « consent de manière éclairée » figurent dans le projet de loi initial. Le mot « capable », dans l'amendement du sénateur Cowan, provient du projet de loi initial. Le mot « consent » resterait dans son amendement parce que cette partie n'a pas été modifiée. Ce sont donc les mots « capable » et « consent ». C'est mûrement réfléchi.

Évidemment, lorsqu'on nous pose une question à propos de chaque mot, parfois, on ne trouve pas la réponse immédiatement, mais j'ai eu le temps de l'examiner et j'ai remarqué que c'était le cas.

Les amendements du sénateur Cowan ont été mûrement réfléchis. La seule question que j'avais et que je n'ai pas pu poser portait sur la disposition (B)(ii)(A) concernant les demandes anticipées, qui parle de « problèmes de santé graves qui sont raisonnablement susceptibles de lui causer des souffrances persistantes [...] »

La seule chose que j'ai remarquée, c'est que les mots « souffrances intolérables » n'y étaient pas, mais on les trouve un peu avant. C'était ma seule question à ce sujet.

En ce qui concerne le diagnostic médical, on dit clairement, plus tôt, à l'article 3a)(i)(A)a), que les problèmes médicaux sont tels que « [...] selon elle, [ils] constitueraient des souffrances qui lui sont intolérables [...] » C'est donc mentionné dans un article précédent de l'amendement.

Par conséquent, j'appuie les deux amendements.

Son Honneur le Président : Le sénateur Sinclair a la parole.

L'honorable Murray Sinclair : C'est au sujet du sous-amendement, Votre Honneur.

La période de deux ans proposée me préoccupe un peu, car elle semble indiquer que la disposition a une certaine validité, que l'amendement proposé par le sénateur Cowan a une certaine validité qui aura une conséquence juridique positive, à la fin de la période de deux ans, que nous serons tous prêts à appuyer. Je suppose que nous avons l'option de rejeter l'amendement du sénateur Cowan afin d'ouvrir la voie à cet amendement-ci, mais ce serait selon moi malavisé.

• (2120)

J'estime que l'idée d'une période limite de deux ans est déplacée dans le contexte de l'amendement à l'étude. Elle conviendrait davantage à l'article 9.1 du projet de loi. Je ne suis donc pas disposé à appuyer sous la forme de cet amendement, mais je serais disposé à l'envisager dans le contexte d'un resserrement des échéanciers pour les études et les examens prévus aux termes de l'article 9.1 du projet de loi. Je me suis toujours soucié de l'ouverture aux examens, ou de l'éventuelle ouverture à ceux-ci.

Je tiens néanmoins à faire savoir aux sénateurs que je compte m'opposer à l'amendement en question et que j'aimerais que nous ayons l'occasion d'envisager le resserrement des échéanciers prévus aux termes de l'article 9. Merci.

Son Honneur le Président : Les honorables sénateurs sont-ils prêts à se prononcer?

Des voix : Le vote!

Son Honneur le Président : Le vote porte sur le sous-amendement de la sénatrice Jaffer. Que tous ceux qui sont en faveur du sous-amendement veuillent bien dire oui.

Des voix : Oui.

Son Honneur le Président : Que tous ceux qui s'y opposent veuillent bien dire non.

Des voix : Non.

Son Honneur le Président : À mon avis, les non l'emportent.

Et deux honorables sénateurs s'étant levés :

Son Honneur le Président : Je vois que deux sénateurs se sont levés. L'agent de liaison du gouvernement et le whip de l'opposition sont-ils arrivés à une entente?

Le sénateur Mitchell : Quinze minutes.

Des voix : Maintenant.

Le sénateur Mitchell : Quinze minutes.

Son Honneur le Président : C'est une heure, par défaut. Y a-t-il entente? La sonnerie retentira pendant 15 minutes. Le vote aura lieu à 21 h 36.

Convoquez les sénateurs.

• (2140)

La motion de sous-amendement, mise aux voix, est rejetée.

POUR LES HONORABLES SÉNATEURS

Campbell	Kenny
Cowan	Lankin
Day	Lovelace Nicholas
Downe	Mercer
Dyck	Moore
Eggleton	Munson
Fraser	Oh
Hubley	Ringuette
Jaffer	Tardif—19
Joyal	

CONTRE LES HONORABLES SÉNATEURS

Ataullahjan	McInnis
Batters	McIntyre
Bellemare	Mitchell
Beyak	Mockler
Boisvenu	Nancy Ruth
Carignan	Ngo
Cools	Ogilvie
Cordy	Omidvar
Dagenais	Patterson
Doyle	Plett
Duffy	Poirier
Eaton	Pratte
Enverga	Raine
Frum	Rivard
Gagné	Runciman
Greene	Seidman
Harder	Sinclair
Housakos	Smith
Lang	Stewart Olsen
MacDonald	Tannas
Maltais	Tkachuk
Manning	Unger
Marshall	Wallace
Martin	Wells
Massicotte	White—51
McCoy	

ABSTENTIONS LES HONORABLES SÉNATEURS

Wallin	Meredith—2
--------	------------

Son Honneur le Président : Nous reprenons le débat sur l'amendement du sénateur Cowan.

[Français]

L'honorable Claudette Tardif : Honorables sénateurs, je tiens à prendre brièvement la parole au sujet de l'amendement proposé par le sénateur Cowan. Je dois dire d'entrée de jeu que je suis d'accord avec cet amendement, c'est-à-dire que le projet de loi C-14 devrait être modifié pour permettre les demandes anticipées d'aide médicale à mourir.

[Traduction]

Les détracteurs disent que l'aide médicale à mourir est trop complexe et absolue, et qu'elle dépend trop des circonstances pour qu'on puisse y consentir par directives anticipées. Cependant, le gouvernement a lui-même reconnu qu'interdire les directives anticipées pourrait forcer les personnes en perte de capacité à s'enlever la vie prématurément, et même violemment, plutôt que de risquer de perdre pour toujours l'accès à l'aide médicale à mourir lorsqu'ils n'auront plus la capacité de consentir.

Honorables collègues, une telle chose serait discriminatoire envers un groupe de Canadiens. Cela violerait les droits à l'égalité ainsi que le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité tel que le garantit l'article 7 de la Charte des droits et libertés.

J'insiste sur le fait qu'une forte majorité de Canadiens veulent avoir l'option de consentir d'avance à l'aide médicale à mourir.

Honorables collègues, dans un sondage mené le 7 juin dernier par Forum Research auprès des Canadiens, 74 p. 100 des répondants se sont dit en faveur du consentement préalable à l'aide médicale à mourir. Le sénateur Cowan et ses collègues ont fait référence à un sondage d'Ipsos Reid, selon lequel 80 p. 100 des Canadiens sont favorables au consentement préalable.

Le président de Forum Research, Lorne Bozinoff, a dit ceci :

Ces résultats montrent clairement que les [Canadiens] ne veulent pas refuser ce droit à ceux qui, à la fin, ne peuvent pas parler pour eux-mêmes.

Je tiens à vous lire un extrait d'un message qui m'a été envoyé par une Albertaine, l'un des nombreux messages — je dirais même des centaines — que j'ai reçus, comme vous, de Canadiens d'un bout à l'autre du pays. Voici ce que dit cette femme.

Je suis une infirmière à la retraite qui a travaillé dans de nombreux établissements de soins de santé. J'ai notamment travaillé en pédiatrie, dans le domaine de la santé publique, ainsi que dans un service d'évaluation gériatrique, avant de terminer ma carrière comme gestionnaire de cas des services de santé de l'Alberta. Je continue à faire du bénévolat dans divers domaines, y compris les soins de santé. Nous avons trois grands enfants et quatre petits-enfants.

En tant que couple, mon mari et moi aimerions tous les deux mourir dans la dignité, et nous pourrions avoir besoin de l'aide d'un médecin. Le projet de loi nous pose plusieurs problèmes. Il n'accorde pas le consentement préalable aux patients ayant des maladies dégénératives comme la démence. Nous croyons fermement que les personnes doivent pouvoir indiquer si elles souhaitent obtenir de l'aide médicale à mourir.

Ma mère est morte d'une démence vasculaire et, à la fin, elle n'avait plus aucune qualité de vie. Elle était comme un oiseau. Quand on lui donnait de la nourriture en purée, elle ouvrait

la bouche par réflexe, mais elle ne reconnaissait plus ses proches et elle ne pouvait pas non plus participer à des conversations cohérentes.

J'ai souvent entendu répéter les propos de médecins qui sont d'avis que certaines personnes atteintes de démence semblent heureuses. Je me demande si ces médecins ont déjà passé 24 heures par jour pendant une semaine avec quelqu'un souffrant de cette maladie, et s'ils tiendraient les mêmes propos si c'était le cas.

[Français]

Honorables sénateurs, cet extrait que je vous ai lu est l'écho des messages que j'ai entendus de la part de nombreux Canadiens.

Le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir et le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles ont étudié cette question en profondeur et ont fait des recommandations réfléchies et justes. Selon ces recommandations, la demande anticipée ne pourrait être signée qu'après que la personne a reçu un diagnostic de problème de santé grave qui lui causera vraisemblablement des souffrances persistantes ou qui lui fera perdre la capacité de prendre et de communiquer ses décisions au sujet de sa santé. Cette personne, selon ces recommandations, doit être compétente et être âgée d'au moins 18 ans. À mon avis, les mesures protectrices ajoutées dans cet amendement sont suffisantes.

L'amendement proposé va dans le même sens que l'arrêt *Carter* lorsqu'il indique que chaque personne a droit à une dignité et à une autonomie individuelle, et reflète la volonté d'une majorité de Canadiens. Honorables sénateurs, c'est une question de droit et de dignité humaine, et je compte appuyer cet amendement.

• (2150)

[Traduction]

Son Honneur le Président : Sénatrice Tardif, accepteriez-vous de répondre à une question?

L'honorable Jim Munson : Sénatrice Tardif, pour bon nombre d'entre nous, la soirée d'aujourd'hui et les derniers jours ont été difficiles. Nous avons eu beaucoup de mal à prendre une décision. Bon nombre de sénateurs ont parlé de leur situation personnelle. Bien entendu, je pourrais moi aussi parler de ma situation personnelle, mais je n'aborderai pas ce sujet et je ne parlerai pas de ma famille ce soir. Cela dit, les derniers jours ont été très difficiles. J'ai toujours beaucoup d'empathie pour les autres.

Nous en avons discuté ce soir, en tant que particuliers, juste avant ce vote. Le gouvernement avait dit qu'il était essentiel de respecter la date fixée, en l'occurrence le 6 juin, et je considère que ce soir est un autre soir où nous sommes tenus à prendre une décision. J'ai l'impression que nous progressons rapidement, et donc, j'espérais que nous pourrions à tout le moins avoir une soirée pour réfléchir à tout cela.

Je vais maintenant revenir sur le discours du sénateur Eggleton. Il a donné l'exemple d'une personne qui donne des directives préalables et qui, plus tard, est atteinte de démence et n'est plus en mesure de s'exprimer.

Vous avez entre autres mentionné qu'une personne pourrait sembler sereine. Je sais qu'il sera difficile pour vous de répondre à cette question, mais à quel moment les deux médecins indépendants jugeront-ils que la personne en est à ce stade? À quel moment doit-on ou peut-on prendre la décision de mettre fin à la vie

d'une personne qui est arrivée à ce stade? Nous savons tous les deux que d'autres personnes ne semblent pas avoir de douleurs; elles reçoivent un diagnostic à l'âge de 84 ans, et à 94 ans, elles sont encore là, assises dans un foyer pour personnes âgées, où elles vivent très décemment.

Je n'arrive pas à m'imaginer le moment où, dans une résidence, il faut prendre la décision de mettre fin à la vie de quelqu'un.

La sénatrice Tardif : Je vous remercie de votre question, sénateur Munson. C'est une question à laquelle j'ai beaucoup réfléchi, comme un grand nombre d'entre nous, je le sais. Je n'ai pas de réponse catégorique. Je pense que chacun de nous doit trouver sa propre réponse. Il s'agit d'accepter les réalités personnelles que nous avons vécues et de les situer dans le contexte de l'information dont nous disposons.

J'ai été convaincue par les arguments présentés, par les jugements rendus par des personnes qui n'avaient pas forcément à traiter de directives anticipées mais qui ont certainement consulté les décisions rendues par les cours d'appel de l'Alberta et de l'Ontario et par la Cour suprême, ainsi que par l'éloquence de nos collègues dans leurs exposés.

Je reviens à votre question, sénateur Munson. Je sais que je n'y répond pas directement, mais c'est une question difficile. À mon avis, il s'agit du droit de décider pour soi-même du moment où l'on veut mettre fin à ses jours.

Le sénateur Munson : J'aurais besoin de faire éclairer ma lanterne : quand une personne donne des directives anticipées ou présente une demande, à ce moment particulier, dans les directives anticipées, est-ce que... J'expose ces choses parce que nous n'étions pas au Comité des affaires juridiques et constitutionnelles. Nous faisons bien d'autres choses que les sénateurs font et qui, à mon avis, sont extrêmement importantes, de sorte que, quand nous arrivons à ce genre de débat, il est un peu plus difficile d'en comprendre les subtilités.

La directive anticipée pourrait-elle préciser quoi faire en cas de coma ou de crise cardiaque grave? Peut-il y avoir des critères liés à une maladie en particulier? Cette information me serait utile.

La sénatrice Tardif : Je crois que oui, sénateur Munson, du moins d'après ce que nous avons entre les mains.

Il est évident qu'on peut aujourd'hui donner une directive préalable. Si vous êtes dans le coma et que vous avez fait un testament, les directives anticipées que vous y avez fait inscrire s'appliqueront.

Son Honneur le Président : Nous poursuivons le débat.

L'honorable Dennis Glen Patterson : Avec tout le respect que je vous dois, honorables sénateurs, je pense que notre enthousiasme nous entraîne bien au-delà de ce qui était envisagé aux termes du projet de loi C-14 par le gouvernement dûment élu. Nous ne devrions pas agir à la légère, honorables sénateurs.

Le nouveau Parlement a une majorité nette. Certains d'entre nous ont dit que le Sénat vivait ses meilleurs moments. Je dirais que ce sont de bien courts moments si l'on songe que, dans quelques

semaines, le Parlement va s'ajourner pour l'été. J'oserais dire que, tout bien réfléchi que soit cet amendement-ci, si nous en proposons un trop grand nombre d'amendements, nous risquons de perdre toute crédibilité aux yeux de l'autre endroit.

Je maintiens que nous nous sommes sentis pressés par le jugement que la Cour suprême a prononcé à la fin du mandat du gouvernement précédent. Ensuite, celle-ci n'a pas voulu accorder au Parlement tout le temps que le gouvernement actuel avait demandé.

Aujourd'hui, le sénateur Eggleton dit craindre que certaines catégories de personnes ne soient privées de leurs droits. Mais je souhaite que l'on avance avec prudence sur ce terrain encore nouveau et que l'on envisage pleinement toutes les ramifications et les nuances d'une question aussi complexe que les directives préalables.

Pendant les quelques heures du débat constructif de ce soir, nous avons pu constater la complexité des questions que nous avons abordées. Même le sénateur Cowan, qui, de toute évidence, a beaucoup réfléchi sur la question, veut prendre plus de temps pour réfléchir à une question.

J'aimerais donc dire que je suis favorable à ce que l'on étudie de façon prudente et réfléchie la possibilité d'élargir la portée de l'aide médicale à mourir, à ce qu'on explore et élabore avec soin des mesures de protection, à ce qu'on se penche sur des leçons et des exemples tirés d'ailleurs, et à ce qu'on permette aux Canadiens d'être consultés, car je ne pense pas qu'ils en ont eu l'occasion.

Encore une fois, je tiens à féliciter les sénateurs qui ont, jusqu'à présent, consacré beaucoup de temps, d'énergie et d'efforts tant à l'étude au comité mixte qu'à l'étude de ce projet de loi. Je crois cependant qu'il resterait beaucoup de travail constructif à faire au sein d'un comité spécial du Sénat ou d'un autre comité mixte, et non d'un comité pressé de terminer ses travaux avant ou après le congé des Fêtes.

J'ai pris bonne note de la suggestion du sénateur Harder, qui a dit au cours du débat de ce soir que nous devrions prendre plus de temps pour étudier ces questions profondes et complexes. C'est ce que nous devrions faire : prendre le temps d'étudier soigneusement et attentivement ces questions afin de comprendre le mieux possible toutes les conséquences des droits que nous allons accorder, car ils sont difficiles à retirer une fois établis.

Je dois dire respectueusement que cet amendement nous amènera à tirer une conclusion hâtive sur une question complexe. Je ne puis accepter que nous prenions cette décision dès maintenant. Si nous voulons prendre cette décision, faisons-le de façon éclairée à la suite d'une étude plus approfondie que celle que nous avons menée jusqu'à présent.

Je n'appuierai pas l'amendement.

Son Honneur le Président : Les honorables sénateurs sont-ils prêts à se prononcer?

Nous poursuivons le débat. Le sénateur Sinclair a la parole.

Le sénateur Sinclair : Compte tenu des commentaires formulés sur l'amendement proposé par le sénateur Cowan, je serai relativement bref. Je m'oppose aussi à l'amendement, mais je tiens à dire très clairement que, selon moi, le principe relatif aux directives anticipées devra être inscrit dans la loi.

Les Canadiens se sont certainement exprimés à ce sujet. J'ai reçu les mêmes courriels et messages que vous, et je sais que les Canadiens appuient largement ce principe. Toutefois, je pense que ce projet de loi est un exemple du fait que, en se précipitant pour faire ce qui s'impose, on finit par faire ce qu'il ne faut pas faire.

• (2200)

Malgré tous les efforts et les nombreuses heures qui, j'en suis convaincu, ont été consacrés à la rédaction de cet amendement en particulier, celui-ci renferme certaines dispositions qui me causent d'importantes préoccupations.

J'en ai mentionné une ou deux. La première est la question de savoir comment, dans une directive anticipée, on peut déterminer ce qui constituera des souffrances intolérables dans le futur. Cela me préoccupe. J'ai entendu certains de mes collègues parler de crise cardiaque ou de coma, et là, c'est clair. Si nous énoncions simplement en détail ce genre de chose, il n'y aurait probablement pas le moindre problème.

Toutefois, la question des souffrances intolérables va bien au-delà de cela. Elle comprend également l'incapacité ou le refus de continuer de tolérer la situation avec laquelle on est aux prises, y compris les souffrances mentales. J'ignore comment mesurer aujourd'hui les souffrances mentales qu'entraînera ce qu'on va vivre dans le futur. Cela nous oblige à nous prononcer. Je peux dire aujourd'hui que je ne souhaite pas demeurer en vie dans cinq ans d'ici si, mentalement, je souffre intolérablement et que j'ai toujours la maladie grave qu'on me dit que j'ai maintenant. Or, si quelqu'un me demandait le moment venu comment je me sens, je répondrais peut-être que je me sens bien. Alors, on me dirait : « Non, non, en raison de votre maladie, vous devez souffrir intolérablement » et, aux termes de la directive, on aurait le pouvoir de mettre fin à mes jours, je suppose. Nous ne pouvons permettre cela.

On ne peut avoir une loi qui est si vague qu'elle confère un pouvoir à une autre personne qu'à soi. Il faut que le patient puisse conserver le pouvoir aussi longtemps que possible. En ce moment, le projet de loi ne nous offre pas ce genre de protection.

Il ne faut pas oublier que nous innovons, comme je l'ai dit dans mes tout premiers commentaires à l'étape de la deuxième lecture du projet de loi. Nous forgeons l'image de notre pays pour l'avenir, et nous devons bien faire les choses. Je ne dis pas qu'il ne faut pas établir des directives anticipées. Je crains seulement que nous ne fassions pas les choses de la bonne manière à ce stade-ci, et que nous ayons besoin de plus d'information.

J'aimerais entendre l'avis des spécialistes médicaux sur la façon de créer des directives anticipées qui permettraient à une personne capable de donner des directives en prévision d'un moment où elle ne sera plus capable. Si, comme l'a fait valoir le sénateur Eggleton, une personne disait : « Non, je ne veux pas mourir maintenant », alors une autre pourrait lui répondre : « Mais vous n'êtes pas capable de décider; vous allez donc mourir parce que vous êtes mentalement incapable. »

Tout cela est très préoccupant. Le projet de loi n'établit pas de mesures de sauvegarde appropriées pour protéger les personnes qui sont censées en profiter.

De nombreuses personnes peuvent se prévaloir de directives anticipées aujourd'hui selon ce genre de situation et ce genre de projet de loi parce qu'on peut désigner certaines conditions précises,

comme un coma, une crise cardiaque, la perte de jambes ou d'autres membres, des choses précises qu'on peut nommer. Cependant, nous devons nommer ces situations que les gens peuvent désigner plutôt que d'être vagues au point où il serait possible qu'un tribunal puisse invalider ces dispositions. Il faut faire très attention à cet égard.

J'ai conscience de ce que j'ai dit tout à l'heure. Le sénateur Cowan m'a rappelé que, dans la salle du tribunal, il y a toujours la moitié des avocats qui ont tort, et la cour d'appel nous a souvent prouvé que les juges de première instance ont parfois tort eux aussi. Toutefois, je dis toujours aux gens qu'il faut deux juges de la cour d'appel pour me donner tort, et cela ne veut pas nécessairement dire qu'ils ont raison.

Comme je l'ai déjà dit dans la question que j'ai posée tout à l'heure au sénateur Cowan, les dispositions pénales de l'amendement me préoccupent aussi parce qu'il est question de faire « sciemment » quelque chose. Si quelqu'un cause la mort par négligence en ne respectant pas tous les renseignements que le patient a fournis ou en effectuant par négligence ce qu'il croyait être une directive anticipée, pourquoi cette personne ne pourrait-elle pas être poursuivie? Ce qui m'inquiète, c'est qu'il semble que nous exemptions les personnes qui pourraient faire preuve de négligence, alors que nous pourrions régler aussi cette question en reformulant cette disposition.

Je répète que c'est possible. Nous pourrions peut-être tout simplement dire que les directives anticipées qui sont adoptées conformément aux lois provinciales protégeraient les personnes qui les exécutent contre les poursuites. Cela pourrait être la solution. D'ici à ce que les études soient menées, les provinces auront peut-être défini ce qui constitue une directive anticipée acceptable dans les situations de ce genre.

Ce que je dis, c'est que nous essayons de faire trop rapidement quelque chose qui demande plus de temps. J'invite les sénateurs à ne pas appuyer cet amendement et à réfléchir plutôt à la question que j'ai soulevée tout à l'heure, à savoir que nous devrions peut-être prévoir un échéancier plus serré pour les examens prévus dans le projet de loi. Je vous remercie.

La sénatrice Fraser : Le sénateur Sinclair accepterait-il de répondre à une question?

Le sénateur Sinclair : Oui.

La sénatrice Fraser : Merci beaucoup, sénateur. Je n'ai pas l'habitude de demander à d'anciens juges de s'expliquer, mais j'aimerais simplement que vous apportiez quelques précisions au sujet de votre raisonnement.

J'aimerais tout d'abord avoir quelques précisions au sujet des dispositions des amendements portant sur les infractions et les peines. Si je comprends bien, vous êtes particulièrement préoccupé par l'ajout du terme « sciemment ».

Si je vais à la page 11 du projet de loi, le terme « sciemment » figure aux lignes 4 et 11. Il me semble que l'amendement ne fait que copier le libellé du projet de loi. Quelque chose m'a-t-il échappé? Le terme figure de nouveau à la ligne 1 de la page 9. Pouvez-vous m'expliquer cela?

Le sénateur Sinclair : Je ne suis pas sûr de comprendre ce que vous me demandez d'expliquer. Je peux vous expliquer ce sur quoi portaient mes observations. Si une directive anticipée est rédigée en fonction d'un amendement au projet de loi qui est formulé de façon

vague ou si elle rédigée de façon à décourager une analyse plus poussée ou à permettre à une personne de procéder sans analyse plus poussée, alors toutes les dispositions contenant le terme « sciemment » ne permettront pas de protéger le patient. Le médecin ou l'infirmier praticien pourra ainsi se fonder uniquement sur la directive anticipée. Si celle-ci est inadéquate en tant que telle, le médecin ou l'infirmier praticien n'auront pas fait preuve de diligence raisonnable pour vérifier que la personne est et était à ce moment-là capable et en mesure de donner son consentement. Ils pourront dire qu'ils se fondent sur la directive, alors qu'ils devraient avoir plus de renseignements et qu'ils auraient dû obtenir d'autres renseignements à cet égard.

Le terme « sciemment » qui figure dans la disposition proposée vise les personnes qui, après avoir reçu des renseignements contradictoires, vont de l'avant et font ce qu'elles ne devraient pas faire. Ce que je veux faire ressortir, c'est qu'il faut étudier la question des personnes qui ne font pas preuve de diligence raisonnable et qui ne font pas ce qu'elles devraient faire.

La sénatrice Fraser : Le sénateur accepterait-il de répondre à une autre question?

Le sénateur Sinclair : Oui, bien sûr.

La sénatrice Fraser : Avec une certaine appréhension, mais allons-y quand même.

Le sénateur Munson : Il n'est plus juge.

La sénatrice Fraser : Mais je n'ai moi-même jamais été juge.

Bon, je reviens aux paragraphes d'introduction de l'amendement et à la définition de « demande anticipée », qui dit, à l'alinéa a) que c'est une demande dans laquelle la personne précise les conditions, notamment la présence ou l'aggravation de symptômes ou de troubles physiques ou mentaux ou toute autre circonstance, ainsi que les types de traitement qu'elle juge inacceptables.

• (2210)

Comment pourrait-on être plus précis que cela dans un texte de loi visant à modifier le Code criminel pour indiquer que chaque personne précise les conditions qu'elle souhaite? La personne aurait à préciser les conditions, n'est-ce pas?

Le sénateur Sinclair : Il me semble que c'est ce qu'un examen de la question nous dirait.

Son Honneur le Président : Les honorables sénateurs sont-ils prêts à se prononcer?

Des voix : Le vote!

Son Honneur le Président : Sénateur Sinclair, voudriez-vous répondre à une autre question?

Le sénateur Sinclair : Oui, rapidement.

L'honorable Art Eggleton : L'amendement qui nous est proposé concerne la question juridique du Code criminel et des exceptions qui y seraient prévues dans le cas d'une demande anticipée. Le sénateur Carignan a indiqué qu'une bonne partie de l'amendement

semble être de compétence provinciale. Incomberait-il à l'ordre des médecins de chaque province de fixer des lignes directrices permettant à ses membres de savoir quels critères appliquer pour déterminer qu'une personne atteinte d'une incapacité mentale a des souffrances pouvant être qualifiées d'intolérables et justifiant qu'on mette fin à sa vie, par opposition à une interprétation laissée au libre arbitre de chacun? Les autorités médicales ne seraient-elles pas tenues de dissiper toute ambiguïté dans l'interprétation? Ne serait-ce pas, selon vous, la responsabilité des ordres des médecins?

Le sénateur Sinclair : C'est vrai. L'honorable sénateur voit juste. C'est un domaine de compétence à la fois provinciale et fédérale. Le gouvernement fédéral ne peut rien faire de plus que soustraire les personnes concernées à toute responsabilité pénale lorsqu'elles posent un acte que la loi autorise, mais il ne peut pas ajouter une exception dans une loi provinciale ou donner une permission en vertu d'une loi provinciale. Il revient aux provinces d'accorder le pouvoir nécessaire aux médecins en modifiant la législation qui régit la profession, de manière à autoriser les médecins à faire l'acte médical prévu dans la loi, en particulier dans le cas d'une « directive anticipée », parce que les demandes ou les directives anticipées sont régies par les lois provinciales actuellement. Selon moi, nous ne pouvons pas créer un régime fédéral de directives anticipées qui serait incompatible avec la législation provinciale actuelle sur les directives anticipées ou qui pourrait devenir incompatible. Nous ne devrions pas le faire.

Le sénateur Eggleton : Je vois cela comme étant en quelque sorte permissif, en ce sens que c'est une question qui relève du Code criminel, mais qu'il revient ensuite aux provinces de régler les questions qui nous préoccupent, c'est-à-dire les diverses situations dont nous avons parlé au cours de ce débat. N'est-ce pas le cas? La motion ne dit-elle pas, en réalité : « Nous allons veiller à ce que vous soyez protégés en vertu du Code criminel afin que vous ne soyez pas poursuivis. Maintenant, vous, les provinces, à titre de responsables du système de soins de santé, et vous, les collèges des médecins et chirurgiens de chaque province, à titre d'organismes de réglementation de la profession, vous devrez maintenant tout coordonner et vous assurer que cela fonctionne à l'intérieur du cadre en place »? N'est-ce pas là où nous en sommes avec cette motion?

Le sénateur Sinclair : C'est là où nous en sommes en ce qui concerne le débat sur cet amendement et le projet de loi dans son ensemble, car il exige une coopération fédérale-provinciale. Nous pouvons adopter une loi fédérale en vertu de laquelle les gens ne seront pas poursuivis pour avoir fourni une aide médicale à une personne qui souhaitait mourir, mais il doit tout de même y avoir une loi provinciale en place pour les autoriser à le faire conformément à une loi provinciale relative aux soins médicaux ou à une loi provinciale sur l'octroi des licences de médecine. Cela pourrait faire partie du processus d'examen sur la façon de mettre tout cela en place.

Son Honneur le Président : Les honorables sénateurs sont-ils prêts à se prononcer?

Des voix : Le vote!

Son Honneur le Président : L'honorable sénateur Cowan, avec l'appui de l'honorable sénatrice Fraser, propose la motion d'amendement suivante :

Que le projet de loi C-14, tel que modifié, ne soit pas maintenant lu une troisième fois, mais qu'il soit modifié...

[Le sénateur Sinclair]

Puis-je me dispenser de lire la motion?

Des voix : Oui.

Son Honneur le Président : Que tous les sénateurs qui sont en faveur de la motion veuillent bien dire oui.

Des voix : Oui.

Son Honneur le Président : Que tous les sénateurs qui sont contre la motion veuillent bien dire non.

Des voix : Non.

Son Honneur le Président : À mon avis, les non l'emportent.

Et deux honorables sénateurs s'étant levés :

Son Honneur le Président : Y a-t-il entente au sujet de la sonnerie?

Le sénateur Mitchell : Plusieurs sénateurs...

Son Honneur le Président : Une sonnerie de cinq minutes?

Le sénateur Mitchell : Je dirais plutôt 10.

Son Honneur le Président : Une sonnerie de 10 minutes?

Le sénateur Plett : Votre Honneur, nous nous étions entendus pour que le vote ait lieu maintenant.

Une voix : Pas du tout.

Le sénateur Plett : C'est pourtant vrai. Le sénateur Mitchell et moi nous étions entendus pour que le vote ait lieu maintenant, mais bon, puisqu'il n'a pas su réunir ses collègues, je suppose que, encore une fois, nous acceptons que la sonnerie retentisse pendant cinq minutes.

Son Honneur le Président : Honorables sénateurs, s'il est impossible d'arriver à une entente à l'unanimité, la sonnerie retentira par défaut pendant une heure. Y a-t-il entente sur la durée de la sonnerie?

Le sénateur Mitchell : Dix minutes.

Son Honneur le Président : Dix minutes, d'accord?

Des voix : D'accord.

Son Honneur le Président : Le vote aura lieu à 22 h 26.

Convoquez les sénateurs.

• (2220)

La motion d'amendement, mise aux voix, est rejetée.

POUR
LES HONORABLES SÉNATEURS

Boisvenu
Cowan
Day
Downe
Dyck
Eggleton
Fraser
Hubley
Jaffer
Joyal
Kenny
Lang

Lankin
Lovelace Nicholas
Massicotte
Nancy Ruth
Ngo
Ogilvie
Stewart Olsen
Tardif
Wallin
Wells
White—23

CONTRE
LES HONORABLES SÉNATEURS

Ataullahjan
Batters
Bellemare
Beyak
Campbell
Carignan
Cools
Cordy
Dagenais
Doyle
Duffy
Eaton
Enverga
Frum
Gagné
Greene
Harder
Housakos
MacDonald
Maltais
Manning
Marshall
Martin
McCoy

McInnis
McIntyre
Mercer
Meredith
Mitchell
Mockler
Moore
Oh
Omidvar
Patterson
Plett
Poirier
Pratte
Raine
Rivard
Runciman
Seidman
Sinclair
Smith
Tannas
Tkachuk
Unger
Wallace—47

ABSTENTIONS
LES HONORABLES SÉNATEURS

Munson

Ringuette—2

(La séance est levée, et le Sénat s'ajourne à demain, à 14 heures.)

TABLE DES MATIÈRES

Le lundi 13 juin 2016

	PAGE		PAGE
Les victimes de la tragédie		Le Code criminel (projet de loi C-14)	
Orlando, en Floride—Minute de silence.		Projet de loi modificatif—Troisième lecture—Débat.	
Son Honneur le Président	1039	L'honorable Betty Unger	1042
<hr/>		Motion d'amendement.	
DÉCLARATIONS DE SÉNATEURS		L'honorable Betty Unger	1043
La tragédie de la Floride		L'honorable Mobina S. B. Jaffer	1045
L'honorable Murray Sinclair	1039	L'honorable Terry M. Mercer	1045
Le décès de Gordon « Gordie » Howe, O.C.		L'honorable Frances Lankin	1045
L'honorable David Tkachuk	1040	L'honorable Donald Neil Plett	1046
Les pensionnats autochtones		L'honorable Jane Cordy	1046
L'éducation au service de la réconciliation.		L'honorable Grant Mitchell	1047
L'honorable Elizabeth Hubley	1040	L'honorable John D. Wallace	1048
Le Mois de la sensibilisation aux lésions cérébrales		L'honorable Yonah Martin	1049
L'honorable Mobina S. B. Jaffer	1040	L'honorable Carolyn Stewart Olsen	1049
<hr/>		L'honorable Pierre-Hugues Boisvenu	1050
AFFAIRES COURANTES		L'honorable Denise Batters	1050
L'étude sur les questions relatives aux barrières		L'honorable Dennis Glen Patterson	1051
au commerce intérieur		Projet de loi n° 1 d'exécution du budget de 2016	
Dépôt du cinquième rapport du Comité		(projet de loi C-15)	
des banques et du commerce.		Première lecture	1053
L'honorable David Tkachuk	1041	Le Code criminel (projet de loi C-14)	
Le Sénat		Projet de loi modificatif—Troisième lecture—Suite du débat.	
Préavis de motion tendant à prolonger la séance de mercredi.		L'honorable James S. Cowan	1053
L'honorable Diane Bellemare	1041	Motion d'amendement.	
Régie interne, budgets et administration		L'honorable James S. Cowan	1056
Préavis de motion visant à autoriser le comité à siéger		L'honorable Art Eggleton	1057
pendant l'ajournement du Sénat.		L'honorable Carolyn Stewart Olsen	1058
L'honorable Leo Housakos	1041	L'honorable Murray Sinclair	1058
<hr/>		L'honorable Pierrette Ringuette	1059
ORDRE DU JOUR		L'honorable Peter Harder	1060
Les travaux du Sénat		L'honorable Terry M. Mercer	1061
L'honorable Diane Bellemare	1041	L'honorable Mobina S. B. Jaffer	1061
Le Sénat		L'honorable Jane Cordy	1061
Adoption de la motion concernant la période		L'honorable Percy Mockler	1062
des questions de la séance du 14 juin 2016.		L'honorable Joan Fraser	1062
L'honorable Diane Bellemare	1041	L'honorable Pamela Wallin	1062
L'honorable Art Eggleton	1042	Motion de sous-amendement.	
L'honorable Peter Harder	1042	L'honorable Pamela Wallin	1063
		L'honorable David Tkachuk	1064
		L'honorable Peter Harder	1064
		L'honorable Joseph A. Day	1065
		L'honorable Claude Carignan	1065
		L'honorable Tobias C. Enverga, Jr	1066
		Motion de sous-amendement.	
		L'honorable Mobina S. B. Jaffer	1066
		L'honorable Peter Harder	1067
		L'honorable Lillian Eva Dyck	1067
		L'honorable Daniel Lang	1068
		L'honorable Joan Fraser	1068
		L'honorable Lillian Eva Dyck	1069
		L'honorable Murray Sinclair	1070
		L'honorable Claudette Tardif	1071
		L'honorable Jim Munson	1071
		L'honorable Dennis Glen Patterson	1072
		L'honorable Art Eggleton	1074

Publié par le Sénat

Disponible sur Internet : <http://www.parl.gc.ca>