



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

43<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 2<sup>e</sup> SESSION

---

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

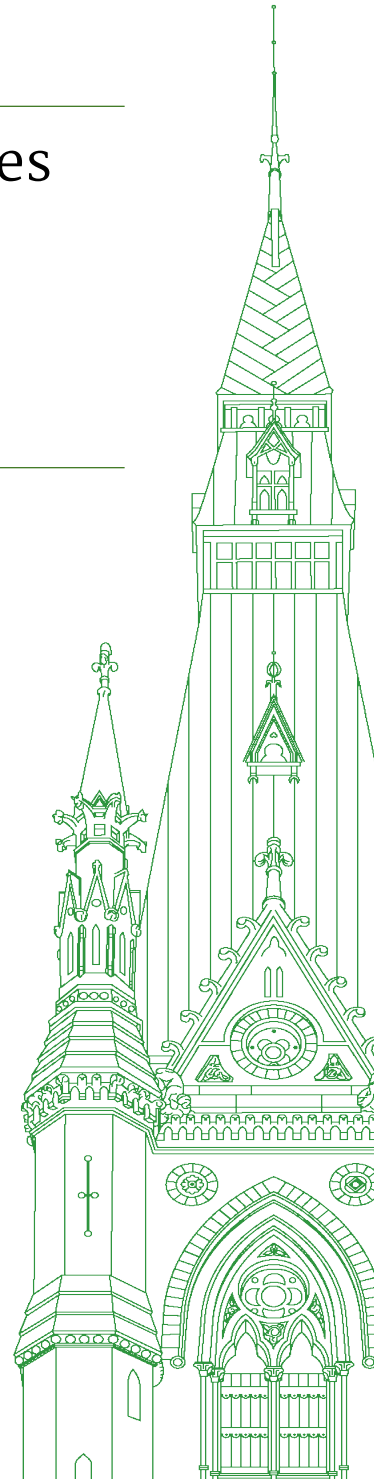
TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 004**

Le mardi 3 novembre 2020

---

Présidente : Mme Iqra Khalid





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

Le mardi 3 novembre 2020

• (1105)

[Traduction]

**La présidente (Mme Iqra Khalid (Mississauga—Erin Mills, Lib.)):** La séance est ouverte. Bienvenue à la quatrième réunion du Comité permanent de la justice et des droits de la personne.

Comme vous le savez tous, la réunion d'aujourd'hui est hybride. Il est possible de suivre les débats sur le site Web de la Chambre des communes. Sachez que la diffusion Web montre la personne qui parle plutôt que l'ensemble du Comité.

Je vais énoncer quelques règles à suivre pour le bon déroulement de la réunion. Les membres du Comité et les témoins peuvent s'exprimer dans la langue officielle de leur choix. Assurez-vous simplement de choisir entre le parquet, le français ou l'anglais au bas de votre écran Zoom. Les membres du Comité qui sont sur place sont priés de respecter les protocoles en matière de santé concernant le port du masque, pour votre santé et votre sécurité ainsi que pour celle du personnel.

Ne prenez pas la parole tant que je ne vous ai pas nommé. Au moment de parler, les personnes qui participent virtuellement sont priées de cliquer sur l'icône du microphone pour désactiver le mode discrétion. Quant aux participants dans la salle, votre microphone sera contrôlé par l'agent des délibérations et de la vérification. Utilisez l'icône bleue de la main si vous souhaitez prendre la parole. C'est pour nous la meilleure façon de savoir que vous voulez parler.

Je vous rappelle que tous les membres du Comité et les témoins doivent s'adresser au président. Veuillez parler lentement et clairement, et activer le mode de discrétion si vous ne parlez pas.

En ce qui concerne la liste des intervenants, le greffier et moi allons faire de notre mieux pour établir l'ordre des intervenants. En ce qui concerne le temps dont chaque personne dispose pour parler, j'ai deux cartons, dont un qui sert à vous indiquer qu'il vous reste une minute et l'autre, 30 secondes. Je vais vous les montrer afin de veiller à ce que nous respections l'horaire.

Avant d'entendre les ministres phénoménaux que nous recevons aujourd'hui, je vais donner cinq minutes à la conseillère législative, Mme Alexandra Schorah, et au greffier à la procédure, M. Philippe Méla, pour un bref exposé sur le projet de loi C-7. Ils vont vous parler de la façon dont les choses vont fonctionner pour les amendements au projet de loi.

Madame Schorah et monsieur Méla, c'est à vous. Vous disposez de cinq minutes. Les membres du Comité qui ont des questions vous les enverront par courrier électronique plutôt que de les poser maintenant.

**L'hon. Rob Moore:** J'invoque le Règlement, madame la présidente. Les ministres sont avec nous pour une heure. Je suis très impatient de les entendre et de leur poser des questions. Les greffiers

législatifs pourraient présenter leur exposé à un autre moment, car en ce moment, nous parlons du projet de loi. Les amendements viendront plus tard. Je pense, par conséquent, que nous pourrions avoir ce genre de discussions quand les ministres seront partis, dans 59 minutes.

**La présidente:** Je vous remercie d'avoir soulevé cela.

Monsieur Thériault, est-ce qu'il s'agit de la même question? Vous aviez la main levée, monsieur.

[Français]

**M. Luc Thériault (Montcalm, BQ):** J'avais levé la main bien avant, mais vous ne l'avez pas vu.

Je voulais simplement souligner une chose. Lorsque les témoins, que ce soit des ministres ou d'autres personnes, lisent ou citent des documents, ils devraient avoir un débit oral plus lent, afin que les interprètes puissent rendre adéquatement leurs propos dans l'autre langue. J'aimerais donc que les gens tiennent compte du fait que des personnes essaient de faire l'interprétation simultanée de ce qui se dit.

J'aimerais que vous-même, madame la présidente, fassiez preuve d'une sensibilité particulière à cet égard, étant donné que nous entamons l'étude d'un projet de loi sur un sujet délicat et dans lequel chaque mot compte.

Je vous remercie.

**La présidente:** Je vous remercie de votre intervention, monsieur Thériault.

[Traduction]

Je vais faire de mon mieux pour parler le plus lentement possible et pour veiller à ce que tous les participants à la réunion du Comité fassent de même.

Quant à votre question, monsieur Moore, cela prendrait cinq minutes. Je vais veiller à ce que ce soit équitable. Je trouve nécessaire que tout le monde entende les greffiers législatifs. Je vais demander rapidement aux membres du Comité de me signaler rapidement s'ils sont pour que nous nous entendions les greffiers législatifs maintenant ou pas. Nous pourrions au besoin remettre cela à plus tard.

Je vois que nous n'avons pas le consensus.

Monsieur Méla et madame Schorah, nous vous réinviterons ultérieurement.

Je suis très heureuse de présenter les ministres et de leur souhaiter la bienvenue. Nous accueillons l'honorable David Lametti, ministre de la Justice et procureur général du Canada; l'honorable Patty Hajdu, ministre de la Santé; et l'honorable Carla Qualtrough, ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et de l'Inclusion des personnes handicapées.

Chacun de vous aura quatre minutes pour sa déclaration liminaire.

Monsieur le ministre Lametti, nous allons commencer par vous. Vous avez la parole. Nous vous écoutons.

[Français]

**L'hon. David Lametti (ministre de la Justice et procureur général du Canada):** Merci, madame la présidente.

Je vous remercie de l'invitation à comparaître devant le Comité pour discuter du projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir).

Je salue mes collègues Mmes Hajdu et Qualtrough.

Je précise que M. François Daigle, sous-ministre délégué, est ici avec moi et qu'il est prêt à m'aider, au besoin.

[Traduction]

Bonjour, chers collègues.

Le projet de loi C-7 propose un important changement à notre régime d'AMM — d'aide médicale à mourir. Il abrogerait le critère d'admissibilité voulant que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible, ce qui représente une réponse directe à la décision rendue dans l'affaire Truchon. La loi accordera la priorité à l'autonomie personnelle des Canadiens qui souffrent, leur permettant de choisir une mort paisible s'ils estiment que leur situation est devenue intolérable, même si leur décès n'est pas imminent.

[Français]

D'autres éléments du projet de loi C-7 sont liés à cet important changement.

D'abord, le projet de loi C-7 propose d'exclure de l'aide médicale à mourir les personnes dont la seule condition médicale est la maladie mentale. Autrement, à la suite du retrait du critère exigeant la prévisibilité raisonnable de la mort, ces personnes y seraient admissibles.

Il n'y a pas de consensus parmi les experts en la matière quant à savoir s'il est possible d'offrir l'aide médicale à mourir de façon sécuritaire dans de tels cas. Bien que les souffrances liées à une maladie mentale puissent être intolérables, la trajectoire imprévisible de ces maladies fait qu'il est toujours possible d'envisager une amélioration, ou même un rétablissement. En outre, il peut être particulièrement difficile de déterminer si le désir de mourir est un symptôme de la maladie elle-même ou bien une réaction rationnelle à celle-ci.

Cette exclusion confère au Parlement plus de temps pour se pencher sur cette question hautement complexe, qui comprend des risques importants, afin de déterminer s'il est possible d'élaborer un régime sûr d'aide médicale à mourir pour ces personnes. Je suis convaincu que cette question sera abordée dans l'examen parlementaire du régime de l'aide médicale à mourir.

• (1110)

[Traduction]

Deuxièmement, le projet de loi propose d'adapter les mesures de sauvegarde liées à la procédure aux risques associés à l'aide médicale à mourir fournie à des personnes dont le décès n'est pas imminent. Mettre fin à la vie d'une personne qui souffre au quotidien en raison de son état de santé, ce n'est pas comme alléger les souffrances associées au processus de la mort qui est déjà amorcé. Par

conséquent, le projet de loi C-7 propose diverses mesures de protection au cas où la mort naturelle ne serait pas raisonnablement prévisible.

Le critère de la prévisibilité raisonnable du décès naturel est un lien temporel, mais flexible, par rapport au décès. Il n'est pas nécessaire que le décès soit imminent ou qu'un pronostic précis ait été établi, mais un médecin doit être en mesure de s'attendre au décès de la personne, compte tenu de la situation médicale de la personne, à court terme.

[Français]

Les mesures de sauvegarde pour les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible sont basées sur les mesures de sauvegarde actuelles, auxquelles s'ajoutent des renforcements importants visant à s'assurer que suffisamment de temps et d'expertise sont consacrés à l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir pour ce groupe de personnes et que d'autres moyens de soulager les souffrances sont explorés.

La série actuelle de mesures de sauvegarde pour les personnes dont la mort est raisonnablement prévisible serait conservée, mais on y apporterait des modifications, car ces mesures sont adaptées à ce contexte. Ma collègue vous parlera de ces modifications.

Nous croyons que ces modifications aux mesures de sauvegarde permettent d'atteindre un juste équilibre entre la liberté individuelle et la sécurité, et ce, pour les deux groupes de personnes admissibles.

[Traduction]

Le projet de loi propose aussi de permettre de renoncer au consentement final dans des circonstances particulières, afin d'éviter que les personnes dont la mort est raisonnablement prévisible choisissent de mourir plutôt qu'elles le souhaiteraient, ou refusent de prendre des médicaments contre la douleur, parce qu'elles craignent ne plus avoir la capacité de consentir au moment de la procédure. Ce changement ciblé et prudent permettrait d'éviter l'injustice de ces situations.

Madame la présidente, je vais céder la parole à mes collègues, pour qu'ils présentent leurs déclarations liminaires.

Je vous remercie.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur le ministre Lametti.

C'est maintenant au tour de la ministre Hajdu de nous présenter sa déclaration liminaire. Madame la ministre, vous disposez de quatre minutes.

**L'hon. Patty Hajdu (ministre de la Santé):** Merci beaucoup, madame la présidente, de nous avoir invités à vous parler des modifications proposées dans le projet de loi C-7.

[Français]

Je crois que les modifications proposées dans le projet de loi C-7 élargiront la liberté de choix pour les personnes qui souffrent de façon intolérable, renforceront les mesures de protection visant les personnes vulnérables et respecteront l'autonomie individuelle.

[Traduction]

Au cours des quatre dernières années, nous avons consulté les Canadiens, les familles et les professionnels de la santé. Ils nous ont dit qu'il y a, concernant l'aide médicale à mourir, des questions cruciales qu'il faut régler. Avec le projet de loi C-7, c'est ce que nous faisons.

Entre autres, les Canadiens nous ont parlé de la période obligatoire de 10 jours de réflexion. Je dois souligner que la décision d'une personne mourante qui demande l'aide médicale à mourir est mûrement réfléchie. Nous avons entendu cela à maintes reprises. Nous avons entendu que la période de 10 jours de réflexion prolonge les souffrances. Nous avons donc retiré cette exigence pour les personnes dont le décès naturel est raisonnablement prévisible.

[Français]

On nous a également affirmé que l'exigence d'avoir deux témoins créait un obstacle à l'accès. Après mûre réflexion, nous avons réduit cette exigence à un seul témoin.

• (1115)

[Traduction]

L'appui du public est très fort concernant les demandes anticipées, mais il s'agit d'un enjeu complexe, et nous croyons qu'il devra être examiné dans le contexte de la révision parlementaire. Nous croyons également que nous devrions nous pencher sur les situations où une personne dont la vie tire à sa fin a demandé l'AMM et a été déclarée admissible, mais qui s'inquiète du moment où aura lieu la procédure d'aide médicale à mourir. Cette personne pourrait être inquiète parce qu'elle ne sait pas si elle aura perdu sa capacité avant la date qu'elle a choisie pour la procédure, dans le cas où elle a choisi une date qui prolongerait sa vie.

La majorité des praticiens consultés à cet égard sont pour qu'on permette la renonciation au consentement final dans certaines situations.

[Français]

Je sais que certains s'inquiètent du fait que ces changements vont au-delà de ce qui est nécessaire pour donner suite à la décision rendue dans l'affaire Truchon.

[Traduction]

N'oublions pas que la décision rendue dans l'affaire Truchon a en fait créé la nécessité d'établir un système d'accès à l'AMM comportant deux voies: une pour les personnes qui souffrent terriblement, mais dont le décès n'est pas imminent; et l'autre pour les personnes dont la mort est raisonnablement prévisible et qui sont admissibles depuis 2016. Nous devons absolument établir des normes plus élevées en matière de mesures de sauvegarde, concernant le premier groupe, tout en procurant un allègement modeste des obstacles à l'accès pour le deuxième groupe. C'est ce que nous faisons dans le projet de loi C-7.

[Français]

Les modifications proposées dans le projet de loi C-7 s'appuient sur l'expérience de notre système de soins de santé en matière de prestation de l'aide médicale à mourir et reflètent les opinions et les points de vue des Canadiens et d'un large éventail d'intervenants.

[Traduction]

Elles représentent une approche équilibrée et compatissante, et respectent l'autonomie personnelle tout en assurant la mise en place de mesures de sauvegarde adéquates pour protéger les personnes vulnérables. Elles tiennent également compte du point de vue des centaines de milliers de personnes qui ont pris le temps de participer aux consultations avec le gouvernement.

Merci beaucoup, madame la présidente.

**La présidente:** Merci de vos observations, monsieur le ministre.

Nous allons maintenant passer à la ministre Qualtrough pour quatre minutes.

Allez-y, madame la ministre.

**L'hon. Carla Qualtrough (ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et de l'Inclusion des personnes handicapées):** Merci et bonjour à tous.

Je suis accompagnée aujourd'hui de mes collègues du Cabinet pour faire part du point de vue des personnes handicapées sur cette question importante et personnelle. L'aide médicale à mourir est une question qui relève des droits de la personne.

Le projet de loi reconnaît l'égalité des droits à l'autonomie personnelle ainsi que la valeur inhérente et égale de toute vie, une chose pour laquelle les défenseurs des droits des personnes handicapées se battent sans relâche depuis des dizaines d'années. Ce faisant, il respecte la Charte canadienne des droits et libertés, la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées et les principes de la Loi canadienne sur l'accessibilité selon lesquels toute personne doit être traitée avec dignité, doit avoir concrètement la possibilité de prendre des décisions par elle-même et doit avoir des chances égales d'épanouissement, quels que soient ses handicaps.

En cherchant à élargir l'accès à l'aide médicale à mourir, comme l'a demandé la cour, nous étions très conscients de la nécessité que les Canadiens et les Canadiennes connaissent leurs options, de sorte que leur consentement soit éclairé et qu'ils disposent d'un véritable choix. Le droit à l'égalité, l'autonomie personnelle, les droits de la personne, la possibilité concrète de prendre des décisions pour soi-même et l'égalité des chances d'épanouissement sont une priorité. Si nos systèmes, processus, programmes et services n'offrent pas ces options, et si nos citoyens ne savent pas qu'ils ont ces options, leur droit à l'égalité n'est pas exercé pleinement.

Ce projet de loi reconnaît le rôle important que jouent les services sociaux, les services de santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées et les services communautaires dans la pleine réalisation des droits à l'égalité. Il ne devrait pas être plus facile d'avoir accès à l'aide médicale à mourir qu'à des services de soutien aux personnes handicapées. Selon ce projet de loi, c'est au médecin qu'il revient de s'assurer que le patient est informé des services de soutien à sa disposition et qu'il les a sérieusement envisagés, car, malheureusement, de nombreux Canadiens handicapés ne vivent pas dans la dignité. En effet, ils ne bénéficient pas du soutien approprié, se heurtent à des obstacles à l'inclusion et sont régulièrement victimes de discrimination.

La pandémie nous a montré à quel point nombre de nos systèmes sont bien loin de véritablement soutenir et inclure tous les Canadiens. Les Canadiens handicapés et beaucoup d'autres communautés marginalisées demandent à juste titre aux gouvernements de corriger ces inégalités.

À l'avenir, nous continuerons de travailler avec les personnes handicapées. Nous n'allons pas hésiter à avoir les discussions tant attendues que nous devons avoir dans notre pays sur l'inclusion des personnes handicapées et le système d'obstacles à l'inclusion qui continue d'exister. Nous allons aussi prendre des mesures, comme nous l'avons indiqué dans le discours du Trône, en mettant en place le tout premier plan d'inclusion des personnes handicapées, qui apportera des changements systémiques à la façon dont le gouvernement fédéral interagit avec ses citoyens handicapés et les soutient.

Nous sommes saisis d'un projet de loi qui cherche à établir un équilibre entre l'accès à l'aide médicale à mourir sans obstacle indu pour les personnes qui font ce choix et les mesures de sauvegarde qui visent à faire en sorte que cette décision soit prise de façon véritablement éclairée et volontaire. Pour être vraiment progressistes, les mesures législatives sur l'aide médicale à mourir doivent reconnaître, sans compromis, le droit à l'égalité de tous.

Merci.

• (1120)

**La présidente:** Merci beaucoup pour votre déclaration, madame la ministre. Je remercie sincèrement les trois ministres de leurs observations succinctes et très instructives.

Nous passons directement aux séries de questions, en commençant par M. Rob Moore, pour six minutes.

Allez-y, monsieur, s'il vous plaît. Votre temps de parole commence maintenant.

**L'hon. Rob Moore:** Merci, madame la présidente, et merci à nos trois ministres d'être ici aujourd'hui pour parler de cette importante mesure législative.

La ministre Hajdu a mentionné que la décision Truchon a créé la nécessité d'un système à deux vitesses pour ce qui est de l'aide médicale à mourir. En fait, rien n'est plus loin de la vérité, ce qui m'amène à ma question.

C'est parce que le gouvernement n'a pas réussi à défendre sa propre mesure législative, qu'il a adoptée dans un Parlement libéral majoritaire en juin 2016. Seulement trois ans plus tard, lorsqu'elle a été contestée devant un tribunal inférieur, plutôt que de porter l'affaire en appel comme nous lui avons demandé de le faire, tout comme les personnes handicapées, le gouvernement a choisi à la première occasion de ne pas défendre sa propre loi. De nombreuses organisations ont sonné l'alarme au sujet de l'élargissement de l'aide médicale à mourir l'année dernière en réponse à cette décision de la Cour supérieure du Québec.

Nous avons tous eu l'occasion d'entendre de nombreux témoignages de personnes handicapées — les membres les plus vulnérables de notre société —, et le message que cette mesure législative envoi, à savoir qu'il n'est plus nécessaire d'être mourant pour avoir accès à l'aide médicale à mourir, est un changement fondamental dans notre pays.

On a envoyé une lettre au bureau du ministre Lametti et à celui de la ministre Qualtrough. Soixante-douze organisations d'un bout à l'autre du pays qui aident des Canadiens handicapés l'ont signée.

Elles font un travail honorable en aidant les personnes les plus vulnérables. Elles ont écrit que l'absence d'appel de la décision serait un échec de la part du gouvernement à défaut de protéger les personnes handicapées d'un préjudice grave et concret.

Nous savons que le projet de loi dont nous sommes saisis élimine de nombreuses mesures de sauvegarde qui n'étaient même pas visées dans la décision Truchon. Je demande donc d'abord au ministre Lametti pourquoi le gouvernement n'a pas tenu compte des préoccupations soulevées par ces organisations qui aident des Canadiens handicapés en décidant de ne pas en appeler de la décision de ce tribunal inférieur. C'est le travail du procureur général et celui d'un gouvernement que de défendre ses propres lois.

Merci.

**L'hon. David Lametti:** Merci beaucoup de poser la question, monsieur Moore. Elle est importante.

C'était une décision difficile. Nous avons entendu différentes personnes, y compris des personnes handicapées.

Nous avons pris la décision, pour dire les choses simplement, dans le but de réduire la souffrance. Il était difficile de voir des cas comme ceux de Nicole Gladu et de Jean Truchon, et de Julia Lamb, dans l'Ouest, et d'ignorer les souffrances qu'ils enduraient, sans pouvoir recourir à l'aide médicale à mourir qui est à la disposition d'autres Canadiens.

Lors de l'adoption du projet de loi, on a soulevé des préoccupations quant à la conformité du nouveau régime à la Charte, et en particulier à l'arrêt Carter.

Compte tenu de l'expérience très positive des Canadiens à l'égard de l'aide médicale à mourir depuis 2016, et de la véritable évolution des objectifs entre 2016 et 2019, nous étions d'avis que nous pouvions réduire la souffrance de Canadiens en adoptant tout simplement la décision de la Cour suprême, sans attendre une poursuite de la souffrance, des appels et ainsi de suite, et en donnant également suite aux préoccupations très légitimes soulevées par les personnes handicapées en ce qui a trait à l'importance accordée à la dignité de la vie. Nous pensons que c'est ce que nous avons fait dans ce projet de loi.

**L'hon. Rob Moore:** Merci, monsieur le ministre.

Madame la présidente, le gouvernement a décidé de ne pas défendre sa propre loi à la première occasion, ce qui est hautement inhabituel et, à vrai dire, une atteinte au Parlement, qui l'a adoptée.

Monsieur le ministre, nous savons que plutôt que de porter la décision de la Cour supérieure en appel, vous avez plutôt décidé de présenter ce projet de loi, qui, dans les faits, va bien au-delà d'une simple réponse à la décision. Cette démarche a entièrement précédé un examen parlementaire qui était censé avoir lieu en vertu de la loi de votre propre gouvernement.

Pourquoi votre gouvernement a-t-il décidé de sauter cet important examen parlementaire qui était censé porter sur l'aide médicale à mourir dans le contexte canadien après l'adoption du projet de loi C-14? Pourquoi avez-vous sauté cet examen et êtes-vous plutôt allés au-delà de ce qui était exigé dans la décision de l'affaire Truchon?

• (1125)

**L'hon. David Lametti:** Nous n'escamotons rien. Nous allons quand même procéder à l'examen parlementaire. Il portera sur des questions très importantes qui ont été cernées et étudiées de manière plus approfondie, notamment par le Conseil des académies canadiennes. Il s'agit des demandes anticipées, du recours à une maladie mentale comme unique critère pour avoir accès à l'aide médicale à mourir, des mineurs matures et de nombreuses autres questions qui ont été soulevées.

Encore une fois, en fonction de ce que nous avons appris depuis 2016, nous nous apprêtons à réduire la souffrance et à donner suite à la décision Truchon, et nous avons vu qu'il y avait d'autres affaires, comme celle d'Audrey Parker, où la société canadienne avait évolué. Nous avons l'expérience des professionnels de la santé et des familles pour proposer des changements qui pouvaient être apportés sur-le-champ afin de réduire la souffrance des gens. C'est ce que nous avons choisi de faire.

C'est une chose très responsable, mais nous ne sautons aucunement l'examen parlementaire plus approfondi. C'est d'une importance capitale pour aller de l'avant à mesure qu'évolue également la société canadienne.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur le ministre, monsieur Moore.

C'est au tour de M. Kelloway, pour six minutes.

Monsieur Kelloway, vous avez la parole.

**M. Mike Kelloway (Cape Breton—Canso, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Je salue mes collègues, les membres du personnel et les ministres.

Je remercie aussi les ministres de leur comparution.

Ma question est pour le ministre Lametti.

Audrey Parker était une femme forte qui a vécu dans ma province, la Nouvelle-Écosse. Dans son cas, la question du consentement préalable ou de la renonciation au consentement final était vraiment déchirante.

Le ministre peut-il expliquer comment cette affaire a éclairé sa décision de proposer la renonciation au consentement final prévue dans le projet de loi C-7?

**L'hon. David Lametti:** Merci beaucoup, monsieur Kelloway, de nous rappeler le courage d'Audrey Parker.

Comme vous le savez, elle était en phase terminale d'un cancer. Elle voulait passer un dernier Noël avec sa famille, mais à cause du régime actuellement en vigueur, elle avait très peur de perdre la capacité de donner son consentement final à la procédure et ne voulait plus continuer de vivre dans sa situation par la suite. Elle a donc eu recours à l'aide médicale à mourir avant de pouvoir passer ces derniers moments avec sa famille. C'était une série de circonstances déchirantes, et son cas a trouvé écho partout au pays. En anglais et en français, on a assisté à une vague de soutien pour Audrey Parker et pour la capacité d'une personne à donner un consentement préalable, ou à y renoncer, comme ce que nous avons formulé dans cette mesure législative.

Pour donner suite au cas d'Audrey Parker dont la mort était raisonnablement prévisible, lorsque la personne a été évaluée, que sa demande a été approuvée et qu'elle s'est entendue avec son médecin

pour renoncer au consentement final si elle perd la capacité de le donner à la fin, le médecin peut donner suite à la demande.

L'autre situation qui se produisait, c'est que les gens ne prenaient plus leurs médicaments contre la douleur à la fin, de peur de perdre cette capacité.

Encore une fois, tout ce que nous faisons ici vise à alléger la souffrance. L'ajout de cette modification fait l'objet d'un large consensus et d'un appui généralisé d'un bout à l'autre du Canada.

**M. Mike Kelloway:** Merci, monsieur le ministre, pour cette réponse bien réfléchie.

Monsieur le ministre, vous avez affirmé avoir entendu pendant les consultations que la période d'attente de 10 jours entre la signature d'une demande d'aide médicale à mourir et le moment où l'aide est reçue est une prolongation inutile de la souffrance. Je ne peux qu'imaginer à quel point ces 10 jours doivent être pénibles.

Pouvez-vous en dire plus long sur ces conclusions du processus de consultation?

• (1130)

**L'hon. David Lametti:** Encore une fois, comme la ministre Hajdu l'a souligné dans ses observations, ce que nous avons entendu de façon quasi unanime, aux quatre coins du Canada, de la part de personnes qui aident à offrir l'aide médicale à mourir en tant que service — des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de la santé — ainsi que de familles qui ont eu recours à l'aide médicale à mourir, c'est que la décision était déjà prise. Ces personnes avaient été évaluées et prenaient la situation au sérieux, mais elles devaient attendre encore 10 jours, souffrir encore jusqu'à ce que ces 10 jours soient passés.

Même après que nous ayons déposé le projet de loi, des amis qui ont perdu un membre de leur famille qui a eu recours à l'aide médicale à mourir m'ont également dit que nous devons nous débarrasser des 10 jours. Tout ce qu'ils font, c'est augmenter la souffrance des gens. La décision avait été prise sérieusement, et ils me disaient que nous devrions laisser les gens et leurs familles aller de l'avant.

**L'hon. Patty Hajdu:** Madame la présidente, puis-je ajouter quelque chose à la réponse? Je suis désolée de l'interruption.

**La présidente:** Je vous en prie. Allez-y.

**L'hon. Patty Hajdu:** Merci beaucoup.

Je tiens à souligner que cette réflexion se faisait aussi au nom des praticiens qui offraient l'aide médicale à mourir. Je n'ai jamais rencontré un groupe de personnes plus attentionnées. Ils aident les gens à prendre des décisions très importantes et tous nous ont tous fait remarquer que la période d'attente supplémentaire de 10 jours était, dans bien des cas, une forme de cruauté induite. Ils croient que lorsqu'une personne a fait un examen de conscience minutieux et a examiné attentivement ses options avec les membres de sa famille et ainsi de suite, et qu'elle sait que ses jours sont comptés, la décision est mûrement pesée, et les 10 jours supplémentaires ne l'aident aucunement à réfléchir. En fait, toute cette réflexion, la période d'évaluation et l'offre de services supplémentaires avaient déjà eu lieu avant de demander l'aide médicale à mourir.

Je tiens à répéter que ce n'est pas seulement le point de vue des familles et, de toute évidence, des patients — nous avons des exemples très connus —, mais aussi celui des praticiens, à qui nous sommes redevables, car il s'agit vraiment de certains des praticiens les plus attentionnés que nous ayons. Ils font un travail immensément et profondément important dans notre société.

**M. Mike Kelloway:** Ce sont des gens exceptionnels.

Je remercie les ministres.

**La présidente:** Nous passons au prochain intervenant.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

**M. Luc Thériault:** Merci, madame la présidente.

Mesdames les ministres, monsieur le ministre, chers collègues, je vous souhaite la bienvenue.

D'entrée de jeu, j'aimerais dire que, pendant que nous posons des questions pour clarifier les intentions de ce projet de loi, il y a des gens qui souffrent. Depuis l'adoption du projet de loi C-14, il y a des gens qui souffrent. Nous ne pouvons pas ignorer cela.

En effet, dans son jugement, le juge Baudoin a déclaré que ces souffrances étaient déraisonnables au sens de l'article 1 de la Charte canadienne des droits et libertés. Qui plus est, on a dit que le projet de loi C-14 portait atteinte à un droit fondamental énoncé à l'article 7 de la Charte: le patient a droit non seulement à la sécurité, mais à la vie. En raison des dispositions législatives, le patient se voyait obligé d'écourter sa vie, de peur de ne plus être en mesure de donner son consentement après avoir perdu ses capacités. Le ministre Lametti a bien parlé du cas de Mme Parker. C'est de cela que nous devons prendre conscience, c'est dans cette perspective que nous devons faire notre travail aujourd'hui.

Au cours de ce débat et de cette étude, deux visions philosophiques vont s'opposer: d'une part, le paternalisme d'État, qui se manifeste dans un paternalisme médical; d'autre part, une vision fondée sur ce principe en droit selon lequel toute personne a droit à l'autodétermination.

La question que nous devons nous poser est la suivante: au moment le plus intime de la vie d'un patient, quelles sont les limites du pouvoir d'intervention de l'État? Pourquoi l'État viendrait-il s'immiscer dans la décision du patient concernant sa propre mort, qui relève de son droit à l'autodétermination?

Contrairement à mon collègue conservateur, je voudrais aujourd'hui féliciter le ministre Lametti d'avoir déposé ce projet de loi, qui me semble faire l'objet d'un large consensus.

Monsieur Lametti, avez-vous des chiffres démontrant l'acceptabilité du projet de loi C-7 à l'échelle du Canada et du Québec? Je sais qu'il y a un large consensus au Québec, mais qu'en est-il ailleurs au pays?

• (1135)

**L'hon. David Lametti:** Je vous remercie de votre intervention et de votre question, monsieur Thériault.

Le consensus est semblable partout au Canada. J'ai vu plusieurs chiffres concernant le Québec, mais environ 70 % des Québécois sont favorables à cela. C'est aussi le cas ailleurs au Canada. Il y a donc un appui.

J'aimerais ajouter une réflexion à la vôtre, monsieur Thériault. L'un des plus grands changements ayant eu lieu depuis 2016, c'est celui qu'on a pu voir dans la communauté médicale. Celle-ci avait des craintes, en 2016. Comme la ministre Hajdu l'a souligné dans ses réponses, lors de nos consultations tenues partout au Canada et en ligne, ce sont les praticiens, par exemple les médecins et les infirmières, qui ont fait des suggestions positives. Ceux-ci ont accepté le fait que mourir dans la dignité était une étape positive dans la vie des gens. Je dois dire que ce changement de vision m'a bouleversé.

**M. Luc Thériault:** Ce dont les praticiens ont besoin, c'est une loi claire. Or, le critère de mort naturelle raisonnablement prévisible n'était pas un critère clair. Il permettait une multitude d'interprétations et excluait des gens comme Mme Gladu et M. Truchon, qui ont par la suite eu gain de cause. Dans le cas de M. Truchon, il a eu recours à l'aide médicale à mourir. Ce critère ne passait probablement pas le test dans le cas de Mme Carter. Si l'on avait été sûr que le projet de loi C-14 passait le test, on aurait demandé l'avis de la Cour suprême.

Maintenant, allons de l'avant. Le patient est la norme, mais encore faut-il l'entendre.

Actuellement, il arrive qu'on oppose les soins palliatifs à l'aide médicale à mourir. Parce qu'il n'y a pas assez de ressources allouées aux soins palliatifs, les tenants des soins palliatifs s'opposent à l'aide médicale à mourir. Selon eux, c'est une sortie de secours, mais on n'offre pas l'encadrement nécessaire. Là-dessus, on peut voir une division.

Avez-vous perçu cette opposition entre les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir, en ce sens que les tenants des soins palliatifs trouvent qu'on n'en fait pas assez, alors que c'était censé être la solution pour mourir dans la dignité?

**L'hon. David Lametti:** Je vais commencer à répondre, mais je crois que je vais laisser le soin à la ministre Hajdu de terminer la réponse.

Lors des consultations qui ont été menées, j'ai constaté que plusieurs praticiens faisaient les deux. Ils voyaient l'aide médicale à mourir comme une option pouvant être combinée avec les soins palliatifs. Cela faisait partie du spectre des réponses à des circonstances tragiques, certes, mais des réponses qui ne sont pas nécessairement négatives.

Évidemment, il faut travailler avec les provinces pour s'assurer que les soins palliatifs sont adéquats. De plus, comme la ministre Qualtrough vient de le dire, il faut que les options pour vivre avec dignité soient offertes et qu'il y ait les appuis nécessaires. Les options doivent être bien appuyées, bien claires...

[Traduction]

**La présidente:** Je suis sincèrement désolée, monsieur le ministre, mais le temps est écoulé.

Je vais donner la parole à M. Garrison, pour six minutes.

• (1140)

**M. Randall Garrison (Esquimalt—Saanich—Sooke, NPD):** Merci beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais donner à la ministre de la Santé l'occasion de formuler des observations, puisqu'elle voulait répondre à la question.

**L'hon. Patty Hajdu:** Merci beaucoup, monsieur Garrison.



Je suis ravie de parler des soins palliatifs, car la situation s'améliore dans ce domaine. Le budget de 2017 a accordé 6 milliards de dollars aux provinces et aux territoires pour leur permettre d'accroître l'accès aux soins palliatifs, ce qui est étroitement lié à cette question, comme l'ont fait remarquer de nombreux députés ainsi que le ministre.

L'aide médicale à mourir n'existe pas à l'extérieur du cadre des soins palliatifs. En fait, la majorité des Canadiens, une proportion d'environ 82 %, qui ont eu recours à l'aide médicale à mourir ont reçu des soins palliatifs. Même ceux qui ne reçoivent pas de soins palliatifs, soit une proportion d'environ 13 %, avaient accès à ces soins dans la plupart des cas.

Est-ce que cela signifie que nous ne pouvons pas en faire plus et faire mieux? Pour reprendre une phrase qu'on répète souvent, nous pouvons toujours faire mieux. Comme vous le savez, il est largement du ressort des provinces et des territoires d'améliorer les services de santé, mais le gouvernement fédéral est toujours là pour aider à améliorer l'accès aux soins palliatifs, et il continuera de le faire.

Lorsque les médecins nous ont parlé, ils estimaient vraiment que ce n'était pas un choix. Il était véritablement question d'ajouter, comme l'a souligné M. Thériault, un certain degré d'autonomie pour permettre aux gens de choisir le moment où ils veulent mourir dans des circonstances qu'ils peuvent contrôler eux-mêmes, peu importe la situation par rapport aux soins palliatifs.

Nous savons que les soins palliatifs revêtent une importante capitale pour les personnes atteintes depuis longtemps d'une maladie grave ou qui approchent de la mort, mais dans certains cas, malgré ces soins, elles veulent mettre fin à leurs souffrances. C'est la prémisse du projet de loi. Il repose sur la dignité et le choix, des préoccupations reprises par les praticiens qui ont généreusement donné de leur temps pour nous faire part de leur expérience.

**M. Randall Garrison:** Je vous remercie infiniment, madame la ministre.

J'aimerais maintenant faire une chose qui n'est pas courante dans les parlements d'inspiration britannique, à savoir qu'un député de l'opposition salue le travail d'une ministre.

J'ai eu vent pour la première fois de demandes d'aide médicale à mourir au plus fort de la crise du sida, alors qu'un diagnostic du VIH était une condamnation à mort puisque nous n'avions aucun traitement à l'époque. La ministre sait que je ne la lâche pas d'une semelle depuis longtemps pour améliorer l'accès au dépistage et au traitement du VIH. Je tiens à saluer le fait que les premières trousse d'autodépistage du VIH ont été approuvées hier, ce qui nous aidera un jour à éradiquer le virus. Je sais que ce n'est pas la coutume, mais je voulais prendre un instant pour le souligner.

Pour ce qui est du projet de loi C-7, j'aimerais joindre ma voix à celles de bien d'autres. La souffrance est réelle dans le système pour ceux qui sont atteints d'une maladie terminale. Le patient souffre, mais sa famille aussi. Je suis très heureux que le projet de loi C-7 soit proposé à ce stade-ci afin d'aider les patients qui ont déjà subi une évaluation et qui ont reçu l'approbation pour l'aide médicale à mourir, mais qui craignent de perdre leur capacité à consentir. Il y en a des exemples bien connus. Dans ma propre circonscription, j'ai aussi des amis qui ont dû partir plus tôt par crainte de perdre leur capacité. Je pense donc que le projet de loi est primordial.

La question que j'aimerais poser ce matin au ministre Lametti porte sur les autres enjeux et sur l'examen législatif. Il est très important que nous prenions à bras-le-corps la question très complexe des directives anticipées. Je trouve aussi très important que nous examinions à fond la question des maladies mentales et de ceux qui en souffrent, ainsi que la question des mineurs matures, qui doivent toutes faire l'objet d'un examen législatif.

Le ministre sait que j'aimerais ajouter une chose à cet examen législatif: je veux savoir s'il existe des mesures de protection suffisantes pour les autres populations vulnérables et les personnes handicapées.

Ma question est fort simple. Je fais pression sur le ministre depuis des mois à ce sujet. J'aimerais que nous entamions un examen législatif plus vaste en même temps que nous examinons le projet de loi C-7 de façon à ce que ces préoccupations soient bien connues et étudiées à fond en séance publique.

Monsieur le ministre, quand aurons-nous pour mandat de réaliser l'examen législatif, et quand sera-t-il proposé de le lancer?

**L'hon. David Lametti:** Monsieur Garrison, je vous remercie de votre question et de vos remarques.

Vous savez que je suis d'accord avec vous sur le fond et que nous sommes déterminés à réaliser cet autre examen. Je ne peux toutefois pas encore prendre un engagement sur la forme qu'il prendra. J'accorde la priorité au projet de loi C-7, mais je vais collaborer avec vous et avec les autres députés à la table — de tous les partis — pour m'assurer que nous remplissions notre obligation.

Je suis navré de ne pas pouvoir vous en dire plus pour l'instant.

• (1145)

**L'hon. Patty Hajdu:** Puis-je intervenir un instant, madame la présidente? Je tiens à préciser que les 6 milliards de dollars que nous avons versés dans le budget de 2017 comprenaient des fonds pour les soins palliatifs, mais aussi pour des éléments comme la santé mentale et les soins à domicile.

**La présidente:** Monsieur Garrison, il vous reste 30 secondes si jamais vous voulez ajouter quelque chose.

**M. Randall Garrison:** Je tiens à dire au ministre que je suis carrément en désaccord avec lui lorsqu'il dit que la priorité est le projet de loi C-7. Il est vrai que ce projet de loi est important pour ceux qui souffrent, mais les autres aspects de l'aide médicale à mourir le sont tout autant. Je crois fermement que le Parlement pourrait agir sur deux fronts ici et que nous sommes en mesure de réaliser à la fois l'étude du projet de loi C-7 et l'examen législatif.

**L'hon. David Lametti:** Je ne mets vraiment pas en doute l'importance du... Je sais que les deux volets sont aussi importants. Je suis d'accord avec vous sur ce point. Nous ne serons toutefois pas d'accord sur la procédure pendant un laps de temps très court, espérons-le.

**La présidente:** Je vous remercie infiniment, monsieur le ministre.

Je surveille l'horloge de près, et nous allons maintenant passer à notre deuxième tour. Les conservateurs auront cinq minutes, après quoi les libéraux auront cinq minutes, puis les bloquistes et les néodémocrates auront deux minutes et demie chacun. J'espère aussi pouvoir répartir les 10 dernières minutes entre les conservateurs et les libéraux. Veuillez être aussi concis que possible. Ce serait très apprécié.

Monsieur Cooper, vous avez cinq minutes. Allez-y, je vous prie.

**M. Michael Cooper (St. Albert—Edmonton, PCC):** Merci beaucoup, madame la présidente. Je remercie les honorables ministres d'être avec nous et de nous avoir présenté des exposés.

Monsieur le ministre Lametti, vous dites que le projet de loi exclut la maladie mentale comme seule condition médicale invoquée. Il est vrai que le projet de loi dit que la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap. Je dirais toutefois que les souffrances physiques ou psychologiques sont les véritables critères.

Pourriez-vous répondre aux préoccupations au sujet de l'ambiguïté? Si vous retirez « raisonnablement prévisible » et que vous conservez les « souffrances psychologiques », on peut soutenir que la loi permet en réalité la maladie mentale, ou qu'elle pourrait y ouvrir la porte, n'est-ce pas?

**L'hon. David Lametti:** Je vous remercie de votre question, monsieur Cooper. Elle est excellente et fort importante. Voici comment ces éléments peuvent être conciliés.

La souffrance psychologique est un facteur pouvant faire partie d'un vaste ensemble de facteurs grâce auxquels une personne pourrait bénéficier de l'aide médicale à mourir. Nous avons toutefois décidé que la maladie mentale ne peut pas être la seule condition médicale invoquée à ce stade-ci. Nous devons faire une étude plus poussée sur ce volet. Comme je l'ai mentionné dans mon introduction, aucun consensus ne se dégage à ce sujet, et la question suscite une crainte très profonde chez les spécialistes du milieu médical auxquels nous avons parlé, comme en témoigne aussi le rapport du Conseil des académies canadiennes. Nous avons besoin d'en savoir plus sur le sujet.

Quant au fait que la maladie mentale soit la seule condition médicale invoquée, elle peut faire partie des facteurs si d'autres critères sont présents. C'est ainsi qu'il est possible de concilier les points que vous soulevez.

**M. Michael Cooper:** Mais ce ne doit pas nécessairement être une maladie physique. Vous l'admettez.

**L'hon. David Lametti:** Si la maladie mentale est le seul critère, le patient ne sera pas admissible à l'aide médicale à mourir pour l'instant. Il faudra attendre, ce qui est malheureux puisque ce sont des situations tragiques et que les personnes souffrent. Nous sommes loin de penser que la souffrance psychologique est moins grave que la souffrance physique, mais elle ne peut pas être le seul critère, comme nous l'avons indiqué.

**M. Michael Cooper:** Dans le même ordre d'idée, ce qui est d'autant plus préoccupant, c'est que le projet de loi exclut la maladie mentale sans toutefois en fournir une définition. D'ailleurs, le concept n'est même pas défini dans le Code criminel. Les médecins se trouvent sans doute dans une situation délicate puisqu'ils doivent comprendre et interpréter la loi correctement alors que vous retirez le critère « raisonnablement prévisible », qui indiquait très clairement que la souffrance psychologique ou une forme quelconque de maladie mentale ne pourrait jamais, ou ne devrait jamais justifier la procédure.

• (1150)

**L'hon. David Lametti:** Écoutez, nous avons prêté l'oreille à la communauté médicale, aux spécialistes, aux familles et aux autres intervenants. Ce sont eux qui ont proposé cette formulation. Nous pouvons examiner le libellé pour voir s'il est possible de le préciser, mais comme je l'ai bien indiqué en réponse à M. Garrison, il s'agit

d'un enjeu important qui doit être étudié. Il faut l'étudier dans les plus brefs délais et y donner suite sans tarder, car il y a des gens qui souffrent. Nous voulons contribuer à réduire leur souffrance et leur offrir toutes les options qui s'offrent aux autres Canadiens.

**M. Michael Cooper:** Pour terminer, monsieur le ministre, j'aimerais que vous nous parliez de l'assouplissement des critères en vue de permettre le consentement préalable dans des circonstances limitées, en dépit du fait que le groupe de travail du comité d'experts révèle un manque flagrant de connaissances et une absence de consensus. Pourquoi le gouvernement va-t-il de l'avant malgré ces inquiétudes, tandis qu'il devance l'examen législatif de façon préventive?

**L'hon. David Lametti:** Ces études précises du Conseil des académies canadiennes ne sont pas représentatives de la situation du Canada en 2019. Dans le cas d'Audrey Parker et d'autres personnes, il est apparu évident qu'un consentement très limité, comme nous le proposons dans le projet de loi, obtient en réalité un large consensus au Canada. L'élan de soutien à l'égard d'Audrey Parker et d'une modification législative qui serait inspirée de sa situation est apparu évident dans tout le pays.

Monsieur Cooper, je ne suis donc pas d'accord avec vous quand vous dites que cette question ne fait pas consensus. Je dirais que le rapport du Conseil des académies canadiennes est désuet à ce sujet. Un consensus se dessine manifestement, et c'est pour cette raison que nous allons de l'avant.

**La présidente:** Je vous remercie infiniment, monsieur le ministre Lametti.

Merci, monsieur Cooper.

Monsieur Sangha, vous avez la parole cinq minutes.

**M. Ramesh Sangha (Brampton-Centre, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Je remercie infiniment la ministre Qualtrough. J'ai deux questions à vous poser.

En premier lieu, madame la ministre, lorsque vous vous êtes adressée à la Chambre le 21 octobre dernier, vous avez parlé des efforts que le gouvernement déploie pour mener de vastes consultations auprès des personnes handicapées afin d'écouter leurs préoccupations au sujet de l'aide médicale à mourir. Pouvez-vous nous dire de quelle façon vous avez tenu compte de leurs inquiétudes dans le projet de loi?

**L'hon. Carla Qualtrough:** Je vous remercie de me poser cette question des plus importante.

Comme mes collègues l'ont dit, de vastes consultations ont été menées. Nous avons tous parlé directement aux défenseurs des personnes handicapées, aux groupes de défense des droits des personnes handicapées et à des particuliers.

Comme je l'ai mentionné dans mon mot d'ouverture, il a été question d'une longue bataille visant l'autonomie et la liberté de choix. Ces gens ont aussi une inquiétude: nous ne devons prendre aucune mesure qui pourrait, d'une façon ou d'une autre, dévaloriser la vie d'une personne en considérant que certaines ont plus de valeur que d'autres. Il est très important d'établir cette distinction, car nous ne considérons pas que ces points de vue sont contradictoires. Ce n'est pas une source de division autant que certains le laissent entendre.

Écoutez, nous avons indiqué très clairement que le projet de loi fondé sur les droits à l'égalité, ce qui comprend les droits à l'autonomie et la valeur égale de chaque droit. Nous avons toutefois entendu qu'il faut s'assurer que les gens ont le choix et connaissent les options qui s'offrent à eux. Ils ne doivent pas décider d'en finir par manque de mesures de soutien aux personnes handicapées, qui rendraient leur vie valorisante, utile, productive et saine.

C'est pour cette raison que nous sommes allés aussi loin dans les mesures offertes aux personnes qui ne sont pas en fin de vie. Nous voulions que les gens soient informés et que les médecins aient l'obligation de parler des thérapies, des services de soutien en santé mentale, des mesures de soutien aux personnes handicapées, des services communautaires et des soins palliatifs, puis d'évaluer la situation après un délai minimum de 90 jours.

Comme je l'ai dit, nous savons qu'il y a des régions du pays où il est plus facile d'obtenir l'aide médicale à mourir qu'un fauteuil roulant. Les choses ne devraient pas se passer ainsi. Ce n'est pas l'objet du projet de loi, mais nous voulions nous assurer de mentionner la Charte et la Convention des Nations unies. Je m'engage à collaborer avec mes homologues des provinces pour m'assurer que les gens prennent cette décision en raison de leur condition, et non pas à cause du contexte social ou d'un manque de logement, de matériel ou de débouchés.

Il est vraiment difficile d'avoir cette discussion dans le contexte d'une modification au Code criminel, mais il faut le faire. C'est pour cette raison que nous avons consacré autant d'efforts à la deuxième option. Nous voulons que les gens qui pensent que leur situation est sans issue aient accès à d'autres solutions.

• (1155)

**M. Ramesh Sangha:** Je vous remercie, madame la ministre.

Ma deuxième question est la suivante. Nous avons entendu le témoignage de parents d'enfants handicapés qui craignent que ceux-ci, en grandissant, demandent l'aide médicale à mourir en raison de leur handicap.

Madame la ministre, pourriez-vous s'il vous plaît dissiper les craintes de ces parents et nous expliquer en quoi le projet de loi empêchera une telle situation de se produire? Chose plus importante encore, pourriez-vous s'il vous plaît décrire les mesures que notre gouvernement a prises pour que la nation soit plus inclusive et traite des personnes handicapées de façon équitable et égale?

**L'hon. Carla Qualtrough:** Encore une fois, ces conversations sont des plus importantes. Nous ne nous en défilons pas. Je suis profondément inquiète qu'un enfant puisse avoir l'impression que sa vie n'a pas autant de valeur que celle d'un autre ou n'est pas égale. À défaut de meilleurs mots parlementaires, nous remuons ciel et terre pour qu'une telle chose ne se produise jamais.

Au cours des cinq dernières années, des progrès considérables ont été réalisés au pays sur le plan des droits des personnes handicapées. Tout a commencé par la Loi canadienne sur l'accessibilité et par les consultations qui ont été menées dans ce contexte. Dans cette loi, nous nous engageons à prôner l'inclusion des personnes handicapées en fonction des droits de la personne, ce qui nous permet d'avoir une incidence sur les systèmes sous-jacents.

Une grande partie du travail relève des provinces. Je ne cherche pas d'excuse pour insinuer que le rôle du fédéral n'est pas important. Autrement dit, nous collaborons avec les provinces pour nous assurer que les gens ont des options valables. Nous nous sommes

engagés à travailler avec les provinces et les territoires à ce chapitre.

Comme je l'ai dit, nous sommes déterminés à mettre en oeuvre un plan très concret pour l'inclusion des personnes handicapées. Il comprend les prestations d'invalidité du Canada, qui permettent aux gens de toucher un revenu et d'avoir peut-être plus de choix, ainsi qu'une stratégie d'emploi, ce qui offre encore plus d'options et de choix. Le plan englobe aussi une refonte de l'admissibilité aux programmes et services fédéraux destinés aux personnes handicapées, ce qui multiplie encore les options qui s'offrent à elles.

Personne au Canada ne devrait penser que sa vie a moins de valeur que celle de quiconque, et nous tenons fermement à ne pas envoyer un tel message.

**La présidente:** Je vous remercie infiniment, madame la ministre Qualtrough.

Veillez m'excuser, monsieur Sangha, mais votre temps est écoulé.

**M. Ramesh Sangha:** Je vous remercie.

**La présidente:** Je vais maintenant céder la parole à M. Thériault. Vous avez deux minutes et demie.

Allez-y, je vous prie. La parole est à vous.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Je serai bref.

Monsieur le ministre, M. Garrison a soulevé un point important: le projet de loi est intéressant, mais il laisse en plan un certain nombre d'éléments délicats.

Les modifications législatives édictées par le projet de loi C-14 devaient être révisées à l'été 2020. De la même façon, j'imagine que vous pourriez vous engager à ce que, après l'adoption du projet de loi C-7, la réflexion se poursuive afin de travailler sur les points faibles, comme le souhaitent plusieurs intervenants de divers milieux.

Ne serait-ce pas un compromis intéressant pour réconcilier la position de M. Garrison et la vôtre? Vous engagez-vous aujourd'hui à ce que, consécutivement à l'adoption du projet de loi C-7, nous nous penchions sur les éléments délicats?

**L'hon. David Lametti:** Vous connaissez mon point de vue là-dessus, monsieur Thériault. Moi aussi, j'aimerais aborder ces questions, car elles sont importantes. C'est ce que j'ai répondu à M. Garrison.

Je peux m'engager à faire de mon mieux pour m'entendre avec M. Rodriguez, qui est le leader de notre parti à la Chambre des communes, et à collaborer avec vous à la Chambre pour mettre sur pied un comité aussitôt que possible. Je ne peux cependant rien promettre de concret, car, dans le contexte parlementaire, il y a d'autres éléments à considérer en ce qui concerne les leaders à la Chambre.

• (1200)

**M. Luc Thériault:** Vous êtes d'accord qu'il ne faut pas attendre quatre ans, ni même un an, n'est-ce pas?

**L'hon. David Lametti:** Je suis tout à fait d'accord. Vous savez que c'est une priorité pour moi, comme en témoignent mes actions passées.

**M. Luc Thériault:** Il est important de noter qu'il y a une différence entre les problèmes de santé mentale et les maladies dégénératives sur le plan cognitif, ce qui implique l'obligation de traiter toute cette question des demandes anticipées.

**L'hon. David Lametti:** Tout à fait. J'entends des gens de partout au Canada dire la même chose. C'est important pour plusieurs personnes.

**M. Luc Thériault:** Mon temps de parole est maintenant écoulé.

[Traduction]

**La présidente:** C'est vrai, votre temps est écoulé. Je vous remercie d'en avoir tenu compte, monsieur Thériault.

Je vois qu'il est maintenant midi. Je demande le consentement des membres du Comité et des témoins pour accorder peut-être deux minutes et demie à M. Garrison, M. Lewis puis M. Zuberi.

Si les membres du Comité sont d'accord, veuillez lever le pouce pour que tout le monde puisse avoir la parole au dernier tour.

Je vous remercie infiniment.

Monsieur Garrison, vous avez deux minutes et demie, après quoi ce sera au tour de M. Lewis et de M. Zuberi.

**M. Randall Garrison:** Je tiens à remercier la présidente.

Une des raisons pour lesquelles je suis persuadé que la population appuiera le projet de loi C-7, c'est qu'il établit des critères très élevés pour l'accès à l'aide médicale à mourir. Une personne qui en fait la demande doit être atteinte d'une affection incurable caractérisée par un déclin irréversible, et qui lui cause des souffrances intolérables.

Certaines personnes qui s'opposent probablement au concept d'aide médicale à mourir utilisent cependant des expressions accrocheuses. Je doute qu'elles visent à alimenter un véritable débat sur ces enjeux. J'aimerais tout de même donner à un des ministres l'occasion de répondre à ceux qui prétendent que le projet de loi C-7 permet de « mourir sur demande » ou de donner la « mort le jour même ». Je ne suis pas d'avis que le projet de loi a cet effet, mais je crois qu'il faut répondre à cette tentative de le déformer.

**L'hon. Patty Hajdu:** Je vous remercie, monsieur Garrison.

Vous avez raison. Je pense que les expressions que vous avez mentionnées — que je ne peux pas répéter avec exactitude — et aussi le fait qu'on parle de ce projet de loi comme étant la loi sur « l'euthanasie », comme je l'ai entendu à la Chambre des communes, portent gravement atteintes à la dignité des personnes qui tentent d'avoir recours à ce service ainsi qu'au professionnalisme des médecins extraordinaires et des autres évaluateurs de l'aide médicale à mourir que j'ai eu le privilège de rencontrer lors des consultations.

Il s'agit là d'un travail minutieux et extrêmement personnel qu'accomplit un médecin ou un praticien parfois au sein d'une équipe et parfois seul au sein d'un hôpital ou d'une clinique avec des personnes qui se trouvent vraisemblablement dans le pire état de toute leur vie, qui souffrent et qui, par-dessus tout, ont besoin de compassion et d'empathie.

Je pense que nous devons tous comprendre que personne, particulièrement au sein de la profession médicale, ne prend la vie à la légère. Tous les praticiens prennent la vie au sérieux. En fait, ce qui empêche notamment les gens d'avoir accès à l'aide médicale à mourir, c'est qu'il n'y a pas encore suffisamment de praticiens qui es-

sent avoir les compétences et la capacité nécessaires pour effectuer ce travail.

Je pense que nous devons être conscients du fait que les professionnels qui offrent ce soutien à des Canadiens durant la pire période de leur vie ont un très grand respect pour la vie et pour les personnes qui, comme les patriciens l'ont eux-mêmes souligné, ont réfléchi à leur décision pendant beaucoup plus longtemps ce qu'ils ont affirmé à leur praticien. Je crois que nous ne rendons service à personne au Canada lorsque nous rabaissons les personnes qui ont désespérément besoin de cette aide et que nous rabaissons les personnes qui effectuent le travail.

**La présidente:** Je vous remercie beaucoup, madame la ministre Hajdu, et je vous remercie, monsieur Garrison.

La parole est maintenant à M. Lewis pour deux minutes et demie.

Monsieur Lewis, la parole est à vous. Allez-y.

**M. Chris Lewis (Essex, PCC):** Je vous remercie, madame la présidente.

Je remercie les ministres de comparaître aujourd'hui devant le Comité. Nous vous en sommes reconnaissants, et c'est un honneur de vous accueillir.

J'ai quelques observations à faire, et je sais que les deux minutes et demie vont passer très rapidement, alors, je vais faire mes observations et ensuite, le ministre Lametti pourra, je l'espère, répondre à ma question.

D'abord et avant tout, au sujet de la période de réflexion de 10 jours, je me rends compte que le libellé actuel fait en sorte que cette période de réflexion sera éliminée. Je me demande vraiment pourquoi on ne prévoirait pas au moins une période de cinq jours pour donner aux gens le temps de se réunir avec leur famille pour vraiment réfléchir à la décision en question.

En ce qui concerne les témoins — qui passent de deux à un — c'est très préoccupant également, car nous aimerions tous croire que toutes les familles s'entendent très bien, mais malheureusement, il n'est pas rare que des membres de la famille se renvoient la balle. Cela me pose un réel problème.

Ne serait-il pas juste d'affirmer que, lorsqu'un médecin est forcé d'aiguiller un patient vers un autre médecin pour qu'il reçoive l'aide médicale à mourir, cela va directement à l'encontre du droit constitutionnel dont il bénéficie? En outre, ne serait-il pas juste d'affirmer que, lorsqu'on force un médecin à aiguiller un patient vers un autre médecin pour qu'il obtienne l'aide médicale à mourir, cela équivaut à une situation où une personne dirait: « Je suis contre le fait de voler une banque, mais voici les clés de la banque. »

Monsieur Lametti, durant votre exposé, vous avez parlé de la souffrance. N'êtes-vous pas d'accord pour dire que, même si la personne qui demande l'aide médicale à mourir souffre physiquement, le médecin qui doit l'aiguiller vers un autre médecin contre son gré va subir malencontreusement un stress émotionnel et psychologique, avec lequel il devra vivre?

• (1205)

**L'hon. David Lametti:** Je vous remercie, monsieur Lewis, pour vos questions, qui sont des questions importantes.

Premièrement, permettez-moi de commencer par la période de réflexion de 10 jours. Tout le travail, toutes les consultations avec la famille et les autres consultations, les évaluations et les examens médicaux sont effectués avant cette période. La décision est prise avant cette période, mais la personne doit attendre 10 jours, au cas où elle changerait d'avis.

Durant nos consultations, les médecins et les familles nous ont expliqué que cette période ne faisait qu'obliger les gens à souffrir. C'était une forme de torture, une période durant laquelle les gens ne prenaient pas leurs médicaments afin d'être en mesure de confirmer leur décision au bout de 10 jours. La réflexion dont vous parlez est effectuée avant cette période, qui a donc été jugée non nécessaire.

Les deux témoins ne font qu'attester l'identité de la personne par pure forme. Cela ne fait aucunement partie de l'évaluation médicale. Cette évaluation est effectuée au préalable. Le témoin ne fait que confirmer que M. X est effectivement M. X, et ce témoin peut être n'importe qui. Encore une fois, les médecins et les familles nous ont expliqué que cette exigence était parfois un obstacle. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait deux témoins.

En ce qui concerne la liberté de conscience, le projet de loi consacre dans la loi cette liberté de conscience. Aucun médecin n'est forcé de quelque façon que ce soit de procéder à l'aide médicale à mourir, et nous avons protégé ce principe. Il était déjà protégé, et nous l'avions davantage protégé dans la loi en 2016.

L'obligation d'aiguiller le patient découle d'une décision de la Cour d'appel de l'Ontario, donc, cela provient des tribunaux. Cette obligation existe dans divers domaines de la médecine, et non pas seulement dans le cas de l'aide médicale à mourir, c'est-à-dire l'obligation d'aiguiller un patient vers un service auquel il a droit afin qu'il puisse l'obtenir, même si la personne qui aiguille le patient refuse de fournir elle-même ce service par objection de conscience. Il existe un droit d'obtenir le service, alors, les services de soins de santé au Canada, qui relèvent des provinces, ont l'obligation de fournir ce service.

**La présidente:** Je vous remercie beaucoup, monsieur Lametti.

Le dernier intervenant est M. Zuberi. Je vous serais reconnaissante d'être bref. Allez-y. Vous disposez de deux minutes et demie.

**M. Sameer Zuberi (Pierrefonds—Dollard, Lib.):** Je tiens à remercier les ministres de se joindre à nous aujourd'hui pour discuter de ce sujet très délicat et important.

Ma question porte sur les mesures de protection. Nous savons que la loi comporte des mesures de protection pour les cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Ces mesures comprennent l'expertise du médecin, qui doit connaître les moyens à prendre pour alléger les souffrances du patient et qui doit examiner sérieusement le cas du patient, qui envisage de mettre fin à ses jours, dans l'optique des moyens qui existent pour atténuer ses souffrances.

Pouvez-vous nous expliquer pourquoi ces mesures de protection ne sont pas incluses dans le projet de loi pour les cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible?

**L'hon. David Lametti:** Les premières mesures de protection mises en place dans le régime de fin de vie, dans le cadre duquel une mort naturelle raisonnablement prévisible constituait un critère d'orientation et non pas un critère d'admissibilité, étaient bien connues par les médecins et les familles. Nous avons maintenu la plupart de ces mesures de protection. Nous avons éliminé celles

qui, selon les commentaires que nous avons reçus, contribuaient à prolonger inutilement la souffrance. Il s'agissait de mesures qui s'appliquent à la vaste majorité des cas: les cancers en phase terminale, les personnes en fin de vie, tous ceux qui se préparent pour l'inévitable. Nous estimons avoir rendu les mesures de protection plus humaines pour la vaste majorité des gens.

Dans les cas où le décès n'est pas raisonnablement prévisible, comme l'a souligné la ministre Qualtrough, nous voulions nous assurer que les gens bénéficient d'un soutien et de renseignements adéquats pour prendre leur décision, que ce soit à propos de la façon dont ils veulent vivre ou au sujet de la façon dont ils veulent mourir. Les experts, les familles et les médecins nous ont encore une fois dit... Dans les cas d'accidents graves, par exemple, la première réaction est souvent celle de vouloir mourir. C'est seulement lorsqu'il s'est écoulé quelques semaines et qu'on voit les options qui s'offrent à soi qu'on en vient à la conclusion qu'on a beaucoup de raisons de vivre et qu'on peut vivre d'une telle façon ou d'une autre, mais il faut pour cela qu'on ait obtenu les bons renseignements et le soutien nécessaire.

Nous voulions nous assurer d'inclure ces mesures de protection dans notre régime. Dans certains pays, la période d'évaluation est de six mois, mais ici, elle est de 90 jours. Il ne s'agit pas d'une période d'attente, c'est plutôt une période d'évaluation durant laquelle la personne consulte les membres de sa famille, ses médecins, ses infirmières et s'informe au sujet des options qui existent et des soutiens dont elle pourra bénéficier si elle décide de continuer à vivre, ainsi qu'au sujet des conditions dans lesquelles elle devra vivre.

Nous essayons d'établir un équilibre entre deux types de scénarios. Les cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible sont les moins fréquents. Comme je l'ai dit, la vaste majorité des cas sont des cas où la mort est raisonnablement prévisible. C'est le genre de cas auxquels font face habituellement les médecins et les fournisseurs d'aide médicale à mourir, et nous croyons avoir amélioré les choses.

• (1210)

**La présidente:** Je vous remercie beaucoup, monsieur Lametti.

Comme nous avons terminé la période de questions, je vais profiter de l'occasion pour remercier les ministres Lametti, Hajdu et Qualtrough d'avoir pris le temps de répondre à ces questions très importantes au sujet du projet de loi C-7 et de l'aide médicale à mourir. Je vous remercie pour vos efforts et pour votre travail acharné.

Nous allons faire une pause d'une minute pour permettre à nos prochains témoins de se joindre à nous.

Merci à tous. Je remercie les ministres de s'être joints à nous.

• (1210)

(Pause)

• (1215)

**La présidente:** Nous allons reprendre. Je note qu'il est près de 12 h 20. La réunion se termine à 13 heures. Je vais faire de mon mieux pour répartir le temps pour les questions de façon équitable entre tous les membres du Comité.

Je sais que nous avons dit aux témoins qu'ils disposeraient de cinq minutes pour leur déclaration liminaire, mais je leur demanderais de bien vouloir s'en tenir à trois minutes. Je vais m'assurer que vous ayez fini d'exprimer votre pensée avant de vous interrompre.

Je vais présenter nos témoins. Nous accueillons la Dre Ramona Coelho, docteure en médecine, et la Dre Tanja Daws, médecin de famille. De l'organisme Mourir dans la Dignité Canada, nous recevons le sénateur James Cowan, président du conseil d'administration, et Helen Long, directrice générale. Nous accueillons également le Dr Georges L'Espérance, de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité.

La parole est d'abord à la Dre Ramona Coelho. Allez-y.

• (1220)

**Dre Ramona Coelho (docteure en médecine, à titre personnel):** Je m'appelle Ramona Coelho. J'ai travaillé dans le secteur des soins à domicile à Montréal, et je pratique maintenant à London, en Ontario.

Les patients que je soignais à domicile étaient malades ou handicapés et confinés à la maison. À London, je prends soin de nombreux réfugiés syriens et d'autres personnes. Je dirais que la moitié de ma clientèle se compose de personnes qui souffrent d'un handicap.

Je suis ici aujourd'hui pour vous dire que la prévention du suicide doit demeurer une priorité et que les soins médicaux de base doivent être fournis aux Canadiens. Je travaille avec des patients vulnérables et je crains de ne pas être en mesure de les protéger contre des idées suicidaires passagères si ce projet de loi est adopté sans qu'on y apporte certains changements. Il est nécessaire qu'on y apporte un amendement pour protéger la liberté de conscience, en vue de respecter la diversité et l'autonomie en ce qui concerne ce sujet controversé.

Bon nombre d'entre nous qui travaillons avec des personnes malades et handicapées, peu importe notre religion, ne pourraient pas approuver une demande d'injection mortelle uniquement en se fondant sur leur jugement médical. Je soignais une gentille dame de 70 ans, qui perdait du poids et qui demandait la mort depuis des mois. Examiner son état en raison de son cancer et d'autres problèmes ne m'a pas éclairée; il s'est avéré que son fils, qui avait emménagé avec elle quelques mois auparavant, lui volait de l'argent et ne la nourrissait pas. Mon analyse clinique a été profitable pour cette dame, mais je sais que si j'avais disposé d'une période de 90 jours pour tenter qu'elle échappe à la mort, j'aurais contribué au décès d'une aînée victime de maltraitance et d'exploitation financière.

Comme je l'ai dit, un grand nombre de mes patients souffrent d'un handicap, de rhumatisme, de fibromyalgie, de sclérose en plaques, d'une défaillance d'organe et de bien d'autres problèmes de santé. Les crises existentielles et les difficultés qu'ils vivent sont réelles, mais leur désir de mourir est souvent passager et nous avons besoin de temps pour leur prodiguer de bons soins.

Si ce projet de loi est adopté sans modifications, le Canada deviendra un endroit où on peut recevoir une injection mortelle avant qu'on puisse obtenir de bons soins. Les cliniques de gestion de la douleur et les services de psychiatrie, de rhumatologie et de neurologie ont tous besoin d'une période qui va au-delà de 90 jours pour rencontrer les patients, les renseigner et amorcer un plan de traitement. Le projet de loi C-7 fait en sorte que des patients vulnérables peuvent décider de recevoir une injection mortelle au terme d'une période d'évaluation de 90 jours. Ces patients savent que des services existent, mais ils n'ont pas eu l'occasion d'en bénéficier pour voir s'ils contribuent à éliminer leurs idées suicidaires.

Il faudrait modifier le projet de loi pour faire en sorte que, dans le cas des personnes qui ne sont pas mourantes, l'injection mortelle soit réservée aux personnes qui se sont entretenues avec un psychothérapeute et qui ont reçu des soins médicaux adéquats, et non pas qui se sont uniquement vues offrir ces soins. Savoir qu'il est possible de recevoir une injection pour soulager la douleur et se faire offrir une telle injection est très différent d'éprouver un soulagement de la douleur. Je dois dire que les temps d'attente, du moins à London, en Ontario, sont très longs.

J'exhorte aussi le gouvernement à apporter une modification en ce qui a trait à la liberté de conscience. En Ontario, de nombreux médecins ont pris leur retraite ou ont quitté les soins palliatifs ou d'autres secteurs, ce qui n'améliore en rien les services offerts aux patients.

Ce projet de loi fera en sorte que de nombreux médecins dans toutes les spécialités devront agir sous la contrainte. Dans l'ensemble du Canada, 945 médecins de toutes les spécialités ont signé la déclaration concernant le passage de l'AMM à la MAM. Ces médecins sont d'avis que le projet de loi doit être modifié.

Je vous remercie.

**La présidente:** Je vous remercie, docteure Coelho. Nous vous remercions beaucoup pour votre exposé concis.

La parole est maintenant à la Dre Tanja Daws pour au moins trois minutes.

**Dre Tanja Daws (médecin de famille, à titre personnel):** Je vous remercie de m'accorder la parole.

Je suis médecin de famille sur l'île de Vancouver. J'exerce dans des collectivités rurales. Cela fait 20 ans que je pratique la médecine et j'administre également l'aide médicale à mourir depuis 2016.

Je tiens à remercier le Parlement pour le temps qu'il consacre à l'étude du projet de loi C-7, car je sais qu'aux yeux de certaines personnes cette mesure législative n'offrira jamais suffisamment de sécurité. En lisant les débats de la Chambre des communes, j'ai constaté que de nombreux députés avaient des craintes précises en ce qui a trait aux handicaps, aux vulnérabilités et aux pentes glissantes, et j'ai constaté que d'autres députés étaient frustrés, car selon eux le projet de loi ne semble pas aller assez loin.

Je vais me concentrer sur deux points en particulier, mais dans mon mémoire je fournis davantage d'information sur le processus entourant l'aide médicale à mourir, précisément la façon dont nous évaluons les patients, et j'explique les nuances et les détails qui entrent en ligne de compte. J'ai le même profil que ma collègue et je peux affirmer qu'au cours des quatre dernières années où j'ai administré l'aide médicale à mourir, je n'ai jamais vu de patients vulnérables être victimes d'abus. Nous portons une attention particulière à cela lors de l'évaluation. Nous passons beaucoup plus de temps avec ces patients qu'avec nos patients ordinaires — des mois si nécessaire — pour prendre une décision quant à l'admissibilité, même si, dans le passé, la loi prévoyait seulement une période d'attente de 10 jours.

En tant que fournisseurs d'aide médicale à mourir, nous apportons une expertise supplémentaire puisqu'un grand nombre d'entre nous sont des médecins en soins palliatifs et un grand nombre travaillent avec des patients handicapés, et nous estimons que nous avons suffisamment de courage moral pour pouvoir offrir un degré supplémentaire de réconfort et de soins à ces patients, et de ne pas être seulement des évaluateurs de l'aide médicale à mourir.

J'aimerais prendre le temps d'aborder deux aspects distincts du projet de loi C-7 qui, je pense, auront une incidence pratique sur l'aide médicale à mourir. Il s'agit premièrement des précisions apportées en ce qui a trait à l'expertise.

Dans mon mémoire, je voulais mettre l'accent sur le fait que les médecins de famille et les infirmières praticiennes fournissent la majorité des soins de santé au Canada en assurant la prestation de soins primaires et en soutenant les spécialistes. Lorsqu'on mentionne le mot « expertise » dans le projet de loi, nous savons que ce n'est pas pour modifier l'accès équitable à l'aide médicale à mourir, mais plutôt pour s'assurer que les gens sont en mesure d'évaluer les patients de façon approfondie, surtout lorsqu'il s'agit de patients vulnérables et handicapés.

Toutefois, je suis d'avis que la plupart des médecins de famille, surtout ceux qui suivent ces patients depuis des décennies en tant que principaux fournisseurs de soins, sont probablement les mieux placés pour les aider. La plupart des fournisseurs d'aide médicale à mourir sont des médecins de famille et des infirmières praticiennes. En médecine, lorsqu'on se sent mal outillé sur le plan médical ou qu'on manque de connaissances ou bien qu'on a le sentiment que quelque chose nous échappe, alors on s'adresse toujours à un collègue ou à un spécialiste.

Je ne pense pas qu'il en sera autrement dans le cadre des évaluations des demandes d'aide médicale à mourir. Nous avons démontré que de nombreux fournisseurs d'aide médicale à mourir ont suivi des cours en soins palliatifs, et nous cherchons tous à suivre des cours pour nous sensibiliser aux différentes cultures et vulnérabilités. Nous sommes tous disposés à suivre des formations pour améliorer nos compétences et rendre le régime d'aide médicale à mourir plus sécuritaire.

Je pense que ce qui posera un gros problème en ce qui a trait à l'expertise telle qu'elle est définie dans le projet de loi C-7, c'est le fait qu'il risque d'être très difficile, dans le cas de certaines maladies, de trouver un évaluateur de l'aide médicale à mourir qui s'estimera être un expert. Il pourrait s'avérer impossible, par exemple, de trouver un neurologue disposé à agir à titre d'expert et à être un évaluateur de l'aide médicale à mourir.

J'aimerais proposer au Comité que, lorsque les deux évaluateurs de l'aide médicale à mourir estiment pouvoir agir à titre d'experts, qu'ils continuent d'agir à ce titre, mais que, si les deux n'estiment pas être des experts, ils pourraient s'en remettre à un troisième expert, notamment un spécialiste des toxicomanies ou un spécialiste de la douleur. Il ne s'agit pas de spécialités comme telles, contrairement à la chirurgie par exemple, mais les évaluateurs pourraient demander l'avis d'un consultant, comme ce qui est proposé actuellement dans le projet de loi C-14, à savoir aiguiller des patients vers une autre personne capable de procéder à une évaluation officielle des capacités. Ces évaluations sont habituellement effectuées par des psychiatres ou des gériopsychiatres, qui ne se sentent pas en mesure d'agir à titre d'évaluateurs ou de fournisseurs d'aide médicale à mourir, mais qui sont heureux de jouer le rôle de consultants.

En troisième lieu, en ce qui a trait à la levée de l'exigence du consentement final, j'aimerais dire que le choix de la journée par le patient peut causer involontairement de l'anxiété. Il est très difficile de choisir une journée en particulier, alors, les patients pourraient être plus à l'aise de choisir plutôt une période lorsqu'ils donnent un consentement préalable. D'autres fournisseurs devraient également avoir la possibilité de lever l'exigence du consentement final, car il faut penser que nous prenons des congés et nous assistons à des

conférences ou nous pouvons être en isolement en raison de la COVID, alors, un autre fournisseur pourrait avoir à lever à notre place l'exigence du consentement final.

• (1225)

Enfin, nous sommes préoccupés par les entraves attribuables à des tiers, comme dans l'affaire récente entendue en Nouvelle-Écosse. Si nous estimons que le patient ne souffre pas et que sa famille est d'accord, nous pouvons alors nous tenir à l'écart.

**La présidente:** Merci beaucoup, docteur Daws. Je vous suis reconnaissante de votre temps.

Entendons maintenant les deux témoins de Mourir dans la Dignité Canada, le sénateur James Cowan et Mme Helen Long.

Je vous en prie. À vous la parole.

**Mme Helen Long (directrice générale, Dying With Dignity Canada):** Bonjour. Je vous remercie de votre invitation. Le sénateur Cowan et moi-même partagerons entre nous notre temps.

Depuis 40 ans, Mourir dans la Dignité Canada s'est donné pour mission de faire progresser les droits de la personne en matière de fin de vie et d'éviter aux Canadiens des souffrances inutiles. Notre rôle est de représenter les 86 % de Canadiens qui appuient l'arrêt de la Cour suprême de 2015 qui, dans l'affaire *Carter c. Canada*, a déclaré inconstitutionnelle l'interdiction de l'aide médicale à mourir. Au fil des ans, nous avons réalisé un certain nombre d'études et de sondages sur des questions de fin de vie, et nos résultats correspondent en grande partie à ceux de la consultation fédérale du printemps dernier.

D'après nous, l'immense majorité des Canadiens perçoit de manière positive le régime de l'aide médicale à mourir. Mais l'expérience et la recherche montrent que ce régime a besoin d'améliorations.

Nous venons témoigner notre appui aux modifications législatives proposées dans le projet de loi C-7, même si nous aborderons brièvement nos motifs de préoccupation. Les modifications concernent le besoin d'autonomie personnelle et, ce qui est également important, le besoin de faire preuve de compassion pour les personnes.

Nous nous réjouissons de la suppression du critère d'admissibilité d'une mort naturelle raisonnablement prévisible, qui portait atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne garantis par l'article 7 de la Charte des droits et libertés. Sa suppression garantit la constitutionnalité des choix individuels et, également, du choix de la personne de mettre fin à ses jours au moment qu'elle choisit.

Jean Truchon et Nicole Gladu ont parlé au nom de centaines de Canadiens qui se sont vu exclure jusqu'ici l'accès à l'aide médicale à mourir, parce que leur mort n'était pas imminente, bien qu'ils continuent d'endurer des douleurs physiques incessantes et des souffrances qui leur sont insupportables et que leur décision soit mûrement réfléchie.

Nous saluons donc la décision du gouvernement d'inclure l'amendement Audrey Parker, qui permet de déroger à l'obligation du prononcé d'un consentement final pour les personnes qui ont été préalablement examinées et dont on a approuvé l'aide médicale à mourir, mais qui risquent de perdre leurs facultés avant la date prévue du consentement final. Quatre-vingt-cinq pour cent des Canadiens soutiennent cette mesure. Nous croyons néanmoins que cette dispense devrait être étendue aux personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible.

Beaucoup d'entre vous connaissent l'histoire d'Audrey Parker. Malheureusement, c'est une tragédie qui se répète tous les jours. Nous serons éternellement reconnaissants envers son engagement et nous saluons donc la reconnaissance officielle, par l'introduction de cet amendement, des souffrances inutiles causées à de nombreuses autres personnes comme elle.

Je cède maintenant la parole au sénateur Cowan.

• (1230)

**La présidente:** Allez-y, monsieur le sénateur.

Est-il en ligne?

Monsieur Cowan, vous entendez-vous? Je vous vois, mais je ne vous entends pas.

**Mme Helen Long:** Dois-je terminer la déclaration, madame la présidente?

**La présidente:** Peut-être pourrions-nous rétablir le contact avec lui.

Entendons maintenant le Dr Georges L'Espérance, de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité. Entretemps, des techniciens pourront tenter de rejoindre le sénateur pour corriger le problème.

Vous avez la parole, docteur.

[Français]

**Dr Georges L'Espérance (président, Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité):** Bonjour, mesdames et messieurs. Je vous remercie de cette invitation.

Je m'appelle Georges L'Espérance et je suis le président de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité.

Neurochirurgien à la retraite, j'offre moi-même de l'aide médicale à mourir et, à ce titre, je fais partie d'un groupe de discussion privé au Québec. Le groupe comprend uniquement des médecins qui offrent ce dernier soin compassionnel et éthique. Cela permet des échanges très judicieux et formateurs. Les remarques qui suivent font l'objet d'un fort consensus parmi nous et nourrissent les réflexions de l'Association pour nos concitoyens.

Je profite de l'occasion pour remercier le ministre Lametti et son équipe d'avoir été à l'écoute des patients et des praticiens dans le contexte de ce projet de loi.

Le projet de loi propose des assouplissements très pertinents, en particulier pour les personnes seules. Tout d'abord, on permet de faire une demande d'aide médicale à mourir par écrit devant un seul témoin indépendant. De plus, une personne dont l'occupation est de fournir des soins de santé ou des soins personnels a maintenant la capacité d'agir en tant que témoin indépendant. Par ailleurs, la période de 10 jours de réflexion est abrogée, et cet assouplissement est le fruit de la simple logique clinique. Enfin, la renonciation au

consentement final immédiatement préalable au soin est, là aussi, une réponse qui correspond à la réalité clinique que nous vivons tous.

Nous sommes tout à fait d'accord sur la disposition de renonciation écrite au préalable ainsi que sur les nouveaux paragraphes (3.3) et (3.4) proposés concernant les manifestations par des paroles, sons ou gestes d'un refus que la substance soit administrée. Nous suggérons cependant que cette dernière mesure de sauvegarde, au paragraphe (3.4), soit révisée dans deux ans. En fonction de l'expérience acquise, elle pourra éventuellement être abrogée.

Il reste trois points majeurs du projet de loi C-7 qui devraient être bonifiés, à notre avis.

Tout d'abord, nous demandons que le concept de « mort naturelle raisonnablement prévisible » en tant que mesure de sauvegarde soit extirpé du projet de loi C-7. Les autres critères prévus au projet de loi C-7 ont fait la preuve au Canada que les plus vulnérables n'ont pas besoin d'autre protection pour leur garantir un accès juste et sécuritaire à l'aide médicale à mourir. Autrement, nos patients et nous, les médecins de terrain, resterons encore une fois pris avec un concept flou et non médical. En effet, l'espérance de vie est une notion qui touche une moyenne, et non un individu en particulier.

Si, malgré tout, le législateur veut conserver cette mesure, qu'il enlève au moins la période d'évaluation minimale de 90 jours, et ce, pour les mêmes raisons que celles mentionnées au sujet de la période de 10 jours. Cette période soi-disant de réflexion est une insulte à l'intelligence et à la souffrance de nos patients.

La révocation de ce critère permettra aussi un accès plus homogène dans tout le Canada, puisque la décision de l'aide médicale à mourir sera soumise à un strict processus médical objectif.

En ce qui concerne la maladie mentale, en tout respect pour ces citoyens et parce que les enjeux sont complexes, nous suggérons d'enlever cette disposition d'exclusion et de garder une période légale de non-application de 12 mois pendant laquelle les ordres professionnels de chaque province devront travailler ensemble et auront l'obligation légale de définir un cadre clinique commun.

Enfin, toute personne apte qui a reçu un diagnostic de maladie neurodégénérative cognitive du type de l'alzheimer devrait pouvoir indiquer dans ses directives médicales anticipées, tout au moins à l'appui, qu'elle désire obtenir l'aide médicale à mourir au moment où elle le jugera approprié, selon ses valeurs et quel que soit son état cognitif à ce moment.

En terminant, je tiens à réitérer que l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité défend de façon ferme et inébranlable l'interdiction absolue de recourir à l'aide médicale à mourir, sous peine de sanctions criminelles, dans le cas de personnes inaptes depuis toujours — nous parlons ici de déficience mentale — ou de personnes qui le sont devenues sans avoir fait de directives médicales anticipées.

Je vous remercie de votre attention.

• (1235)

[Traduction]

**La présidente:** Merci beaucoup de votre témoignage, docteur L'Espérance. C'est très apprécié.

Entendons maintenant le sénateur Cowan, s'il est en mesure de communiquer avec nous. Nous ferons une vérification.



Non, nous ne vous entendons pas encore. Pouvez-vous vérifier le bouton d'inactivation de votre micro et vous assurer que votre casque d'écoute est celui qui a été choisi pour votre micro? Votre micro est désactivé. Nous ne vous entendons pas, même si nous le pouvons.

Malheureusement, nous ne vous entendons pas plus. Comme le temps commence à manquer, je vous demanderais, si vous le pouvez, de nous faire parvenir un mémoire, que je sais déjà rédigé, sur vos observations d'aujourd'hui.

Est-ce que nos techniciens peuvent appeler le sénateur pour qu'il puisse au moins participer à la période des questions?

Nous passons aux interventions d'une durée de six minutes. La première intervenante est Mme Findlay. Elle sera suivie de MM. Virani, Thériault et Garrison.

Allez-y, madame Findlay. Vous avez droit à six minutes.

**L'hon. Kerry-Lynne Findlay (Surrey-Sud—White Rock, PCC):** Merci, madame la présidente.

Mes questions s'adresseront principalement à la Dre Coelho, dont j'ai trouvé le témoignage très convaincant.

Docteure, en 2017, vous avez exprimé des craintes sur l'obligation imposée au médecin qui ne veut pas participer à l'aide médicale à mourir de diriger le patient vers un autre médecin désireux de la lui accorder.

Pourriez-vous parler du problème causé par cette obligation et des conséquences de l'élargissement du régime d'aide médicale à mourir aux patients dont la mort n'est pas imminente, pour les médecins ne voulant pas y participer?

**Dre Ramona Coelho:** Merci beaucoup.

Le préambule du projet de loi C-14 faisait allusion à la protection de la liberté de conscience, mais il n'a pas force de loi. Malheureusement, en Ontario, l'ordre des médecins et chirurgiens applique une politique obligeant les médecins à préparer et à faciliter l'aide médicale à mourir à, désormais, des personnes non mourantes.

À l'époque, des groupes hindouistes, sikhs, musulmans, juifs et chrétiens, qui s'associent à notre témoignage, ont tous fait savoir au gouvernement qu'ils avaient besoin d'une meilleure protection de la liberté de conscience pour les médecins coreligionnaires.

Malgré ce qui précède, chacun a des convictions qu'il ne veut pas fouler aux pieds, ce que je comprends. J'entends la Dre Daws y attribuer, dans son cas personnel, sa grande clémence et sa grande compassion.

Moi, qui soigne des personnes très vulnérables, je suis arrivée à la conclusion contraire. J'estime qu'elles viennent me voir et j'essaie de leur offrir la sécurité et la protection. Quand, se sentant en sécurité, elles expriment le souhait de mourir, je peux essayer d'imaginer des solutions innovantes pour elles. Je ne leur refuserai pas l'information. Je ne les entraverai pas, mais mon travail est d'être à côté d'elles, de combattre pour celles qui veulent continuer à vivre. C'est parce que c'est exactement ce qu'ont fait beaucoup de mes patients.

Ce serait excellent d'ajouter, ailleurs que dans le préambule du projet de loi C-7, une disposition qui protégerait la liberté de conscience.

• (1240)

**L'hon. Kerry-Lynne Findlay:** J'aime bien votre réponse et vos observations concernant les idées suicidaires fugaces et la nécessité d'appliquer une bonne norme de soins médicaux et d'accorder du temps pour les consultations spécialisées, lesquelles, comme vous l'avez fait remarquer et comme, d'après moi, nous le savons tous, prennent du temps.

**Dre Ramona Coelho:** Ce n'est pas tout. Ça fera de notre régime celui qui est le plus permissif du monde entier pour l'euthanasie, sachant que, habituellement, l'euthanasie est le dernier recours, après que nous avons essayé de redonner aux patients la volonté de continuer de vivre. Mais le projet de loi, qui aide à mourir, est ainsi rédigé — et, encore une fois, je souligne que la Dre Daws a dit consacrer des mois à certains cas, qu'elle admet donc que ça prend parfois plus de temps — qu'il importe beaucoup que ce genre de protection y soit explicité, sachant que d'autres médecins pourraient ne pas être aussi consciencieux qu'elle.

**L'hon. Kerry-Lynne Findlay:** Merci.

Récemment, dans une lettre d'opinion au *National Post*, que vous avez cosignée, vous écriviez:

Plutôt que de consacrer nos ressources à l'embauche de plus de personnel soignant, à l'amélioration de la qualité des soins, à l'augmentation du nombre d'options en soins palliatifs et à un accès plus rapide aux soins psychiatriques, notre gouvernement fédéral semble plus désireux d'accorder rapidement la mort sur demande et de détruire les garde-fous imposés pour l'aide médicale à mourir qui ont été mis en place [il y a peu] pour protéger les personnes vulnérables.

Avez-vous des exemples de patients à vous, qui ont envisagé l'aide médicale à mourir, faute de ressources suffisantes pour le traitement qu'ils recevaient?

**Dre Ramona Coelho:** Oui, des patients victimes d'ACV en ont exprimé le souhait, et, pendant la COVID, on manquait d'aidants pour se rendre à domicile ouvrir pour eux des récipients de nourriture. Mes patients, pour qui l'obtention d'un logement, de ressources à domicile, d'appui social, de médicaments pour la maîtrise de la douleur et de médicaments trop chers est un combat incessant, sont très marginalisés. Beaucoup d'obstacles leur font souhaiter chaque jour la mort, et, en amont comme en aval, c'est un médecin consciencieux qui leur consacrerait le temps nécessaire, mais il faut l'écrire dans le projet de loi.

**L'hon. Kerry-Lynne Findlay:** Merci.

Les défenseurs des personnes handicapées de ma circonscription sont extrêmement inquiets à cause de la libéralisation de certains critères de l'aide médicale à mourir dans le projet de loi C-7, particulièrement la suppression de toute période de réflexion et le signal, lancé par le gouvernement fédéral, de son désir d'aller encore un peu plus loin, à la faveur de l'examen inutilement retardé de l'examen prescrit par la loi.

Je me demande si vous avez des observations sur d'éventuels moyens de mieux protéger les personnes vulnérables.

**Dre Ramona Coelho:** La consultation actuelle était censée être vaste, et j'espère vraiment qu'elle le sera. Je trouve très intéressant que la plupart des personnes ici présentes soient des lobbyistes de l'aide médicale à mourir.

En fait, le Conseil des Canadiens avec déficiences et l'Association canadienne pour l'intégration communautaire ont jugé très mauvais le projet de loi. Ils ont rassemblé 70 signataires, représentant différents groupes de défense des personnes avec des déficiences.

Mes amis, vous avez besoin d'entendre des spécialistes des déficiences pour vous dire ce qu'ils considèrent comme dangereux dans ce projet de loi; de médecins spécialistes comme des neurologues, des physiatres, des spécialistes des ACV et des psychiatres, pour s'interroger sur les garde-fous. Chaque fois, il y va d'une vie. Je comprends que certains perçoivent cette intervention comme un acte de pitié, mais je pense que tous s'accordent encore pour dire qu'il n'y a pas de mal à essayer de sauver les personnes qui ruminent des idées suicidaires fugaces et qu'on leur offre tous les moyens possibles pour ne pas lâcher pied.

Je vous conseille vivement de consulter des témoins du corps médical qui sont experts en la matière.

**L'hon. Kerry-Lynne Findlay:** Si j'ai bien compris, 70 % des Canadiens n'ont pas accès aux soins palliatifs. J'ai aussi noté que...

**La présidente:** Je suis désolée, madame Findlay, mais votre temps est écoulé. Espérons que vous pourrez, dans un prochain tour, approfondir la question.

• (1245)

**L'hon. Kerry-Lynne Findlay:** Merci, madame la présidente.

**La présidente:** Merci de votre patience.

La parole est maintenant à M. Virani, qui dispose de six minutes.

Je vous en prie.

**M. Arif Virani (Parkdale—High Park, Lib.):** Merci.

Permettez-moi seulement de dire, au début des six minutes qui me sont attribuées, que je ne crois pas très respectueux le fait de qualifier de manière désobligeante d'autres témoins de lobbyistes. Peut-être la présidence devrait-elle s'interposer.

Je vais poser trois questions à autant de témoins.

La première s'adresse à Mme Long et au sénateur Cowan, de Mourir dans la Dignité Canada. Aujourd'hui, nous avons appris que, au lieu de donner suite immédiatement à l'arrêt Truchon, pour soulager les souffrances, il aurait fallu y interjeter appel. Je me demande si votre organisme a une opinion là-dessus. Le ministre Lametti a clairement dit qu'on avait donné suite immédiatement à l'arrêt pour répondre aux souffrances qu'il reconnaissait.

Pourriez-vous s'il vous plaît répondre en 90 secondes?

**La présidente:** Allez-y, monsieur Cowan.

**L'hon. James S. Cowan (président et ancien sénateur, Conseil d'administration, Dying With Dignity Canada):** Oui, désolé pour les difficultés techniques.

Nous sommes persuadés que le gouvernement du Canada et celui du Québec ont pris la bonne décision, c'est-à-dire de ne pas interjeter appel. Nous croyons, comme Mme Long l'a dit, que le projet de loi C-7 est une réponse convenable et nous l'appuyons absolument.

Nous exprimons une réserve concernant l'exclusion expresse de la maladie mentale. Je serai heureux d'en parler si j'en ai le temps, mais je sais, madame la présidente, que vous manquez de temps. J'attendrai donc votre invitation. Sinon, c'est traité dans notre mémoire, que nous avons acheminé à votre comité.

[Français]

**M. Arif Virani:** Merci beaucoup.

Je vais maintenant m'adresser au Dr L'Espérance.

Monsieur L'Espérance, j'aimerais parler de la situation des personnes handicapées. Cette question a été soulevée à plusieurs reprises aujourd'hui ainsi qu'à la Chambre.

En 90 secondes, j'aimerais entendre vos commentaires concernant le cas de M. Truchon et de Mme Gladu. Outre leur handicap, il est nécessaire de souligner leur accès, leur autonomie et leur dignité, mais aussi de prendre en considération leurs souffrances. J'aimerais donc entendre vos commentaires au sujet de leur autonomie et de leur pouvoir de décision en tant que personnes handicapées.

**Dr Georges L'Espérance:** En fait, vous avez donné la réponse en posant la question.

Ces deux personnes ont témoigné devant la juge Baudouin. J'ai assisté à tous les témoignages. Ce qui en est ressorti, c'était la grande réflexion à laquelle ils se livraient depuis de très nombreuses années. Comme d'autres personnes ayant un handicap, ces deux personnes ont eu accès à toute l'aide nécessaire. M. Truchon n'a pas arrêté de dire qu'il avait toute l'aide nécessaire au quotidien en tant que personne handicapée. Ce n'est pas du tout pour des raisons de cet ordre qu'il a demandé l'aide à mourir. C'est la même chose pour Mme Gladu, bien que, dans son cas, elle n'ait pas encore procédé à l'acte.

La réponse générale, c'est que les patients ayant des handicaps connaissent très bien leur condition, et ce sont eux qui demandent l'aide médicale à mourir. Aucun médecin ni aucune autre personne ne les oblige à recourir à l'aide médicale à mourir, bien sûr.

[Traduction]

**M. Arif Virani:** Merci.

Pour répondre à ce que j'estime être de l'injustice et de l'inexactitude, la position de la Dre Coelho est de modifier le projet de loi pour y protéger les droits à la liberté de conscience. En fait, le projet de loi C-14 a été modifié en comité et validé par le Parlement. Son paragraphe 241.2(9), maintenant intégré dans le Code criminel, dit: « Il est entendu que le présent article n'a pas pour effet d'obliger quiconque à fournir ou à aider à fournir l'aide médicale à mourir ». C'est maintenant dans la loi. C'est également dans le préambule. Également dans l'article 2 de la Charte canadienne des droits et libertés et dans le paragraphe 132 de l'arrêt Carter, où la Cour s'est donné beaucoup de mal pour dire qu'aucun médecin ne serait obligé de fournir un service qu'il ne souhaite pas fournir.

Dans mon esprit, docteur Coelho, il semble que les craintes viennent en fait du régime de direction des patients, qu'on a tenté de contester dans votre province, l'Ontario, mais sa constitutionnalité a été confirmée du fait de la méthode actuellement employée pour diriger les patients. Les médecins qui estiment ne pas vouloir fournir eux-mêmes d'autres services ou d'autres prestations dirigent également directement leurs patients de la même manière.

Peut-être pourriez-vous répondre en 45 secondes, en en laissant autant à la Dre Daws pour faire de même. Merci.

• (1250)

**Dre Ramona Coelho:** L'aiguillage n'est pas un moyen d'éviter de faire quelque chose qui nous met mal à l'aise. C'est plutôt une continuité des soins vers un traitement que nous jugeons approprié. Je pense que cela explique certaines considérations éthiques que je ne peux pas aborder en 45 secondes. Nous n'aiguillons pas nos patients vers des traitements qui ne sont pas appropriés pour eux. C'est une norme d'éthique et d'intégrité en médecine. L'Association médicale mondiale, l'Association médicale canadienne et l'American Medical Association appuient toutes cette norme, tout comme l'Ontario Medical Association.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario est le mouton noir dans ce cas-ci, en raison de la politique du Collège. Le fait que plusieurs organisations religieuses, par exemple les hindous, les sikhs et les musulmans...

**M. Arif Virani:** Pouvons-nous maintenant laisser Mme Daws répondre à la question, s'il vous plaît?

**Dre Tanja Daws:** J'ai une perspective très différente.

Dans certaines de mes expériences à titre de prestataire de services d'aide médicale à mourir, surtout auprès de personnes handicapées et de patients souffrant d'une maladie grave, par exemple la sclérose en plaques, il est arrivé que l'ensemble de l'équipe de médecins traitants ait bloqué l'accès à ces soins aux patients — ce qui a engendré un stress traumatique chez ces patients et leur famille —, en raison de leur opinion personnelle selon laquelle les patients devraient continuer d'essayer des traitements, même lorsqu'ils en ont fini après des années ou des décennies de souffrances.

Mes patients handicapés qui sont admissibles à l'aide médicale à mourir en vertu du projet de loi C-14 m'ont dit à de nombreuses reprises qu'ils avaient abandonné leurs soins de santé parce que leur médecin continuait de les obliger à lutter lorsqu'ils en avaient assez.

Nous avons constaté qu'au départ, les fournisseurs de soins de santé, y compris les médecins de famille et les spécialistes, abandonnaient les soins aux patients. Cette pratique a cessé lorsque des règlements provinciaux pris par les collègues ont indiqué clairement que c'était inacceptable. Maintenant, nous observons que des patients abandonnent leurs travailleurs de soins de santé pour faire passer leur message et que cela compromet en fait les soins qu'ils reçoivent pour leur handicap et leurs soins palliatifs. Les fournisseurs d'aide médicale à mourir reprennent alors ces patients et doivent tout recommencer à zéro avant même de pouvoir réaliser des progrès.

Il y a d'autres conséquences inattendues lorsque des personnes qui pensent qu'elles font ce qu'il faut pour protéger leurs patients vont trop loin, et il y a toujours deux côtés à la médaille.

**La présidente:** Je vous remercie beaucoup, docteur Daws, et je vous remercie, monsieur Virani.

J'aimerais aborder un point que vous avez soulevé plus tôt. Je voulais manifestement veiller à ce que notre comité réserve un bon accueil à tous les témoins, peu importe nos désaccords et différences d'opinions, car nous voulons engager un dialogue respectueux et collaboratif avant de prendre des décisions qui changeront la vie des Canadiens. Je vous remercie tous d'avoir mené à bien ce dialogue respectueux. Je vous en suis très reconnaissante.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

**M. Luc Thériault:** Merci, madame la présidente.

Permettez-moi de vous reprendre. Nous ne prenons pas de décisions quant à la vie ou la mort de patients qui souffrent; ce sont eux seuls et strictement eux seuls qui vont prendre ces décisions. Tout ce que nous faisons, c'est leur permettre de faire un choix. Il n'y a pas de choix quand, depuis 50 ans, on dit que mourir dans la dignité ne peut se faire qu'au moyen des soins palliatifs, comme si ces soins représentaient l'ensemble de l'expérience que constitue une mort dans la dignité.

Nous ne décidons pas à la place des patients, au contraire. Ce projet de loi tente de mettre de côté le paternalisme médical pour permettre aux patients de décider en toute liberté de conscience et de donner leur consentement de façon libre et éclairée.

Docteur L'Espérance, vous avez indiqué que votre association prenait position pour que le projet de loi aille un peu plus loin en matière de maladies neurodégénératives cognitives. Pourriez-vous préciser pourquoi? Pouvez-vous nous décrire ces maladies et nous expliquer de quelle façon elles pourraient être incluses dans le projet de loi?

**Dr Georges L'Espérance:** Je vais répondre très rapidement.

Au Québec, dans la dernière année, 76 % des patients qui ont reçu l'aide médicale à mourir étaient atteints d'un cancer. Les maladies neurodégénératives cognitives, comme l'alzheimer, sont maintenant la deuxième cause pour laquelle on demande l'aide médicale à mourir.

Pourquoi devrait-on inclure ces maladies dans le projet de loi? C'est parce que de plus en plus de gens vont souffrir de ces maladies. Comme vous le savez, les risques augmentent avec les années, à partir de la soixantaine. À mesure que les gens vieillissent, ils ont de plus en plus de maladies neurodégénératives cognitives.

Lorsqu'ils arrivent au stade avancé de la maladie — ce qui correspond généralement au stade 4 dans le cas de l'alzheimer —, les patients ne sont plus vraiment aptes à décider par eux-mêmes. À partir du stade 4, ils vont passer les deux ou trois dernières années de leur vie dans des conditions indignes, tout au moins des conditions qu'ils percevaient eux-mêmes comme indignes à l'époque où ils étaient tout à fait aptes.

La question des directives médicales anticipées a été étudiée au Québec par un comité, dont le rapport a été remis à la fin de janvier. Sauf du point de vue religieux, il y a un large consensus sur la possibilité d'obtenir l'aide médicale à mourir par des directives médicales anticipées. C'est alors à la personne de décider du moment où elle pourra recevoir l'aide médicale à mourir. Elle pourrait déterminer que ce sera lorsqu'elle ne reconnaîtra plus ses enfants, par exemple. C'est la personne qui prend cette décision par elle-même, auparavant, bien sûr, et avec témoins.

C'est une réponse extrêmement courte sur un sujet complexe.

• (1255)

**M. Luc Thériault:** Est-ce parce que ces types de maladies ont un parcours prévisible que vous considérez qu'il devrait être possible de faire une demande anticipée?

**Dr Georges L'Espérance:** En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, on sait qu'à partir du diagnostic initial, lequel peut se poser à un stade 2, par exemple, il s'écoulera entre 8 et 10 ans avant la mort du patient. De façon générale, si les patients ne meurent pas de la maladie elle-même, ils finissent par mourir de complications telles que des pneumonies, des plaies ou de la dénutrition. À partir du moment où un patient arrive à un stade 4 environ, du point de vue statistique, l'espérance de vie est généralement de 3 à 5 ans. Évidemment, c'est variable, mais c'est une moyenne. C'est ce que nous apprennent la littérature et la pratique clinique.

**M. Luc Thériault:** Autrement dit, toute la difficulté repose sur le fait qu'il faut pouvoir mettre en application cette demande anticipée au bon moment et qu'il faut prendre énormément de précautions. Par exemple, il faut prendre le temps de bien expliquer la situation au patient, pour qu'il soit vraiment bien conscient qu'il ne pourra plus jamais donner son consentement par après.

**Dr Georges L'Espérance:** Tout à fait. Il y aura tout un mécanisme à mettre en place pour s'assurer de toute la rigueur du processus. Or, c'est la demande majoritaire de la population très âgée, qui ne veut pas se voir détériorer sur le plan cognitif. Cela m'apparaît tout à fait plausible et légitime.

**M. Luc Thériault:** D'accord.

Docteure Coelho, je trouve cela très bien qu'un médecin soit bienfaisant et bienveillant à l'égard de ses patients.

Dans le cas d'un patient qui se trouve dans un état suicidaire, il s'agit d'un état réversible. En effet, s'il est bien traité, le patient ne sera plus suicidaire. Pourquoi un patient suicidaire en arriverait-il à demander l'aide médicale à mourir, si cet état est réversible? Est-ce dans un cas où vous n'arriveriez pas à bien le traiter?

Le suicide est décriminalisé au Canada. Pourquoi est-ce le cas? C'est parce que l'état suicidaire est réversible.

Alors, lorsqu'on parle de patients qui demandent l'aide médicale à mourir, c'est dans un contexte où l'état est irréversible et où les douleurs sont intolérables.

[Traduction]

**La présidente:** Je suis sincèrement désolée, monsieur Thériault, mais vous êtes arrivé à la fin des six minutes qui vous sont imparties. Les témoins pourront peut-être répondre à votre question sous d'autres formes.

Avant de donner la parole à M. Garrison, puis-je avoir le consentement des membres du Comité pour poursuivre la réunion après 13 heures, afin de donner le temps à M. Garrison de poser ses questions?

**Des députés:** D'accord.

**La présidente:** Je vous remercie.

Monsieur Garrison, vous avez six minutes.

**M. Randall Garrison:** Je vous remercie beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais adresser ma question à Dre Daws, mais tout d'abord, je tiens à la remercier, ainsi que quelques autres prestataires de services d'aide médicale à mourir qui m'ont accordé leur précieux temps pour m'aider à comprendre la réalité de leur travail auprès de patients en fin de vie ou de patients qui font face à d'autres problèmes médicaux graves connexes.

Docteure Daws, vous êtes probablement l'un de nos rares témoins qui travaillent dans des collectivités rurales et éloignées. Pourriez-vous nous parler un peu des défis que pose l'offre de services d'aide médicale à mourir dans ces situations? En particulier, quelles seraient les répercussions d'un refus d'aiguiller un patient dans ces régions rurales et éloignées?

• (1300)

**Dre Tanja Daws:** Je peux dire, après quatre ans d'expérience, que c'est beaucoup plus difficile dans les régions rurales, car il y a peu d'options pour les patients. Par exemple, pour se déplacer, une personne malade peut devoir prendre deux traversiers pour se rendre sur l'île de Vancouver, ce qui représente un défi. En effet, il se peut qu'il n'y ait qu'un seul médecin sur une petite île isolée ou qu'un médecin doive s'y rendre en avion toutes les deux semaines.

Il a donc été difficile de trouver des témoins. C'est la raison pour laquelle nous serons toujours reconnaissants pour les modifications proposées dans le projet de loi C-7. Il a été difficile pour les patients handicapés et en fin de vie, même ceux atteints d'un cancer, d'obtenir un soutien adéquat, même si le travail accompli à cet égard a toujours été exemplaire et louable. À titre de prestataires de services d'aide médicale à mourir, nous avons toujours l'impression d'avoir été plus loin et d'avoir contribué à améliorer la portée des soins palliatifs et des soutiens aux personnes handicapées, plutôt que d'avoir seulement fait notre travail lié à l'aide médicale à mourir.

En ce qui concerne les préoccupations, il est plus difficile pour les patients de profiter de plusieurs options s'ils ont l'impression d'être bloqués ou de ne pas recevoir les renseignements ou l'accès nécessaire, ce qui cause des retards importants et un grand stress pour les familles. Nous avons également appris que des personnes qui n'étaient pas au courant des différentes options offertes avaient souvent planifié de se suicider, mais dès qu'elles ont appris l'existence de tous les soutiens...

Nous offrons une consultation dans le cadre de l'aide médicale à mourir, et ces points sont soulevés à ce moment-là. Nous nous faisons l'avocat du diable pour veiller à ce que ces éléments aient été correctement pris en compte et communiqués, et les plans de suicide disparaissent par la suite. Au bout du compte, il se peut que ces personnes décident d'avoir une mort naturelle et de ne pas profiter de l'aide médicale à mourir, car elles ont reçu les soins appropriés et on a veillé à leur confort, ce qui a amélioré leur qualité de vie. Toutefois, les personnes qui ont eu recours à l'aide médicale à mourir y ont eu accès sans problème, car nous avons veillé à ce que tout se passe bien.

**M. Randall Garrison:** Je vous remercie, docteure Daws.

Pourriez-vous formuler des commentaires sur la notion des pensées suicidaires transitoires que certaines personnes introduisent dans ce débat? Selon vous, est-ce réellement un facteur pour les personnes en fin de vie?

**Dre Tanja Daws:** Nous savons par expérience que les patients ne sont pas malades pendant seulement une semaine. Ils souffrent plutôt d'un cancer pendant des mois ou des années, par exemple. Des personnes handicapées m'ont dit qu'elles sont souvent insultées à l'idée de devoir prendre des décisions soudaines et urgentes après avoir vécu courageusement toute leur vie avec leur handicap. Dans la plupart des cas, elles sont très conscientes de leur propre vulnérabilité et elles n'apprécient pas vraiment le fait que d'autres personnes parlent en leur nom. Elles m'ont dit de communiquer à ces gens qu'elles sont les vraies personnes handicapées, mais qu'elles sont bafouées par cette prétendue préoccupation envers leur propre capacité à être autonome.

**M. Randall Garrison:** Je vous remercie.

Il me reste probablement une minute.

**La présidente:** Oui, c'est exact.

**M. Randall Garrison:** Puis-je donner ce temps au sénateur Cowan pour qu'il puisse formuler des commentaires, s'il peut réussir à régler ses problèmes techniques?

**La présidente:** Sénateur Cowan, vous avez la parole.

**L'hon. James S. Cowan:** Je vous remercie beaucoup de me donner cette occasion, madame la présidente et monsieur Garrison. Je suis désolé pour les difficultés techniques.

J'aimerais conclure en soulevant deux points.

L'organisme Dying with Dignity Canada, qui fait la promotion du droit de mourir dans la dignité, est préoccupé par l'exclusion expresse, dans le projet de loi C-7, des personnes atteintes d'une maladie mentale et il estime que cette exclusion est stigmatisante, discriminatoire et probablement anticonstitutionnelle.

Il convient de rappeler les paroles de la juge Baudouin dans la décision Truchon:

La vulnérabilité d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir doit exclusivement s'apprécier de manière individuelle, en fonction des caractéristiques qui lui sont propres et non pas en fonction d'un groupe de référence dit « de personnes vulnérables ».

Elle poursuit en affirmant que « c'est l'aptitude du patient lui-même à comprendre et à consentir qui s'avère comme toute déterminante en sus des autres critères prévus à la loi ».

Si vous me le permettez, j'aimerais soulever un autre point. Nous croyons fermement que l'examen parlementaire quinquennal de la Loi sur l'aide médicale à mourir et de l'état des soins palliatifs au Canada, qui devait commencer en juin 2020, devrait commencer le plus rapidement possible après l'adoption du projet de loi C-7. Plus précisément, nous nous attendons à ce que les trois questions cernées pour faire l'objet d'une étude plus approfondie dans le projet de loi C-14 et qui ont été abordées dans le rapport du Conseil des académies canadiennes, à savoir les demandes anticipées, la maladie mentale et les mineurs matures, soient prises en compte lors de cet examen.

Selon nous, la plus urgente de ces trois questions est celle des demandes anticipées, que 85 % des Canadiens appuient, comme le confirment nos propres recherches et les consultations menées par le gouvernement. Aujourd'hui, plus d'un demi-million de Canadiens vivent avec la démence, et il n'y a pas de place pour eux dans notre législation actuelle.

• (1305)

**La présidente:** Je vous remercie beaucoup, sénateur Cowan.

Je vous remercie, monsieur Garrison, d'avoir permis au sénateur Cowan de terminer ses commentaires. Cela m'a beaucoup aidée, et je vous en suis reconnaissante.

Maintenant, compte tenu des contraintes de temps, j'aimerais remercier nos témoins pour le temps qu'ils nous ont consacré aujourd'hui et pour leurs témoignages. Si vous pensez qu'il y a des points que vous n'avez pas pu éclaircir suffisamment ou des points supplémentaires que vous souhaitez aborder en raison des questions qui vous ont été posées, veuillez envoyer des témoignages écrits au greffier, afin que nous puissions inclure votre expertise en la matière.

Je vous remercie beaucoup.

Il est confirmé que nous nous réunirons le 5 novembre de 11 heures à 13 heures. Le Comité se réunira également la semaine prochaine, c'est-à-dire les 10 et 12 novembre, de 11 heures à 13 heures, pour terminer les audiences sur le projet de loi C-7.

Je vais confirmer auprès...

**L'hon. Rob Moore:** J'invoque le Règlement.

**La présidente:** Monsieur Moore, vous avez la parole.

**L'hon. Rob Moore:** N'est-il pas présomptueux d'affirmer que le Comité se réunira la semaine prochaine? En effet, c'est une semaine de relâche, et nous n'avons pas eu de discussion à ce sujet.

**La présidente:** D'après ce que je comprends, monsieur Moore, nous avons discuté de cette question lors de la réunion du comité de direction, et nous avons convenu que le Comité serait en mesure de se réunir pendant la semaine de relâche.

Peut-être que cela ne vous convient pas maintenant. Pourriez-vous éclaircir ce point, s'il vous plaît?

**L'hon. Rob Moore:** Non, personne n'a discuté de cela avec moi. Nous avons dit plus tôt que nous aurions nos six réunions. La dernière fois que l'ensemble du Comité a discuté de ce sujet, il n'a pas été question de réunions pendant la semaine de relâche. Les réunions devaient plutôt avoir lieu les deux semaines suivantes, c'est-à-dire que nous avons deux réunions cette semaine et deux réunions chaque semaine après la semaine de relâche. La dernière fois que le Comité a abordé cette question, je ne me souviens pas qu'on ait parlé d'avoir des réunions pendant la semaine de relâche. Il faudrait que je vérifie l'emploi du temps de mes collègues.

**La présidente:** C'est tout à fait juste, monsieur Moore. La façon la plus rapide de régler cette question est peut-être de proposer une motion pour vérifier si nous pouvons nous réunir pendant la semaine de relâche.

Quelqu'un souhaite-il proposer une telle motion?

Monsieur Garrison, vous avez la parole.

**M. Randall Garrison:** Je vous remercie, madame la présidente.

J'aimerais proposer que nous nous réunissions selon l'horaire proposé pendant la semaine de relâche.

**La présidente:** Je ne vois aucune main levée. Je demanderais donc au greffier d'enregistrer le vote au sujet des deux prochaines réunions.

Je vous remercie.

**Le greffier du Comité (M. Marc-Olivier Girard):** Avant de procéder, madame la présidente, je tiens à vous informer que Mme Findlay avait levé la main.

**La présidente:** Madame Findlay, vous avez la parole. Je suis désolée, je ne vois pas la main bleue.

**L'hon. Kerry-Lynne Findlay:** Je suis désolée, je ne sais pas comment lever la main lorsque j'assiste à une réunion en personne.

Cette décision m'a prise totalement par surprise. Je serai absente pendant une bonne partie de la semaine de relâche, et je n'ai entendu aucune discussion au sujet de la possibilité de nous réunir pendant la semaine de relâche. Je crois que c'est présomptueux, honnêtement, car nous avons des obligations dans nos circonscriptions. Je pensais que les membres du Comité avaient pris une décision consensuelle sur le nombre de réunions qui seraient tenues et le moment où elles auraient lieu. Aucune discussion n'a eu lieu au sujet de la semaine de relâche. Je ne serai pas souvent libre pour assister à ces réunions.

• (1310)

**La présidente:** Je vous remercie beaucoup de votre intervention, madame Findlay.

Je vois que M. Lewis a levé la main.

**M. Chris Lewis:** Je vous remercie, madame la présidente.

Il semble qu'on repousse sans cesse les limites et qu'un grand nombre de décisions sont prises à la dernière minute dans notre comité. À titre de députés, nous avons des horaires très chargés. Je passe beaucoup de temps un peu partout dans ma circonscription. Je pense qu'il est irrespectueux et absurde de tenir des réunions impromptues pendant la semaine de relâche, alors que c'est notre seule occasion d'être avec nos électeurs — en toute sécurité, bien sûr.

Oui, il est important de discuter de ce projet de loi, mais je ne voterai pas pour la motion.

**La présidente:** Je vous remercie, monsieur Lewis.

Monsieur Moore, vous avez la parole.

**L'hon. Rob Moore:** Je pense que nous devons prévoir du temps pour discuter de ce genre de chose. À ma connaissance, c'est la première fois que j'entends parler de cela.

Ce n'est pas pour rien qu'il s'agit d'une semaine consacrée aux circonscriptions. Trois semaines par mois, nous nous acquittons de nos tâches parlementaires et nous menons des travaux en comité, puis la semaine suivante est une semaine consacrée aux circonscriptions, ce qui signifie que les comités ne se réunissent pas. Nous n'avons aucune bonne raison d'accélérer l'étude de ce projet de loi, car nous sommes bien à l'intérieur du délai fixé par le gouvernement.

Je ne serai certainement pas libre pour assister à des réunions du Comité la semaine prochaine. C'est une semaine consacrée aux circonscriptions et je pense que nous avons tous un programme chargé pour la semaine du jour du Souvenir dans nos circonscriptions.

**La présidente:** Je vous remercie de votre intervention, monsieur Moore.

Monsieur Garrison, vous avez la parole.

**M. Randall Garrison:** Je vous remercie beaucoup, madame la présidente.

Je crois que lors de la réunion du comité de direction, nous avons discuté de la possibilité de nous réunir pendant la semaine de relâche. Lors des discussions entre les whips, en raison des ressources limitées dont dispose la Chambre des communes, il a constamment été question que le temps du Comité soit mis à disposition pendant les semaines de relâche.

J'ai moi aussi un emploi du temps très chargé, mais je pense que nous avons des travaux très importants à effectuer — en plus de ce projet de loi — et c'est la raison pour laquelle j'ai proposé cette motion. Je suis désolé si le comité de direction n'a pas communiqué ces renseignements à tous les membres du Comité. Il est peut-être plus facile pour moi de le rappeler aux autres néo-démocrates membres du Comité qu'à d'autres, mais je crois que nous devrions aller de l'avant et que si certains députés ne peuvent pas être présents, leur parti devrait envoyer des remplaçants.

Je vous remercie.

**La présidente:** Je vous remercie, monsieur Garrison.

Quelqu'un d'autre a-t-il levé la main? Monsieur le greffier, quelqu'un souhaite-t-il...?

Monsieur Maloney, venez-vous d'agiter la main devant la caméra?

**M. James Maloney (Etobicoke—Lakeshore, Lib.):** Je vous remercie, madame la présidente.

Tout le monde comprend l'importance de ce projet de loi et l'importance d'en terminer l'étude. Ce n'est pas le gouvernement qui impose ces échéances, mais le tribunal, monsieur Moore. Nous parlons des délais dans lesquels cela doit être fait depuis nos premières réunions, il y a quelques semaines, et ce n'est donc pas une surprise pour personne.

Je ne fais pas partie du sous-comité, mais j'avais compris que le Comité se réunirait pendant la semaine de relâche. Notre temps est précieux pendant la semaine de relâche — et il est vrai que c'est la semaine du jour du Souvenir —, mais nous ne parlons pas de consacrer toute la semaine de relâche au Comité; nous parlons d'y consacrer deux heures lors de deux jours différents pour faire un travail extrêmement important.

Étant donné les délais serrés, si nous ne nous réunissons pas pendant la semaine de relâche, nous risquons de ne pas avoir terminé avant la date limite et nous ne voulons pas nous retrouver dans une situation où nous devons précipiter inutilement les choses. D'ailleurs, vous avez tous affirmé que c'était l'une de vos inquiétudes.

Je pense que nous devrions maintenant voter sur la motion, madame la présidente, et passer à autre chose.

**La présidente:** Je vous remercie, monsieur Maloney.

Monsieur Moore, avez-vous levé la main?

**L'hon. Rob Moore:** Oui, certainement, car je n'accepte aucun argument, surtout de la part des députés libéraux, au sujet des échéances, quelles qu'elles soient, car c'est le gouvernement libéral qui a prorogé la Chambre.

Je ne sais pas s'il est nécessaire de rappeler les conséquences d'une prorogation, mais cela signifie que la Chambre cesse tous ses travaux. Tous les projets de loi reprennent au début. C'est ce qui arrive lors d'une prorogation de la Chambre. C'est ce qu'a fait le gouvernement actuel, et nous n'avons donc pas besoin d'entendre des arguments au sujet de délais ou de dates limites imposées par le tribunal qui arrivent à grands pas.

Si je consulte notre horaire, je constate que nous sommes en voie de respecter les échéances. Il s'agit uniquement du fait que la semaine prochaine est une semaine de relâche, et je n'ai entendu aucune raison qui justifie que nous modifiions nos horaires pour nous permettre de participer à ces réunions — en présumant que les membres du Comité sont occupés la semaine prochaine —, puisque nous avons prévu de nous réunir mardi et jeudi de la semaine suivant notre retour, et d'entamer ensuite l'étude article par article.

Personne n'a formulé d'argument convaincant pour nous réunir pendant une semaine de relâche. Je pense que nous devrions ajourner la présente réunion et nous réunir à la date prévue, c'est-à-dire le mardi suivant la semaine de relâche.

• (1315)

**La présidente:** Je vous remercie, monsieur Moore.

J'aimerais préciser que les membres du sous-comité ont discuté en détail des échéances, des délais, de la façon dont le Comité se réunirait, des défis technologiques posés par les réunions et de l'horaire des réunions du Comité pour les prochaines semaines et les prochains mois, afin d'éviter de prendre du retard.

Actuellement, nous sommes saisis de la motion de M. Garrison, qui concerne la question de savoir si nous devrions nous réunir pendant la semaine de relâche.

Monsieur le greffier, si je peux...

**M. Chris Lewis:** Madame la présidente, j'invoque le Règlement.

Je n'ai manifestement pas participé aux réunions du sous-comité, mais ne pourrions-nous pas revoir les procès-verbaux des réunions du sous-comité pour vérifier ce qui a été dit sur la question? Les greffiers peuvent certainement communiquer aux membres de notre comité ce qu'ont dit les membres du sous-comité au sujet de la possibilité de nous réunir pendant la semaine de relâche.

**La présidente:** Je comprends, monsieur Lewis, mais je comprends aussi que vous aviez un représentant à cette réunion du sous-comité et que ce dernier est chargé de communiquer à votre parti, ainsi qu'à vous tous, tout ce qui a été dit pendant la réunion du sous-comité.

Je crois que M. Cooper a levé la main.

Avez-vous des commentaires, monsieur Cooper?

**M. Michael Cooper:** Je vous remercie, madame la présidente.

Je ne crois pas qu'un consensus ait été clairement atteint sur la question de nous réunir pendant la semaine de relâche. Je crois que le greffier devait proposer un horaire sur lequel l'ensemble du Comité devait voter, mais cela ne s'est pas produit.

Néanmoins, nous sommes saisis de la motion de M. Garrison, et j'imagine que c'est ce que nous faisons maintenant.

**La présidente:** Je vous remercie, monsieur Cooper.

Dans ce cas, nous allons voter sur la motion de M. Garrison.

(La motion est adoptée par 8 voix contre 3.)

**La présidente:** Je vous remercie beaucoup, monsieur le greffier.

Nous nous réunirons donc le 10 et le 12 novembre de 11 heures à 13 heures pour terminer les audiences sur le projet de loi C-7. Nous nous réunirons également le 17 et le 19 novembre pour l'étude article par article. Je propose de fixer la date limite pour proposer des amendements au projet de loi C-7 au vendredi 13 novembre à 16 heures.

Est-ce que cela convient à tout le monde?

**M. Ramesh Sangha:** Oui, cela nous convient.

**La présidente:** Puis-je avoir la confirmation que tout le monde a compris à quoi ressembleront les deux prochaines semaines, afin que nous ne nous retrouvions pas face à un problème semblable plus tard, c'est-à-dire que nous avons discuté de quelque chose et que nous oublions ensuite que nous nous sommes mis d'accord sur cette chose. Je confirme donc les 17 et 19 novembre, c'est-à-dire le mardi et le jeudi, pour l'étude article par article, et le vendredi 13 novembre à 16 heures pour tout amendement que vous souhaiteriez proposer.

Tout le monde est-il d'accord?

Je vois que M. Garrison lève le pouce. Je vois également que M. Maloney, M. Kelloway, M. Virani, M. Scarpaleggia et M. Sangha lèvent le pouce. Puis-je avoir un signe de M. Lewis, de M. Moore, de M. Cooper et de Mme Findlay?

Monsieur Lewis, je vous vois lever le pouce. Je vous remercie.

Monsieur Moore, vous avez la parole.

• (1320)

**L'hon. Rob Moore:** J'avais déjà levé le pouce.

**La présidente:** Je suis désolée. Je ne l'avais pas vu. Toutes mes excuses.

Monsieur le greffier, pouvez-vous me confirmer si les membres du Comité qui se trouvent dans la salle sont d'accord avec ce calendrier?

**Le greffier:** Ils ont tous les deux levé le pouce.

**La présidente:** C'est parfait. Je vous remercie beaucoup, monsieur le greffier.

Je vous suis reconnaissante de cette excellente réunion, chers collègues.

Nous nous reverrons donc à la prochaine réunion. La séance est levée.







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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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

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

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

---

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :  
<https://www.noscommunes.ca>

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

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

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

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

---

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>