



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

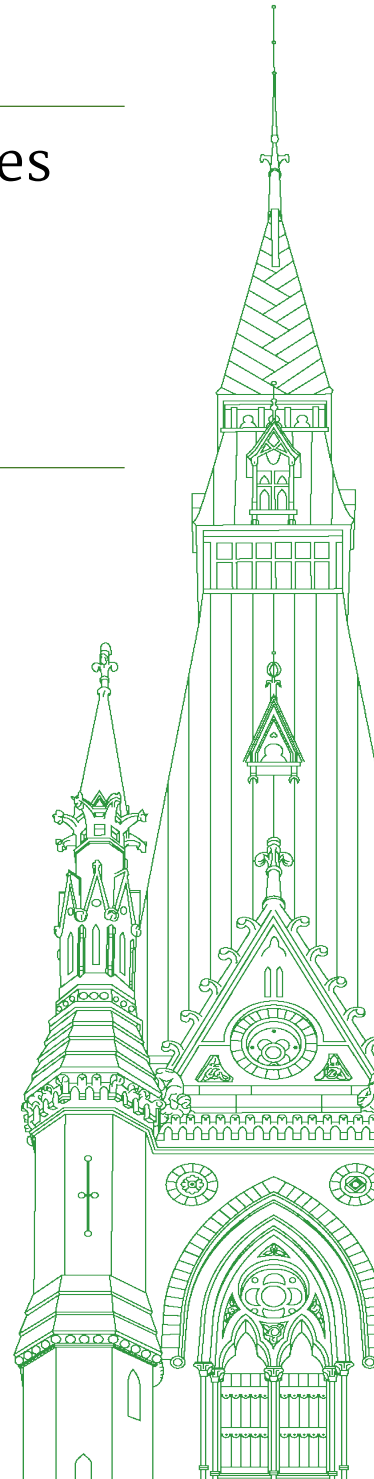
Comité permanent de la justice et des droits de la personne

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 050

Le mardi 14 février 2023

Président : M. Randeep Sarai



Comité permanent de la justice et des droits de la personne

Le mardi 14 février 2023

• (1830)

[Traduction]

Le président (M. Randeep Sarai (Surrey-Centre, Lib.)): La séance est ouverte.

Joyeuse St-Valentin à tous. Je sais que vous rêviez tous de siéger dans une salle de la Chambre des communes le jour de la St-Valentin.

M. Gary Anandasangaree (Scarborough—Rouge Park, Lib.): Nos conjoints et conjointes sont ravis.

Le président: Oui, ils sont très heureux. Au moins, ils peuvent vous voir en direct. Ils peuvent voir que vous n'êtes pas avec quelqu'un d'autre et que vous êtes productifs, alors, c'est bien. Quoi qu'il en soit, je voulais rendre cela positif.

Bienvenue à la 50^e réunion du Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes. Conformément à l'ordre de la Chambre du 13 février 2023, le Comité entreprend son étude du projet de loi C-39, Loi modifiant le Code criminel, aide médicale à mourir.

La réunion d'aujourd'hui se déroule en format hybride, conformément à l'ordre de la Chambre du 23 juin 2022. Les membres du Comité assistent à la réunion en personne dans la salle et à distance en utilisant l'application Zoom.

J'aimerais faire quelques commentaires à l'intention des témoins et des membres du Comité. Les participants doivent attendre que je les reconnaisse par leur nom avant de prendre la parole. Les participants par vidéoconférence doivent cliquer sur l'icône du microphone pour l'activer et doivent se mettre en sourdine lorsqu'ils ne parlent pas.

En ce qui concerne l'interprétation, les participants sur Zoom ont le choix, au bas de leur écran, entre le parquet, l'anglais ou le français. Les personnes présentes dans la salle peuvent utiliser l'écouteur et sélectionner le canal souhaité. Je vous rappelle que tous les commentaires doivent être adressés par l'entremise de la présidence. Les participants qui sont dans la salle doivent lever la main s'ils souhaitent prendre la parole. Les participants sur Zoom doivent utiliser la fonction « Lever la main ».

Je vais utiliser des cartons. Lorsqu'il vous restera 30 secondes, que ce soit durant votre exposé ou vos questions, je vais lever ce carton, afin d'éviter de vous interrompre. Lorsque votre temps sera écoulé, je vais lever le carton rouge et vous demander de conclure votre intervention. Si vous ne le faites pas, je vais devoir, malheureusement, vous interrompre.

Passons maintenant à notre étude du projet de loi C-39.

[Français]

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Monsieur le président, je vois qu'il y a des gens sur Zoom. Comme je ne vous ai pas entendu le mentionner, je voudrais simplement savoir si les tests de son ont été effectués auprès d'eux et qu'ils ont été concluants.

[Traduction]

Le président: Tout à fait. Merci de poser la question. Le greffier m'a confirmé que les tests de son ont tous été satisfaisants.

Commençons maintenant notre étude du projet de loi C-39, Loi modifiant le Code criminel, aide médicale à mourir.

Joignez-vous à moi pour souhaiter la bienvenue à l'honorable David Lametti, ministre de la Justice et procureur général du Canada. Il est accompagné des représentants suivants: Matthew Taylor, avocat général et directeur, Section de la politique en matière de droit pénal; de Joanne Klineberg, avocate générale intérimaire, qui comparait par vidéoconférence; et de Myriam Wills, avocate.

Nous accueillons aussi, du ministère de la Santé, Sharon Harper, directrice générale, Direction des programmes et des politiques en soins de santé; Venetia Lawless, gestionnaire, Unité des soins en fin de vie, qui comparait par vidéoconférence; et de Jacquie Lemaire, analyste principale des politiques, qui comparait aussi par vidéoconférence.

Bienvenue à vous tous.

Monsieur Lametti, je vous cède la parole pour 10 minutes, si cela est suffisant.

L'hon. David Lametti (ministre de la Justice et procureur général du Canada): Je vous remercie, monsieur le président, de me donner l'occasion de m'adresser au Comité au sujet du projet de loi C-39.

Je vous remercie tous de votre empressement à examiner cette importante mesure législative.

Je tiens aussi à remercier les représentants de Santé Canada et du ministère de la Justice qui m'accompagnent ce soir. Comme vous le savez tous très bien, ce projet de loi concerne différents ministères, et, par conséquent, il est essentiel que je bénéficie du soutien de Santé Canada ce soir, en plus du soutien habituel du ministère de la Justice.

[Français]

En mars 2021, l'ancien projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel par rapport à l'aide médicale à mourir, a élargi l'admissibilité à l'aide médicale à mourir aux personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. Il a aussi exclu, de façon temporaire, qu'une maladie mentale puisse être le seul facteur invoqué pour demander à recevoir l'aide médicale à mourir. En l'absence de modifications législatives, cette exclusion sera automatiquement abrogée le 17 mars 2023, date à laquelle l'aide médicale à mourir deviendra légale dans ces circonstances.

Le projet de loi C-39 propose de proroger temporairement l'exclusion relative à la maladie mentale pendant un an, jusqu'au 17 mars 2024.

• (1835)

[Traduction]

L'objectif principal de ce projet de loi est de veiller à une évaluation et à une prestation sûres de l'aide médicale à mourir en toutes circonstances lorsqu'une maladie mentale constitue le seul fondement d'une demande d'aide médicale à mourir. Une prolongation de l'exclusion de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir dans ces circonstances assurerait la préparation du système de soins de santé, notamment en accordant plus de temps au milieu médical et infirmier, y compris aux évaluateurs et aux fournisseurs de l'aide médicale à mourir, pour la diffusion et l'utilisation des ressources clés. Elle donnerait aussi au gouvernement davantage de temps pour examiner sérieusement le rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, qui devrait être déposé d'ici le vendredi 17 février.

Je suis convaincu qu'une prolongation temporaire d'un an nous permettra d'avancer avec prudence et modération et de faire les choses correctement. Comme toujours, notre gouvernement demeure résolu à faire en sorte que notre loi reflète les besoins en évolution des Canadiens, protège les personnes vulnérables et appuie l'autonomie et la liberté de choix.

[Français]

Comme je viens de l'expliquer, l'ancien projet de loi C-7 a temporairement exclu l'accès à l'aide médicale à mourir dans les cas où une maladie mentale est le seul facteur. Cette exclusion temporaire est fondée sur la reconnaissance que ces cas sont souvent complexes, et qu'un temps de réflexion supplémentaire est approprié.

Au cours des deux dernières années, beaucoup de travail a été accompli. Le Groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale a procédé à un examen indépendant portant sur les protocoles, les directives et les mesures de sauvegarde recommandés dans les circonstances où une maladie mentale constitue le fondement d'une demande d'aide médicale à mourir. Le rapport final du Groupe d'experts a été déposé au Parlement, le 13 mai 2022.

Dans le cadre de son étude parlementaire, le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir s'est également penché sur les dispositions du Code criminel entourant l'aide médicale à mourir et leur application dans différents contextes, dont la maladie mentale. En juin 2022, le Comité a publié un rapport provisoire dans lequel il a résumé les témoignages qu'il avait entendus ou reçus. Ces témoignages comprenaient des psychiatres et d'autres médecins, ainsi que des personnes vivant avec une maladie mentale et des représentants de divers groupes d'intervenants. Nous attendons avec impatience

le rapport final du Comité mixte spécial, qui doit être déposé avant le 17 février, ce vendredi.

[Traduction]

Je félicite le groupe d'experts et le Comité mixte spécial pour le travail ardu et important qu'ils ont accompli. L'aide médicale à mourir est un sujet difficile et de nature très personnelle. Leur examen minutieux et leurs conseils nous sont donc fort utiles.

Outre le travail du groupe d'experts et du comité mixte spécial au cours des deux dernières années, les provinces, les territoires et le milieu des soins de santé travaillent avec Santé Canada pour s'assurer que le système de santé sera prêt. Ils ont mis en place des ressources pour soutenir les évaluateurs et les fournisseurs de l'aide médicale à mourir, notamment un programme de sensibilisation et de formation à l'intention des cliniciens. Ils ont élaboré les politiques et les normes de pratique nécessaires. Ce travail progresse très bien.

Certaines provinces auraient été prêtes à commencer à offrir l'aide médicale à mourir pour la maladie mentale aux patients admissibles et dûment évalués en mars 2023, comme prévu, mais de nombreuses autres provinces ont affirmé ne pas être entièrement prêtes. Une année supplémentaire permettra de s'assurer que l'ensemble des provinces et territoires seront prêts et bien outillés pour offrir l'aide médicale à mourir pour la maladie mentale d'une manière prudente et sécuritaire.

Je suis ici aujourd'hui pour vous parler du besoin urgent de prolonger d'un an l'exclusion de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour la maladie mentale, mais je m'en voudrais de ne pas profiter de l'occasion pour aborder certaines fausses informations au sujet de l'aide médicale à mourir que j'ai vues passer au cours des derniers mois. Je tiens à assurer à tous les Canadiens et à vous tous autour de la table que le régime canadien d'aide médicale à mourir est sûr. Il comporte de nombreux freins et contrepoids permettant de s'assurer que seules les personnes admissibles qui choisissent l'aide médicale à mourir en toute connaissance de cause et librement y ont accès.

En 2021, en réponse à l'arrêt Truchon de la Cour suprême, l'ancien projet de loi C-7 avait pour but d'étendre l'admissibilité à l'aide médicale à mourir aux personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible. Vu le degré supplémentaire de complexité relié à ces cas, nous avons créé un ensemble distinct de mesures de sauvegarde encore plus rigoureuses à respecter avant que l'aide médicale à mourir puisse être fournie.

Certaines de ces mesures de sauvegarde supplémentaires comprennent une période minimale de 90 jours pour l'évaluation de l'admissibilité, au cours de laquelle une attention minutieuse est accordée à la nature de la souffrance de la personne et à la possibilité d'obtenir un traitement ou de trouver d'autres moyens pour soulager cette souffrance. Cette mesure de sauvegarde interdit dans les faits à un praticien d'établir qu'une personne est admissible à l'aide médicale à mourir en moins de 90 jours.

En outre, l'un des praticiens qui évaluent l'admissibilité de la personne à l'aide médicale à mourir doit également posséder une expertise concernant la condition à l'origine de la souffrance de cette personne ou consulter un praticien qui a cette expertise. Les praticiens chargés de l'évaluation doivent également veiller à ce que la personne soit informée des autres moyens à sa disposition pour soulager sa souffrance, comme les services de counselling, les services de santé mentale et de soutien pour les personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs. Ils ne doivent pas simplement discuter des solutions de rechange, mais ils doivent s'assurer que la personne a eu la possibilité de consulter des professionnels compétents qui fournissent ces services. De plus, les deux praticiens doivent convenir que la personne a pris sérieusement en considération les autres options de traitement.

L'aide médicale à mourir pour la maladie mentale pose des défis encore plus complexes. C'est pourquoi nous devons prendre le temps nécessaire pour nous assurer que le système de soins de santé soit entièrement prêt avant d'étendre l'admissibilité à l'aide médicale à mourir aux personnes dont la seule affection sous-jacente est une maladie mentale. Nous reconnaissons que la maladie mentale peut causer des souffrances aussi intenses que la maladie physique.

Nous savons que des personnes attendaient de devenir admissibles à l'aide médicale à mourir en mars 2023. Nous reconnaissons que ces personnes souffrent et qu'elles seront déçues que nous prolongions la période d'inadmissibilité. Nous sympathisons avec elles.

Néanmoins, j'estime que cette prolongation est nécessaire pour assurer la prestation sécuritaire de l'aide médicale à mourir dans tous les cas où la demande est fondée sur une maladie mentale. Nous avons besoin de cette prolongation pour éviter de précipiter l'élargissement de l'admissibilité et pour apporter tous les changements nécessaires de façon prudente et mesurée. Notre principale priorité est d'assurer la prestation sécuritaire de l'aide médicale à mourir. Je suis certain que les tribunaux jugeront constitutionnelle cette courte prolongation.

• (1840)

[Français]

Le Canada a mis en œuvre des lois sur l'aide médicale à mourir qui appuient l'autonomie et la liberté de choix tout en protégeant les plus vulnérables. Nous croyons que le délai proposé dans le projet de loi C-39 va faire en sorte que cela continue d'être le cas.

[Traduction]

Nous devons prendre le temps de faire les choses correctement. Cette prolongation d'un an nous donnera plus de temps pour nous assurer que le système de santé est prêt et nous donnera davantage de temps pour examiner sérieusement les recommandations du comité mixte spécial et y donner suite.

Merci. Je suis impatient de répondre à vos questions.

Le président: Merci, monsieur le ministre Lametti.

Nous allons maintenant passer à notre premier tour. La parole est d'abord à M. Moore pour six minutes.

L'hon. Rob Moore (Fundy Royal, PCC): Merci, monsieur le président.

Monsieur le ministre, nous sommes ici aujourd'hui, car il y a deux ans, vous avez commis une erreur qui vous a mis en décalage par rapport à votre caucus. Nous savons que vous avez voté contre le premier projet de loi sur l'aide médicale à mourir parce que vous

estimiez qu'il n'allait pas assez loin. Cela vous a mis en marge de votre caucus. Vous avez déclaré au Comité que le projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), était constitutionnel.

Le Sénat non élu l'a modifié considérablement et a ainsi créé, je dirais, un tout nouveau projet de loi, prévoyant que les personnes souffrant d'une maladie mentale seraient admissibles à l'aide médicale à mourir. Cette prolongation est la preuve que vous aviez tort il y a deux ans.

Je sais que vous êtes professeur, mais vous n'êtes pas la seule personne à être professeur. J'ai ici une lettre, signée par 32 professeurs de droit, qui dit ceci:

Nous ne sommes pas d'avis, en tant que professeurs de droit, qu'il est constitutionnellement nécessaire d'offrir l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes dont la seule affection sous-jacente est une maladie mentale, ni que l'arrêt *Carter c. Canada* (procureur général) a créé ou confirmé un droit constitutionnel au suicide, comme le ministre Lametti l'a affirmé à maintes reprises. La Cour suprême du Canada n'a jamais conclu qu'il existe un droit constitutionnel général d'obtenir un suicide assisté par un fournisseur de soins de santé en fin de vie.

Monsieur le ministre, dites-nous rapidement qui a raison. Est-ce vous ou les 32 professeurs de droit?

L'hon. David Lametti: Je dois dire très honnêtement que je pense que c'est moi.

L'hon. Rob Moore: C'est ce que vous pensez, bien sûr.

Hon. David Lametti: Je pense que nous avons bien fait les choses avec notre projet de loi initial, le projet de loi C-7, en 2021. À ce moment-là, j'étais d'avis que nous avions besoin de plus de temps en ce qui concerne l'aide médicale à mourir pour la maladie mentale. J'estime que j'avais raison, initialement, à l'époque, de dire que nous avions besoin de plus de temps.

Nous avons accepté le processus parlementaire tel qu'il s'est déroulé. Le Sénat a ajouté la catégorie de la maladie mentale en tant que seule affection sous-jacente. Nous avons ajouté un délai pour nous permettre de faire le travail nécessaire. Nous estimons que ce travail est en bonne partie terminé, mais la pandémie de COVID, en particulier, a ralenti les choses. Elle a empêché que s'effectue tout le travail que nous estimions nécessaire. À l'échelon fédéral, nous estimons que la majeure partie du travail est terminée.

Je sais que le ministre Duclos et d'autres personnes sont d'avis que beaucoup de travail a été accompli. La présidente du groupe d'experts, la Dre Gupta, estime que nous sommes prêts à aller de l'avant.

• (1845)

L'hon. Rob Moore: Merci, monsieur le ministre. Mon temps est limité.

L'hon. David Lametti: Je crois que nous nous trouvons dans une position solide, et je pense que l'article 7 nous permet d'affirmer aisément que nous devons fournir...

L'hon. Rob Moore: Monsieur le ministre, je n'ai que six minutes. Je vous ai donné du temps pour répondre à la question.

J'aimerais pouvoir dire que je suis étonné que vous pensiez que vous avez raison, alors que ces 32 professeurs affirment que vous avez tort. Ils disent dans cette lettre que vous avez tort.

Vous venez de dire, monsieur le ministre, qu'il existe une certaine obligation constitutionnelle d'offrir cela, mais il y a deux ans, vous vous êtes présenté devant le Comité avec ce qu'on appelle un énoncé concernant la Charte. Vous, en tant que ministre de la Justice et procureur général, devez certifier que toutes les mesures législatives émanant du gouvernement sont conformes à la Charte. Dans votre propre analyse de la Charte, en ce qui a trait à la maladie mentale, on peut lire ceci:

Elle est plutôt fondée sur les risques inhérents et la complexité que comporterait la possibilité d'obtenir l'aide médicale à mourir pour les personnes qui souffrent uniquement d'une maladie mentale. D'abord, les données probantes démontrent qu'il est particulièrement difficile d'évaluer la capacité décisionnelle des personnes qui sont atteintes d'une maladie mentale qui est suffisamment grave pour justifier la présentation d'une demande d'aide médicale à mourir, et le risque d'erreur est élevé lors d'une telle évaluation. Ensuite, il est généralement plus difficile de prévoir l'évolution d'une maladie mentale que l'évolution d'une maladie physique. Enfin, l'expérience récente dans les quelques pays où l'aide médicale à mourir est permise (Belgique, Pays-Bas et Luxembourg) a soulevé quelques préoccupations. Ces inquiétudes concernent l'augmentation de ce type de cas et le nombre élevé de cas où une aide médicale à mourir a été fournie aux personnes atteintes d'une maladie mentale.

Ce ne sont pas là les 32 professeurs qui parlent. C'est vous. C'est votre énoncé concernant la Charte.

Qui devons-nous croire? Est-ce le ministre Lametti qui était assis il y a deux ans sur la même chaise qu'aujourd'hui avec en main cet énoncé concernant la Charte, ou le ministre qui est devant nous aujourd'hui et qui nous dit que c'est une obligation constitutionnelle?

Avez-vous mis à jour votre énoncé concernant la Charte, maintenant que nous sommes saisis d'un tout nouveau projet de loi qui vise à étendre l'aide médicale à mourir aux Canadiens souffrant d'une maladie mentale?

L'hon. David Lametti: Je vais déposer un énoncé concernant la Charte portant sur le présent projet de loi.

Pour vous donner une réponse courte, je vous dirais que j'avais raison en 2021 et que j'ai raison maintenant.

Beaucoup de travail a été accompli depuis 2021. Un groupe d'experts s'est penché sur la question. Il a évalué les mesures de sauvegarde et les pratiques cliniques et il a élaboré un ensemble de lignes directrices. Beaucoup de travail a aussi été fait avec les provinces et les territoires à cet égard. Nous n'en sommes pas au même point qu'en 2021.

Vous vous souviendrez que lorsqu'un certain nombre de personnes autour de cette table m'ont interrogé en 2021, j'ai déclaré que nous avions tout simplement besoin de plus de temps en ce qui a trait à l'aide médicale à mourir pour la maladie mentale. L'intention a toujours été d'en arriver là, car, comme je l'ai dit — même s'il est vrai que l'arrêt Carter ne le mentionnait pas explicitement —, les tribunaux ont clairement affirmé qu'il s'agit d'un droit en vertu de l'article 7 et de l'article 15.

L'hon. Rob Moore: Monsieur le ministre, il ne me reste que 30 secondes.

Ce que vous venez de dire, et ce que tous ces professeurs de droit ont dit... Je ne veux pas induire les Canadiens en erreur. Hier, durant le débat, votre propre caucus a affirmé qu'il existe une obligation constitutionnelle, mais, il y a deux ans, vous nous avez dit qu'il n'existait pas d'obligation constitutionnelle.

Vous avez adopté un amendement radical apporté par un Sénat non élu, vous vous l'êtes approprié et maintenant vous affirmez que vous allez présenter un énoncé concernant la Charte. L'énoncé

concernant la Charte n'est-il pas censé précéder le projet de loi? Nous devrions déjà avoir cet énoncé.

Votre énoncé concernant la Charte fait valoir qu'étendre l'aide médicale à mourir aux personnes souffrant d'une maladie mentale est une erreur. C'est ce que vous avez déclaré au Comité, alors, qui a raison? Vous ou vous?

L'hon. David Lametti: Cette déclaration remonte à deux ans.

Comme je l'ai dit il y a deux ans, selon nous, il était inévitable d'étendre l'aide médicale à mourir aux personnes dont le seul critère était la maladie mentale et nous étions d'avis que les tribunaux allaient juger qu'il s'agit d'un droit constitutionnel dont jouissent les Canadiens, mais nous avons souligné que nous avons besoin de davantage de temps.

Nous avons pris ce temps nécessaire. Nous avons accompli beaucoup de travail en deux ans et nous déposerons un énoncé concernant la Charte en respectant les normes habituelles relatives au dépôt d'un projet de loi, comme nous le faisons maintenant.

Le président: Merci, monsieur Moore.

La parole est maintenant à Mme Brière pour six minutes.

[Français]

Mme Élisabeth Brière (Sherbrooke, Lib.): Merci, monsieur le président.

Bonsoir à tous.

Je vous remercie, monsieur le ministre, de passer cette soirée avec nous.

Vous mentionniez avoir besoin de plus de temps. Pouvez-vous nous expliquer en quoi cette prolongation va vous fournir suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du gouvernement, qui consistent, entre autres, à préparer le système de santé?

L'hon. David Lametti: Je vous remercie de votre question, madame Brière.

Comme je viens de le dire, nous avons accompli beaucoup de travail. Cela inclut le Groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale, le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, ainsi que le gouvernement fédéral et Santé Canada, avec les provinces et les territoires, les experts, les médecins et les infirmières.

Nous touchons presque au but. Il ne nous reste qu'à nous assurer que tout le monde est sur la même longueur d'onde. Pour cela, nous avons besoin d'une autre année pour intégrer le travail qui a été fait afin que les évaluateurs et les fournisseurs de soins de santé sur le terrain soient prêts à évaluer les demandes d'aide médicale à mourir de manière sûre et cohérente. Nous sommes donc ici pour prendre le temps de nous assurer que les lignes directrices et l'encadrement sont bien compris par tout le monde.

Nous sommes sur la bonne voie. Comme je l'ai dit, plusieurs experts pensent que nous y sommes déjà et que nous devrions aller de l'avant quand même, mais nous voulons nous assurer de procéder d'une manière sûre et prudente. C'est la raison pour laquelle nous demandons une autre année pour nous assurer que nous sommes tous sur la même longueur d'onde.

• (1850)

Mme Élisabeth Brière: Merci.

Pourquoi, selon vous, était-il nécessaire de consulter les experts et la communauté médicale sur cette question, qui est complexe?

L'hon. David Lametti: Évidemment, c'est une question très complexe et très personnelle. Ce sont les cliniciens, qui traiteront les personnes qui feront une demande d'aide médicale à mourir dans ce contexte, qui sont en train d'y réfléchir. Ce sont eux qui travaillent avec leurs patients et qui les connaissent le mieux. Ils doivent travailler ensemble, avec leur ordre professionnel, pour s'assurer que toutes les options ont été étudiées et essayées.

Nous y sommes presque, mais il nous faut plus de temps, surtout pour nous assurer que le système fonctionnera adéquatement.

Mme Élisabeth Brière: Justement, nous souhaitons que les gens qui pourront donner accès à l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes d'une maladie mentale comme seul problème médical fassent vraiment la différence entre les personnes ayant des idées ou des tendances suicidaires et l'aide médicale à mourir.

Quelles mesures peut mettre en place le gouvernement pour améliorer les services et le soutien en santé mentale?

L'hon. David Lametti: En tant que gouvernement, nous reconnaissons le défi que représente la santé mentale. Il y a quelques années, en 2016, nous avons commencé à investir 5 milliards de dollars dans le système de santé pour que les provinces puissent s'attaquer à la question de la santé mentale et mieux encadrer les personnes qui en souffrent. Nous poursuivons nos efforts à ce chapitre.

L'accord avec les provinces, dont il a été question ce matin, et les accords bilatéraux qui vont suivre nous permettront d'affronter certains problèmes et certains défis, et l'un des défis est justement la question de la santé mentale.

Nous espérons qu'en consacrant plus de ressources au système de santé et qu'en travaillant avec les provinces et les territoires, nous pourrions assurer un encadrement de qualité aux personnes souffrant de troubles mentaux afin d'améliorer leur état de santé. C'est ce que les Canadiennes et les Canadiens nous demandent de faire, et ils nous demandent de travailler ensemble.

C'est une priorité de notre gouvernement. Nous sommes en train de mettre en œuvre les mesures que nous avons annoncées.

Mme Élisabeth Brière: Dans le système de santé, les organismes à but non lucratif qui desservent cette population peuvent être d'une grande aide. Qu'avez-vous entendu sur le terrain à ce sujet?

L'hon. David Lametti: Justement, nous sommes allés visiter un groupe, à Sherbrooke, qui travaille auprès de personnes ayant des troubles de santé mentale. Les membres de ce groupe étaient déçus du fait qu'on veut reporter cette partie du projet de loi C-39. Ils étaient prêts à aller de l'avant. Les gens avec lesquels ce groupe travaille souffrent beaucoup, et certains d'entre eux auraient souhaité avoir accès à l'aide médicale à mourir, car ils avaient pris une décision autonome et éclairée.

Évidemment, les membres de ce groupe voulaient travailler pour que le système soit prêt. Ils étaient donc déçus. Toutefois, je leur ai dit que nous allons faire tout notre possible pour que tout le monde soit prêt. J'ai beaucoup d'empathie pour cet organisme et sa clientèle.

• (1855)

[Traduction]

Le président: Merci, madame Brière.

C'est maintenant au tour de M. Thériault pour six minutes.

[Français]

M. Luc Thériault: Six minutes de temps de parole, c'est court pour un sujet aussi délicat.

Monsieur le ministre, vous m'avez ouvert une porte et je vais saisir l'occasion que vous m'offrez. Contrairement à vous, je ne crois pas que ce que vous avez mis sur la table va nous permettre d'en faire plus en santé mentale; et je ne crois pas non plus que cela va nous aider à soigner nos concitoyens au cours des 10 prochaines années.

Dans le présent débat, il faut faire attention au sens de santé mentale. Des experts nous ont dit d'arrêter de parler de maladie mentale, car ce n'est pas un terme clinique. Il faut parler de troubles mentaux. Si on veut s'entendre, il faut adopter les termes utilisés par les experts.

Au sujet des troubles mentaux, les experts ont indiqué, dans leur rapport final, qu'il fallait établir des normes de pratique.

Dans une lettre envoyée aux membres du Comité, le sous-ministre de la Santé nous dit qu'un groupe de travail a été créé sur les normes de pratique en matière d'aide médicale à mourir. Ce groupe est composé de personnes ayant une expertise clinique. Qui sont ces gens?

L'hon. David Lametti: Je peux vous fournir la liste des personnes qui font partie de ce groupe de travail.

Je suis prêt aussi à déposer la lettre du sous-ministre, M. Stephen Lucas, pour les autres membres du Comité qui ne font pas partie du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.

M. Luc Thériault: Des membres de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir, soit l'ACEPA, font-ils partie de ce groupe de travail?

L'hon. David Lametti: C'est une question qui s'adresse aux représentants de Santé Canada.

Mme Sharon Harper (directrice générale, Direction des programmes et des politiques en soins de santé, ministère de la Santé): Nous n'avons pas les noms avec nous aujourd'hui.

M. Luc Thériault: Non, ma question n'est pas celle-là.

Je veux savoir s'il y a des membres de l'ACEPA au sein de ce groupe de travail.

L'hon. David Lametti: Évidemment, c'est une question qui s'adresse aux représentants de Santé Canada.

M. Luc Thériault: Non, elle ne s'adresse pas aux représentants de Santé Canada.

Elle s'adresse aux gens qui accompagnent la ministre ou le ministre qui nous dit qu'on repousse d'un an un processus pour établir sur le terrain ce qui doit être fait pour que nous soyons prêts le 17 mars 2024. Je m'attends à ce que ces gens puissent nous dire quel est l'état d'avancement.

Dans votre allocution, vous avez parlé de l'avancement des travaux. Je vous pose des questions à ce sujet. L'ACEPA est une communauté de praticiens. Je veux savoir s'ils sont dans le coup pour ce qui est de l'élaboration de ces normes de pratique. Je sais qu'ils participent au développement du module de formation, mais, pour l'élaboration des normes de pratique, il serait important de savoir qui est dans le coup. Il faut la participation des praticiens, de gens qui connaissent les choses.

L'hon. David Lametti: Vous avez raison.

Deux autres ministres travaillent à ce projet de loi, le ministre de la Santé et la ministre de la Santé mentale et des Dépendances. C'est la raison pour laquelle des fonctionnaires de Santé Canada sont ici avec moi. C'est une question qui tombe sous la gouverne des autres ministres.

Je m'engage, monsieur Thériault, à vous répondre par l'entremise de mes collègues M. Duclos et Mme Bennett.

M. Luc Thériault: D'accord.

Le Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale contient deux recommandations clés, les recommandations 10 et 16, qui sont différentes de tout ce qui se fait dans la pratique actuelle de l'aide médicale à mourir.

La recommandation 10 exige, pour procéder à l'aide médicale à mourir, que l'évaluation soit faite par deux psychiatres indépendants de l'équipe de soins. D'après vous, cela est-il réaliste?

Selon ce que vous entendez sur le terrain, le délai imparti permettra-t-il de former plus de gens de façon que les ressources requises soient disponibles pour respecter cette exigence, qui impose une mesure de sauvegarde beaucoup plus imposante que dans la pratique usuelle?

• (1900)

L'hon. David Lametti: Le Groupe d'experts a fait cette recommandation en disant que la loi existante était déjà suffisante. Les provinces pourraient décider d'ajouter cet élément, selon leurs capacités, c'est-à-dire la capacité d'obtenir l'évaluation de deux psychiatres dans un cas particulier.

Cela va donner aux provinces le temps d'étudier et d'encadrer ce qui est écrit dans le rapport. Nous serons là pour les appuyer, le cas échéant. Nous allons voir, dans les accords bilatéraux, les montants qui seront réservés à la santé mentale.

M. Luc Thériault: J'ai mentionné aussi la recommandation 16, qui porte sur la surveillance prospective.

Le Québec a créé la Commission sur les soins de fin de vie, qui examine rétrospectivement ce qui s'est fait, les actes d'aide médicale à mourir déjà posés. Ici, le rapport d'experts nous recommande d'ajouter quelque chose: une surveillance en temps réel.

Dans un premier temps, les experts nous disent que cela ne serait pas pour vérifier l'admissibilité. Pourtant, un peu plus loin dans le rapport, on indique que la surveillance prospective a trois objectifs: améliorer la qualité et la sécurité des évaluations en temps réel; soutenir la participation des praticiens dans la pratique d'AMM en fournissant des commentaires directs et immédiats sur la pratique; et rassurer les praticiens sur le fait que leur travail est conforme aux normes légales attendues.

Avez-vous l'intention de faire une règle de cette recommandation?

L'hon. David Lametti: Cela doit se décider de concert avec les provinces. Évidemment, c'est une compétence provinciale.

Dans chaque cas, nous sommes prêts à participer. Le groupe d'experts a recommandé que nous travaillions ensemble et que nous exerçons un leadership.

Les experts de Santé Canada pourraient ajouter à ma réponse.

[Traduction]

Le président: Soyez très brève s'il vous plaît.

Mme Venetia Lawless (gestionnaire, Unité des soins en fin de vie, ministère de la Santé): C'est aux provinces et aux territoires de décider. Les organismes de réglementation vont examiner la question. Ce n'est pas au gouvernement fédéral de dicter la voie à suivre.

Nous avons toutefois vu jusqu'à maintenant de très bonnes réponses des provinces, des territoires et des organismes de réglementation, qui se disent impatients de recevoir les versions définitives et d'adapter ou d'adopter les normes de pratique.

[Français]

M. Luc Thériault: La recommandation 1 dit que vous devez faciliter cela. C'est là que se situait ma question.

Allez-vous le faciliter? Voulez-vous atteindre cet objectif?

[Traduction]

Le président: Je vais les laisser en dire plus à ce sujet à la deuxième partie, lorsque vous reviendrez là-dessus.

Merci, monsieur Thériault, monsieur MacGregor. Bienvenue à vous deux, en passant. J'avais oublié de souhaiter la bienvenue à M. Thériault.

Monsieur MacGregor, vous avez six minutes. Allez-y.

M. Alistair MacGregor (Cowichan—Malahat—Langford, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je suis heureux d'être de retour au comité de la justice. Je ne pense pas y avoir siégé depuis la 42^e législature.

Merci d'être ici aujourd'hui, monsieur ministre.

Je veux revenir à la discussion sur le projet de loi C-7 que vous avez eue avec M. Moore. Je siégeais à la Chambre avec vous à ce moment-là. Nous avons franchi l'étape de la troisième lecture du projet de loi C-7 le 10 décembre 2020, ce qui signifie que la version que nous avons renvoyée au Sénat était conforme à votre énoncé concernant la Charte. Les personnes atteintes de troubles mentaux n'auraient toujours pas droit à l'aide médicale à mourir.

Le Sénat a examiné le projet de loi plutôt rapidement, et le troisième vote a donc pu avoir lieu le 17 février 2021, c'est-à-dire après un peu plus de deux mois. Il nous l'a renvoyé avec cet amendement.

Je veux juste y voir plus clair. Vous nous dites que pendant cette période de deux mois, vous avez changé d'avis. Je me demande quelle a été votre réflexion. La version que nous avons envoyée au Sénat vous convenait, mais lorsqu'on nous l'a renvoyée, après seulement deux mois, vous aviez changé d'avis et accepté les modifications apportées à la mesure législative.

Je crois que l'amendement n'a pas été inséré lors de l'étude en comité, mais plutôt à l'étape du rapport. Cela s'est fait au Sénat.

• (1905)

L'hon. David Lametti: La seule chose qui a changé, c'est le moment. J'ai toujours été d'avis — comme je l'ai dit à mes honorables collègues du Parti conservateur — que nous allions et que nous devions en arriver là; que les gens atteints d'une maladie mentale ou de troubles mentaux souffrent; qu'elles peuvent demander l'aide médicale à mourir, comme les autres Canadiens; et que les tribunaux allaient finir par nous contraindre d'examiner la question.

La seule chose qui a changé, c'est que nous devons décider — en 2021, dans la version initiale — s'il fallait ne pas ajouter le travail du comité au projet de loi et laisser le comité d'experts faire le travail nécessaire jusqu'à un certain point pour ensuite adopter une loi, ou s'il fallait accepter la volte-face du Sénat à ce sujet, ce qui revient à ajouter cela avec une disposition de caducité pour nous forcer à faire le travail du comité dans ce qu'on pourrait affirmer être le même délai...

M. Alistair MacGregor: Si je peux me permettre de vous interrompre...

L'hon. David Lametti: ... afin que la teneur demeure inchangée. Je crois qu'elle n'a pas changé. J'ai toujours été d'avis que nous n'étions pas prêts en 2021. Je pense que nous le sommes presque en ce moment, et nous le serons d'ici un an. J'ai toujours envisagé ce genre de délai dans ma tête.

M. Alistair MacGregor: Si je peux intervenir, je pense qu'il y a une tendance ici, et c'est la raison pour laquelle cela a suscité autant de consternation chez différents députés. Vous avez présenté le projet de loi C-7 avant que l'obligation légale du projet de loi C-14 ait été respectée. Cette mesure législative prévoyait un examen législatif de la loi, mais le projet de loi C-7 a été déposé.

J'ai été membre du Comité mixte permanent sur l'aide médicale à mourir, pendant la 43^e législature et celle en cours. Il n'a pas fait son travail. Il a été interrompu par les élections de 2021, et je peux vous dire, monsieur le ministre, après avoir siégé à ce comité, que nous avions toujours l'impression d'avoir un couteau sous la gorge compte tenu de la disposition de caducité. C'était vraiment problématique.

Cela dit, je veux passer au groupe d'experts convoqué par votre gouvernement. Dans son rapport, il dit:

que les critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde existants concernant l'AMM, renforcés par les lois, les normes et les pratiques en vigueur dans les domaines connexes des soins de santé, peuvent fournir une structure adéquate pour l'AMM TM-SPMI tant qu'ils sont interprétés de manière appropriée pour prendre en considération la spécificité des troubles mentaux.

Je m'interroge à ce sujet, car bien entendu, dans le Code criminel, pour satisfaire à tous les critères d'admissibilité à l'alinéa a), on doit « consentir de manière éclairée » et seulement après avoir été informé des moyens disponibles.

Je veux tout simplement connaître votre interprétation à ce sujet, car d'une part, on peut être informé d'une chose, mais d'autre part, nous savons que de nombreux témoins ont affirmé que dans beaucoup de régions du Canada, certains de ces services ne sont tout simplement pas offerts ou pas suffisamment.

Pensez-vous que le gouvernement pourrait envisager une modification du Code criminel pour changer l'expression « de manière éclairée », ou êtes-vous satisfait de ce que le groupe d'experts vous a remis?

L'hon. David Lametti: Nous avons toujours maintenu, tant dans la loi et chez les experts, que le consentement de manière éclairée

est un processus valable. Il faut être bien informé lorsqu'on demande d'évaluer ce qui a été dit à la personne et de déterminer si elle a la capacité nécessaire. Nous pensons que c'est un ensemble très adéquat de mesures de sauvegarde.

Pour ce qui est des services sociaux et du soutien offert en matière de soins palliatifs, de santé mentale et ainsi de suite, c'est une question différente. C'est un dossier qui tient à cœur à notre gouvernement. Je pense que nous nous entendons probablement là-dessus dans nos valeurs personnelles, que nous voulons améliorer ces services. C'est une chose que les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral doivent faire en collaborant. Dans la plupart des cas, c'est surtout une responsabilité provinciale, mais nous devons travailler avec les provinces et les territoires pour assurer un leadership et fournir des ressources à cette fin.

Je pense que c'est une question distincte. Il faut améliorer les services à toutes sortes d'endroits. En tant que député et ministre, j'ai déployé des efforts en ce sens et je continue de le faire, mais c'est une question distincte.

Le président: Merci, monsieur MacGregor.

Nous allons passer à notre deuxième série de questions, en commençant par M. Brock, qui a cinq minutes à sa disposition.

M. Larry Brock (Brantford—Brant, PCC): Merci, monsieur le président.

Monsieur le ministre, mesdames et monsieur les fonctionnaires, bienvenue. Merci de comparaître.

Monsieur le ministre, je veux revenir à la question de mon collègue à propos de l'énoncé concernant la Charte.

Le 13 décembre 2019, des modifications à la Loi sur le ministère de la Justice sont entrées en vigueur, créant une nouvelle obligation pour [vous de vous] assurer qu'un énoncé concernant la Charte soit déposé au Parlement pour chaque projet de loi du gouvernement.

Un énoncé concernant la Charte constitue une mesure de transparence visant à éclairer le débat parlementaire et public sur un projet de loi, et à accroître la sensibilisation et la compréhension de la Charte.

J'ai écouté votre témoignage. Vous avez dit que l'énoncé serait déposé.

Vous avez également mentionné, monsieur le ministre, que la journée d'hier a été mise de côté pour que l'ensemble des parlementaires débattent de la question, et nous avons surtout entendu des députés conservateurs; les libéraux n'ont pas dit grand-chose. En tout, environ 15 heures ont été réservées hier et demain pour tenir un débat parlementaire, mais les parlementaires n'ont pas reçu d'énoncé concernant la Charte pour pouvoir l'examiner à l'avance et tenir compte de ce genre d'analyse dans leurs discours. Vous empêchez les parlementaires de vraiment réfléchir à la légalité de ce projet de loi.

Ma question pour vous est très précise. Qu'entendez-vous lorsque vous dites que vous allez déposer un énoncé, et à quel moment les Canadiens et les parlementaires, ce qui est encore plus important, peuvent-ils s'attendre à le recevoir pour l'examiner en profondeur?

• (1910)

L'hon. David Lametti: Vous allez le recevoir très bientôt. Il sera déposé comme on le fait normalement, mais vous l'aurez bientôt.

M. Larry Brock: Quand?

L'hon. David Lametti: Je ne peux pas vous dire quand.

M. Larry Brock: C'est vous qui décidez. Vous pouvez me donner un délai. Parlons-nous de la semaine prochaine, du mois prochain, de l'année prochaine? Quand allons-nous le recevoir?

L'hon. David Lametti: Vous le recevrez très bientôt.

M. Larry Brock: Qu'est-ce que cela signifie?

L'hon. David Lametti: Très bientôt, c'est très bientôt. Je pense que les mots sont clairs.

M. Larry Brock: Vous avez dit que les provinces ont besoin de temps et que les Canadiens s'adaptent à cette réalité. J'aimerais obtenir votre avis, monsieur le ministre, à propos du dernier sondage Angus Reid, selon lequel 61 % des Canadiens interrogés étaient en faveur du régime d'aide médicale à mourir, mais seulement 31 % étaient d'avis qu'un problème de santé mentale en tant qu'unique critère devait être inclus.

Trois Canadiens sur dix pensaient que c'était acceptable. Plus de 70 % des Canadiens interrogés pensaient le contraire.

Êtes-vous conscients de cela, monsieur le ministre.

L'hon. David Lametti: Je sais ce qui explique ces chiffres.

Tout d'abord, nous allons de l'avant parce que nous croyons que les tribunaux nous obligeront à le faire, et nous allons donc procéder prudemment.

Je suis également au courant de la désinformation qui circule et que, bien franchement — je vais être honnête —, un certain nombre de personnes propagent dans votre camp politique. On affirme qu'un jeune — et je l'ai entendu à la Chambre des communes hier — pourra s'adresser à son médecin, lui dire qu'il a des pensées suicidaires et qu'il aimerait obtenir l'aide médicale à mourir. Ce n'est manifestement pas le cas.

Nous parlons ici d'une fraction d'une fraction, monsieur Brock. Le nombre de personnes à la deuxième étape pour recevoir l'aide médicale à mourir, d'après ce que nous avons vu, est de 500 parmi 10 000, c'est-à-dire 0,5 %. Il sera question d'une fraction de cela.

C'est une minuscule proportion de personnes.

M. Larry Brock: Monsieur le ministre, il me reste une minute. Merci beaucoup.

Monsieur le président, je vais céder mon temps à mon collègue, M. Van Popta.

Merci.

Le président: Vous avez une minute.

M. Tako Van Popta (Langley—Aldergrove, PCC): Merci.

Monsieur Lametti, en novembre 2020, devant un comité sénatorial, vous avez dit que vous vouliez exclure la maladie mentale comme seul critère et qu'après avoir fait des consultations à travers le pays, il était clair qu'il n'y avait pas de consensus.

Aujourd'hui, vous faites valoir exactement le contraire, à savoir l'élargissement de l'aide médicale à mourir pour inclure les handicaps mentaux. Les Canadiens veulent savoir pourquoi le procureur général a changé d'avis et s'il risque de changer d'avis encore une fois au cours des 12 prochains mois, si jamais il y a assez de résistance.

L'hon. David Lametti: Merci, monsieur Van Popta, de votre question. J'apprécie la sincérité avec laquelle vous la posez. Je vous en félicite.

Je veux dire aux Canadiens, et à vous, que nous avons maintenant fait le travail. Je maintiens ce que j'ai dit en 2020 et 2019: d'après nos consultations, il n'y avait pas de consensus. J'ai respecté le processus parlementaire et nos rapports avec le Sénat. Au lieu d'adopter une loi et de dire ensuite que nous allons ajouter le critère de la maladie mentale, nous avons accepté la volte-face du Sénat et nous avons convenu d'imposer une limite de temps; à défaut de quoi, la disposition serait inévitablement entrée en vigueur.

Cela nous a obligés à faire le travail, et nous l'avons fait. Je pense qu'il existe maintenant un consensus très fort, notamment parmi les cliniciens et ceux qui travaillent auprès de personnes atteintes de troubles mentaux. Ce sont des gens qui ont essayé, de multiples façons, d'aider les personnes souffrant de troubles mentaux et qui, dans un certain nombre de cas, disent qu'il n'y a plus rien qu'ils puissent faire; le patient souhaite recourir à l'aide médicale à mourir.

Le délai à respecter et le travail à accomplir n'ont pas changé. L'ordre des choses, du point de vue de la technique législative, a changé, mais la substance de ce que j'avais à dire n'a pas changé. Nous sommes aujourd'hui dans une bien meilleure situation, et je crois que nous sommes prêts à aller de l'avant.

• (1915)

Le président: Merci, messieurs Van Popta et Lametti.

La parole est maintenant à Mme Diab. Vous avez cinq minutes.

Mme Lena Metlege Diab (Halifax-Ouest, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vous remercie, monsieur le ministre et mesdames et messieurs les fonctionnaires, d'être des nôtres.

J'aimerais commencer par dire deux ou trois choses. Je n'étais pas ici il y a deux ans, et je ne siège pas au comité qui a été créé. Je dirai que l'aide médicale à mourir est un choix très personnel et très complexe qui touche vraiment chaque personne et chaque famille. Il s'agit généralement de situations très difficiles et douloureuses dans la vie d'une personne, ainsi que dans celle de ses proches. Je peux comprendre que le gouvernement du Canada doive faire de son mieux pour s'y prendre de la bonne manière. Je ne crois pas que la perfection existe. Nous savons tous que les lois changent. C'est pourquoi nous sommes ici. C'est la raison d'être des parlementaires et des tribunaux.

Cela dit, je me demande si vous pouvez apporter quelques précisions. Je veux vous donner suffisamment de temps.

Quels sont les critères d'admissibilité actuels pour l'aide médicale à mourir? Que se passera-t-il si nous n'acceptons pas d'accorder cette prolongation? Pouvez-vous me dire quelles sont les exigences législatives en vigueur et où nous en sommes aujourd'hui?

Par ailleurs, où en sont les provinces dans ce dossier?

L'hon. David Lametti: Voici ce que je dirai d'entrée de jeu: si nous n'approuvons pas cette prolongation, alors le mois prochain, il sera possible d'invoquer la maladie mentale comme seul critère pour demander l'aide médicale à mourir. Les gens auront à s'adapter à cette réalité. Les médecins, dont beaucoup se sentent prêts, et de nombreuses provinces qui se sentent prêtes, passeront à l'action.

Pour ce qui est de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir dans l'état actuel des choses, il faut être âgé de 18 ans ou plus. Le comité spécial se penche sur la question des mineurs matures, mais pour l'instant, c'est 18 ans ou plus. Ensuite, il faut être admissible aux services de santé financés par l'État. Il faut faire une demande volontaire qui ne résulte pas d'une pression externe exercée par qui que ce soit, y compris la famille ou d'autres personnes. Il faut être en mesure de donner son consentement éclairé pour recevoir l'aide médicale à mourir après avoir reçu tous les renseignements nécessaires à la prise de décision. Il faut être atteint d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable. Il faut être en situation de déclin avancé et irréversible de ses capacités et subir des souffrances intolérables.

Pour se prévaloir de la deuxième voie d'accès, il faut faire la demande par écrit, signée par un témoin indépendant. Deux praticiens indépendants doivent ensuite fournir une évaluation. L'un des deux doit avoir une expertise dans le domaine. Le demandeur doit être informé qu'il peut retirer sa demande à tout moment. La période d'évaluation dans la deuxième voie doit être d'au moins 90 jours.

Mme Lena Metlege Diab: En tant qu'ancienne juriste, j'ai l'impression qu'il y a évidemment un certain nombre de critères à respecter. Ce n'est pas quelque chose qu'on peut simplement réclamer et obtenir le lendemain.

L'hon. David Lametti: C'est le cas, en particulier, dans la deuxième voie, lorsqu'une personne est en fin de vie. Il s'agit d'un ensemble de critères très rigoureux.

Mme Lena Metlege Diab: Pouvez-vous parler des mesures de sauvegarde procédurales — je pense que vous les avez déjà évoquées — pour protéger les personnes qui pourraient être plus vulnérables que d'autres au moment de faire une demande d'aide médicale à mourir?

L'hon. David Lametti: C'est précisément ce qui est prévu dans la deuxième voie. Nous avons intégré ces mesures de sauvegarde après avoir soigneusement consulté un certain nombre de milieux différents, y compris des représentants de personnes en situation de handicap.

La période d'évaluation de 90 jours devait être suffisamment longue pour permettre, par exemple, à une victime d'un accident catastrophique d'avoir le temps, après cette période initiale, de réfléchir à son sort et aux options qui s'offrent à lui.

Comme je l'ai mentionné, un des critères veut que la personne soit informée des mesures de soutien possibles, qu'elle y réfléchisse sérieusement et qu'elle discute de ces pensées et des autres moyens de soutien avec un praticien.

L'autre critère, je le répète, c'est qu'il faut des évaluations menées par deux praticiens, dont l'un doit posséder une expertise dans le domaine. Pour revenir à la question précédente de M. Thériault, nous avons prévu une certaine souplesse. Dans certains endroits — comme dans le Nord —, les intervenants ont estimé que l'exigence de recourir à deux experts dans un domaine médical particulier, par exemple, pourrait constituer un obstacle. Nous avons donc fait preuve de souplesse. Évidemment, il peut revenir aux provinces de rendre cette exigence plus stricte si elles ont les ressources pour le faire.

• (1920)

Mme Lena Metlege Diab: Quelles sont les provinces...

Est-ce qu'il me reste du temps?

Le président: Malheureusement, madame Diab, votre temps est écoulé. Je vous remercie.

Passons maintenant à une intervention de deux minutes et demie au dernier tour. La parole est à M. Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: Le projet de loi C-14 était une loi épouvantable, une mauvaise copie de la loi québécoise, qui a fait en sorte que, pendant ce temps, des gens ont été obligés d'aller devant les tribunaux, comme Mme Gladu et M. Truchon. Ce sont des gens qui avaient une vie pleine et entière, même s'ils étaient en fauteuil roulant, et qui refusaient d'être infantilisés et considérés comme des personnes vulnérables. Ils avaient vécu assez de discrimination dans leur vie. Ils se sont battus jusqu'à la Cour suprême, tandis que d'autres ont été obligés de se déshydrater et d'arrêter de manger pour satisfaire au critère de mort naturelle prévisible. Cela, c'est épouvantable. Un État ne peut pas permettre cela.

Cela étant dit, le projet de loi C-7 a remédié à cela et, pour que ce projet de loi puisse être adopté, on a dû faire le compromis d'inclure les troubles mentaux. Des gens, au Sénat, prétendaient que cette loi, parce qu'elle n'incluait pas les personnes ayant des troubles mentaux, ne passait pas le test de la Charte canadienne des droits et libertés.

L'approche prudente a consisté à confier cela à des gens qui savent de quoi ils parlent, c'est-à-dire des professionnels, des experts en santé mentale, en maladies mentales. D'ailleurs, ces derniers nous ont demandé de cesser de parler de « maladies mentales », et de parler plutôt de « troubles mentaux ». De plus, ils nous ont présenté 19 recommandations que je vous invite à lire, qui permettraient d'y donner accès.

Il y a deux ans, j'étais de ceux qui étaient récalcitrants à cette inclusion. J'ai lu le rapport une vingtaine de fois. J'ai posé les questions que je pouvais poser et je pense que, effectivement, l'approche prudente est de mettre en place le projet de loi C-39. Ainsi, on s'assure, par exemple, qu'une personne schizophrène, qui souffre depuis 30 ans et qui, dans certains cas et par moment, est devenue une loque humaine à cause de la médication, pourra y avoir accès si elle le demande. Cependant, il n'est pas question que cela s'applique à un jeune, même mineur, qui aurait fait une tentative de suicide. Le rapport indique que cela prendrait des décennies avant qu'il puisse y avoir accès. Il faudrait que son état soit irréversible, qu'il ait épuisé toutes les thérapies possibles.

Il faudrait, à un moment donné, remettre les enjeux dans leur juste proportion. Cependant, moi, je vais vous surveiller, monsieur le ministre, et je vais surveiller les gens qui nous disent que nous sommes prêts. Dans l'état actuel des choses, nous ne le sommes pas. Vous avez dit que nous étions prêts à aller de l'avant en mars. Or je ne crois pas que nous le soyons. Je ne sais pas qui prétendait que c'était possible, mais ce n'étaient sûrement pas les membres de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, ou ACEPA, qui sont en train de mettre au point sept modules de formation.

Cela prend donc des formateurs, des évaluateurs. Il faut que les gens soient prêts sur le terrain pour ne pas faire d'erreur. Pour ne pas en faire, il faut mettre en place deux recommandations phares contenues dans le rapport, soit les recommandations 10 et 16. Cela deviendrait des mesures de sauvegarde qui dépasseraient tout ce qui se fait présentement en matière d'aide médicale à mourir.

Je n'ai pas de question à poser, mais je suis tanné d'entendre n'importe quoi.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Français]

L'hon. David Lametti: Je suis tout à fait d'accord avec vous et nous allons évidemment tenir compte de votre opinion sur les recommandations. Je suis d'accord qu'il fallait y mettre plus de temps, et c'est la raison pour laquelle je suis ici.

• (1925)

[Traduction]

Le président: Je vous remercie.

Le dernier intervenant est M. MacGregor. Vous avez deux minutes et demie.

M. Alistair MacGregor: Merci, monsieur le président.

Monsieur le ministre, lorsque je faisais partie du comité mixte spécial, nous avons entendu beaucoup de témoins sur des sujets très variés. Je me souviens que, lorsqu'il a été question du sujet précis dont nous traitons ici, dans le cadre du projet de loi C-39, certains des témoins ont dit qu'il n'y a pas vraiment de critères précis pour savoir si une maladie mentale est irrémédiable et qu'il n'y a pas beaucoup de preuves permettant d'établir de façon fiable que l'état d'une personne souffrant d'une maladie mentale ne s'améliorera pas. C'est la différence par rapport à une maladie physique. Voilà pourquoi nous nous sommes longuement penchés sur la question. Nous voulons simplement nous assurer de bien faire les choses. À mon avis, c'est ce qui explique la vive inquiétude de certains.

Je conviens que le projet de loi C-39 doit être adopté. Nous avons besoin de cette prolongation, mais, compte tenu des témoignages que nous avons recueillis au sujet du caractère irrémédiable des troubles mentaux et des inconnues qui subsistent, comment ferez-vous, à l'approche de mars 2024, pour vous assurer que tout est bel et bien en place? Allez-vous instaurer des plans pour que le Parlement puisse se prononcer encore une fois ou entreprendre un autre examen de la question avant l'expiration de ce délai en 2024?

L'hon. David Lametti: En ce qui concerne le caractère irrémédiable, d'après ce que je crois comprendre, si ce critère ne peut pas être satisfait, alors la personne ne sera pas admissible à l'aide médicale à mourir.

Permettez-moi de reformuler cela autrement. Une personne ne serait admissible à l'aide médicale à mourir que dans les cas où l'on a déterminé avec certitude — et les experts nous disent que c'est faisable — qu'il n'y a pas de remède.

Comme vient de le dire M. Thériault, il s'agit de troubles mentaux de longue date qui sont traités par un psychiatre et pour lesquels la personne a tout essayé, en tant qu'adulte apte à prendre des décisions de façon autonome, mais pour lesquels il n'y a pas de remède. Si ce critère ne peut pas être satisfait, alors, selon ce que j'ai cru comprendre, la personne ne serait pas admissible à l'aide médicale à mourir.

Il n'y aura pas beaucoup de cas, mais ce sera important pour les personnes qui souffrent ainsi depuis longtemps. Franchement, c'est la raison pour laquelle nous sommes ici.

Le président: Merci, monsieur MacGregor.

Je tiens à remercier l'honorable ministre Lametti d'avoir été des nôtres aujourd'hui. Nous vous en remercions.

Nous allons faire une pause d'environ une minute pendant que le ministre quitte la salle. Je crois que les fonctionnaires vont rester pour répondre à nos autres questions.

• (1925)

(Pause)

• (1930)

Le président: Nous reprenons.

Il n'y aura pas de déclarations, car le ministre en a déjà fait une. Nous allons donc passer directement à la série de questions.

C'est M. Caputo qui commence le premier tour de six minutes.

M. Frank Caputo (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Je vous remercie tous d'être là.

Je crois que la plupart de mes questions s'adresseront à vous, monsieur Taylor, mais Mmes Klineberg et Wills pourront également intervenir.

Monsieur Taylor, vous connaissez l'énoncé concernant la Charte, publié le 21 octobre 2020, n'est-ce pas?

M. Matthew Taylor (avocat général et directeur, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice): Oui.

• (1935)

M. Frank Caputo: Vous vous êtes souscrit à cet énoncé dès le jour où il a été publié. Est-ce bien cela?

M. Matthew Taylor: Je ne sais pas ce que vous entendez par « souscrit », mais il s'agit certes d'un énoncé qui explique les répercussions et les considérations relatives à la Charte dans le contexte du projet de loi, tel qu'il avait été présenté.

M. Frank Caputo: Quand je dis « souscrit », je veux dire que vous convenez que cet énoncé est approprié. Est-ce bien cela?

M. Matthew Taylor: Oui, c'est bien cela.

M. Frank Caputo: L'énoncé reflétait fidèlement la loi. Est-ce exact?

M. Matthew Taylor: Oui.

M. Frank Caputo: D'accord.

Le 21 octobre 2020, ce n'est pas il y a très longtemps. Vous conviendrez que la loi, telle qu'elle a été présentée et discutée dans cet énoncé concernant la Charte, a considérablement changé en un peu plus de deux ans. Êtes-vous d'accord?

M. Matthew Taylor: La loi a-t-elle changé depuis...

M. Frank Caputo: Excusez-moi. C'est le projet de loi qui a changé.

M. Matthew Taylor: Il est certain que le projet de loi dont vous êtes saisis aujourd'hui est différent de celui qui a servi de base à l'énoncé concernant la Charte, soit le projet de loi C-7. Manifestement, l'énoncé concernant la Charte pour le projet de loi C-7 ne parle pas de l'exclusion pour maladie mentale, une disposition qui a été adoptée par le Sénat.

M. Frank Caputo: Je me permets de vous interrompre, monsieur, parce que je pense que l'énoncé en parle bel et bien. Je vais d'ailleurs vous lire le passage.

Le voici: « Elle est plutôt fondée sur les risques inhérents et la complexité que comporterait la possibilité d'obtenir l'aide médicale à mourir pour les personnes qui souffrent uniquement d'une maladie mentale. »

Je pourrais continuer. On y dit bien que « le risque d'erreur est élevé ».

C'est ce qui est écrit dans l'énoncé concernant la Charte. Vous en convenez, n'est-ce pas?

M. Matthew Taylor: Oui.

M. Frank Caputo: Conviez-vous donc que l'énoncé aborde le sujet même que nous étudions ici, à savoir l'amendement du Sénat?

M. Matthew Taylor: L'énoncé traite de ce que contenait le projet de loi au moment où il a été présenté. Il parle des effets de cette mesure législative sur les droits des Canadiens, droits garantis par la Charte, plus précisément en vertu des articles 7 et 15, je crois. Il y est question, en l'occurrence, de l'absence d'admissibilité pour les maladies mentales.

M. Frank Caputo: La réalité est la suivante: en deux brèves années, nous sommes passés d'un énoncé concernant la Charte, qui reconnaît l'existence de risques inhérents à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de maladie mentale, à un ministre qui vient s'asseoir ici, moins de deux ans et demi plus tard, pour nous dire que, non, il n'y a pas de risques inhérents parce que le gouvernement peut aller de l'avant.

Vous reconnaissez ce changement, n'est-ce pas?

M. Matthew Taylor: Je pense que le ministre a dit qu'il reconnaît l'existence de risques. Je crois que l'énoncé concernant la Charte pour le projet de loi C-7 en tient compte.

Le ministre a également dit qu'il fallait un certain temps pour s'occuper de ces risques. Il a parlé du travail qui se fait en collaboration avec les provinces et les territoires pour s'attaquer à certains de ces risques. Il a parlé de la nécessité de consacrer plus de temps à l'examen de ces risques.

M. Frank Caputo: Voici le problème, monsieur.

Quand nous parlons de risques, personne ne définit ce terme. L'énoncé en question décrit les risques. Êtes-vous d'accord?

On y lit qu'« il est particulièrement difficile d'évaluer la capacité décisionnelle » et que « le risque d'erreur est élevé ». C'est un risque tangible. Êtes-vous d'accord?

M. Matthew Taylor: Oui.

M. Frank Caputo: Quand nous parlons de risques, comme vous venez de le faire en répétant les propos du ministre, nous ne faisons pas allusion à quelque chose de tangible que nous pouvons repérer en disant: « Ce sont des risques. » Nous parlons simplement de généralités.

Est-ce exact?

M. Matthew Taylor: Je ne suis pas sûr de comprendre votre question.

M. Frank Caputo: Voici où je veux en venir: l'énoncé concernant la Charte dit qu'il y a des risques. Ce que j'entends de votre part et de la part du ministre, c'est que vous allez vous occuper de ces risques.

Quels risques seront pris en compte, entretemps, dans cette mesure législative? C'est ce que je cherche à savoir.

M. Matthew Taylor: Si elle est adoptée, cette mesure législative ne changera pas l'état actuel du droit, pour autant qu'elle soit adoptée avant le 17 mars. L'état actuel du droit resterait...

M. Frank Caputo: Dans un an, cependant, nous reviendrons en arrière, et les personnes atteintes de maladie mentale pourront avoir accès à l'aide médicale à mourir. Est-ce bien cela?

M. Matthew Taylor: Ils y auront droit, en l'absence d'un autre... revirement.

M. Frank Caputo: C'est cela.

M. Matthew Taylor: Je devrais également souligner que les dispositions législatives fédérales — dans la sphère fédérale — tiennent compte du cadre législatif pénal régissant les exceptions à la responsabilité criminelle.

Les provinces et les territoires ont toujours la responsabilité, en vertu de leurs pouvoirs en matière de soins de santé, d'évaluer les critères, les garanties, les politiques et les mesures qui s'imposent si l'aide médicale à mourir est offerte sur leur territoire respectif dans les cas où la maladie mentale est la seule condition médicale.

M. Frank Caputo: Il ne me reste qu'une minute, alors je vais vous demander ceci.

Nous avons ici une phrase qui dit: « [...] il est particulièrement difficile d'évaluer la capacité décisionnelle [...], et le risque d'erreur est élevé ».

Ces risques existent encore aujourd'hui et ils existeront encore dans un an, n'est-ce pas?

M. Matthew Taylor: Il m'est impossible de répondre à cette question. Je ne suis pas un professionnel de la santé. Je ne peux donc pas me prononcer là-dessus.

M. Frank Caputo: C'est écrit ici même dans l'énoncé concernant la Charte.

M. Matthew Taylor: Oui, en effet.

M. Frank Caputo: Il s'agit d'un document juridique disant que ces risques existent. Pouvons-nous maintenant dire que ces risques pourraient ne pas exister, alors qu'ils sont ici dans l'énoncé de la Charte, c'est-à-dire dans ce qui est la base même sur laquelle nous devons nous appuyer pour adopter ces mesures législatives? Voyez-vous le problème que cela pose?

● (1940)

M. Matthew Taylor: Je comprends le problème. Je comprends le sérieux avec lequel vous, parlementaires, considérez cette question. Je pense que nous sommes bien conscients des préoccupations qui ont été exprimées par les parties prenantes...

M. Frank Caputo: Voici ma dernière question, monsieur Taylor.

Ces risques n'ont pas encore été pris en compte. C'est de toute évidence ce que j'en déduis. Vous seriez d'accord avec cela. Nous n'avons aucune base pour conclure que ces risques ont été pris en compte, n'est-ce pas?

M. Matthew Taylor: Je dirais que ces risques sont pris en compte présentement et qu'ils l'ont été au cours des deux dernières années dans le cadre du travail que le gouvernement fédéral a effectué avec les provinces et les territoires.

M. Frank Caputo: En ce qui concerne les prises de décisions, on évoque une forte propension aux erreurs. C'est un problème qui concerne ce qui se passe sur le terrain. Cela revient à dire que les gens ne peuvent pas faire les choses correctement, et ce n'est pas quelque chose qui peut être amélioré, monsieur, avec tout le respect que je vous dois.

Le président: Merci, monsieur Caputo.

Nous allons maintenant donner la parole à Mme Dhillon pour six minutes.

Mme Anju Dhillon (Dorval—Lachine—LaSalle, Lib.): Merci, monsieur le président. Bonsoir.

Merci à nos témoins d'être là.

Monsieur Taylor, voulez-vous nous faire part du reste de vos observations concernant la question précédente?

M. Matthew Taylor: Non. La seule autre chose que je voudrais rappeler au Comité — et je sais qu'il en est saisi —, c'est qu'un énoncé de la Charte sera fourni dans très peu de temps, très bientôt, comme le ministre l'a dit, et que cet énoncé fournira des renseignements supplémentaires sur les aspects de la Charte qui sont pertinents dans le contexte de ce projet de loi.

Merci.

Mme Anju Dhillon: Je vous remercie de nous le rappeler.

Comment fonctionne l'actuel régime de surveillance de l'aide médicale à mourir?

M. Matthew Taylor: Je vais peut-être demander à nos collègues de Santé Canada de répondre à cette question.

Merci.

Mme Anju Dhillon: Bien sûr. Je n'y vois pas d'objection.

Mme Sharon Harper: La surveillance de l'aide médicale à mourir est, en fait, quelque chose que... Le gouvernement fédéral effectue cette surveillance en recueillant des données et en produisant des rapports annuels en la matière. C'est ainsi que nous effectuons la surveillance de l'aide médicale à mourir. La surveillance de la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir se fait aux échelons provincial et territorial, et ce, de différentes façons. Les provinces et les territoires ont différentes approches à cet égard.

Certains, comme l'Ontario et le Québec, examinent chaque disposition de l'aide médicale à mourir qui a été mise en place. Ils les examinent et les supervisent. D'autres approchent les choses différemment. Quoi qu'il en soit, nous sommes là pour leur fournir un leadership, ce que nous faisons en leur parlant de l'importance de la surveillance, en soutenant l'assurance qualité et en les incitant à mieux surveiller comment l'aide médicale à mourir est fournie.

Il existe également des méthodes informelles de surveillance. Les professionnels tiennent des conférences de cas où ils discutent de la façon dont l'aide médicale à mourir est administrée. Il y a aussi des discussions avec l'Association canadienne de protection médicale et la Canadian Association of MAID Assessors and Providers pour s'assurer que la pratique est sécuritaire et que l'aide est administrée dans le respect des mesures établies.

Mme Anju Dhillon: Pouvez-vous nous parler un peu de la façon dont le gouvernement du Canada interagit avec les provinces et les territoires à cet égard?

Mme Sharon Harper: Oui, je le peux.

Nous avons depuis très longtemps un groupe de travail avec les provinces et les territoires. Ce groupe existe depuis 2016. Au fil des ans, nous avons travaillé très étroitement avec les provinces et les territoires sur les aspects de la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir qui touchent le droit pénal, et ce travail se poursuit. Dans les semaines et les mois à venir, nous avons l'intention de discuter avec eux des diverses questions qui ont été soulevées dans le rapport du groupe d'experts et de comprendre comment ils envisagent d'adapter leur système pour répondre à ces recommandations.

Mme Anju Dhillon: Merci beaucoup.

Pouvez-vous nous parler un peu de la façon dont les personnes atteintes de maladie mentale et leurs familles sont amenées à prendre part à la discussion?

Mme Sharon Harper: Qu'entendez-vous par « amenées à prendre part à la discussion »?

Mme Anju Dhillon: Oui. Comment ces personnes et leurs familles peuvent-elles participer à ces discussions?

Si quelqu'un d'autre peut répondre...

Mme Sharon Harper: Amenées à prendre part à la discussion... Le groupe de travail fédéral-provincial-territorial est un groupe qui travaille en autonomie pour examiner comment l'aide médicale à mourir peut être mise en œuvre dans les provinces et les territoires en fonction du droit pénal qui existe à l'échelon fédéral.

Je pense que les familles et les personnes concernées peuvent, dans un certain sens, avoir un rapport avec les praticiens. Pendant la période d'évaluation, en particulier pour les cas de la voie 2, les praticiens sont encouragés à interagir avec les personnes afin d'amasser le plus de renseignements possible à leur sujet et de tenter de comprendre ce qui motive la demande d'aide médicale à mourir.

• (1945)

Mme Anju Dhillon: Pouvez-vous nous dire un peu pourquoi il était également important de consulter des experts médicaux et des membres de la communauté médicale lorsque cette question était en jeu?

Mme Sharon Harper: Il est bien sûr très important de comprendre que, parce que le corps médical travaille sur les cas d'aide médicale à mourir depuis 2016, et travaille également avec des cas complexes depuis 2021 — les cas de la voie 2, comme nous les appelons, où la mort n'est pas raisonnablement prévisible —, il comprend très bien les complexités que posent ces cas. Nous avons vraiment besoin d'eux pour insister, par exemple, sur les normes de pratique clinique. Ces normes ont été envoyées à un large éventail de personnes afin de savoir ce qu'elles en pensaient. Les observations reçues sont en processus d'intégration et le résultat de cet exercice sera prêt en mars 2023.

Mme Anju Dhillon: Merci.

Ai-je épuisé mon temps de parole?

Le président: Vous avez encore 30 secondes.

Mme Anju Dhillon: Pouvez-vous nous dire rapidement ce que le gouvernement du Canada fait pour améliorer le soutien en matière de santé mentale?

Mme Sharon Harper: Bien sûr.

Le gouvernement fédéral travaille à cela de différentes façons. Une chose qui est tout à fait pertinente en ce qui a trait au sujet qui nous occupe aujourd'hui, c'est un service d'écoute téléphonique pour la prévention du suicide. Cela est tout à fait pertinent quant au travail que nous faisons. Il y a aussi le portail Espace Mieux-être Canada, qui a été mis en place pour appuyer les efforts que les Canadiens et les fournisseurs de soins de santé déploient pour améliorer le bien-être mental. Ce sont deux éléments très importants.

Mme Anju Dhillon: Merci beaucoup.

Le président: Merci, madame Dhillon.

Nous passons maintenant à M. Thériault, pour six minutes.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

Les êtres humains qui sont aux prises avec un trouble mental ayant atteint un niveau de chronicité auront vécu, tout au long de leur vie, de la stigmatisation et de la discrimination, à un point tel que même quelqu'un qui naît dans un milieu de vie aisé va probablement, à long terme, terminer sa vie avec peu de richesse. Quand on parle de personnes ayant un trouble mental sévère chronique, ce sont souvent des gens qui sont incapables de trouver un emploi, qui sont victimes de discrimination à l'embauche, et ainsi de suite. Les experts en droit diraient qu'ils savent cela et que c'est malheureux. Cependant, comme État, on pense que le bien commun doit les discriminer quant à leur capacité de décider du moment où ils ont atteint leur point de tolérance, soit l'incapacité de tolérer davantage leur souffrance.

Des juristes nous ont dit que, si l'État décidait d'exclure totalement les gens qui souffrent d'un trouble mental chronique et pour lesquels il n'y a aucun traitement, ce serait une discrimination qui ne réussirait pas le test de l'article 1 de la Charte canadienne des droits et libertés.

Qu'en pensez-vous?

Je ne sais pas trop ce qui se passe. On semble ne pas comprendre ma question.

Est-ce qu'on va m'accorder plus de temps?

M. Matthew Taylor: Je pense que je comprends votre question.

M. Luc Thériault: Vous pouvez mettre une oreillette pour entendre l'interprétation en français.

[Traduction]

Le président: Je vais accorder plus de temps.

M. Matthew Taylor: Ce n'est pas à moi de le dire. Il y a des opinions diverses sur ces questions. Le ministre Lametti a donné son avis sur la Charte et sur la relation de cette dernière avec les cas où la maladie mentale est la seule condition médicale évoquée. Certains membres du Comité ont parlé de la lettre des professeurs de droit, où l'on évoquait des points de vue différents. Il y a une diversité d'opinions à ce sujet.

Ce que je dirais, et je sais que ce n'est pas une réponse complète, c'est que l'énoncé de la Charte qui sera déposé par le ministère fournira certains renseignements sur les effets que ces mesures législatives auront sur les droits individuels garantis par la Charte.

• (1950)

[Français]

M. Luc Thériault: On parle d'un risque élevé et le Groupe d'experts n'a pas mis cette question de côté.

Les experts ont bien indiqué qu'effectivement, il ne fallait pas appliquer des règles générales et universelles; qu'il fallait faire de l'étude de cas, ce qu'ils appellent, eux, du cas par cas; qu'il fallait pouvoir connaître l'historique du développement de la maladie; qu'il fallait tenir compte du nombre de traitements tentés; qu'il fallait que l'évaluateur ne soit ni celui qui donne les soins ni l'équipe soignante, mais plutôt un prestataire indépendant de l'équipe de soins; qu'il fallait, enfin, que le cas soit également soumis à un psychiatre qui allait encore, lui-même, évaluer la situation. C'est donc dire qu'effectivement, le risque est élevé.

Tout cela est mis en place avec des principes de précaution et des mesures qui font qu'on doit procéder différemment.

D'un point de vue médical, l'état de Mme Gladu était facile à évaluer. Personne ne remet en question qu'un trouble mental est plus facile à évaluer. C'est la raison pour laquelle nous avons confié cette question à un comité d'experts, nous avons créé un comité mixte, qui a reçu le rapport du Groupe d'experts, lequel a mené une réflexion, a entendu des témoins et a posé des questions. Il me semble qu'il y a une appréciation de l'état de la question du risque élevé.

Qu'en pensez-vous?

M. Matthew Taylor: Je pense que c'est une bonne question.

Mme Harper va répondre à votre question, monsieur Thériault.

M. Luc Thériault: Vous pouvez tous répondre l'un après l'autre, si vous le voulez. Je n'y vois aucun problème.

[Traduction]

Mme Sharon Harper: Oui, je pense que vous avez tout à fait raison en ce qui concerne la façon dont les risques seront abordés. Il y aura des efforts de compréhension au cas par cas auxquels se grefferont tous les différents déterminants sociaux de la santé et toutes les différentes choses qui peuvent être mises à la disposition de la personne pour l'aider à faire face au risque. Enfin, il y aura la sollicitation d'experts, qui pourront mettre leur savoir à contribution.

Cela répond-il à votre question?

[Français]

M. Luc Thériault: Je vais poser une question plus simple.

Vous êtes des juristes, vous aussi.

Considérez-vous que, le fait d'exclure quelqu'un qui a un trouble mental chronique grave, c'est faire de la discrimination?

M. Matthew Taylor: Je ne suis pas en mesure d'émettre mon opinion.

Je suis désolé.

[Traduction]

Le président: Je vous remercie.

[Français]

M. Luc Thériault: Nous ne vous avons pas invité au Comité et je pense que c'était une bonne décision.

[Traduction]

Le président: Je vous remercie.

Le suivant est M. MacGregor, pour six minutes.

M. Alistair MacGregor: Merci, monsieur le président.

Monsieur Taylor, je vais commencer par vous.

Lors de la première série de questions, j'ai interrogé le ministre sur l'article qui stipule qu'une personne doit être informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, ce qui comprend les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées et les services communautaires. Pour la deuxième voie, tout cela est consigné à l'alinéa 241.2(3.1)g. Je pense que pour ceux qui souffrent d'un trouble mental et qui traversent cette profonde souffrance psychologique interne, nous pouvons à juste titre établir que leur mort ne sera pas raisonnablement prévisible. Ils doivent bénéficier des mesures de sauvegarde prévues pour la deuxième voie.

Ma question est la suivante. Le Code criminel utilise des formules comme « a été informé » et « qu'il lui a été offert ». Est-ce là la limite de ce que le droit pénal peut faire au Canada?

Quelles sont les attentes du gouvernement fédéral à l'égard des provinces quant à la manière dont leurs systèmes médicaux vont s'organiser pour garantir...

D'après mon expérience personnelle en tant que député, je peux vous dire que dans ma collectivité — je représente une circonscription de l'île de Vancouver —, il y a beaucoup de gens qui souffrent de problèmes très graves de santé mentale, et cela provoque beaucoup de traumatismes sous-jacents. Ces problèmes sont en grande partie responsables de la crise des opioïdes.

Je comprends qu'il y a des mesures de protection supplémentaires. Personne ne peut arriver de la rue et se prévaloir de l'aide médicale à mourir. Je comprends très bien cela, mais j'essaie de comprendre où le libellé du Code criminel — la nécessité d'être informé et de se voir offrir telle ou telle chose — rejoint l'aspect provincial de la question.

J'aimerais que vous puissiez nous expliquer ce qu'il en est.

• (1955)

M. Matthew Taylor: Je peux commencer par l'aspect du droit pénal fédéral, et peut-être que mes collègues de Santé Canada peuvent ajouter ce qu'ils savent sur la façon dont cette disposition est mise en application.

Je pense que vous savez, monsieur MacGregor, qu'en règle générale, les mots et les lois doivent être interprétés dans leur sens ordinaire. L'utilisation de mots comme « informé » ou « offert » sont des mots de tous les jours. Il n'y a pas de sens technique ou juridique à ces termes: « être informé », « être mis au courant », « se faire donner l'information », « se faire offrir », « a reçu l'information au sujet de »...

M. Alistair MacGregor: Lorsqu'ils figurent dans une section intitulée « Mesures de sauvegarde », ces termes prennent un peu plus d'importance, n'est-ce pas?

M. Matthew Taylor: Assurément, à tout le moins en ce qui concerne leur fonctionnement... Dans la loi, ces termes ont un objectif particulier. Vous avez raison. Ces termes sont utilisés dans le cadre de mesures de sauvegarde, alors ils sont importants.

Je vais peut-être me tourner vers Mme Harper et lui demander si elle peut nous dire quelque chose sur la façon dont cela est mis en œuvre.

Mme Sharon Harper: L'une des choses que nous pouvons observer, c'est que les provinces et territoires cherchent à mettre en place ces dispositifs afin que ces cas complexes puissent être traités de manière appropriée. Certaines provinces ou certains territoires ont envisagé la création de groupes d'experts ou de comités pour soutenir l'évaluation et l'examen des cas.

D'autres prévoient la création d'équipes chargées d'effectuer des évaluations complexes, de faciliter les consultations avec des cliniciens possédant l'expertise nécessaire ou d'orienter les patients vers des traitements et des services.

Les provinces et territoires essaient de rassembler les ressources qui sont à leur disposition pour répondre aux exigences du Code criminel...

M. Alistair MacGregor: Merci. Je suis désolé; je veux simplement m'assurer que j'ai le temps de poser des questions.

Vous avez mentionné les traitements et les thérapies. Je pense que ce sont les deux termes. J'ai rencontré des patients aujourd'hui, et nous avons entendu le témoignage du comité mixte spécial sur les thérapies non conventionnelles qui sont utilisées, comme la thérapie qui s'appuie sur la psilocybine. C'est prometteur. Je reconnais qu'en matière de recherche, il reste encore beaucoup à faire, et c'est la mise en garde que je tiens à mentionner.

Cela dit, cette méthode s'est révélée prometteuse dans une certaine mesure pour aider les personnes en soins palliatifs à soulager l'angoisse existentielle qu'elles ressentent lorsqu'elles savent que leur fin approche. Il y a aussi, peut-être, certains espoirs pour le traitement efficace des troubles mentaux.

D'après les conversations que j'ai eues avec eux, je sais qu'il y a encore beaucoup de difficultés à surmonter avant d'obtenir une approbation, que ce soit par l'intermédiaire de l'exemption prévue à l'article 56 ou du programme d'accès spécial. Que fait Santé Canada à l'égard de ces thérapies non conventionnelles? Vous devez être au courant. Des fonds et des recherches supplémentaires sont-ils prévus pour examiner sérieusement ces alternatives?

Nous avons affaire à un changement assez monumental de notre Code criminel, et nous voulons simplement nous assurer que toutes les thérapies non conventionnelles sont explorées à leur plein potentiel et mises à la disposition des patients.

Mme Sharon Harper: Vous avez tout à fait raison. Il y a un certain nombre de thérapies qui sont en plein essor, et des gens qui disent que ces thérapies les ont vraiment aidés de bien des façons.

Malheureusement, aujourd'hui, je n'ai pas cette information avec moi, mais nous pouvons nous engager à vous fournir des renseignements à ce sujet.

M. Alistair MacGregor: Je vous en serais reconnaissant. Merci beaucoup.

Monsieur le président, je vais m'arrêter là. Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur MacGregor.

Nous allons maintenant passer aux questions d'une durée de cinq minutes, en commençant par M. Van Popta.

• (2000)

M. Tako Van Popta: Merci, monsieur le président, et merci aux témoins d'être là.

Monsieur Taylor, je vais commencer par vous.

Comme suite au témoignage de M. Lametti, j'aimerais simplement confirmer certaines choses avec vous.

Tout d'abord, je veux confirmer qu'aucun tribunal canadien n'a statué que l'exclusion de la déficience mentale de l'aide médicale à mourir MAID est inconstitutionnelle. Aucun tribunal ne nous dit que nous devons l'inclure.

M. Matthew Taylor: À ma connaissance, aucun tribunal ne l'a fait.

M. Tako Van Popta: Merci.

Ce n'est rien d'autre qu'une initiative politique qui a été lancée par le Sénat et qui est maintenant promue par le gouvernement. Pour l'instant, il ne s'agit pas d'une initiative juridique.

M. Matthew Taylor: Eh bien, c'est une initiative juridique dans la mesure où il y a un projet de loi devant le Parlement. Le Parlement a adopté l'ancien projet de loi C-7.

M. Tako Van Popta: C'est très bien. Je vous remercie.

Je veux aussi confirmer que le projet de loi C-7 a bel et bien été initié après la décision Truchon, qui était une décision d'un tribunal inférieur, et que le procureur général a décidé de ne pas faire appel, a négligé de le faire ou n'a pas fait appel à la Cour d'appel du Québec ou, si nécessaire, à la Cour suprême du Canada.

M. Matthew Taylor: C'est exact. Il n'y a pas eu d'appel.

M. Tako Van Popta: D'accord, merci.

Il y a une autre chose que je voudrais confirmer. Mon collègue en a déjà parlé. Il n'y a pas d'évaluation relative à la Charte en cours au sujet de cette nouvelle version élargie du projet de loi C-7.

M. Matthew Taylor: Aucun énoncé relatif à la Charte n'a encore été déposé au Parlement en ce qui concerne le projet de loi C-39.

Si votre question était de savoir si une évaluation relative à la Charte a été faite sur le projet de loi C-7 amendé par le Sénat, comme vous le savez probablement, les déclarations relatives à la Charte ne sont pas des documents évolutifs. Ils rendent compte des considérations relatives à la Charte qui concernent le projet de loi au moment où ce dernier est présenté.

M. Tako Van Popta: L'Énoncé concernant la Charte date d'octobre 2020. Le Sénat a renvoyé une version corrigée du projet de loi C-7, qui a été adopté environ un an plus tard. Il n'y a pas eu de nouvel énoncé concernant la Charte.

M. Matthew Taylor: En effet, puisqu'il ne s'agit pas d'un document évolutif.

M. Tako Van Popta: En réponse à une question de mon collègue sur la date où nous obtiendrions un énoncé révisé, M. Lametti a répondu que ce serait au moment opportun. Le moment opportun aurait été il y a deux ans.

M. Matthew Taylor: Eh bien, l'Énoncé concernant la Charte est exigé au titre de la Loi sur le ministère de la Justice pour toute mesure législative soumise au Parlement. Comme vous le savez, le projet de loi C-39 a été soumis récemment. Un énoncé concernant la Charte sera donc déposé.

M. Tako Van Popta: Je voulais simplement confirmer qu'il n'y a pas d'énoncé concernant la Charte associé au projet de loi révisé C-7, sous la forme qu'il avait quand le Sénat l'a renvoyé à la Chambre.

M. Matthew Taylor: C'est exact. Comme je l'ai dit, rien dans la Loi sur le ministère de la Justice n'exige la mise à jour des énoncés concernant la Charte de sorte à illustrer les changements adoptés par le Parlement.

M. Tako Van Popta: Et ce, même s'il y a eu un changement majeur?

M. Matthew Taylor: Peu importe les amendements, il n'y a pas d'exigence à cet effet.

M. Tako Van Popta: Merci pour cette précision.

Je m'adresse maintenant aux fonctionnaires du ministère de la Santé.

Le projet de loi C-7 a été adopté il y a deux ans. Il prévoit que les personnes qui ont une affection débilitante fassent l'objet d'une disposition en matière d'aide médicale à mourir, mais après une exclusion de deux ans. Au cours de ces deux années, nous devons trouver des lignes directrices et des règlements assurant leur sécurité. Où en sommes-nous à cet égard?

Je vais rapidement faire référence à une lettre du 22 octobre, donc envoyée il y a quelques mois seulement par le ministre de la Santé au comité spécial, dans laquelle on peut lire ceci: « D'ici mars 2023, nous nous attendons à ce qu'il y ait des normes de pratique et des modules de formation en place [...]. » Nous ne les avons pas encore vus, et nous sommes maintenant face à un délai d'un an, probablement parce que ces normes de pratique et ces modules de formation ne sont pas encore en place. Pourriez-vous faire un commentaire là-dessus?

Mme Sharon Harper: Absolument.

Nous nous attendons à ce que les normes de pratique soient en place en mars 2023. Actuellement, on y intègre la rétroaction de diverses personnes et d'un certain nombre d'organismes de réglementation et de cliniciens de partout au pays. On s'affaire à l'intégration de cette rétroaction. Les normes de pratique seront prêtes d'ici mars 2023; on procédera alors à leur diffusion élargie.

• (2005)

M. Tako Van Popta: C'est bien. Merci.

Dans sa déclaration, plus tôt, le ministre a dit être convaincu que nous serons prêts d'ici 12 mois à gérer l'aide médicale à mourir chez les personnes ayant une incapacité mentale.

Je voulais lui poser la question suivante, mais il n'est pas là. Je vais donc m'adresser à vous. Elle n'est en aucun cas de nature politique ou partisane. De quelle façon saurons-nous que nous sommes fin prêts, comme il l'a dit, quand il y a tant de résistance au sein du corps médical?

Le président: Je vais vous accorder du temps de réponse, mais soyez très brève, je vous prie.

Mme Sharon Harper: Je suis désolée, mais je n'ai pas entendu ce que vous avez dit.

Le président: J'ai dit d'être très brève, mais c'est une question fort complexe, alors je serai souple dans la gestion du temps.

Mme Sharon Harper: Merci.

M. Tako Van Popta: Comment saurons-nous que nous sommes fins prêts?

Mme Sharon Harper: C'est une bonne question, je crois.

Selon moi, nous en aurons une très bonne idée quand les cliniciens auront l'impression d'être bien soutenus, de disposer des ressources dont ils ont besoin pour faire les évaluations, puis de comprendre ce qu'ils doivent faire pour évaluer les personnes dont la maladie mentale est le seul facteur invoqué.

J'estime que c'est là une étape absolument cruciale.

Il faudra du temps, car ils devront être en mesure d'adopter les normes de pratique clinique. Les provinces, les territoires et les organismes de réglementation pourront adopter et adapter ces normes, puis les fournisseurs de soins pourront faire de même et les appliquer dans diverses situations.

C'est intéressant: puisque le Groupe d'experts a déclaré que, dans une certaine mesure, les cas de maladie mentale n'étaient pas si différents d'autres cas de la voie 2, ils pourront aussi utiliser ces normes de pratique clinique pour évaluer les cas qu'ils traitent actuellement.

Je crois que l'année sera des plus formatrices. Ils pourront prendre ces normes de pratique clinique et établir comment se les approprier.

Le président: Merci, monsieur Van Popta.

Passons maintenant à Mme Brière pendant cinq minutes.

Mme Élisabeth Brière: Merci, monsieur le président.

Voici ma question:

[Français]

Monsieur Taylor, est-il possible de savoir si quelque chose est constitutionnel ou non sans une décision de la cour?

[Traduction]

M. Matthew Taylor: Je crois que vous avez raison.

Au bout du compte, dans notre système juridique, au sein d'une démocratie constitutionnelle, ce sont les tribunaux qui décident si quelque chose est constitutionnel ou non.

Comme nous le savons, il y a différents points de vue dans tous les domaines du droit, et il y a la nécessité dans ces domaines de se conformer à la Charte, mais, en fin de compte, ce sont les tribunaux qui doivent trancher.

Mme Élisabeth Brière: Merci.

[Français]

Nous voulons faire les choses correctement et nous voulons aussi protéger les plus vulnérables, tout en respectant l'autonomie et la liberté de choix. Nous avons effectivement entendu beaucoup de désinformation.

Que répondez-vous à ceux qui associent « suicide » et « aide médicale à mourir »?

[Traduction]

Mme Sharon Harper: Nous sommes d'accord qu'il doit y avoir... C'est une question très délicate.

Nous sommes conscients que le suicide est une préoccupation, et nous sommes d'accord pour dire qu'il est important de faire la diffé-

rence entre les intentions suicidaires et une demande rationnelle et éclairée d'aide médicale à mourir faite par quelqu'un qui est depuis longtemps atteint d'un trouble mental.

Des professionnels de la santé nous ont dit que les psychiatres sont bien formés pour ce faire. Ils ont précisé que les évaluations du risque de suicide font déjà partie des pratiques d'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir, tout comme les efforts de prévention du suicide quand elles s'imposent.

Le Groupe d'experts a formulé des recommandations pour aider les professionnels de la santé à faire la distinction entre une demande rationnelle d'aide médicale à mourir, ce qui veut entre autres dire de nombreuses évaluations au cours d'une période donnée, « y compris, dans la mesure du possible, pendant les périodes de rémission ou d'atténuation des symptômes, et non pendant les périodes de détresse émotionnelle aiguë ou de crise ». Le Groupe précise qu'« il faut prendre en compte et évaluer les idéations suicidaires [...] afin de déterminer au mieux si le souhait du demandeur de mettre fin à sa vie par l'entremise de l'[aide médicale à mourir] représente une appréciation qu'il était apte à faire de sa situation plutôt qu'un symptôme potentiellement traitable de son trouble mental ».

Les normes de pratique en matière d'aide médicale à mourir, qui seront disponibles en mars 2023, seront utiles à cet égard.

● (2010)

[Français]

Mme Élisabeth Brière: Merci.

Au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, une psychiatre, de l'Ontario, je crois, nous a dit qu'au cours de sa carrière, qui s'échelonnait sur environ 30 ans, elle aurait donné accès à l'aide médicale à mourir à deux personnes qui avaient comme seul problème médical un trouble mental.

Avez-vous une idée des demandes qui pourraient être faites une fois que cela sera possible?

Mme Sharon Harper: Permettez-moi de répondre en anglais.

[Traduction]

D'après des comparaisons à l'international, nous nous attendons à ce que la demande soit assez faible. En 2021 et 2022, nous avons pu établir que, parmi tous les cas que nous qualifions d'aide médicale à mourir de la voie 2, seulement 2,2 % correspondaient à une mort qui n'était pas raisonnablement prévisible. C'est donc ce à quoi nous nous attendons, d'après les cas aux Pays-Bas, où 1,5 % des cas d'aide à la mort étaient liés à des affections psychiatriques.

Nous nous attendons à quelque chose de semblable en ce qui concerne les cas de la voie 2 au titre de notre loi sur l'aide médicale à mourir.

[Français]

Mme Élisabeth Brière: Tenez-vous compte de la demande qu'il y a eu au Québec, notamment, où les demandes d'aide médicale à mourir ont quand même été plus importantes que ce à quoi on s'attendait?

Tenez-vous compte de ces considérations particulières, par province?

[Traduction]

Mme Sharon Harper: Oui. Dans nos rapports de suivi, nous ventilons toute l'information par province et territoire. En fait, c'est un rapport très poussé. Actuellement, nous ne nous penchons pas sur les cas d'aide médicale à mourir en raison d'une maladie mentale, car ce n'est pas encore légal, bien sûr. Cette année, toutefois, il portera sur tous les cas de la voie 2 pour toute une année. Je crois qu'il y aura pas mal de renseignements dans ce rapport qui seront très utiles.

Le président: Merci.

Merci, madame Brière.

Nous allons conclure avec des interventions de trois minutes.

Monsieur Thériault, allez-y. Vous avez trois minutes.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci.

On a parlé de vulnérabilité. Y a-t-il plus vulnérable qu'un être humain aux prises avec une maladie incurable qui le fait souffrir à un point tel, qu'il a franchi son seuil de tolérance? C'est la raison pour laquelle je pense que le gouvernement a fait le choix judicieux de ne pas aller jusqu'en Cour suprême, alors que des gens faisaient des grèves de la faim pour se rapprocher du critère de mort naturelle vraisemblablement prévisible, parce qu'ils n'étaient plus capables de souffrir et qu'ils voulaient absolument l'aide médicale à mourir. C'est épouvantable.

La décision du juge, qui est critiquée ici par mes collègues d'à côté, consistait à dire qu'on portait atteinte au droit à la vie de la personne, étant donné que, plutôt que de s'assurer de l'aider au moment où elle franchissait son seuil de tolérance, on attendait qu'elle se suicide. Le message que cela envoie aux gens, c'est que leur seule porte de sortie est le suicide. C'est comme si on leur disait de se suicider et que ce n'est pas notre problème. De plus, ces gens auraient dû faire valoir leur cause jusqu'en Cour suprême, alors qu'ils étaient atteints d'une maladie qui les faisait souffrir de façon intolérable. Je pense que ce n'est pas le rôle de l'État. Le rôle de l'État est d'assurer des conditions nécessaires à l'exercice du libre choix.

Cela étant dit, combien de projets de loi sur l'aide médicale à mourir, à part le projet de loi C-39, étaient des initiatives parlementaires? Il n'y en a aucun. Les projets de loi C-14 et C-7 ont été suscités par les tribunaux, parce que des citoyens ont été obligés d'aller se défendre devant les tribunaux.

Or mes collègues conservateurs affirment que, s'ils avaient été au pouvoir, Mme Gladu et M. Truchon n'auraient jamais eu accès à l'aide médicale à mourir, pas plus que tous les autres qui ont souffert et qui ont pu y avoir accès grâce au projet de loi C-7, justement. Il faudrait donc peut-être se demander qui sont les plus vulnérables de notre société. À mon avis, ce sont les gens qui souffrent de maladies incurables et à qui on refuse l'aide médicale à mourir sous prétexte que l'État, bien pensant, sait mieux qu'eux ce qui bon pour eux. Au nom de quoi leur refuse-t-on cela, au juste?

Tout au long de leur vie, on consacre leur droit à l'autodétermination en leur disant: nul ne peut intervenir, dans un contexte biomédical, sans leur consentement libre et éclairé. Puis, au moment le plus intime de leur vie, soit la mort — ce n'est pas l'État qui va mourir à leur place ni leur voisin —, les conservateurs voudraient que l'État leur dise qu'il va décider à leur place parce qu'il sait ce qui est leur bien. Je regrette, mais je ne suis pas de cet avis. Je

pense donc effectivement que c'était une bonne chose d'adopter le projet de loi C-7.

Il faudra donc s'assurer d'être vraiment prêt, parce que des gens souffrent de troubles mentaux, mais ce n'est pas simple de mettre tout cela en place d'un océan à l'autre. On risque de rencontrer de la résistance sur le terrain, comme c'est le cas au Québec. En effet, certaines institutions ne veulent pas donner l'aide médicale à mourir à des gens en phase terminale, alors que ce critère fait l'objet d'un consensus d'un océan à l'autre. Ces institutions font en sorte qu'ils ne peuvent pas y avoir accès. C'est scandaleux et honteux. Il faut éviter cela.

• (2015)

[Traduction]

Le président: Soyez très prudente et succincte, je vous prie.

Une voix: Je ne crois pas que c'était une question.

Le président: C'était davantage une déclaration.

[Français]

M. Luc Thériault: Il pourrait y avoir un commentaire, même si je n'en attendais pas.

M. Matthew Taylor: Je crois que, si le ministre était ici, il serait d'accord avec vous, monsieur Thériault.

[Traduction]

Le président: Merci.

Monsieur MacGregor, vous avez trois minutes.

M. Alistair MacGregor: Merci, monsieur le président.

Le Comité mixte spécial a publié un rapport provisoire expressément là-dessus. Il a été déposé l'an dernier. Je vais simplement citer en partie sa conclusion:

Il faut mettre en place des normes de pratique et des lignes directrices claires, offrir une formation adéquate aux professionnels, faire en sorte que les patients soient rigoureusement évalués et établir un cadre de surveillance utile pour permettre l'[aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué]. Pour y arriver, il faudra la collaboration des organismes de réglementation, des associations professionnelles, des comités institutionnels et de tous les ordres de gouvernement, et il est important que tous ces intervenants soient engagés et appuyés dans le cadre de ce travail important.

Bien que du travail soit déjà en cours pour mettre en œuvre les recommandations du Groupe d'experts, des inquiétudes demeurent quant aux efforts encore requis afin de s'assurer que toutes les mesures nécessaires soient en place d'ici mars 2023....

Maintenant, j'ai pris des notes, et vous avez dit être convaincue que, d'ici mars prochain, les normes seront en place. Je sais que les gouvernements provinciaux et les organismes de réglementation en discutent déjà. Je présume que ma question est donc la suivante: dans le cadre des discussions de Santé Canada avec ses homologues provinciaux, vous attendez-vous à ce que les gouvernements provinciaux, les organismes de réglementation et les associations professionnelles acceptent à 100 % ces normes, ou vous attendez-vous à des variantes dans certaines provinces?

C'est ce qui m'intrigue. Voyez-vous, je m'attends à ce qu'elles aient toutes un intérêt direct dans le travail effectué à ce jour. Je sais que beaucoup de gens très dévoués œuvrent là-dessus. Avez-vous l'impression qu'il pourrait y avoir une variante ici et là, selon la province où l'on se trouve?

Et maintenant, elles ont un an de plus pour y penser.

Des voix: Ah, ah!

• (2020)

Mme Sharon Harper: C'est un bon point.

Dans un pays comptant 13 provinces et territoires, je m'attends à ce qu'il y ait des variantes, car ils s'intéressent beaucoup aux normes de pratique. Nous avons obtenu une excellente réaction quand nous les avons transmises à des fins de consultation et de rétroaction. Certains se sont engagés à les adopter telles quelles.

D'autres... Nous aimons bien l'expression « adopter ou adapter ». Ils vont les étudier, c'est sûr. Je crois qu'ils vont tous les étudier très attentivement, établir de quelle façon elles s'intègrent aux processus en place, puis adopteront celles qui, selon eux, renforceront leur système.

Je crois que c'est ainsi que les provinces et territoires vont probablement les aborder, mais ils sont fort enthousiastes à l'idée de pouvoir les consulter et les utiliser, puis de les intégrer à leur système.

M. Alistair MacGregor: Pour que ce soit clair, dans le Code criminel, les mesures de sauvegarde s'appliquent partout au pays, bien évidemment, mais nous parlons davantage de ce qui relève précisé-

ment des provinces et de leurs organismes de réglementation. C'est bien cela?

Mme Sharon Harper: Exactement. Elles structurent leur système en fonction du Code criminel. Le Code criminel ne change pas. Elles appliquent les pratiques médicales selon les contraintes de leurs compétences afin que le système... C'est la mise en œuvre, si vous voulez.

Le président: Merci, monsieur MacGregor.

Je tiens à remercier Mme Harper, Mme Lawless, M. Taylor et Mme Wills de leur présence à cette réunion extraordinaire. Je vous souhaite à tous une excellente soirée.

M. Tako Van Popta: N'oubliez pas de remercier les personnes à l'écran.

Le président: Oh, oui.

Merci, mesdames Klineberg et Lemaire. Désolé. J'aurais dû regarder droit devant moi.

Prenez soin de vous. 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>