

Le 9 mai 2016

Par courriel: [lcjc@sen.parl.gc.ca](mailto:lcjc@sen.parl.gc.ca)

Monsieur Bob Runciman, sénateur  
Président, Comité permanent du sénat  
sur les Affaires juridiques et constitutionnelles Sénat  
40 rue Elgin, salle 1057  
Ottawa, ON K1A 0A4

**Objet :           Projet de loi C-14 (Loi modifiant le Code criminel et apportant des  
modifications connexes à d'autres lois)**

Monsieur le Président,

L'Association canadienne de protection médicale (« ACPM ») est reconnaissante de l'occasion qui lui est donnée de participer à la consultation par le Comité permanent du sénat sur les Affaires juridiques et constitutionnelles relativement au projet de loi C-14. L'ACPM reconnaît les défis et salue les efforts du gouvernement visant à mettre sur pied un cadre législatif cohérent permettant aux Canadiens de recevoir l'aide médicale à mourir (« AMM »).

L'ACPM est un organisme de défense mutuelle sans but lucratif. Elle est le fournisseur principal d'aide médico-légale aux 93 000 médecins canadiens qui sont ses membres. Les démonstrations les plus évidentes de l'aide à ses membres sont la représentation juridique fournie à ceux-ci lors de difficultés médico-légales et les services de gestion des risques associés à la pratique de la médecine.

Les membres font déjà appel à l'aide de l'ACPM pour des réponses à leurs interrogations relativement à l'AMM, notamment suite aux demandes de leurs patients voudraient se prévaloir de l'AMM. Dans cette perspective, le point principal de l'ACPM dans ses recommandations de modifications au projet de loi est le besoin que la loi définisse les critères d'admissibilité et les mesures de sauvegardes de façon claire et explicite, tout en assurant que les professionnels de la santé ne soient pas exposés à des sanctions criminelles pour une participation de bonne foi à l'AMM.

**Conformité aux lois, règles ou normes provinciales applicables (Par. 241.2(7))**

L'ACPM recommande que le par. 241.2(7) soit éliminé. Ce paragraphe prévoit actuellement que l'AMM doit être « fournie avec la connaissance, les soins et l'habileté raisonnables et en conformité avec les lois, règles ou normes provinciales applicables ». L'ACPM appuie la notion que l'AMM soit fournie conformément aux lois, règles ou normes, mais est toutefois d'avis que ce paragraphe n'a pas sa place dans une loi criminelle

En raison du libellé actuel du par. 241.2(7), de concert avec l'art. 241, médecins pourraient être sujet à des sanctions criminelles pour avoir été en contravention de lois, règles ou normes provinciales, notamment des normes qui sont de nature purement administrative. L'exemption prévue au par. 227(1), en vertu de laquelle le praticien ne commet pas une infraction criminelle lorsque l'AMM est pratiquée en conformité de l'art. 241.2, ne serait pas disponible aux médecins qui ne

respectent pas le par. 241.2(7) (notamment en n'étant pas conforme à une norme de pratique dans un des aspects de l'AMM).

Les professionnels de la santé doivent respecter les normes de pratiques lorsqu'ils prodiguent des soins, qu'une disposition comme le par. 241.2(7) existe ou non. Il est généralement accepté que les professionnels de la santé qui sont négligents dans l'exercice de leurs fonctions soient sujets à des procédures civiles ou réglementaires. Ceux-ci ne devraient toutefois pas être sujets à des sanctions criminelles en raison d'une pratique non conforme aux normes de pratique ou aux politiques d'un organisme règlementaire (Collège). Les infractions criminelles ne devraient pas être fondées sur des normes civiles ou réglementaires.

De plus, dans le libellé actuel, la l'exemption au par. 227(1), n'est pas disponible au professionnel de la santé qui, malgré la croyance de bonne foi qu'il respecte les exigences provinciales ou territoriales, est en écart d'une norme applicable. Les dispositions de bonne foi ne s'appliquent qu'aux praticiens qui prodiguent l'AMM en conformité de l'art. 241.2, donc ne s'appliqueraient pas dans l'éventualité du bris d'une norme visée au par. 241.2(7).

Il est important, afin d'encourager la participation des professionnels de la santé à l'AMM et, par conséquent, s'assurer d'un accès approprié des patients à l'AMM, de prévoir clairement que les professionnels de la santé bien intentionnés, agissant de bonne foi, ne feront pas l'objet de poursuites criminelles.

#### **Conseiller à une personne de se donner la mort (Art. 241)**

Le projet de loi C-41 devrait être modifié pour prévoir explicitement qu'aucun fournisseur de soins ne peut être coupable de l'infraction d'avoir conseillé à une personne de se donner la mort, contrairement à l'art. 241, en donnant de l'information relativement à l'AMM lors d'une discussion avec le patient explorant les options médicales disponibles.

Tel que libellé présentement, l'al. 241(2)a) prévoit qu'un praticien est coupable d'un acte criminel et passible d'une peine d'emprisonnement de 14 ans, pour conseiller ou encourager une personne à se donner la mort. L'exception prévue au par. 241(2) prévoit qu'un praticien ne commet pas une infraction criminelle en aidant une personne à se donner la mort dans le contexte de l'AMM. Cette exception, toutefois, n'inclut pas le conseil à une personne de se donner la mort. Sans une telle exemption, il n'est pas clair qu'un médecin, qui soulève ou discute de l'option de l'AMM avec un patient dans le cadre de la provision de soins, peut être en violation des dispositions du Code criminel et peut faire l'objet de sanctions criminelles. Il est important que les praticiens ne craignent pas de faire l'objet de poursuite criminelle pour avoir soulevé l'AMM avec leurs patients ou pour avoir discuté des options de soins de ce patient avec d'autres professionnels de la santé, lorsque de le faire est médicalement approprié.

#### **Clarté relativement aux critères d'admissibilité et aux mesures de sauvegarde (art. 241.2)**

Le critère d'admissibilité exigeant des « problèmes de santé graves et irrémédiables », au par. 241.2(2) et l'exigence que le fournisseur soit « indépendant » au par. 241.2(6), devraient être définis de façon plus explicite pour assurer un accès approprié à l'AMM tout en protégeant les patients vulnérables.

Le projet de loi C-14 devrait énoncer sans équivoque si le patient doit, ou non, être en fin de vie pour

être admissible à l'AMM. Une incertitude existe à l'heure actuelle relativement à la signification voulue à l'exigence, à l'al. 241.2(2)d), que la « mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de [la] situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à [l'] espérance de vie. ». Le document *Contexte législatif* publié par le ministère de la Justice indique que « l'admissibilité ne serait pas limitée aux personnes qui se meurent d'une maladie mortelle », mais ceci ne découle pas clairement du libellé actuel du projet de loi C-14.

Si l'intention est qu'il n'est pas nécessaire que le patient soit en fin de vie, l'al. 241.2(2)d) devrait être modifié pour prévoir que la « mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible, que celle-ci soit imminente ou non ». Si, à l'opposé, l'intention est d'exiger que le patient soit en fin de vie, l'alinéa devrait mentionner que la « mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible et est imminente ».

L'ACPM recommande aussi que soit éliminée la mention, à l'al. 241.2(2)d) « sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie » dans la définition de « problèmes de santé graves et irrémédiables ». Cet élément de la définition n'aide pas le professionnel de la santé à déterminer le sens voulu à l'al. 241.2(2)d). Il est contradictoire d'affirmer qu'il n'est pas nécessaire qu'un pronostic ait été établi tout en exigeant un pronostic que la mort naturelle est prévisible.

L'al. 241.2(6)c) devrait aussi être retiré en raison de son manque de clarté. L'exigence qu'un praticien ne soit pas lié à l'autre praticien ou à la personne qui fait demande « de toute façon qui porterait atteinte à son objectivité » est trop vague et subjective pour constituer le fondement d'une infraction criminelle. Le but d'assurer l'indépendance des fournisseurs de soins peut raisonnablement être atteint par les exigences retrouvées aux al. 241.2(6)a) et b). Une réglementation devrait aussi être élaborée relativement aux façons par lesquelles un fournisseur de soins peut confirmer que les témoins sont indépendants au sens de l'al. 241.2(3)c).

En raison de la possibilité de poursuites criminelles lorsque les conditions ne sont pas respectées, l'accès des patients à l'AMM peut être compromis si les fournisseurs de soins ont des doutes sur les critères d'admissibilité ou sur l'exigence d'indépendance. L'ACPM est par ailleurs heureuse que les autres critères, notamment celui de l'âge requis et celui traitant de la non-admissibilité des demandes anticipées, soient sans ambiguïtés.

### **Croyance raisonnable, mais erronée (Par. 241(6))**

La protection au par. 241(6) devrait être bonifiée pour inclure également les instances civiles et disciplinaires pour les fournisseurs de soins qui agissent de bonne foi. La disposition ne prévoit actuellement qu'une protection à l'égard des sanctions criminelles. Rassurer les fournisseurs qu'ils ne seront pas passibles d'accusations ou de procédures criminelles, civiles ou réglementaires lorsqu'ils agissent de bonne foi est un aspect important pour encourager l'offre d'AMM et en assurer l'accès aux patients.

Par exemple, la *Loi sur l'aéronautique* fédérale prévoit une telle protection aux médecins qui répondent à leur devoir de signaler un patient qui est susceptible de constituer un risque pour la sécurité aérienne.

Le paragraphe 6.5(4) de la *Loi sur l'aéronautique* prévoit qu'« Il ne peut être intenté de procédure judiciaire, disciplinaire ou autre contre un médecin ou optométriste pour l'acte accompli de bonne foi

en application du présent article ». Une disposition semblable se retrouve dans la loi du Vermont sur la fin de vie, qui prévoit qu'« Un médecin sera protégé de toute responsabilité civile ou criminelle ou d'une action en discipline professionnelle pour toute action ou actions faites en conformité de bonne foi avec les dispositions de ce chapitre [notre traduction] »<sup>1</sup>. Reconnaisant le rôle unique que jouent les médecins auprès de leurs patients, une disposition semblable devrait être prévue à la loi fédérale.

### **Sanctions disproportionnées (Art. 241.3 et 241.31)**

Les sanctions proposées à l'art. 241.3 et aux par. 241.34(4) et (5) sont disproportionnées à la nature relativement mineure des infractions. Une peine maximale représentant une amende, sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, serait suffisante dans les circonstances. Le libellé actuel prévoit qu'un fournisseur de soins pourrait être emprisonné pour une période jusqu'à cinq ans pour avoir omis d'informer un pharmacien que la substance prescrite était destinée à l'AMM ou pour une période jusqu'à deux ans pour un non-respect des obligations de rapporter ou pour une contravention aux règlements à l'égard de la provision ou la collecte d'information relative à l'AMM. De telles sanctions sont excessives et ne sont pas nécessaires lorsque des peines moins onéreuses auraient un effet dissuasif suffisant.

### **Interaction avec la législation provinciale/territoriale**

Le projet de loi C-14 devrait traiter explicitement de quelle loi aurait préséance dans l'éventualité d'un conflit entre le Code criminel et une loi édictée par une province ou un territoire relativement à l'AMM. Une solution possible est d'inclure une disposition au projet de loi prévoyant que le *Code criminel* ne supplantera pas une disposition substantivement similaire ou d'effet équivalent dans une législation provinciale ou territoriale. Alors que ceci n'est pas une préoccupation majeure lorsque la législation provinciale ou territoriale est plus restrictive que le *Code criminel*, il est possible qu'une loi provinciale ou territoriale relative à l'AMM soit moins restrictive que le projet de loi C-14. Dans de telles circonstances, l'accès à l'AMM pourrait être perturbé si les fournisseurs de soins ont des doutes à savoir quelle loi aura préséance, sur la seule base de la doctrine de la prépondérance.

Par exemple, la loi québécoise exige que le patient en « fin de vie » pour être admissible à l'AMM et limite l'offre de l'AMM aux situations où le médecin administre le médicament (c'est-à-dire que le médecin ne peut prescrire le médicament au patient qui se l'administrera lui-même). Le projet de loi C-14, quant à lui, exigerait que la mort naturelle soit devenue « raisonnablement prévisible » et permet aux infirmières ou médecins soit d'administrer la substance létale, ou de la prescrire au patient pour que celui-ci se l'administre lui-même.

Une suggestion pour résoudre les incohérences entre les cadres fédéral et provinciaux/territoriaux serait de prévoir une disposition, à la loi fédérale, permettant de reconnaître les dispositions législatives provinciales ou territoriales substantiellement similaires ou effectivement équivalentes lorsqu'approprié. Une telle approche n'est pas sans précédent en droit canadien.

### **Objection de conscience**

L'ACPM recommande que la brève référence au droit de conscience, retrouvée au préambule, soit

---

<sup>1</sup> *Patient Choice and Control at End of Life Act*, Sec. 1, 18 VSA c 113), §5290.

bonifiée étant donné l'importance pour les fournisseurs de soins que leur liberté de conscience soit respectée dans ce domaine.

Des soins de fin de vie efficaces et empathiques exigent qu'un lien de confiance fort existe entre le patient et son médecin. Dans le contexte de l'AMM, et au soutien de ce lien de confiance, l'ACPM est d'avis que la loi fédérale devrait traiter du droit du médecin, fondé sur des motifs de conscience ou de religion, de ne pas être forcé d'aider un patient à mourir. La Cour Suprême du Canada a clairement dit, dans *Carter c. Canada*, que rien dans sa décision ne devait être interprété comme forçant le médecin à administrer l'AMM.

Dans cette veine, il serait notamment possible d'envisager, dans le préambule du projet de loi C-14, un libellé semblable à ce qui se retrouve dans le document *Contexte législatif* pour le projet de loi C-14 à l'effet que « Rien dans cette loi n'a pour effet de contraindre les fournisseurs de soins de santé à fournir une telle aide qui pourrait par ailleurs porter atteinte aux droits que leur garantit l'alinéa 2a) de la *Charte des droits et libertés* ». Un libellé semblable se retrouve au préambule d'autres lois fédérales, notamment la *Loi sur le mariage civil*, qui prévoit :

Attendu :

(...)

que chacun jouit de la liberté de conscience et de religion au titre de l'article 2 de la Charte canadienne des droits et libertés;

que la présente loi n'a pas pour effet de porter atteinte à la garantie dont fait l'objet cette liberté, en particulier celle qui permet aux membres des groupes religieux d'avoir et d'exprimer les convictions religieuses de leur choix, et aux autorités religieuses de refuser de procéder à des mariages non conformes à leurs convictions religieuses;

## Conclusion

Nous espérons que ces commentaires seront utiles au Comité permanent. C'est avec plaisir que nous vous ferions parvenir de l'information ou des représentations supplémentaires, si l'expérience de l'ACPM relativement aux questions médico-légales en contexte de fin de vie pouvait être utile au Comité

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Hartley S. Stern, MD, FRCSC, FACS  
Directeur général

HSS/lg

C. Jessica Richardson, greffière