

EVIDENCE

OTTAWA, Tuesday, November 24, 2020

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met this day with videoconference at 10 a.m. [ET] to examine the subject matter of Bill C-7, An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying).

Senator Mobina S. B. Jaffer (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, I declare this meeting in session.

My name is Mobina Jaffer, I'm from British Columbia and it is my honour to chair this committee today. We are conducting another hybrid meeting. Thank you again, senators, for your patience as we adapt to this new way of holding meetings.

[*Translation*]

Before we begin, I would like to make a few helpful suggestions. I would remind you that, when you speak, you must be on the same channel as the language in which you are speaking. Should you experience technical difficulties, particularly with regard to the interpretation, please report them to the chair or clerk, and we will do our best to solve the problem.

[*English*]

Please note that all members need to ensure that they are able to participate fully. If, for any reason, you are not able to hear the translation or you are not able to hear the proceedings, please let us know right away.

Senators, I know that most of you want to ask questions of our panel, so I ask that you only signal to the clerk through the Zoom chat if you do not have a question. Otherwise, I will call all members for questions. If you are not a member of the committee, please signal to the clerks if you have a question and I will try my very best to accommodate you, but I do anticipate the time to be short.

Senators, as I suggested to you yesterday, we will only have four minutes per senator, per member. I will do my best to get everyone who wants to ask a question to ask a question, but I also ask you, senators, to do your best to have short questions so the witness can answer. Unfortunately, if for an unforeseen reason your question and answer is longer than four minutes, I will be forced to cut the witness off, and I apologize for that.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mardi 24 novembre 2020

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd'hui, à 10 heures (HE), avec vidéoconférence, pour examiner la teneur du projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir).

La sénatrice Mobina S. B. Jaffer (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, je déclare la séance ouverte.

Je m'appelle Mobina Jaffer, je viens de la Colombie-Britannique et j'ai l'honneur de présider la présente séance du comité. Nous poursuivons nos délibérations selon une formule hybride. Je vous remercie, chers collègues, de vous montrer patients le temps que nous nous adaptons à cette nouvelle manière de tenir nos réunions.

[*Français*]

Avant de commencer, j'aimerais vous faire part de plusieurs suggestions utiles. Je vous rappelle que, lorsque vous parlez, vous devez être sur la même chaîne que la langue dans laquelle vous parlez. Si vous éprouvez des difficultés techniques, notamment en ce qui concerne l'interprétation, veuillez le signaler à la présidente ou au greffier, et nous nous efforcerons de résoudre le problème.

[*Traduction*]

Je vous demanderais à tous de vous assurer que vous pourrez participer pleinement à la réunion. Si, pour une raison quelconque, vous n'entendez pas les interprètes ou les délibérations, veuillez nous en informer sans délai.

Je sais que tous les sénateurs ont des questions pour nos témoins. Si vous n'avez pas de question, je vous prie de le signaler au greffier en utilisant la fonction de clavardage de l'application Zoom. Autrement, je vais appeler chaque membre à tour de rôle et vous pourrez poser vos questions. Si vous n'êtes pas membre du comité, transmettez une notification aux greffiers si vous avez une question et je vais faire de mon mieux pour vous permettre de la poser, mais je vous signale que nous avons des contraintes de temps.

Comme je l'ai proposé hier, chaque sénateur disposera de quatre minutes. Je ferai de mon mieux pour vous permettre de poser vos questions, mais je vous demanderais d'être aussi brefs que possible pour laisser le temps aux témoins de répondre. Si, pour une raison imprévue, la question et la réponse prennent plus que quatre minutes, je devrai interrompre le témoin. Je vous demande pardon à l'avance si cela se produit.

Senators, it is my real pleasure today to welcome, for our first panel, Professor Trudo Lemmens, Professor and Scholl Chair in Health Law and Policy, Faculty of Law, University of Toronto, and Professor Jocelyn Downie, Professor, Health Law Institute, Dalhousie University.

[Translation]

I would like to take a few moments to introduce the members of the committee who are taking part in today's meeting.

We have Deputy Chair Senator Batters, Senator Boisvenu, Senator Boyer, Senator Carignan, the critic of this bill, Senator Petitclerc, the sponsor of the bill, Senator Dalphond, Senator Dupuis, Senator Keating, Senator Gold and Senator Martin.

[English]

We also have Senator Kutcher and Senator Pate.

[Translation]

On behalf of all the members of the committee, thank you for being here today. Committee members will have questions for you following the presentations.

[English]

We will now start with Professor Lemmens.

Trudo Lemmens, Professor and Scholl Chair in Health Law and Policy, Faculty of Law, University of Toronto, as an individual: Honourable senators, I appreciate the opportunity to present to you today. My work on MAID is informed by my study of international and Canadian MAID practices and law and my participation in the Council of Canadian Academy's expert panel.

In the brief we submitted to the senators, we explore how the bill undermines the balance the current MAID law tries to achieve between the interest of some in controlling the manner and timing of their death and the protection of people when they are vulnerable, the reaffirmation of our equal valuing of the lives of people who are elderly, ill or disabled, and suicide prevention.

The bill prioritizes the right to liberty of some over the duty of the state to protect life, and this in a discriminatory way. Our Supreme Court has reaffirmed the state's Charter obligation to protect life. The bill undermines it for people with disabilities and chronic illness, depriving them of the equal protection against premature death that all others continue to receive outside of the end-of-life context. This also violates the

Honorables sénateurs, nous avons le grand bonheur d'accueillir aujourd'hui un premier groupe de témoins formé de M. Trudo Lemmens, professeur et titulaire de la chaire Scholl en droit et politique de la santé à la Faculté de droit de l'Université de Toronto, ainsi que Mme Jocelyn Downie, professeure au Health Law Institute de l'Université Dalhousie.

[Français]

Je voudrais prendre quelques minutes pour présenter les membres du comité qui participent à la réunion d'aujourd'hui.

Il s'agit de la vice-présidente, la sénatrice Batters, du sénateur Boisvenu, de la sénatrice Boyer, du sénateur Carignan, porte-parole du projet de loi, de la sénatrice Petitclerc, la marraine du projet de loi, du sénateur Dalphond, de la sénatrice Dupuis, de la sénatrice Keating, du sénateur Gold et de la sénatrice Martin.

[Traduction]

Les sénateurs Kutcher et Pate participent également aux travaux du comité.

[Français]

Au nom de tous les membres du comité, je vous remercie d'être ici aujourd'hui. Après les présentations, les membres du comité auront des questions à vous poser.

[Traduction]

Je donne sans plus tarder la parole à M. Lemmens.

Trudo Lemmens, professeur et titulaire de la chaire Scholl en droit et politique de la santé, Faculté de droit, Université de Toronto, à titre personnel : Je vous remercie, honorables sénateurs, de me donner l'occasion de m'adresser au comité. Mes travaux sur l'aide médicale à mourir, ou AMM, tirent profit de mes recherches sur les pratiques et le droit en la matière au Canada et dans le reste du monde, ainsi que de ma participation au groupe d'experts du Conseil des académies canadiennes.

Dans le mémoire que nous avons présenté aux sénateurs, nous examinons comment le projet de loi fragilise l'équilibre que la loi actuelle sur l'AMM tente d'établir entre l'intérêt de ceux qui veulent décider par eux-mêmes des circonstances et du moment de leur décès d'une part et, de l'autre, la nécessité de protéger les personnes vulnérables, la confirmation de la valeur égale qu'il faut accorder à la vie des personnes âgées, malades ou handicapées, ainsi que la prévention du suicide.

Le projet de loi fait passer le droit à la liberté de certains avant le devoir de l'État de protéger la vie, et il le fait de manière discriminatoire. La Cour suprême du Canada nous a rappelé l'obligation de protéger la vie qui est inscrite dans la Charte. Le projet de loi manque à cette obligation à l'égard des personnes handicapées et atteintes d'une maladie chronique parce qu'il les prive de la protection contre une mort prématurée dont

international human rights norms. The UN Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities explicitly stated that:

... access to assisted dying should be restricted to those who are at the end of life; having an impairment should never be a reason for assisted dying to be permitted.

I want to draw your attention to other specific problems we have with the bill. They are connected to the bill's failure to take seriously the complex nature of suffering, the economic, social and cultural forces that impact on it and that determine how we can cope with it. I would flag here the disproportionate impact of the pandemic and pandemic policy measures on oppressed and vulnerable people in this context already as a red flag. It also ignores the crucial supportive role of health care providers and the radical nature and harm of ending people's lives.

This is reflected in the rhetoric around the urgency of the bill, the reduction of current safeguards and the criticism by some on the already insufficient safeguard, in our view, of the 90-day assessment period for people whose death is not reasonably foreseeable.

Take the example of the removal of the reflection period, which exists in other jurisdictions. Its goal is to address the well-documented ambiguity of people's desire to die. It aligns with the Supreme Court's emphasis on the need for clear consent and can already be shortened under the current bill. The argument for removal is that it cruelly imposes suffering on people who made up their mind already, but that ignores that it protects people who may have weeks, months or even years of further meaningful life. There is, to my knowledge, no legal, ethical or medical expertise that permits us to confidently conclude that the suffering of some associated with the delay outweighs the risk that others are prematurely deprived of their life. The organization of the wait period could indeed be improved, and there are also other measures to address pain and suffering, but nothing can undo a person's death. It seems perfectly reasonable in public policy to err on the side of prudence.

continuent de jouir toutes les autres personnes à l'extérieur du cadre de l'aide médicale à mourir. Le projet de loi viole en outre les normes internationales en matière de droits de la personne. Voici ce qu'a déclaré à ce sujet la rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées :

[...] l'accès à l'aide à mourir doit être restreint aux personnes qui sont en fin de vie. Une déficience ne doit jamais servir de justification pour autoriser l'aide médicale à mourir.

D'autres aspects préoccupants du projet de loi méritent notre attention. Ils sont tous liés au peu de sérieux avec lequel il traite la nature complexe de la souffrance et la manière dont les forces économiques, sociales et culturelles peuvent peser sur cette souffrance et déterminer la capacité d'une personne à y faire face. Il suffit de penser aux répercussions disproportionnées qu'ont eues la pandémie et les mesures politiques associées pour les personnes opprimées et vulnérables qui vivaient déjà dans un contexte difficile. Le projet de loi ne tient pas compte non plus du rôle de soutien des fournisseurs de soins de santé et de la nature radicale et préjudiciable du geste d'aider une personne à mourir.

Tout cela transparaît dans la rhétorique utilisée pour nous convaincre de l'urgence d'adopter le projet de loi, dans l'effritement des mesures de protection et dans les critiques de certains eu égard à la protection déjà insuffisante, selon nous, que procure la période d'évaluation de 90 jours pour les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible.

Je vais m'attarder plus longuement sur l'élimination de la période de réflexion qui est pourtant exigée par d'autres administrations. Elle est jugée nécessaire en raison du phénomène bien établi de l'ambiguïté inhérente au désir de mourir. Cette exigence s'inscrit tout à fait dans la vision de la Cour suprême, qui insiste pour que le consentement soit éclairé. D'ailleurs, le cadre législatif actuel permet déjà de raccourcir la période de réflexion. L'argument invoqué pour éliminer cette période est la souffrance cruelle qu'elle impose aux personnes qui ont déjà pris leur décision, mais il fait fi de la protection qu'elle procure à tous les autres qui ont peut-être des semaines, des mois, voire des années à vivre une vie pleine de sens. À ce que je sache, nous ne disposons d'aucune expertise juridique, éthique ou médicale qui justifie de faire primer la souffrance qu'inflige un délai à certaines personnes sur le risque que d'autres soient prématurément privées de leur vie. À n'en pas

The combination of a broadly interpreted reasonable foreseeable death criterion and removal of confirmation of consent also introduces advance requests for MAID. Parliament is expected to discuss this issue based on the expert panel's review of the complex and ethically charged evidence. Nothing in the *Truchon* decision obliges the government to introduce this now quickly.

We further discuss in our brief how the provision that should protect incapable persons of being killed when they physically resist is rendered rather meaningless by the bill's "for greater certainty" provision.

A last key concern is that, unlike in any other jurisdiction, the bill will not require that all other treatment options be made available and explored first for people who may have years or decades of life left. The new bill thereby fails to treat MAID as an absolute last-resort option. This alters health care providers' professional and legal obligations related to the standard of care. Patients cannot insist that physicians actively provide something that violates the professional standard of care and that is not medically indicated. Making access to some interventions conditional on trying other conditions first is not unusual and is a most minimal requirement when the active intervention required from physicians results in death. By only requiring that people have to consider all options, the bill fails to provide the protection that takes into consideration the uniqueness of the health care provider-patient relationship, the key supportive role of providers and the radical nature of MAID. It exemplifies how the bill prioritizes individual choice for death in a way that radically departs from our current understanding of the obligations of our political, legal and health care communities to promote care and ensure inclusion and equal protection of people's lives.

Thank you. I look forward to your questions.

The Chair: Thank you, professor. Now we will go on to hear from Professor Downie.

Jocelyn Downie, Professor, Health Law Institute, Dalhousie University, as an individual: Thank you for inviting me to speak with you today. My name is Jocelyn

douter, il y aurait lieu d'améliorer les modalités prévues pour cette période d'attente et de prendre d'autres mesures pour amoindrir la douleur et la souffrance, mais il n'y a plus rien à faire une fois le décès prononcé. Il serait tout à fait raisonnable d'édicter une politique publique qui pêche par excès de prudence.

Par ailleurs, l'effet combiné du critère de mort raisonnablement prévisible librement interprété et de l'élimination de la confirmation du consentement est de favoriser les demandes anticipées d'aide médicale à mourir. Le débat parlementaire sur cette question devrait être fondé sur l'analyse qu'a faite le groupe d'experts des données probantes complexes et très délicates sur le plan éthique. Rien dans la décision *Truchon* n'oblige le gouvernement à se précipiter pour adopter cette mesure.

Dans notre mémoire, il est question également de la manière dont le paragraphe intitulé « Précision » vide de son sens la disposition censée nous empêcher de donner la mort à des personnes inaptes qui opposent une résistance physique.

Un dernier grand sujet de préoccupation pour nous tient au fait que le projet de loi, contrairement à ce qui se fait ailleurs, ne nous oblige pas à offrir et à essayer toutes les autres options de traitement pour les personnes qui pourraient vivre encore des années, voire des dizaines d'années. Conséquemment, l'AMM n'est pas présentée comme une solution de dernier recours dans le nouveau projet de loi. Il s'agit d'un écart par rapport aux obligations professionnelles et juridiques que leurs normes de conduite imposent aux fournisseurs de soins. Les patients ne peuvent pas forcer leur médecin à leur prodiguer consciemment un traitement qui serait contraire à ces normes de conduite professionnelle et non indiqué sur le plan médical. Il n'est pas inhabituel que l'accès à certaines interventions soit conditionnel à l'essai d'autres approches, et c'est le moins que l'on puisse exiger si ce qui est demandé au médecin est une aide à mourir. En imposant comme unique condition d'avoir envisagé toutes les options, le projet de loi n'offre pas la protection que garantit la relation unique entre un patient et le fournisseur de soins de santé, il prive le patient du soutien essentiel du fournisseur de soins et il fait fi de la nature radicale de l'aide médicale à mourir. Cela illustre parfaitement la priorité accordée au droit individuel de choisir le moment de sa mort dans le projet de loi, une vision qui est aux antipodes du devoir qui selon nous incombe aux milieux politiques, juridiques et de la santé de promouvoir la santé et de veiller à l'inclusion et à la protection égales de la vie de toutes les personnes.

Merci. Je serai heureux de répondre à vos questions.

La présidente : Merci, monsieur Lemmens. C'est au tour de Mme Downie de nous présenter ses observations.

Jocelyn Downie, professeure, Health Law Institute, Université Dalhousie, à titre personnel : Merci de m'avoir invitée à m'exprimer devant le comité. Je m'appelle Jocelyn

Downie and I am a professor in the faculties of law and medicine at Dalhousie University. Given time constraints, I'm going to cut to the chase.

There are many aspects of Bill C-7 that are positive and should be protected from amendment during this process. They will better realize the objectives of the legislation and respect the rights and serve the interests of Canadians.

They include, first, removing "reasonably foreseeable" as an eligibility criterion. This removes an unconstitutional criterion.

Second, providing for final consent waiver for some individuals reduces dying earlier than they otherwise would, it reduces people refusing pain medication in order to avoid losing capacity, and it reduces people having to suffer if they lose their access to MAID because they unexpectedly lose capacity or lose capacity before a provider can get to them.

Third, reducing the witness requirement removes a burden on access that did not provide a compensatory benefit of protection.

Fourth, removing the ten-day waiting period removes an arbitrary and both over- and under-inclusive ten-day period of, by definition, enduring an intolerable suffering.

Fifth, expanding the reporting requirements facilitates insight into implementation, particularly in relation to barriers to access.

These positive aspects of Bill C-7 are based on the *Truchon* decision and, in turn, based on the Charter, in the massive public consultation that was conducted by the government last winter and in the empirical evidence that researchers have been gathering since Bill C-14 came into effect.

There are, however, some aspects of the bill that should be amended if the legislation is to realize its objectives, respect the rights and serve the interests of Canadians and be consistent with the *Carter* and *Truchon* decisions and compliant with the Charter.

I focus today on but one of them, the mental illness exclusion. The mental illness exclusion is indefensible for multiple reasons. It is stigmatizing of mental illness, relying on the notion that every mental illness is curable and feeds the false belief that people with mental illness would get better if they just tried harder. Also, it doesn't take much imagination to see how the phrase "mental illness is not considered to be an illness, disease or disability" might perpetuate the harmful idea that mental illness is not a real illness.

Downie, et je suis professeure dans les facultés de droit et de médecine de l'Université Dalhousie. Comme je n'ai pas beaucoup de temps, je vais aller droit au but.

Le projet de loi C-7 renferme des éléments valables qui ne doivent pas être touchés par le processus de réforme en cours. Ces éléments contribueront davantage à l'atteinte des objectifs de la mesure législative, au respect des droits ainsi qu'à la défense des intérêts des Canadiens.

Premièrement, nous appuyons l'élimination du critère d'admissibilité lié à la mort « raisonnablement prévisible », qui est inconstitutionnel.

Deuxièmement, la renonciation au consentement final dans certains cas réduit le risque que des personnes meurent prématurément, qu'elles ne demandent pas d'analgésiques par crainte de perdre leur faculté à consentir, ou qu'elles souffrent indûment si l'aide médicale à mourir leur est refusée parce qu'elles sont devenues inaptes pour une raison inattendue ou avant que le fournisseur puisse leur prodiguer l'aide à mourir.

Troisièmement, l'assouplissement de l'obligation relative aux témoins abolit un obstacle à l'accès qui n'offrait par ailleurs aucune protection.

Quatrièmement, l'élimination du délai arbitraire de 10 jours, qui était à la fois trop long et trop court, permet d'alléger des souffrances qui sont par définition intolérables.

Cinquièmement, l'élargissement des exigences de déclaration nous donnera une meilleure idée de la mise en œuvre, et notamment pour ce qui a trait aux obstacles à l'accès.

Ces aspects positifs du projet de loi C-7 sont fondés sur la décision *Truchon* et, par conséquent, sur la Charte, sur les résultats de la vaste consultation publique de l'hiver dernier ainsi que sur les données empiriques recueillies par les chercheurs depuis l'entrée en vigueur du projet de loi C-14.

Cependant, d'autres éléments du projet de loi devront être modifiés pour assurer l'atteinte des objectifs législatifs, la protection des droits et des intérêts des Canadiens, la conformité aux jugements *Carter* et *Truchon* et le respect de la Charte.

Aujourd'hui, je vais me concentrer sur l'exclusion de la maladie mentale qui, pour de multiples raisons, n'a aucune raison d'être. Cette exclusion stigmatise la maladie mentale parce qu'elle part du principe que toutes les maladies mentales se soignent et nourrit la fausse croyance selon laquelle les personnes atteintes n'ont qu'à se forcer pour aller mieux. Par ailleurs, il ne faut pas être devin pour anticiper qu'un libellé comme « la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap » risque de perpétuer le

It is also discriminatory. It breaches section 15 of the Charter. It is simultaneously overly broad and impermissibly vague, thus breaching section 7 of the Charter and not being able to be saved by section 1. It is conceptually incoherent, given that the bill allows for MAID for a mental illness where there is a physical co-morbidity, yet the issues for MD-SUMC about prognosis and capacity assessments can be identical for mental illness with physical co-morbidity.

It is clinically unintelligible. Clinicians do not draw sharp lines between mental and physical; that's a distinction that flies in the face of modern neuroscience. The government has not provided clinicians with a basis meaningful to them for deciding which mental disorders are in and which are out of the subcategory called "mental illness."

Finally, it takes away access to MAID that is available under the current law. MAID MD-SUMC is permitted under Bill C-14 and, indeed, has been provided.

Now, all that said, I am sensitive to the concerns expressed by some clinicians to the effect that they need time to develop practice guidelines for assessing and providing MAID in the context of mental disorder as the sole underlying medical condition. The Minister of Justice has repeatedly said the government needs more time — I assume with respect to the question of how to implement MAID MD-SUMC rather than whether, as the whether question has already been answered by the courts in *Carter and Truchon*.

There is a way to respond to these concerns without doing all of the harms of the exclusion clause that I outlined above, and that is to add a sunset clause to the bill. This clause would say the mental illness exclusion provision will cease to have effect at a date not later than 12 months after this legislation has come into force. The sunset clause can be seen as similar to the court giving a suspended declaration of invalidity. It, in effect, acknowledges that the exclusion on its own is unconstitutional and should be gone, but it gives clinicians and professional and regulatory bodies time to develop practice guidelines, standards and training for the new set of MAID and MD-SUMC cases that will be eligible under Bill C-7. We have good grounds to believe this is doable as the Quebec Association of Psychiatrists has just done it.

préjugé dangereux voulant que la maladie mentale ne soit pas une vraie maladie.

Il est aussi discriminatoire puisqu'il viole l'article 15 de la Charte. Ce libellé à la fois trop large et trop vague contrevient à l'article 7 de la Charte sans pouvoir être sauvegardé par l'article premier. Sur le plan conceptuel, le paragraphe est incohérent puisque le projet de loi autorise l'AMM si la maladie mentale s'accompagne d'une maladie physique concomitante, alors que cette condition pose les mêmes difficultés pour ce qui est du pronostic et de l'évaluation de la capacité à consentir lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée.

Sur le plan clinique, le libellé est inintelligible. Les cliniciens ne font pas une démarcation aussi tranchée entre la maladie mentale et la maladie physique. Cette distinction contredit l'état des connaissances dans le domaine de la neuroscience. Le gouvernement n'a pas fourni aux cliniciens les données probantes dont ils auraient besoin pour prendre une décision éclairée quant aux troubles mentaux qui sont englobés dans la sous-catégorie de la « maladie mentale ».

Finalement, ce libellé abolit un droit à l'AMM pourtant reconnu dans le texte législatif actuel. Le projet de loi C-14 autorise en effet l'AMM si la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée, et des personnes dans cette situation l'ont d'ailleurs déjà obtenue.

Cela étant dit, je comprends l'inquiétude exprimée par certains cliniciens qui souhaiteraient qu'on leur accorde du temps pour élaborer un guide de pratique clinique en matière d'évaluation et de prestation de l'AMM lorsque la seule condition médicale invoquée est un trouble mental. Le ministre de la Justice a répété à maintes reprises que le gouvernement a besoin de plus de temps. Je présume qu'il a besoin de temps pour déterminer comment, et non si, l'AMM sera offerte lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée puisque les tribunaux ont déjà tranché cette question dans les jugements *Carter et Truchon*.

Ces préoccupations sont légitimes et il faut y répondre, mais on peut éviter les répercussions délétères de la disposition sur l'exclusion dont je viens de parler si on ajoute une disposition de temporisation au projet de loi. Cette mesure indiquerait que la disposition d'exclusion de la maladie mentale perdrait son effet au plus tard 12 mois après l'entrée en vigueur du projet de loi. Une disposition de temporisation aurait le même effet qu'une ordonnance de suspension de la déclaration d'invalidité de la cour. Dans les faits, elle confirme que l'exclusion est en soi inconstitutionnelle et qu'il faut l'éliminer, mais elle laisse du temps aux cliniciens et aux organismes professionnels et réglementaires pour établir un guide de pratique, des normes et des formations sur les nouveaux critères d'admissibilité à l'AMM lorsque la maladie mentale est la seule condition

I close with the plea that you place the onus on the government to ensure the job gets done. They have described the exclusion clause as temporary and indicated that they plan to deal with MD-SUMC in the five-year review, but we all know there is many a slip 'twixt the cup and the legislative lip. The sunset clause reverses the onus, and it protects persons with mental illness from having to litigate for their rights.

Thank you.

The Chair: Thank you very much, Professor Downie. Professor, I want to ask you a question to clarify the sunset clause. You said one year for the sunset clause. From hearing what the minister said, my understanding was that that would take longer. Do you believe that one year would be sufficient?

Ms. Downie: I absolutely do. The Quebec Association of Psychiatrists has done it in less than a year. You also are not starting *de novo*. Psychiatrists in the Netherlands have guidelines. This is something that can be done in six months actually, but I was being generous to say a 12-month sunset clause.

The Chair: Thank you, professor.

We will now go to questions, and we start with the first question from the sponsor of the bill, Senator Chantal Petitclerc.

[Translation]

Senator Petitclerc: Thanks to our two witnesses. My question is for Ms. Downie.

I recently read some of your writings in which you made brief comments on protection of the freedom of conscience of all Canadians under section 2 of the Charter. What interests me in this instance is the people who practise medicine. We know that this right is protected by the Charter, and it is referred to in the preamble to Bill C-7 and clause 9 of Bill C-14. It's also discussed in the Supreme Court's judgment in *Carter*. In spite of all that, as you may have heard, this concern is regularly raised in the debates that we conduct here and that we will continue to conduct.

Since you've recently spoken out on the subject, I'd very much like to hear your views on the protection of freedom of conscience, particularly for those who practise medicine.

médicale invoquée au sens du projet de loi C-7. Nous avons de bons motifs de croire que c'est possible puisque l'Association des médecins psychiatres du Québec vient tout juste de le faire.

Pour terminer, je vous exhorte à faire pression sur le gouvernement pour qu'il apporte ce changement. On nous avait décrit la disposition d'exclusion comme une mesure temporaire. On nous avait aussi annoncé que la question de l'AMM lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée serait abordée dans le cadre de l'examen quinquennal, mais nous savons tous qu'il y a loin de la coupe aux lèvres quand on parle de législation. La disposition de temporisation inverse le fardeau et protège les personnes atteintes de maladie mentale d'avoir à se battre pour leurs droits.

Merci.

La présidente : Merci beaucoup, madame Downie. J'aurais besoin d'une précision concernant la disposition de temporisation. Vous avez parlé d'une mesure qui durerait une année. D'après ce que j'ai compris, le ministre a dit qu'il faudrait plus de temps. Pensez-vous vraiment qu'une année suffira?

Mme Downie : J'en suis absolument certaine. L'Association des médecins psychiatres du Québec l'a fait en moins d'un an, et vous ne partez pas de zéro. Les psychiatres des Pays-Bas ont établi des lignes directrices. Ce travail peut être fait en moins de six mois, mais j'ai voulu être généreuse en proposant une disposition qui serait en vigueur pendant un an.

La présidente : Merci, madame Downie.

Nous passons maintenant aux questions. La première intervenante sera la marraine du projet de loi, la sénatrice Chantal Petitclerc.

[Français]

La sénatrice Petitclerc : Merci à nos deux témoins. Ma question s'adresse à Mme Downie.

J'ai lu certains de vos écrits récemment dans lesquels vous avez fait de brefs commentaires sur la protection de la liberté de conscience de tous les Canadiens, conformément à l'article 2 de la Charte. Ce qui m'intéresse, en l'occurrence, concerne les personnes qui pratiquent la médecine. Nous savons que ce droit est protégé par la Charte et il en est question dans le préambule du projet de loi C-7 et à l'article 9 du projet de loi C-14. On en parle aussi dans la décision *Carter* de la Cour suprême. Malgré tout, vous l'aurez peut-être entendu, cette inquiétude revient régulièrement dans les débats que nous tenons ici et que nous continuerons de tenir.

Puisque vous vous êtes exprimée à ce sujet récemment, j'aimerais beaucoup entendre votre point de vue sur la protection de la liberté de conscience, en particulier pour ceux et celles qui pratiquent la médecine.

[English]

Ms. Downie: Conscience is protected under the Charter, and any restrictions on conscience can be challenged.

Indeed, in Ontario we had a case in which there was a restriction on conscience, which is a duty to refer that was put on by the College of Physicians and Surgeons of Ontario, and that was challenged. The clinicians were unsuccessful in court because the court said that it is not a violation of the Charter to compel referral. Nobody is compelled to provide MAID or participate in MAID. What we have is a duty of transfer of care or effective referral, and that's been found in Ontario by the Court of Appeal to be consistent with the Charter.

People keep raising this in your conversations, and it is a matter for provincial and territorial bodies. It is not a federal matter. The regulation of health care providers belongs to the provinces and territories. They then delegate that to the Colleges of Physicians and Surgeons and the Colleges of Nurses. The system is well established, and this is not new. There are lots of controversial issues, and what Canada has settled on with the provinces and territories is that clinicians do not have to participate, but they do have an obligation to refer or to transfer care of their patients to someone who will provide them with a legal service.

[Translation]

Senator Petitclerc: Thank you very much. I'm satisfied with that answer, Madam Chair.

Senator Carignan: My question is for Ms. Downie as well. Senator Petitclerc is apparently not the only one who has read your work. I have notes that you wrote this past October in which you seem to say that, under Bill C-7, there would be a more permissive attitude toward requests for medical assistance in dying for individuals suffering from Alzheimer's disease or dementia. I find it a bit hard to follow your reasoning. Can you confirm for us that this is indeed your interpretation, and can you explain why that might be the case? As I see it, to submit a request, a person must be suffering from a grievous and irremediable health problem. However, when you look at the criteria for determining what constitutes a grievous and irremediable condition, you see that the medical circumstances must be characterized by an advanced and irreversible decline of capacities. When persons suffering from dementia and Alzheimer's disease reach that stage, they find it hard to situate themselves in time and space. So I wonder whether anyone could grant their requests.

[Traduction]

Mme Downie : Le droit à la liberté de conscience est garanti par la Charte, et tout ce qui restreint cette liberté peut être contesté.

En Ontario, l'obligation de recommandation imposée par l'Ordre des médecins et chirurgiens a été perçue comme une restriction de la liberté de conscience et elle a été contestée. Les cliniciens n'ont pas eu gain de cause parce que la cour a statué que l'obligation d'orienter un patient vers un autre professionnel ne contrevient pas à la Charte. Personne n'est obligé de fournir l'AMM ou de participer à cet acte. Toutefois, nous devons veiller au transfert des soins ou à l'efficacité du processus d'orientation, un devoir que la Cour d'appel de l'Ontario a jugé conforme à la Charte.

Même si ce sujet revient constamment dans nos échanges, il relève des organismes provinciaux et territoriaux. Il ne relève pas du fédéral. La réglementation des fournisseurs de soins de santé relève des provinces et des territoires, qui peuvent déléguer ce pouvoir aux ordres des médecins et des chirurgiens ainsi qu'aux ordres des infirmières et infirmiers. C'est un régime bien établi, qui n'a rien de nouveau. De nombreuses questions suscitent la controverse. Le Canada a convenu avec les provinces et les territoires que les cliniciens ne sont pas tenus de fournir l'aide médicale à mourir, mais qu'ils ont l'obligation d'orienter les personnes qui la demandent vers un autre professionnel, ou de veiller au transfert des soins à quelqu'un qui leur fournira le service prévu par la loi.

[Français]

La sénatrice Petitclerc : Merci beaucoup. La réponse me suffit, madame la présidente.

Le sénateur Carignan : Ma question s'adresse également à Mme Downie. La sénatrice Petitclerc ne semble pas être la seule à avoir lu vos propos. J'ai des notes que vous avez rédigées en octobre 2020 où vous semblez indiquer que le projet de loi C-7 rendrait plus permissives les demandes d'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démence. J'ai un peu de difficulté à suivre votre raisonnement. Pouvez-vous nous confirmer que telle est bien votre interprétation et pouvez-vous nous expliquer comment il en serait ainsi? À mon avis, pour présenter une demande, la personne doit souffrir d'un problème de santé grave et irrémédiable. Or, lorsqu'on regarde quels sont les critères pour déterminer en quoi consiste un état grave et irrémédiable, on dit que la situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible des capacités. Pour les personnes souffrant de démence ou de la maladie d'Alzheimer, lorsqu'elles en sont à ce stade, elles ont de la difficulté à se situer dans le temps et dans l'espace. Je me demande donc si on pourrait consentir aux demandes.

[English]

Ms. Downie: Thank you for the opportunity to clarify. One of the key points here, which is a clinical one, is that people with dementia can meet the eligibility criteria under Bill C-14. In fact they can meet the fourfold criteria. You can have capacity and still already have met the criteria for reasonably foreseeable, serious and incurable advanced state of irreversible decline and capability and enduring intolerable suffering. So we have people with dementia getting MAID now under the current criteria.

When I was taken to be saying it would increase, I think that some people don't realize that people with dementia can be eligible now, so people should realize that, but also that the final consent waiver will be available to some people with dementia. You have to meet all the eligibility criteria, and in order to get the final consent waiver, you actually have to meet under Bill C-7 "reasonably foreseeable." The point was that natural death is reasonably foreseeable with dementia, and you can meet all the criteria before you have lost capacity. The final consent waiver is not the advanced request for MAID that a lot of people want, the very expansive one. It is a very narrow final consent, but some people with dementia can meet it and will be able to meet it under Bill C-7. They will be able to have access to MAID under Bill C-7 as well because their natural death will have become reasonably foreseeable before they lose capacity.

The Chair: We now go on to Senator Batters, the deputy chair of the committee.

Senator Batters: My questions are for Professor Lemmens. In your expert advisory group's February 2020 report, *Canada at a Crossroads*, you state:

Some argue that if MAiD is available to those with predictably declining medical illnesses, it must be made available to those with mental disorders or we risk discrimination. In fact, allowing MAiD for mental disorders that cannot actually be determined to be irremediable, while claiming it is being provided for an irremediable condition, would be the ultimate form of discrimination.

[Traduction]

Mme Downie : Merci de me donner la possibilité de préciser mes propos. Un aspect important, d'ordre clinique, est que les personnes atteintes de démence pourraient être admissibles selon les critères du projet de loi C-14. Elles peuvent en effet remplir les quatre volets du critère. Une personne peut être déclarée apte même après qu'il a été déterminé que sa mort est raisonnablement prévisible, que son état est grave et incurable, que le déclin de ses capacités est avancé et irréversible, et que ses souffrances sont intolérables. Par conséquent, des personnes atteintes de démence obtiennent actuellement l'aide médicale à mourir parce qu'elles satisfont aux critères en vigueur.

Quand on me fait dire qu'il y aurait probablement une augmentation... Je crois que les gens ne réalisent pas toujours que les personnes atteintes de démence sont déjà admissibles. Il faut en prendre conscience, mais il faut aussi se rendre compte que la renonciation au consentement final pourra aussi s'appliquer à certaines de ces personnes. Il faut remplir tous les critères d'admissibilité et, pour que la disposition sur la renonciation au consentement final s'applique, il faut remplir le critère de la mort « raisonnablement prévisible » aux termes du projet de loi C-7. Essentiellement, il a été tenu pour acquis que la mort naturelle est raisonnablement prévisible chez une personne atteinte de démence et qu'elle a pu remplir tous les critères avant de perdre sa capacité à consentir. Il ne faut pas confondre la renonciation au consentement final et la demande anticipée d'AMM à laquelle beaucoup de gens songent et qui a une portée très large. Il s'agit d'un consentement final à quelque chose de très précis, mais certaines personnes atteintes de démence peuvent remplir les critères actuellement et continueront de le faire au titre du projet de loi C-7. Elles seront admissibles à l'AMM en vertu du projet de loi C-7 également parce que leur mort naturelle était raisonnablement prévisible avant qu'elles perdent leur capacité à consentir.

La présidente : Je donne maintenant la parole à la sénatrice Batters, la vice-présidente du comité.

La sénatrice Batters : Mes questions s'adressent à M. Lemmens. Dans le rapport publié en février 2020 par votre groupe consultatif d'experts, intitulé *Canada at a Crossroads*, vous déclarez ce qui suit :

D'aucuns pensent que si l'AMM est offerte aux personnes qui ont un problème médical dont la dégénérescence est prévisible, il pourrait s'avérer discriminatoire d'empêcher les personnes qui ont un trouble mental d'y avoir accès. Or, le fait de donner le droit à l'AMM à une personne atteinte d'un trouble mental dont le caractère irrémédiable ne peut être attesté sous prétexte qu'elle est prodiguée au motif d'un

Professor Lemmens, given your significant legal expertise on this subject, please explain to us why excluding mental illness as a sole condition for MAID in Bill C-7 actually prevents discrimination. And also, do you believe that special safeguards and the exclusion of MAID for mental illness is important and legally valid?

Mr. Lemmens: That's a very good but very difficult question to answer in a brief period of time. The biggest problem with the bill is, obviously, that it includes particularly people with disabilities and chronic illness, and targets them into a legislative system that facilitates their death, while it continues to protect people who are not in that particular condition.

The question of excluding, then, a particular category of mental illness from this, I would say discriminatory, included group of people is, in my opinion, not discriminatory simply because there are additional reasons why it is problematic to include people with mental illness from access to MAID. That goes to the nature of mental illness, not the fact that mental illness is de facto or always irremediable, but more that the prediction of irremediability in individual cases is extremely difficult to make, and that there are difficulties in distinguishing suicide from diagnostic components of the disease; capacity assessment is more complex. I would say that the international evidence and the struggle that you see in the only two jurisdictions that allow MAID for mental illness — the Netherlands and Belgium — show how difficult the practice really is.

So if it would be deemed discriminatory, it would be saved under section 1, in the circumstances and with the evidence that we have to exclude people with mental illness from the applicability of the law. I would emphasize, again, that the reaching out of the legislation outside of the end-of-life context does, indeed, complicate matters because we're dealing with different categories of people who have traditionally been discriminated against. It will then be important to distinguish what kind of specific vulnerability they have and how can we justify that under the law.

Senator Batters: Professor Lemmens, what would the consequence be of not adopting Bill C-7 in light of the Quebec lower court *Truchon* decision?

Mr. Lemmens: That's an important legal question. We always hear that the government absolutely has to implement the law by a specific date because of *Truchon*. *Truchon* is a decision

problème de santé irrémédiable serait la forme ultime de la discrimination.

Monsieur Lemmens, vous qui êtes un grand expert juridique en la matière, pouvez-vous nous expliquer en quoi l'exclusion de la maladie mentale comme seule condition médicale invoquée pour obtenir l'AMM dans le projet de loi C-7 prévient la discrimination? Par ailleurs, croyez-vous que des mesures de protection spéciales et l'exclusion de la maladie mentale comme condition de l'admissibilité à l'AMM sont importantes et légalement valides?

M. Lemmens : C'est une excellente question, mais à laquelle il serait fort difficile de répondre en si peu de temps. Le principal problème de ce projet de loi, bien évidemment, est qu'il crée un régime qui cible tout particulièrement les personnes ayant un handicap ou une maladie chronique et dont la mort pourrait être accélérée alors que les personnes qui ne se trouvent pas dans cette situation continuent d'être protégées.

Par conséquent, l'exclusion soi-disant discriminatoire d'une catégorie particulière de personnes atteintes de maladie mentale du groupe admissible n'est pas, à mon avis, discriminatoire simplement parce qu'il existe d'autres raisons pour lesquelles l'admissibilité des personnes ayant une maladie mentale à l'AMM peut poser problème. C'est la nature même de la maladie mentale qui est en cause, et pas le fait qu'elle est d'office ou toujours irrémédiable. C'est plutôt le fait qu'il est extrêmement difficile de prévoir si elle sera irrémédiable chez une personne, et qu'il est difficile de faire une distinction des idées suicidaires des autres éléments diagnostiques d'une maladie. L'évaluation de la capacité est plus complexe. Les données recueillies à l'échelle internationale et les difficultés rencontrées dans les deux seuls pays où l'AMM est autorisée pour les personnes ayant une maladie mentale, les Pays-Bas et la Belgique, montrent à quel point l'application de ces mesures est complexe.

Donc, si on déclarait cette disposition discriminatoire, elle serait sauvegardée par l'article premier au vu des circonstances et compte tenu des données probantes justifiant l'exclusion des personnes ayant une maladie mentale de la portée de la loi. Je tiens à insister sur le fait que l'application de la mesure législative hors du contexte de la fin de vie tend effectivement à compliquer les choses parce que nous parlons de différentes catégories de personnes qui traditionnellement ont été victimes de discrimination. C'est pourquoi il est primordial de cerner les différents facteurs de vulnérabilité afin de justifier la position adoptée au regard de la loi.

La sénatrice Batters : Monsieur Lemmens, compte tenu de la décision *Truchon* rendue par une juridiction inférieure du Québec, quelles pourraient être les conséquences si le projet de loi C-7 n'est pas adopté?

M. Lemmens : Il s'agit d'une question juridique importante. Nous entendons partout que le gouvernement doit absolument mettre la loi en application avant une date X par suite de la

by a lower court. The government has decided not to appeal this, which senators certainly know is exceptional in the circumstances of such an important life-and-death matter, and raises very important constitutional questions. So it would not be binding on courts in other provinces, and it would not be binding on higher courts. While it will have persuasive persuasion in other settings, other trial courts are not necessarily bound by this decision. This has been confirmed in a recent Court of Appeal case in Ontario; certainly higher courts and courts in other provinces are not bound by the *Truchon* decision, so the law would continue to apply. We could have a decision come out that, in my view, would reasonably conclude the opposite of the *Truchon* decision.

Senator Cotter: I had one question for Professor Lemmens and it was asked by Senator Batters. I would ask it in a slightly more general way and invite Professor Lemmens to answer. I have one question, as well, for Professor Downie. I should say, with respect to Professor Downie, that when I was first appointed as a senator and anticipating the consideration of this legislation in the spring of this year, I retained Professor Downie for \$1,000, I think, to provide me background information regarding MAID. I wanted to share that with the committee before I asked the question.

The question for Professor Lemmens is that it feels to me as though your collective argument is focused on a particular orientation to public policy that doesn't exactly engage the constitutional requirements of the Government of Canada here, and particularly Charter obligations, and that your policy perspective is at odds with the constitutional obligations to meet Charter requirements here. I would ask if you could explore that a little more fully.

With respect to Professor Downie, we have examined, for example, European countries that have moved in the direction that I think you clearly support, including with the issue you've identified regarding mental illness. We have selected that, in your line of argument, as a proponent for a particular perspective. One of my concerns with respect to the legislation, and in this comparative way, is the degree to which countries like Canada provide inadequate support to people who are vulnerable and who, therefore, may make choices to pursue assisted death that are not quite as autonomous as we would like. That is, their choices of continuing to live in poverty, and to continue to live without quality medical or other support services. My question is whether or not we are picking and choosing a little bit, and examining selecting the medical dimensions of countries like the Netherlands or Belgium, but not taking into account the richness, potentially, of the social network that supports people who are vulnerable. I would invite you to comment on that aspect of it.

décision *Truchon*. Cette décision émane d'une juridiction inférieure. Je ne vous apprendrai rien en qualifiant cette décision d'exceptionnelle étant donné qu'elle porte sur une question de vie et de mort, carrément, et qu'elle soulève des questions constitutionnelles fondamentales. Cette jurisprudence ne lie pas les tribunaux des autres provinces ni ceux des instances supérieures. Même si elle pourrait avoir un certain effet persuasif auprès d'autres juridictions, les autres instances d'appel ne sont pas liées par cette décision. La Cour d'appel de l'Ontario vient d'ailleurs de le confirmer dans un jugement. Il est clair que les instances supérieures et les tribunaux des autres provinces ne sont pas liés par la décision *Truchon*, et que la loi pourra continuer de s'appliquer. Une autre instance pourrait raisonnablement tirer une conclusion contraire à celle à laquelle est parvenue la cour dans la décision *Truchon*.

Le sénateur Cotter : J'avais une question pour M. Lemmens, mais la sénatrice Batters la lui a déjà posée. Je vais néanmoins y revenir avec un angle un peu plus général, et demander à M. Lemmens d'y répondre. J'ai une autre question pour Mme Downie. Je dois préciser que quand j'ai été nommé sénateur, au printemps de cette année, je savais que nous allions étudier ce texte de loi et j'ai engagé Mme Downie, à qui j'ai versé des honoraires de 1 000 \$, je crois, pour qu'elle fasse le point avec moi sur le dossier de l'AMM. Je tenais à en informer le comité avant de poser ma question.

Voici ma question à M. Lemmens. J'ai l'impression que votre argument collectif découle d'une vision particulière de la politique publique qui ne met pas vraiment en jeu les obligations constitutionnelles du gouvernement canadien, et notamment eu égard à la Charte, et que votre point de vue concernant la politique est incompatible avec l'obligation constitutionnelle de se conformer aux exigences de la Charte. Pourriez-vous nous en dire davantage à ce sujet?

Madame Downie, ma question portera sur ce que nous avons observé dans certains pays européens qui sont allés dans la direction que vous semblez préconiser, y compris pour ce qui concerne ce dont vous nous avez parlé, soit la maladie mentale. Les arguments que vous avez présentés nous indiquent que vous êtes tenante d'une vision précise de cette mesure. Une de mes réserves concernant le projet de loi, si je poursuis avec ma comparaison, est le manque de soutien offert aux personnes vulnérables dans des pays comme le Canada. Pour cette raison, il n'est pas dit que leur choix de demander une aide à mourir est aussi délibéré qu'on veut bien le croire. Ces personnes ont peut-être pour seuls autres choix de continuer à vivre pauvrement et sans soutien médical et d'autres services de qualité. Pourriez-vous me dire si, selon vous, nous portons des œillères en nous focalisant sur ce qui se fait sur le plan médical dans des pays comme les Pays-Bas et la Belgique, mais en faisant abstraction de facteurs comme la richesse du réseau social des personnes vulnérables? J'aimerais entendre vos commentaires sur cet aspect.

Mr. Lemmens: Thank you very much for this question. I would encourage you to read our brief in more detail. The first thing I would say is there is no Supreme Court decision that has ever found the exclusion of specific categories of people discriminatory. So the *Carter* decision focuses on the right to life, liberty and security of the person. It re-emphasizes that the protection of the right to life is an important state obligation. So it invites — in a general judgment that has been interpreted differently by different people, in terms of the extent to which people have to be included outside of the particular category of the plaintiffs in the *Carter* case — Parliament to establish a law. In the constitutional dialogue that we have in Canada, it invites Parliament to come up with legislation, which tries to balance the importance of protecting section 7, the right to life, with, indeed, the creation of some level of decision-making, which is deemed to be important, particularly in the type of cases that originally were always conceived to be the cases where we want to provide a facilitation of dying. So it introduced a reasonable foreseeable death criteria.

Yes, the *Truchon* decision came out declaring the right to life, liberty and security of the person is violated, and also in section 15. However, no court or the Supreme Court has ever — and there is very good reason for that — declared that the exclusion of people from a life-terminating action is discriminatory.

I'm very disappointed that this decision has not been appealed because we would have seen if this is, indeed, a solid basis.

I would say, on the contrary, that discrimination also involves equal protection. There is a very important component that keeps being forgotten when the government explains the bill, which is that traditionally stigmatized communities, such as people who have disabilities and chronic illness, are here targeted and deprived of a protection which is provided by a restriction to end of life of the current bill.

So it really depends on the focus that you take. If you say, well, the right to life is, indeed, to some degree, protected by traditional and still existing prohibition on third-party involvement in another person's death, but now we have carved out a certain exception to that, we say in some circumstances that when people are suffering intolerably in the context of end of life, we allow third-party involvement. But it's a carve-out of a general prohibition.

What we're now doing is extending it for one already stigmatized — often disadvantaged in the health care context — and disadvantaged community. This community, in the context of the pandemic, is clearly already exposed to a very significant increased risk of harm and premature death. We're now saying to that particular community, which may not speak in one voice, but nobody speaks. So no community is targeted under

M. Lemmens : Merci de soulever cette question. Je vous inviterais à lire attentivement notre mémoire. Je commencerais par souligner que la Cour suprême n'a jamais statué que l'exclusion de catégories précises de personnes était discriminatoire. L'arrêt *Carter* porte sur le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité des personnes. Il confirme le principe voulant que la protection du droit à la vie constitue un devoir fondamental de l'État. Dans un jugement général qui a été interprété de différentes façons pour ce qui concerne l'inclusion d'autres personnes que celles qui appartiennent à la catégorie des plaignants dans l'affaire *Carter*, la Cour suprême a invité le Parlement à adopter une loi. Pour faire évoluer le dialogue constitutionnel au Canada, la Cour suprême a invité le Parlement à adopter une loi qui mettrait en équilibre l'importance de protéger le droit à la vie garanti par l'article 7 et la nécessité d'établir certains critères de décision importants, notamment dans les cas pour lesquels l'AMM a toujours été envisagée comme étant justifiée. Le critère de la mort raisonnablement prévisible a donc été introduit.

Certes, la décision *Truchon* conclut à une violation du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, de même que de l'article 15. Toutefois, il n'a jamais été conclu par un tribunal, et certainement pas par la Cour suprême — et il y a d'excellentes raisons pour cela — qu'il serait discriminatoire d'exclure certaines personnes de l'admissibilité à une mesure mettant fin à la vie.

Je suis très déçu que la décision n'ait pas été portée en appel. Cette procédure nous aurait permis de savoir si elle constitue vraiment une base solide.

Je dirais plutôt que la discrimination suppose des mesures de protection équivalentes. Dans ses explications du projet de loi, le gouvernement occulte un élément essentiel concernant les groupes traditionnellement stigmatisés, comme les personnes qui ont un handicap ou une maladie chronique, qui sont ciblés et privés de la protection assurée par la restriction liée à la fin de vie présente dans le projet de loi actuel.

Bref, tout dépend du regard que l'on porte. On peut considérer que le droit à la vie a été traditionnellement protégé, dans une certaine mesure, par l'interdiction pour un tiers d'intervenir dans la mort d'une autre personne, et qu'il continue de l'être, mais qu'une exception peut être faite lorsque des personnes endurent des souffrances intolérables en fin de vie. Dans ces cas, la participation d'un tiers est permise, mais c'est une exception à une interdiction générale.

Cette exception est maintenant élargie à un groupe qui est déjà stigmatisé, et trop souvent désavantagé par le système de santé. Ce groupe désavantagé, dans un contexte de pandémie, a manifestement été exposé à un risque accru de préjudice et de mort prématurée. Nous disons maintenant à ce groupe, qui ne parle peut-être pas d'une même voix, mais que nous n'entendons pas de toute façon... Aucun groupe n'est vraiment visé par un

ameliorative legislation that tries to protect particular categories. There is no legislation where everybody in that particular category will say, “Yes, indeed, I need to benefit from the protection provided by law.”

But we make broad categorizations when we’re dealing with the need to protect vulnerable groups under the discrimination law or particular stigmatized communities that have historically been excluded or disadvantaged in society; with those, we make a broad categorization of protection. Here, we made broad categorizations in actually providing access and depriving them of the protection that the restriction to end of life provides.

I hope I’m a little bit clearer about that.

The Chair: Senator Cotter, I will put you on second round to finish your questioning.

Senator Boyer: Thank you both for the presentations today. They’ve been very interesting. I have a very quick question for Professor Downie.

You spoke in support of the sunset clause and the ensuing practice guidelines. I’m wondering if you have any other ideas on amendments or alternatives that would enhance the bill and that we could consider.

Ms. Downie: Thank you for that question. One recommendation is, in fact, to remove the restriction to adults. “Mature minors” is a subject that has been studied extensively, and I think it’s a violation of the Charter to exclude individuals who are under the age of majority who, nonetheless, have decision-making capacity.

That is going to be the subject of the review, so I didn’t go into that today given the time constraints, but I would change that myself. So that’s one, because it’s a Charter breach.

Personally, from a policy perspective, I would have a broader final consent waiver concern, in particular, for instance, about people who have had a stroke and are at risk of further strokes but would not be able to access the final consent waiver. I would flag there, though, that I would be arguing from ethics and policy perspectives as opposed to a Charter perspective.

With respect to extra legislative measures — not in the bill, but things you can still call for — the government has said they are going to take extra legislative measures to improve disability supports, which is the right way to go. You go parallel tracks; you don’t preclude access but enhance supports. So I would call

projet de loi qui tente d’améliorer la protection d’une catégorie de personnes en particulier. Vous ne verrez jamais tous les membres d’une catégorie visée par une mesure législative se lever en chœur et déclarer qu’elles ont besoin de la protection de la loi.

Nous faisons une catégorisation trop large quand nous tentons de protéger les groupes vulnérables selon les lois contre la discrimination, ou certains groupes stigmatisés qui ont traditionnellement été exclus ou désavantagés dans la société. Nous établissons des catégories larges de personnes à protéger. Dans le cas qui nous concerne, nous avons fait une catégorisation trop large et nous avons autorisé l’accès à certaines personnes que nous avons toutefois privées de la protection offerte par la restriction liée à la fin de vie.

J’espère avoir été un peu plus clair.

La présidente : Sénateur Cotter, je vais vous inscrire au deuxième tour pour que vous puissiez terminer vos questions.

La sénatrice Boyer : Merci à tous les deux pour vos exposés fort intéressants. J’ai une très brève question pour Mme Downie.

Vous avez exprimé votre appui à l’ajout d’une disposition de temporisation pour laisser du temps à l’élaboration d’un guide de pratique. J’aimerais savoir si vous avez d’autres amendements ou d’autres solutions de rechange à proposer pour améliorer le projet de loi.

Mme Downie : Merci pour cette question. Nous recommandons en effet de supprimer la restriction relative aux adultes. Le sujet des mineurs matures a été étudié en long et en large, et je crois que la Charte n’est pas respectée si on exclut des personnes qui ne sont pas majeures, mais qui sont néanmoins réputées aptes à prendre des décisions.

Comme ce sujet sera l’un de ceux qui seront examinés, je n’ai pas voulu l’aborder aujourd’hui en raison des contraintes de temps. Je me contenterai de dire que c’est une des modifications que j’apporterais parce qu’il s’agit d’une atteinte à la Charte.

Personnellement, du point de vue de la politique, la renonciation au consentement final me préoccupe de manière plus globale... Je pense par exemple à une personne qui a subi un accident vasculaire cérébral et qui risque d’en avoir d’autres. La disposition sur la renonciation au consentement final ne s’appliquerait pas dans son cas. Cela dit, je tiens à souligner que j’invoquerais plutôt des considérations éthiques et politiques que la Charte sur ce sujet en particulier.

Concernant les mesures législatives supplémentaires, les mesures absentes du projet de loi que vous pourriez réclamer... Le gouvernement a annoncé qu’il ajouterait des mesures législatives afin d’améliorer le soutien aux personnes handicapées, et c’est exactement ce qu’il faut faire. On opte pour

on the government to also have extra legislative measures with respect to mental illness. Again, do the parallel tracks where you recognize there are concerns about access to supports and alternatives, enhance those through extra legislative measures.

Senator Boyer: Thank you.

[Translation]

Senator Boisvenu: I would like to apologize for being late. My question is for Mr. Lemmens. I didn't listen to your testimony, but I read your brief. With regard to your perception of this bill and the right to terminate one's suffering, which the Supreme Court found is a fundamental right of individuals, do you draw a distinction in the way physical and mental illnesses are managed?

Mr. Lemmens: Is that a question for me?

Senator Boisvenu: Yes.

Mr. Lemmens: I don't draw a fundamental distinction between physical and mental illnesses as they pertain to the need for protection and for taking suffering into consideration. In the context of the current act [Technical difficulties] than persons who have a mental illness —

Senator Boisvenu: Let me clarify my question. With regard to the point the minister raised, and with which I disagree in part, it appears that the end-of-life scenario seems clearer when the body is afflicted with a physical disease or the patient is facing a foreseeable death, whereas it's much harder to foresee death where a mental illness is diagnosed as the cause of that scenario. The scope of the bill limits the use of the end-of-life criterion for persons suffering from a mental illness. In your mind, if dealing with a patient suffering from a physical disease whose death is foreseeable, do you draw a distinction, in recognizing this right, between that patient and someone suffering from a mental illness for whom the end of life is unforeseeable?

Mr. Lemmens: That's what I was saying. Under the present act, a person suffering from a mental illness is equally entitled to access to end-of-life medical assistance in dying, but the practice is restricted in an end-of-life context. As you said in your question, do you draw a distinction at the end of a person's life? No. I'd say it's often understood, when you say that medical assistance in dying in an end-of-life context must be restricted, that we don't know how seriously persons with mental or chronic diseases are suffering. The contrary is true. In fact,

des voies parallèles : l'accès n'est pas interdit, mais le soutien est amélioré. À votre place, je demanderais au gouvernement d'ajouter des mesures législatives semblables pour la maladie mentale. Là où vous constatez des difficultés d'accès à du soutien et à des solutions de rechange, vous pourriez demander que les mêmes voies parallèles soient suivies, que des mesures législatives supplémentaires soient prises pour améliorer le soutien.

La sénatrice Boyer : Merci.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : J'aimerais m'excuser de mon retard. Ma question s'adresse à M. Lemmens. Je n'ai pas écouté votre témoignage, mais j'ai lu votre mémoire. Par rapport à votre perception de ce projet de loi et du droit à mettre fin à ses souffrances, que la Cour suprême a jugé comme étant un droit fondamental pour l'individu, faites-vous une distinction entre la gestion des maladies physiques et les maladies mentales?

M. Lemmens : Est-ce une question pour moi?

Le sénateur Boisvenu : Oui.

M. Lemmens : Je ne fais pas de distinction fondamentale entre la maladie physique et la maladie mentale en ce qui a trait à la nécessité de protection et la nécessité de prendre en considération la souffrance. Dans le contexte de la loi actuelle [Difficultés techniques] que des personnes qui ont une maladie mentale...

Le sénateur Boisvenu : Je vais préciser ma question. Dans le cadre du débat que le ministre a provoqué, et sur lequel je suis partiellement en désaccord, il semble que, quand le corps est atteint en raison d'une maladie physique ou qu'on fait face à une mort prévisible, le cadre de fin de vie semble être plus précis alors que, pour la santé mentale, la prévision est beaucoup plus difficile à faire sur le plan du diagnostic de fin de vie. La portée du projet de loi limite l'utilisation du critère de la fin de vie pour les personnes qui souffrent de maladies mentales. Dans votre conception, face à un patient qui souffre d'une maladie physique et dont la fin de vie est prévisible, faites-vous une distinction entre la reconnaissance de ce droit, par rapport à quelqu'un qui souffre d'une maladie mentale et dont la fin de vie est imprévisible?

M. Lemmens : C'est ce que j'étais en train de dire. Dans la loi actuelle, une personne souffrant d'une maladie mentale a autant le droit d'avoir accès à l'aide médicale à mourir en fin de vie, mais il y a une restriction de la pratique dans le contexte de la fin de vie. Comme vous le dites dans votre question, faites-vous une distinction à la fin de la vie d'une personne? Non. Je dirais que c'est souvent entendu, quand on dit qu'il doit y avoir une restriction de l'aide médicale à mourir en contexte de fin de vie, qu'on ignore le sérieux de la souffrance des personnes

people suffer enormously from mental illness, perhaps as much as from physical diseases.

There are management problems, and it's hard to know what will happen. You have to see what kind of support can be offered to persons suffering from mental illness and whether we can predict with any certainty that the person may or may not recover. Even though some individuals suffering from mental illness don't recover from their disease, it's impossible to predict who will fall into that category. There is an enormous impact on psychiatric practice and mental health assistance when, in a complex therapeutic situation, you begin to introduce a psychiatrist's duty to offer suicide, which may be a component of the disease itself, as a therapy.

I recommend that you read the report we submitted together with an expert panel, in which we raised this question. I also suggest you read the report of the Council of Canadian Academies, which addresses it in detail. You should take the time to study the problems we encounter when we begin to offer medical assistance in dying in a non-end-of-life context, particularly to persons with mental health disorders. The evidence is there in the problems encountered in the Netherlands and Belgium, where psychiatrists at the time defended the idea of providing access to medical assistance in dying. Now they say they were wrong, as psychiatrists, to provide medical assistance in dying to our patients. I invite you to read the accounts of those psychiatrists, who aren't opposed to this in principle, but who, as a result of their experience in the Netherlands, have come to the conclusion that it's a mistake to expand the practice of euthanasia in a mental illness context.

[English]

Senator Martin: Thank you to our presenters. It has been very interesting to listen to you both in such a broad range of perspectives.

Professor Lemmens, I wanted to ask you about the reference you made to the "for greater certainty" clause. Just for those listening, that clause states:

For greater certainty, involuntary words, sounds or gestures made in response to contact do not constitute a demonstration of refusal or resistance for the purposes of paragraph (3.2)(c).

I found this one of the most troubling clauses in the bill. In the case of advanced consent, it appears there would be a highly subjective interpretation of whether a patient is resisting at the time MAID is provided.

souffrant de maladies mentales ou chroniques. C'est le contraire. À vrai dire, dans le contexte de la maladie mentale, la souffrance est énorme. Elle peut être aussi grande que la souffrance de la maladie physique.

Il y a des difficultés de gestion et il est difficile de savoir ce qui va arriver; il faut voir le genre de soutien qu'on peut offrir aux personnes souffrant de maladie mentale et si l'on peut prédire avec certitude que la personne pourra se rétablir ou non. Même si certaines personnes souffrant d'une maladie mentale ne se rétablissent pas de leur maladie, il est impossible de prédire qui fera partie de cette catégorie. Il y a un impact énorme sur la pratique de la psychiatrie ou de l'aide à la santé mentale quand on commence à introduire, dans un contexte thérapeutique complexe, le devoir d'un psychiatre d'offrir le suicide comme thérapie, qui peut être une composante de la maladie elle-même.

Je vous recommande de lire le rapport que nous avons soumis en collaboration avec un groupe d'experts, dans lequel on évoque cette question. Je vous recommande aussi de lire le rapport du Conseil des académies canadiennes, qui parle de cela en détail. Je vous recommande de prendre le temps d'étudier les difficultés auxquelles on doit faire face quand on commence à offrir l'aide médicale à mourir dans un autre contexte que la fin de la vie, particulièrement aux personnes souffrant de troubles de santé mentale. La preuve est là, avec les difficultés qui se sont posées aux Pays-Bas ou en Belgique, où des psychiatres ont défendu à l'époque l'accès à l'aide médicale à mourir. Ils disent maintenant que c'est une erreur, à titre de psychiatres, de pratiquer l'aide médicale à mourir avec nos patients. Je vous invite à lire ces témoignages de psychiatres qui n'y sont pas opposés en principe, mais, à cause de leur expérience aux Pays-Bas, ils en sont venus à la conclusion que c'est une erreur d'étendre la pratique de l'euthanasie dans le contexte de la maladie mentale.

[Traduction]

La sénatrice Martin : Je remercie nos témoins. J'ai beaucoup apprécié vos exposés et les diverses perspectives que vous nous avez présentées.

Monsieur Lemmens, j'aimerais revenir sur la disposition intitulée « Précision » que vous avez évoquée. Pour la gouverne de nos auditeurs, je vais faire lecture de cette disposition :

Il est entendu que des paroles, des sons ou des gestes involontaires en réponse à un contact ne constituent pas une manifestation de refus ou de résistance pour l'application de l'alinéa (3.2)c).

Personnellement, j'ai été particulièrement troublée par cette disposition du projet de loi. Si un patient a donné son consentement préalable, l'interprétation à savoir s'il a résisté ou non au moment où l'aide médicale à mourir lui est fournie peut être hautement subjective.

Would you elaborate on the brief comments you made during your presentation?

Mr. Lemmens: Yes, thank you for the opportunity to do so. I also find it to be one of the troubling components of the bill. It relates to what I find one of the most troubling components of the end-of-life MAID practice in one jurisdiction where this is allowed, which is the Netherlands. Belgium allows advance requests for medical aid in dying, so without confirmation of consent, when people have become irreversibly unconscious. But in the Netherlands we have now seen judicial confirmation that physicians can provide euthanasia, medical aid in dying, to patients even when they are no longer capable of decision making, but they may still be among us.

In the Netherlands we had a case of a person with dementia who was not permanently unconscious but still had severe dementia and was incapable of decision making. She was provided medication to make her sleepy. Then an injection was provided and she physically resisted. The family helped the doctor to keep the patient down and the patient was injected and died. I find that troubling.

I think the government understands that some of this would create extreme moral distress for family members and health care providers. Frankly, it would mean that a person who declared in the past that they want to have medical aid in dying but are no longer capable of physically expressing their resistance to this practice, which in my view seems abhorrent.

By providing this “with greater certainty” clause, they wanted to say that obviously a person may physically make movements, but we should allow some latitude so we can determine whether it really was resistance or not. By adding this “greater certainty” clause, you’re talking about involuntary gestures. We’re talking about a person who is incapacitated. Voluntariness is not there, the determination of whether the person is voluntarily or not.

I would say that if this practice should be allowed — and I don’t think it should be allowed — any sign of physical resistance to the ending of a person’s life should simply make health care providers and family members stop and not do it. That’s why I have a serious objection to the “greater certainty” clause, because it requires so much interpretation. The physician can say the person was incapacitated, there was no voluntariness anymore and we had an advance request or an expression of consent two months ago, so we can move ahead; it was just a physical reaction.

While most of the physicians and current MAID practitioners may be cautious about that, I am uncomfortable with the idea that we will see people who are not careful and who are sloppy about that. I think it’s a troubling clause. In my view, it violates

Vous y avez fait brièvement allusion dans votre exposé. Pourriez-vous nous en dire un peu plus?

M. Lemmens : Oui. Je vous remercie de me donner cette possibilité. Je suis également très troublé par cette disposition du projet de loi. C’est quelque chose que je trouvais déjà troublant dans la pratique en matière d’aide médicale à mourir en fin de vie dans l’un des pays où elle est autorisée, les Pays-Bas. En Belgique, les demandes anticipées d’aide médicale à mourir sont permises et, en cas de perte de conscience irréversible, la confirmation du consentement n’est pas exigée. Toutefois, aux Pays-Bas, les tribunaux ont confirmé que les médecins peuvent pratiquer l’euthanasie... Ils peuvent fournir l’aide médicale à mourir à un patient qui a perdu la capacité de prendre une décision sans toutefois être inconscient.

Aux Pays-Bas, une personne atteinte de démence... Cette personne n’avait pas perdu conscience de manière irréversible, mais elle souffrait d’une démence grave et n’était pas en mesure de prendre une décision. On lui a administré des somnifères avant de lui faire une injection, mais elle a résisté physiquement. La famille a aidé le médecin à immobiliser la patiente pour qu’il lui fasse l’injection qui a entraîné sa mort. C’est un exemple assez perturbant.

Je pense que le gouvernement comprend que cette pratique peut infliger une détresse morale extrême aux membres des familles et aux fournisseurs de soins de santé. Pour dire le vrai, cela signifie qu’une personne qui a déclaré un jour qu’elle souhaitait recevoir l’aide médicale à mourir, mais qui n’est plus en mesure de résister physiquement le moment venu... Je trouve cette éventualité tout simplement odieuse.

La seule précision apportée par cette disposition est qu’il faut considérer comme normal qu’une personne bouge, mais qu’une certaine liberté doit être permise pour déterminer si elle oppose une résistance ou non. Dans la disposition « Précision », il est question de gestes involontaires. On parle de personnes inaptes. On ne parle nulle part de la volonté, de la manière de déterminer si des gestes sont volontaires ou non.

Si cette pratique est autorisée — ce qui selon moi serait une erreur —, il faudra ajouter que les fournisseurs de soins de santé et la famille devront interrompre la procédure visant à mettre fin à la vie d’une personne si celle-ci manifeste le moindre signe de résistance. C’est pourquoi je m’oppose si farouchement à la disposition « Précision ». Elle laisse beaucoup trop matière à interprétation. Le médecin pourrait prétendre que la personne était inapte et complètement incapable d’exprimer sa volonté, qu’elle avait fait une demande anticipée ou donné son consentement deux mois auparavant, et qu’il était justifié à poursuivre puisqu’il s’agissait d’une réaction purement physique.

Même si la plupart des médecins et des praticiens qui fournissent l’aide médicale à mourir sont prudents, je suis mal à l’aise de penser que certains pourraient être imprudents ou peu rigoureux. Je trouve cette disposition inquiétante. Selon moi, elle

the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, which says loss of capacity doesn't mean you lose your rights, including your potential right to express, in one way or another, your resistance to something, or your change of mind.

Senator Martin: Thank you so much. My mother has advanced dementia, so your example actually strikes quite a deep chord with me.

Mr. Lemmens: I appreciate that. My mother is suffering from dementia as well. When I read this, I can see the persons who could be susceptible to that, and it greatly worries me.

[Translation]

Senator Dupuis: My first question is for Mr. Lemmens.

Professor, did you and your expert panel analyze the experience of the 10 years during which Quebec's Act respecting end-of-life care was in force?

Mr. Lemmens: Do you mean our psychiatric expert panel? Which expert panel do you mean?

Senator Dupuis: I'm referring to the work you've done generally. You may include any expert panels you wish; you may select them. Have you had a chance to analyze specifically the experiment in medical assistance in dying that has been conducted in Quebec since 2010?

Mr. Lemmens: In what circumstances? I belong to an expert panel that examined aspects of the act's administration in the field of psychiatry, of mental health. If you're referring to the Council of Canadian Academies, we, as a committee, studied all practices across the provinces. We examined the evidence and, obviously, what we know about advance directives.

Senator Dupuis: Have you had a chance to look at the report of the Quebec expert panel entitled *L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'incapacité*. It's a report that was published in 2019, the subtitle of which is *le juste équilibre entre le droit à l'autodétermination, la compassion et la prudence*.

Mr. Lemmens: I've examined it. I couldn't quote it, but I've examined it, yes.

Senator Dupuis: Thank you.

Mr. Lemmens: It's quite a cautious document, but I don't agree with some of the recommendations on incapacity.

enfreint la Convention relative aux droits des personnes handicapées, suivant laquelle la perte de la capacité n'entraîne pas une perte des droits, y compris celui d'exprimer, le moment venu et d'une manière quelconque, une résistance à l'égard d'un geste ou un changement d'idée.

La sénatrice Martin : Merci infiniment. Ma mère est atteinte de démence avancée, et l'exemple que vous avez donné frappe une corde assez sensible chez moi.

M. Lemmens : Je peux comprendre. Ma mère est aussi atteinte de démence. Quand je lis cette disposition, je peux facilement m'imaginer ce qu'elle signifie pour les personnes visées, et j'en suis fort troublé.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Ma première question s'adresse à M. Lemmens.

Professeur, avec votre groupe d'experts, avez-vous analysé l'expérience d'une dizaine d'années de la mise en œuvre de la Loi québécoise concernant les soins de fin de vie?

M. Lemmens : Vous voulez parler de notre groupe d'experts en psychiatrie? De quel groupe d'experts parlez-vous?

La sénatrice Dupuis : Je parle des travaux que vous avez menés de manière générale. Vous pouvez inclure les groupes d'experts que vous voulez, vous pouvez les choisir. Avez-vous eu l'occasion d'analyser de façon précise l'expérience qui a été menée au Québec depuis 2010 en matière d'aide médicale à mourir?

M. Lemmens : Dans quel contexte? J'ai fait partie d'un groupe d'experts qui a examiné certains éléments de la mise en œuvre de la loi dans le domaine de la psychiatrie, de la santé mentale. Si vous parlez du Conseil des académies canadiennes, nous avons étudié en comité toutes les pratiques à travers les provinces. Nous avons examiné la preuve et, bien évidemment, ce que nous savons sur les directives anticipées.

La sénatrice Dupuis : Avez-vous eu l'occasion de consulter le rapport du groupe d'experts québécois intitulé *L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'incapacité*? Il s'agit d'un rapport publié en 2019 dont le sous-titre est le suivant : *le juste équilibre entre le droit à l'autodétermination, la compassion et la prudence*.

M. Lemmens : J'ai examiné ce document. Je ne pourrais pas le citer, mais je l'ai examiné, oui.

La sénatrice Dupuis : Merci.

M. Lemmens : C'est un document assez prudent, mais je ne suis pas d'accord avec certaines recommandations dans le contexte de l'incapacité.

Senator Dupuis: I appreciate the fact that you recognize it's a cautious document, in view of the fact that this expert panel has an intimate knowledge of the medical assistance in dying process in Quebec.

[English]

The Chair: Senator Dupuis, I'm sorry to interrupt you, but the interpreter was not able to hear the name of the document. Could you repeat it, please?

[Translation]

Senator Dupuis: It's a report by a Quebec expert panel and its official title is *L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'incapacité*. It contains a fairly comprehensive discussion of persons with disabilities and their right to access medical assistance in dying based on their right to self-determination.

My question for Professor Lemmens is this. The lawsuit that Ms. Gladu and Mr. Truchon brought, which led to Judge Baudouin's judgment, is a very clear example of two specific cases in which individuals living with major disabilities asserted their right to self-determination, a right that the courts increasingly acknowledge and that includes both the right to refuse care and the right to medical assistance in dying.

Mr. Lemmens: I agree with you that these are very specific examples. It's always very hard to comment specifically on individual requests. However, I would say two things. In the circumstances of the pandemic, the choices made by Mr. Truchon — who died just before the pandemic — reveal the concern that certain persons feel as a result of the fact that individuals dealing with serious, chronic and devastating illnesses must make their decision in very specific social, economic and societal circumstances in which factors may influence and limit their choices.

I see that Mr. Truchon, whom I completely understand, had a morbid fear of the impact the pandemic would have on his personal situation. The question is whether one can tell individuals in difficult situations that, yes, they have a right —

[English]

The Chair: Professor, I'm going to have to cut you off because we've really passed the time.

Senator Kutcher: My question is to both witnesses. I will be brief and I will ask you both to be brief.

La sénatrice Dupuis : J'apprécie que vous reconnaissiez que c'est un document prudent, compte tenu du fait que ce groupe d'experts a une connaissance très intime du processus d'aide médicale à mourir au Québec.

[Traduction]

La présidente : Sénatrice Dupuis, je suis désolée de vous interrompre, mais l'interprète n'a pas entendu le titre du document. Pouvez-vous le répéter?

[Français]

La sénatrice Dupuis : C'est un rapport d'un groupe d'experts québécois dont le titre officiel est *L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'incapacité*. Dans ce rapport, il y a une discussion assez complète au sujet des personnes qui ont des déficiences et au sujet de leur droit d'avoir accès, en vertu du droit à l'autodétermination, à l'aide médicale à mourir.

Ma question au professeur Lemmens est la suivante. La démarche de Mme Gladu et de M. Truchon, qui a mené au jugement de la juge Baudouin, est un exemple très clair de deux cas très concrets de personnes qui vivaient en situation de handicap majeur et qui ont réclamé que l'on respecte leur droit à l'autodétermination, un droit que reconnaissent de plus en plus clairement les tribunaux et qui inclut non seulement le refus des soins, mais aussi l'obtention de l'aide médicale à mourir.

M. Lemmens : Je suis d'accord avec vous pour dire que ce sont des exemples très concrets. Il est toujours très difficile de faire des commentaires spécifiques sur des demandes individuelles. Toutefois, je dirais deux choses. Dans le contexte de la pandémie, les choix de M. Truchon — qui vient de mourir, tout juste avant la pandémie — expriment l'inquiétude que vivent certaines personnes face au fait que les individus aux prises avec des maladies sérieuses, chroniques et dévastatrices doivent prendre leur décision dans un contexte social, économique et sociétal très concret, où des facteurs peuvent influencer et limiter leur choix.

Je constate que M. Truchon, que je comprends totalement, avait une peur bleue des répercussions de la pandémie sur sa situation personnelle. La question est de savoir si on peut dire à des personnes qui vivent des situations difficiles que oui, ils ont un droit...

[Traduction]

La présidente : Monsieur Lemmens, je dois vous interrompre parce que le temps est largement dépassé.

Le sénateur Kutcher : Ma question s'adresse aux deux témoins. Je serai bref, et je vous demanderais d'en faire de même.

MAID is already being provided to persons with co-morbid mental and physical disorders. It is not possible to determine if the request for MAID is due to the mental disorder or not. Given that that is the case, how is the exclusion of MAID for a sole mental illness consistent with what is already happening?

Ms. Downie: I think the exclusion is inconsistent. There is no possible justification for allowing it with the co-morbidity and not when it is sole because the very concerns that are said about the sole underlying — the concerns about capacity, concerns about prognosis, irremediably — apply as much as when it is a physical co-morbidity. So you've got to pick, and you can't just pick something that's incoherent.

Mr. Lemmens: I know that you have other psychiatrists and suicide experts presenting to you. I would invite you to ask that question to them. However, with a certain humility, working with psychiatrists on this particular issue I think the issue of co-morbidity is very [Technical difficulties] where no distinction can be made will be the very situations that will not present typical cases where medical assistance in dying will be requested. However, I would urge you to discuss that with the people who have been looking at the evidence of what has been happening in Belgium and the Netherlands, and when no such distinction can be made, whether you necessarily will make —

The Chair: Okay, thank you.

Senator Pate: Thank you to both of you for your incredible work in this area. I have a question for each of you. For Mr. Lemmens, the COVID pandemic has laid bare the long-standing issues of discrimination, inadequacy and barriers to access regarding long-term care and other social economic housing and health supports that are necessities for many of those living with disabilities.

In your opinion, is it possible that if the *Truchon* decision was decided today, having witnessed what we have in the past few months, the conclusion might be different?

And for Professor Downie, the constraints that the Correctional Investigator has recommended on MAID for prisoners, because of the problematic conditions in which informed consent, choice and access to adequate health care have not been guaranteed, as well as the fact that people have not been able to access parole on compassionate grounds, mean that he is recommending legal oversight for MAID in prisons and to ensure that prisoners are transferred out of institutions. And I'm curious as to what your view is on these recommendations from the Correctional Investigator, and what other oversight you think is required in terms of MAID for those in institutions.

L'aide médicale à mourir est déjà offerte aux personnes qui ont des troubles mentaux et physiques concomitants. Il est impossible de déterminer si la demande d'aide médicale à mourir découle du trouble mental. Par conséquent, comment l'exclusion de l'aide médicale à mourir si la maladie mentale est l'unique condition invoquée est-elle compatible avec la pratique actuelle?

Mme Downie : Je crois que cette exclusion est incompatible. Il est impossible de justifier que l'aide médicale à mourir soit autorisée si une personne a des problèmes de santé concomitants, mais qu'elle soit interdite si la maladie mentale est la seule condition invoquée. Les préoccupations liées à la capacité, au pronostic et au caractère irrémédiable valent tout autant s'il existe un problème physique concomitant. Il faudra faire un choix, mais ce sera impossible si les critères sont incohérents.

M. Lemmens : Je sais que vous recevrez d'autres psychiatres et experts de la prévention du suicide. Je vous inviterais à leur poser la question. Toutefois, et je le dis en toute humilité, j'ai eu la possibilité de collaborer avec des psychiatres sur cette question, et je crois que pour ce qui concerne les problèmes concomitants, il est très [Difficultés techniques]... Les situations dans lesquelles il sera impossible de faire une distinction seront celles qui ne mènent pas habituellement à une demande d'aide médicale à mourir. Je vous invite néanmoins à en discuter avec des personnes qui ont examiné les données sur la situation en Belgique et aux Pays-Bas. Quand il est impossible de faire cette distinction, s'il faut nécessairement...

La présidente : Bien. Merci.

La sénatrice Pate : Merci à vous deux pour le travail formidable que vous faites dans ce domaine. J'ai une question pour chacun de vous. Monsieur Lemmens, la pandémie de COVID-19 a mis au grand jour des problèmes de longue date de discrimination, d'insuffisance des services et d'accès eu égard aux établissements de soins de longue durée et à d'autres types de logements sociaux, ainsi qu'aux soins de santé qui sont de première nécessité pour les personnes handicapées.

À votre avis, compte tenu des événements des derniers mois, la décision *Truchon* aurait-elle été différente si elle était rendue aujourd'hui?

Madame Downie, l'enquêteur correctionnel a imposé des contraintes relativement à l'AMM pour les détenus après avoir constaté des manquements à leurs droits en matière de consentement éclairé, de liberté de choix et d'accès à des soins de santé adéquats, ainsi que le refus de leur accorder une libération conditionnelle pour des motifs d'ordre humanitaire... Plus précisément, l'enquêteur a recommandé une supervision judiciaire de l'AMM dans les prisons et le transfert des détenus hors des établissements. Je suis curieuse de savoir ce que vous pensez des recommandations de l'enquêteur correctionnel, et quels autres mécanismes de supervision devraient être appliqués

Mr. Lemmens: This is a very important question and I would urge the Senate to actually look into this. I would also advise the House to look into this.

I don't know if the decision would be made differently but I would hope that a judge pays attention to the fact that we already see the impact of perhaps the ableist and stigmatizing shift in the way we think about what should happen to people who are suffering, who are living in difficult social and economic circumstances.

I am extremely worried when I see that people are asking for medical aid in dying because they explicitly state that they are lonely or have financial difficulties, that we see the testimony of a social worker saying she is helping her clients apply for medical assistance in dying because of the different circumstances of COVID. And what also worries me is the reaction that we see which indicates that when you start shifting so significantly a practice, that people start finding it normal, that life termination becomes a solution to institutionalized and socially created suffering. It worries me enormously.

Ms. Downie: Thank you, Senator Pate. I am so glad you asked this, because I forgot something in my answer to Senator Boyer and this gives me opportunity to add it.

I believe oversight is needed. I have concerns about one of the cases I read about with respect to how it was being managed, but I also think that we cannot deny prisoners access to MAID. We have the Mandela Rules. We have people who will be suffering enormously and will be able to make free and informed choices to have it. However, what the Senate could usefully do here is add incarcerated people into the five-year review and say that MAID in prison should be part of that, and explicitly we should address the issue of compassionate release and the lack of a proper compassionate release program in Canada. This triggers exactly that issue and it belongs in the five-year review and could very usefully be done in the five-year review.

Senator Batters: My short question is to Professor Downie. In response to an earlier question today, you stated that you want minors to be able to receive assisted suicide. What minimum age would you want for those minors to access assisted suicide?

Ms. Downie: In Canada, under Canadian law, we don't have an age on consent to health care. We have the concept of "mature minor," which is someone who is under the age of majority but has the decision-making capacity, the same capacity as a 21-year-old. I wouldn't put an age on that; I would say we should have the system that relates exactly to our common law

relativement à l'AMM pour les personnes détenues dans ces établissements.

M. Lemmens : C'est une question cruciale que j'invite instamment le Sénat à examiner. Je fais la même demande à la Chambre.

Je ne sais pas si la décision serait différente aujourd'hui, mais j'espère qu'un juge prendrait en considération les conséquences déjà apparentes d'une certaine dérive qui consiste à imposer une vision capacitiste et stigmatisante de la manière dont les choses devraient se passer pour les personnes qui souffrent et qui vivent dans des conditions sociales et économiques difficiles.

Je suis extrêmement troublé que des personnes demandent l'aide médicale à mourir en invoquant explicitement leur isolement ou leurs difficultés financières, ou qu'une travailleuse sociale déclare qu'elle aide ses clients à demander l'aide médicale à mourir en raison des diverses répercussions de la COVID. Je suis troublé aussi quand j'observe des réactions qui indiquent que devant le changement radical de la pratique qui s'amorce actuellement, les gens en viennent à considérer que c'est normal, que l'interruption de la vie est une solution comme une autre contre la souffrance créée par le contexte institutionnel et social. Cela me préoccupe énormément.

Mme Downie : Merci, sénatrice Pate. Je suis très contente que vous me posiez cette question. J'ai oublié quelque chose dans ma réponse à la sénatrice Boyer et vous me donnez l'occasion de me reprendre.

Je crois qu'une supervision est nécessaire. Je m'interroge au sujet de la gestion d'un cas sur lequel j'ai lu, mais je crois qu'il ne faut pas refuser l'AMM aux détenus. Les Règles Mandela existent déjà. Des personnes qui souffrent énormément seront en mesure de faire le choix libre et éclairé de recourir à l'AMM. Cela dit, il serait vraiment utile que le Sénat inclue les détenus dans l'examen quinquennal, qu'il recommande que l'accès à l'AMM en fasse partie et qu'on s'attaque de front aux enjeux de la libération pour des motifs d'ordre humanitaire et de l'absence de programme adéquat à cet égard au Canada. C'est le nœud du problème et il faut absolument aborder ce sujet dans l'examen quinquennal. C'est ce qui serait le plus utile.

La sénatrice Batters : J'ai une brève question pour Mme Downie. Dans votre réponse à une question qui vous a été posée tout à l'heure, vous avez affirmé que les mineurs devraient avoir droit au suicide assisté. Selon vous, quel devrait être l'âge minimum pour avoir accès au suicide assisté?

Mme Downie : Au Canada, les lois canadiennes ne fixent pas d'âge minimum pour le consentement à un traitement médical. Nous utilisons le concept de « mineur mature », qui fait référence à une personne qui n'est pas majeure, mais qui est apte à prendre des décisions au même titre qu'une personne de 21 ans. Je n'aurais pas tendance à fixer un âge minimum. À mon

process — and statutorily provincially — with respect to the refusal of life-sustaining treatment.

Senator Batters: So the age could be no minimum? Could it be 14? What practically would be the minimum age be?

Ms. Downie: You don't have an age. If we have 14-year-olds, for instance, who have refused life-sustaining treatment, if they have an understanding of the nature and the consequences.

I would refer you to the Canadian Council of Academies expert report on mature minors, and also to the joint House and Senate committee that was done on physician-assisted dying earlier, which addresses this explicitly, as well as the Provincial-Territorial Expert Advisory Group on Physician-Assisted Dying, as it was known at the time. All of them recommend that we move to recognize that the phenomenon of mature minors should be respected in this law and we should treat it the same as we do refusals of life-sustaining treatment.

Senator Cotter: I want to invite Professor Downie to respond to the question about the social and more elaborate supports that may be available in European countries compared to ours that make the autonomy of the exercise of a person's choice of assisted death perhaps not comparable to the Canadian context, and the degree to which those kinds of supports ought to be implemented in Canada, if necessary, in order to generate true autonomy of choice.

Ms. Downie: I don't think we have been picking and choosing between the medical and the social. People have been looking at them all very carefully. If you look at the Council of Canadian Academies, we explore exactly that, which is the question of the supports that are available, and also the culture we have with respect to autonomy and so on. Also, it is thoroughly canvassed in *Truchon*.

One of the cautions that the judge in *Truchon* issued for us was that we must consider all of this in the Canadian context, so look to Europe but be reflecting upon how the system will work in Canada. This was all argued in *Truchon* and the evidence was rejected. And as Justice Smith said in *Carter*, we must look at individuals in their situation. We must not hold individuals hostage to social failings. What we have to do is always operate on a parallel track. Therefore you allow the access to MAID at the same time you make those commitments to the enhancement of supports. We did that with palliative care. They very much did that in Quebec with palliative care. That was the appropriate form of analysis that Justice Smith said we should take with respect to MAID and palliative care. I would say the same for disability supports and, as I said before, I would call on the

avis, le mieux serait de nous aligner sur le processus de common law — et le cadre législatif des provinces — relativement au refus d'un traitement de survie.

La sénatrice Batters : Donc, vous ne préconisez pas un âge minimum? Ne pourrait-il pas être fixé à 14 ans? En pratique, quel devrait être l'âge minimum?

Mme Downie : Il ne faut pas fixer d'âge minimum. Un jeune de 14 ans, par exemple, qui a refusé un traitement de survie et qui comprend bien la nature et les conséquences, pourrait prendre cette décision.

Je vous renvoie au rapport du groupe d'experts du Conseil des académies canadiennes sur les mineurs matures, de même qu'à celui du comité mixte de la Chambre et du Sénat sur l'aide médicale à mourir, qui traitent explicitement de cette question. Elle a aussi été étudiée par le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir, comme il s'appelait à l'époque. Tous recommandent que la mesure législative reconnaisse que des mineurs peuvent être matures et qu'il faut appliquer le même principe que pour le refus d'un traitement de survie.

Le sénateur Cotter : J'aimerais inviter Mme Downie à répondre à la question concernant les mesures de soutien social et les mécanismes de soutien plus complets qui sont offerts dans certains pays européens, et qui font en sorte que la liberté de choix d'une personne relativement à l'aide à mourir n'est peut-être pas comparable dans le contexte canadien. J'aimerais aussi avoir votre opinion sur ce qu'il faudrait faire au Canada pour offrir le niveau de soutien qui assurerait une véritable liberté de choix.

Mme Downie : Je ne crois pas que des choix ont été faits entre le soutien médical et le soutien social. Ces deux aspects ont été examinés très consciencieusement. C'est précisément ce que nous étudions au Conseil des académies canadiennes. Nous examinons les mesures de soutien offertes et nous cherchons à comprendre notre culture pour ce qui concerne la liberté de choix, entre autres. Cette question fait également l'objet d'une analyse rigoureuse dans la décision *Truchon*.

Dans cette décision, le juge insiste notamment sur l'importance d'envisager tout cela dans le contexte canadien. Nous pouvons regarder ce qui se passe en Europe, mais il faut réfléchir avant tout à la manière dont le système s'appliquera au Canada. Ces arguments ont été plaidés dans l'affaire *Truchon*, mais la preuve a été rejetée. Par ailleurs, comme l'a fait observer la juge Smith dans la décision *Carter*, il faut examiner la situation individuelle de chaque personne afin qu'elle ne devienne pas l'otage des lacunes de notre filet social. Il faut toujours proposer des voies parallèles, en autorisant d'un côté l'accès à l'AMM et, de l'autre, en prenant les mesures voulues pour améliorer le soutien. C'est ce qui a été fait pour les soins palliatifs. C'est en bonne partie ce qui a été fait au Québec pour le régime des soins palliatifs. C'est le cadre d'analyse qu'il

government to add mental disorder supports parallel to this change in the law.

Senator Cotter: Thank you.

The Chair: Thank you, Professor Downie and Professor Lemmens, for your presentations. You have raised many interesting questions. Thank you very much, both of you, for always making yourselves available to the Legal Committee in the Senate.

Ms. Downie: Thank you.

Mr. Lemmens: Thank you very much.

The Chair: We will go on to the next panel. The witnesses are, first, from the Canadian Association for Suicide Prevention, Sean Krausert, Executive Director. The next witness is from l'Université du Québec à Montréal.

[Translation]

Brian Mishara is director of the Centre for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End of Life Practices, and a professor in the Psychology Department of the Université du Québec à Montréal.

[English]

We have two additional witnesses: Mark Henick, who is a mental health advocate; and Alex Schadenberg, Executive Director, Euthanasia Prevention Coalition of Ontario.

We will start with the first panellist, please.

Sean Krausert, Executive Director, Canadian Association for Suicide Prevention: Good morning, honourable members of this Senate committee. I am Sean Krausert, the executive director of the Canadian Association for Suicide Prevention. Thank you for the opportunity to provide comments to you today for Bill C-7, An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying).

My organization acknowledges the importance of respecting the autonomy of the individual and affirms that Canadians deemed capable of making such decisions ought to be able to access MAID to exert control over a death process that is already happening.

At the same time, efforts to prevent suicide, including healthy messaging across society, means we must work toward a future where no Canadian uses death as a remedy for a difficult life.

convient d'appliquer, selon la juge Smith, pour l'AMM et les soins palliatifs. Selon moi, il en va de même pour les mesures de soutien aux personnes handicapées et, comme je l'ai déjà dit, je demande au gouvernement d'intégrer, parallèlement aux modifications proposées à la loi, des mesures de soutien pour les personnes qui ont un trouble mental.

Le sénateur Cotter : Merci.

La présidente : Merci, madame Downie, et merci, monsieur Lemmens, pour vos exposés. Vous avez soulevé plusieurs questions intéressantes. Je vous remercie énormément de toujours vous montrer aussi généreux de votre temps. Le Comité sénatorial des affaires juridiques vous en est reconnaissant.

Mme Downie : Je vous en prie.

M. Lemmens : Merci beaucoup.

La présidente : Nous allons accueillir le groupe de témoins suivant. Il sera composé de M. Sean Krausert, le directeur général de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, ainsi que d'un représentant de l'Université du Québec à Montréal.

[Français]

Brian Mishara est directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie, et il est aussi professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

[Traduction]

Deux autres témoins se joindront à eux. Le premier, M. Mark Henick, est un défenseur de la santé mentale, et le second, M. Alex Schadenberg, est le directeur général de l'organisme Euthanasia Prevention Coalition of Ontario.

Je donne la parole au premier témoin. Nous vous écoutons.

Sean Krausert, directeur général, Association canadienne pour la prévention du suicide : Bonjour, honorables membres du comité sénatorial. Je m'appelle Sean Krausert, et je suis directeur général de l'Association canadienne pour la prévention du suicide. Je vous remercie de me donner la possibilité de me prononcer sur le projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir).

Mon organisme reconnaît la nécessité de respecter la liberté de choix de chacun et le droit de recourir à l'aide médicale à mourir, ou AMM, dans le cas des Canadiens qui sont jugés aptes à prendre une telle décision alors qu'ils sont déjà en fin de vie et qu'ils souhaitent exercer un contrôle sur le processus.

En revanche, nos efforts de prévention du suicide, qui comprennent notamment des messages d'intérêt public pour favoriser un mode de vie sain, devront faire en sorte à l'avenir

There are several important concerns relating to suicide in the context of MAID expansion to those not at the end of life.

First, a life worth living: It is imperative that as a society we invest in finding ways to alleviate suffering and support people in connecting to a life worth living. MAID, as it was originally intended in Canada, is not in conflict with this approach, since it is used to remedy painful deaths. However, expansion of MAID to include those not at the end of life carries the inherent assumption that some lives are not worth living and cannot be made so.

Second, suicide messaging: Sending a message that sometimes death is the best remedy for a painful life is likely to subvert suicide prevention messaging. It is important that MAID be understood as an unusual and extraordinary option to avoid a social norm in which death is considered a common coping strategy.

Third, duty to die: Shifting norms also have the potential to create social pressure, or so-called duty to die for people with chronic illnesses, who may seek death as a way to alleviate the burden that they perceive they are causing others. Such a norm is again in conflict with suicide prevention efforts aimed at helping people challenge and reject thoughts that they are a burden, in favour of efforts to see their positive role in the world.

Fourth, mental health care: Finding hope and reasons to live are quintessential aspects of clinical care in mental disorders. Having MAID as a treatment option is in fundamental conflict with this approach, is likely to have a negative impact on the effectiveness of some therapeutic interventions and may lead both patient and provider to prematurely abandon care.

Fifth, psychiatric policy: To some extent, the same issues that arise in the clinician's office apply at the macro scale. Ending the life of someone with complex health problems is simpler and likely much less expensive than offering outstanding ongoing care. This creates a perverse incentive for the health system to encourage the use of MAID at the expense of providing adequate resources to patients. That outcome is unacceptable.

CASP believes that we must consider the broader context of suicide prevention and life promotion for all Canadians. To this end, we recommend, first, extreme caution. Given that MAID and suicide can overlap and that MAID-related public messaging

que personne au Canada n'envisage la mort comme une solution pour mettre fin à une vie pénible. L'élargissement de l'accès à l'AMM aux personnes qui ne sont pas en fin de vie soulève plusieurs préoccupations liées au suicide.

Premièrement, chaque vie vaut la peine d'être vécue. Il est impératif que notre société investisse dans la recherche de moyens pour alléger la souffrance et aider chaque personne à découvrir un sens à sa vie. L'AMM, telle qu'elle se concevait initialement au Canada, n'est pas incompatible avec cette vision puisque son objectif est d'empêcher une pénible agonie. Cependant, l'élargissement du droit à l'AMM aux personnes qui ne sont pas en fin de vie comporte le risque intrinsèque que l'on considère que certaines vies n'ont aucune valeur et n'en auront jamais.

Deuxièmement, nos messages de prévention du suicide risquent de rater leur cible si on envoie un autre message qui dit que la mort est parfois la meilleure solution à une vie pénible. L'AMM doit être présentée comme une option inhabituelle et extraordinaire pour éviter qu'il devienne socialement acceptable de considérer que la mort est une stratégie comme une autre contre l'adversité.

Le troisième élément est ce qu'on appelle l'obligation de mourir. Un changement normatif pourrait créer une pression sociale et faire sentir aux personnes qui souffrent d'une maladie chronique qu'elles ont l'obligation de mourir. Ces personnes pourraient en venir à vouloir mourir pour alléger le fardeau qu'elles pensent imposer à leur entourage. Là encore, cette dérive irait à l'encontre des efforts déployés pour prévenir le suicide et amener ceux qui se perçoivent comme un fardeau à lutter contre ces idées et à voir ce qu'ils apportent au monde.

Quatrièmement, dans le domaine des soins cliniques en santé mentale, le plus important est d'aider les patients à retrouver l'espoir et une raison de vivre. L'ajout de l'AMM à l'éventail des traitements offerts aux personnes qui ont un trouble mental contrecarre de manière fondamentale cet objectif et risque de nuire à l'efficacité de certaines interventions thérapeutiques, en plus d'amener autant les patients que les fournisseurs de soins à abandonner prématurément un traitement.

Cinquièmement, à l'égard des politiques en matière de soins psychiatriques, les questions sont du même ordre dans les bureaux des cliniciens qu'à une échelle macroscopique. Mettre fin à la vie d'une personne qui présente des problèmes de santé complexes est plus simple et sans doute beaucoup moins coûteux que de lui offrir des soins de qualité et continus. Il peut en découler une propension malheureuse pour le système de santé à encourager le recours à l'AMM plutôt que de fournir des ressources adéquates aux patients. C'est inacceptable.

Il est clair pour notre association qu'il faut tenir compte du contexte global de la prévention du suicide et de la promotion de la vie pour l'ensemble des Canadiens. Dans cette optique, notre première recommandation serait de faire preuve d'une extrême

may interfere with safe suicide prevention messaging, the government must take great care to include concerns about suicide into any legislative changes related to MAID. Second is the requirement of evidence. We encourage not to open a door without such being strongly supported by evidence, evidence that mental illness cannot be remedied, evidence that a person's decline is irreversible and evidence that a person's suffering cannot be made bearable. We are not aware of any such evidence that would justify it as being eligible for MAID.

In short, CASP strongly endorses the current wording of Bill C-7, whereby mental illness is prohibited as a condition eligible for medical assistance in dying. This provision is absolutely essential to safeguard against the premature deaths of persons who are suffering mental illness alone and thereby avoiding inadvertently legitimizing suicide as an acceptable option for ending a difficult and painful life. Thank you for your time.

The Chair: Thank you very much. We will go to the next witness, Mr. Mishara.

Brian L. Mishara, Director, Centre for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End of Life Practices, and Professor, Psychology Department, University of Quebec at Montreal: Thank you for the opportunity to share some of my thoughts with you. Because of time constraints, I will limit these remarks to three points.

I believe that the suffering from a mental disorder is no less than the suffering from a physical illness. But the presence for having access to MAID in Canada is that one must have an irremediable medical condition with irreversible decline and unresolvable suffering.

I believe that people often confuse having an irremediable medical condition with the suffering, which motivates the request for MAID being irremediable. There is no blood test or brain scan or other medical examination that can reliably indicate the presence of a mental disorder. It is diagnosed based on talking with the patient.

One of the essential requirements for access to MAID is the determination that the condition is irremediable. Mental illnesses do not follow a predictable course. There is no evidence to date that anyone is able to predict the course of a mental illness and whether or not suffering can be eliminated. Of people who die by suicide in Canada, 90% have a mental illness. People who work in suicide prevention are confronted on a daily basis with people with a mental illness who are convinced they are suffering and

prudence. Parce qu'il peut parfois être difficile de tracer la ligne entre le suicide et l'AMM, et parce que les messages d'intérêt public concernant cette dernière risquent d'interférer avec les messages de prévention du suicide, le gouvernement doit prendre grand soin de tenir compte des préoccupations relatives au suicide dans toute réforme de la législation sur l'AMM. Par ailleurs, il faut s'appuyer sur des données probantes. Avant d'autoriser l'accès à l'AMM, il faut nous assurer d'avoir la preuve incontestable que la maladie mentale est incurable, que le déclin d'une personne est irréversible et que sa souffrance ne peut être rendue tolérable. À notre connaissance, il n'existe actuellement aucune preuve qui justifierait l'admissibilité à l'AMM en cas de maladie mentale.

En résumé, l'Association canadienne pour la prévention du suicide appuie sans réserve le libellé de la disposition du projet de loi C-7 interdisant le recours à l'aide médicale à mourir pour une personne atteinte de maladie mentale. Cette disposition est absolument indispensable pour éviter la mort prématurée lorsque la maladie mentale est la seule condition invoquée et, partant, la légitimation malencontreuse du suicide comme étant une avenue acceptable pour mettre fin à une vie pénible et de souffrance. Merci de m'avoir consacré votre temps.

La présidente : Merci beaucoup. Nous allons maintenant entendre notre prochain témoin, M. Mishara.

Brian L. Mishara, directeur, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie, et professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal : Merci de me donner l'occasion de partager avec vous le fruit de mes réflexions. Parce que le temps m'est compté, je vais me limiter à trois points.

Je crois que la souffrance attribuable à un trouble mental n'est pas moindre que celle que peut engendrer une maladie physique. Toutefois, au Canada, l'accès à l'AMM est conditionné par la présence d'un problème de santé irrémédiable, d'un déclin irréversible et d'une souffrance insurmontable.

Selon moi, on confond trop souvent le fait d'avoir un problème de santé irrémédiable et la souffrance, une confusion qui est à l'origine du critère du caractère irrémédiable d'un problème pour autoriser l'AMM. Il n'existe pas de technique d'analyse sanguine ou d'imagerie cérébrale, ou quelque forme d'examen médical que ce soit pour diagnostiquer avec certitude un trouble mental. Le seul moyen d'y arriver est de discuter avec le patient.

L'un des critères essentiels de l'admissibilité à l'AMM est le caractère irrémédiable d'un problème de santé. L'évolution des maladies mentales n'est jamais prévisible. Selon l'état actuel des connaissances, personne ne peut prédire comment une maladie mentale évoluera ou s'il sera possible de soulager la souffrance. Parmi les personnes qui se suicident au Canada, 90 % ont une maladie mentale. Les intervenants dans le domaine de la prévention du suicide sont tous les jours en contact avec des

that their suffering will never end. There is no hope; there is no treatment that can help them, they just can't go on like this and they want to die.

For years, I worked in telephone help lines. Every day I had calls from people who told me they met all the MAID criteria, even before MAID existed legally in Canada. Almost invariably, by the end of the call, the person with the lethal bottle of pills sitting in front of them, who said they were going to take it, the person who had said, "I just really don't want help," had changed their mind. The pills were flushed down the toilet. They were getting help or they were going to a hospital. In those rare instances where the person refused help, the call was traced, and they were rushed to hospital against their will, most of them, over 90%, will never attempt suicide again and usually they call back and say thank you for saving my life.

I am a researcher, and until I see some hard data showing me that psychiatrists or psychologists are able to reliably predict who is hopelessly doomed to continue suffering, who can benefit from treatment and who will be happy to continue living, I cannot accept that we end the lives of people who have a mental illness, knowing that many could have been alive and have been happy to be alive.

I wish I had time to go over the details of the research on this.

Second, and this is something that Trudo Lemmens talked about, even in the Netherlands, where about 4.1% of all people die by MAID now — and they are considered a very liberal society — there is a requirement that we do not have. In the Netherlands, the doctors must establish without doubt that no treatment, medical or otherwise, could change the person's mind about wanting to die. If the doctors believe that there is some untried treatment, medical or otherwise, available, they are obliged under their due care regulations to refuse to end the person's life.

We don't have that requirement. We only have a requirement that the doctor explain what's available. The doctors cannot refuse, even if the suffering is treatable.

The third point has to do with reporting. If you look at other countries, they have a transparent reporting mechanism and detailed investigations. We cannot answer any research questions about MAID because we don't have detailed investigations to determine what's going on.

The Chair: Thank you. Mr. Henick, the floor is yours.

personnes qui ont une maladie mentale, qui sont convaincues de souffrir et que cette souffrance est sans fin. Elles sont désespérées, aucun traitement ne leur vient en aide, elles n'en peuvent plus et elles veulent mourir.

Pendant des années, j'ai répondu à des appels à des lignes d'écoute. Chaque jour, je recevais des appels de personnes qui me disaient répondre à tous les critères de l'AMM, même avant que cette option n'existe légalement au Canada. Presque invariablement, à la fin de l'appel, la personne devant son flacon de pilules mortelles, qui avait dit qu'elle allait les prendre, la personne qui avait dit : « Je ne veux pas vraiment d'aide » avait changé d'avis. Elle jetait les pilules dans la toilette. Elle recevait de l'aide ou se rendait à l'hôpital. Dans de rares cas où la personne a refusé de l'aide, l'appel a été retracé et la personne a été transportée d'urgence à l'hôpital contre sa volonté. La plupart d'entre elles, plus de 90 %, ne tenteront plus jamais de se suicider et, en général, elles rappellent pour vous remercier de leur avoir sauvé la vie.

Je suis un chercheur et tant que je n'aurai pas vu de données concrètes me montrant que les psychiatres ou les psychologues sont capables de prédire avec fiabilité qui est désespérément condamné à continuer à souffrir ou qui peut bénéficier d'un traitement et sera heureux de continuer à vivre, je ne peux accepter que nous mettions fin à la vie de personnes atteintes d'une maladie mentale, sachant que beaucoup d'entre elles auraient pu être en vie et heureuses de l'être.

J'aimerais avoir le temps de passer en revue les détails de la recherche sur le sujet.

Deuxièmement, et Trudo Lemmens en a parlé, même aux Pays-Bas, où environ 4,1 % de la population meurt maintenant de l'aide médicale à mourir — et le pays est considéré comme une société très libérale, il y a une exigence que nous n'avons pas. Aux Pays-Bas, les médecins doivent établir hors de tout doute qu'aucun traitement, médical ou autre, ne peut faire changer d'avis la personne qui veut mourir. Si les médecins estiment qu'il existe un traitement qui n'a pas été prodigué, médical ou autre, ils sont tenus, en vertu du règlement sur les soins diligents, de refuser de mettre fin à la vie de la personne.

Nous n'avons pas cette exigence. Nous exigeons seulement que le médecin explique ce qui est disponible. Les médecins ne peuvent pas refuser, même s'il est possible de traiter la souffrance.

Le troisième point concerne la déclaration. Si nous prenons l'exemple d'autres pays, ils ont un mécanisme de rapport transparent et des enquêtes détaillées. Nous ne pouvons répondre à aucune question de recherche sur l'aide médicale à mourir parce que nous n'avons aucune enquête détaillée pour savoir ce qui se passe.

La présidente : Merci. Monsieur Henick, la parole est à vous.

Mark Henick, mental health advocate, as an individual: Thank you for the opportunity to speak to you today about this important issue. Speaking as a person with both professional and, most importantly, personal lived experience, I wish to focus my remarks exclusively on MAID for mental illness as a sole condition. I say that because my comments are not intended to apply to situations where there's a co-occurring illness, nor to draw analogy with any non-mental illnesses. Depression is not cancer. Depression is depression. Mental illnesses ought to be called what they are, not what they are like. And I think we've come at least that far in mental health awareness by now. To this end, I would like to address three issues. These are capacity, irremediability and systemic failures.

First, there is capacity. Given that one in five people each year, and the majority of people in their lifetime, will personally experience some form of mental illness, loss of decision-making capacity in that context, on that scale, is relatively rare. Therefore, people who request MAID solely for mental illness ought not to be automatically assumed to be incapable of making decisions on account of their mental illness alone. Their concerns and their suffering are valid. However, the true causes of their suffering need to be considered. Mental illnesses are not all in your head; that is, not entirely and not exclusively in your brain. Social determinants of health are as important, and maybe even more so, in determining who suffers and who thrives while living with a mental illness. The degree to which this is true is what separates mental illness from other conditions for which MAID might be requested and granted.

Even people with severe and persistent mental illnesses are equally deserving of employment, income, housing, health care, safety, love and respect as anybody else. Currently, many of them are not getting it. Until we can overcome the stigma and discrimination that deprives them of these rights, they will never be equally free to make some of the same decisions that other Canadians are privileged to take for granted.

While we with mental illnesses may not lose our capacity, our condition by definition influences our decisions. Cognitive rigidity, negative emotional valence, hopelessness and helplessness are common characteristics of most mental illnesses. They can cause a great deal of duress. Therefore, can a seemingly free choice made under such duress ever be a fully free choice? I have had few personal experiences in my life of greater duress than that which accompanied my mental illness. I've made decisions that I would have made differently had I not been under that duress.

Mark Henick, défenseur en santé mentale, à titre personnel : Je vous remercie de m'offrir l'occasion de vous parler aujourd'hui de cette importante question. Puisque j'ai une expérience professionnelle et, surtout, une expérience personnelle, je vais axer mes remarques exclusivement sur l'aide médicale à mourir, l'AMM, pour la maladie mentale comme seule condition. Je dis cela parce que mes remarques ne sont pas destinées à s'appliquer à des situations où il y a une maladie concomitante, ni à faire une analogie avec des maladies non mentales. La dépression n'est pas le cancer. La dépression, c'est la dépression. Les maladies mentales doivent être désignées de leur nom, non de ce qu'elles sont, et je crois que nous avons fait au moins ce chemin maintenant en matière de sensibilisation à la santé mentale. Cela étant, j'aimerais aborder trois questions : la capacité, l'irrémediabilité et les défaillances systémiques.

Premièrement, il y a la capacité. Étant donné qu'une personne sur cinq chaque année, et la majorité des gens au cours de leur vie, vivra personnellement une quelconque forme de maladie mentale, la perte de la capacité décisionnelle dans ce contexte, à cette échelle, est relativement rare. Par conséquent, les personnes qui demandent l'AMM exclusivement pour une maladie mentale ne doivent pas automatiquement être considérées comme incapables de prendre des décisions en raison de leur seule maladie mentale. Leurs préoccupations et leurs souffrances sont valables. Toutefois, les véritables causes de leurs souffrances doivent être prises en compte. Les maladies mentales ne sont pas toutes dans la tête, autrement dit, pas entièrement ni pas exclusivement dans le cerveau. Des déterminants sociaux de la santé sont tout aussi importants, peut-être même plus, pour déterminer qui souffre et qui s'épanouit en vivant avec une maladie mentale. C'est la mesure dans laquelle cela est vrai qui sépare la maladie mentale des autres affections pour lesquelles l'AMM peut être demandée et accordée.

Même les personnes souffrant de maladies mentales graves et persistantes méritent autant que les autres un emploi, un revenu, un logement, des soins de santé, la sécurité, l'amour et le respect. Actuellement, beaucoup d'entre elles ne les obtiennent pas. Tant que nous n'aurons pas surmonté la stigmatisation et la discrimination qui les privent de ces droits, elles ne seront jamais aussi libres de prendre certaines des mêmes décisions que d'autres Canadiens ont le privilège de tenir pour acquises.

Même si nous, les personnes atteintes de maladies mentales, ne perdons pas notre capacité, notre état de santé influe par définition sur nos décisions. La rigidité cognitive, la valence psychologique négative, le désespoir et l'impuissance sont des caractéristiques communes à la plupart des maladies mentales. Elles peuvent engendrer beaucoup de contraintes. Par conséquent, un choix apparemment libre fait sous une telle contrainte peut-il jamais être un choix entièrement libre? J'ai vécu peu d'expériences personnelles dans ma vie de contraintes plus grandes que celles qui ont accompagné ma maladie mentale.

Regarding irremediability, there is no evidence that any mental illness is irremediable. The fact that we are failing so often to remediate mental illness is not evidence of its irremediability. At best, this is proof not that people are failing to respond to health care but that health care is failing to respond to people. If the questions you are asking are not getting responses, maybe you are asking the wrong questions. The patient is not the problem.

Regarding systemic failures, no jurisdiction in Canada is currently meeting its obligations under the Canada Health Act with respect to mental health care, particularly the accessibility and comprehensiveness conditions, wait times, limited treatments, inequitable access, costs and the absence of a robust system of publicly funded psychotherapy. These and other barriers are systemically preventing people from getting better, and they routinely contribute to a worsening of their condition. Psychotherapy is medically necessary. Addiction treatment is medically necessary. Diverse affordable medication options are medically necessary.

In closing, I would like to say that for most of my life, and acutely between the ages of 10 and 17, then episodically ever since, my treatment-resistant depression has presented me with both a convincing problem and a convincing solution.

“Nothing will ever get better,” my depression said to me. “You’re hopeless. You’re worthless. You can’t carry this any further.” It was convincing when my depression lied to me in these ways because depression lied to me in my own voice, inside my own head. It infected and hijacked my own thoughts and feelings and turned them against me. But then that liar, depression, once it was fully in control, whispered these words of perverted mercy. “You’d be better off dead,” it said. It offered a solution to the problem that it, itself, had created. So I call upon this body not to employ the tactics of the liar. A solution based on a false premise might have an internal logic. It might feel productive, compassionate and appropriate to the problem that it’s trying to address. But until you recognize and rectify your role in creating and maintaining the root problem to begin with, then a proposed solution, especially such a final solution, can hold no validity.

I’m asking you, as a mental health advocate and as a person with lived experience of both serious mental illness and recovery, please don’t do this. Don’t abdicate your responsibility to better care for the most vulnerable among us under a false premise of freedom or a misapplication of what equity really means. Medical assistance in dying solely for a mental illness,

J’ai pris des décisions que j’aurais prises différemment si je n’avais pas été sous cette contrainte.

En ce qui concerne l’irrémediabilité, rien ne prouve qu’une maladie mentale soit irrémediable. Le fait que, si souvent, nous ne parvenions pas à remédier à la maladie mentale n’est pas une preuve de son caractère irrémediable. Au mieux, c’est la preuve non pas que les gens ne répondent pas au traitement, mais que le traitement ne répond pas aux gens. Si les questions que vous posez n’obtiennent pas de réponses, peut-être posez-vous les mauvaises questions. Le patient n’est pas le problème.

En ce qui concerne les défaillances systémiques, aucune province ni aucun territoire au Canada ne s’acquitte actuellement de ses obligations en vertu de la Loi canadienne sur la santé en ce qui concerne les soins en santé mentale, notamment les conditions d’accessibilité et d’exhaustivité, l’attente, les traitements limités, l’accès inéquitable, les coûts et l’absence d’un système solide de psychothérapie financé par l’État. Ces obstacles, entre autres, empêchent systématiquement des gens de se rétablir et contribuent régulièrement à l’aggravation de leur état. La psychothérapie est médicalement nécessaire. Le traitement des dépendances est médicalement nécessaire. Différentes options de médicaments abordables sont médicalement nécessaires.

Pour conclure, je voudrais dire que pendant la majeure partie de ma vie, et de façon aiguë entre 10 et 17 ans, puis de façon épisodique depuis, ma dépression résistante au traitement m’a posé un problème convaincant et proposé une solution tout aussi convaincante.

« Rien ne s’améliorera jamais, m’a dit ma dépression. Il n’y a pas d’espoir pour toi. Tu ne vaux rien. Tu ne peux pas aller plus loin ». C’était convaincant quand ma dépression me mentait ainsi, parce que la dépression me mentait en empruntant ma propre voix, dans ma propre tête. Elle a infecté et piraté mes propres pensées et sentiments et les a retournés contre moi. Ensuite, cette menteuse, la dépression, une fois qu’elle était pleinement en contrôle, a murmuré ces mots de pitié perverse : « Tu serais mieux mort », disait-elle. Elle offrait une solution au problème qu’elle avait elle-même créé. Je vous invite donc à ne pas employer les tactiques de la menteuse. Une solution basée sur une fausse prémisse peut avoir une logique interne. Elle peut sembler productive, compatissante et adaptée au problème qu’elle tente de résoudre, mais tant que vous ne reconnaissez pas et ne rectifiez pas votre rôle dans la création et le maintien du problème à la racine, la solution proposée, surtout une telle solution définitive, ne peut être valable.

Je vous demande, en tant que défenseur en santé mentale et que personne ayant vécu à la fois une grave maladie mentale et un rétablissement, de ne pas le faire. Ne renoncez pas à votre responsabilité de mieux prendre soin des plus vulnérables d’entre nous sous un faux prétexte de liberté ou une mauvaise application de ce que le principe d’équité signifie réellement.

assisted suicide by a sanitized name, will set the mental health recovery movement back by a generation. Instead, let's fight harder, together, for the right to recover.

The Chair: Thank you, Mr. Henick, for your presentation. We're going to the next witness now. Mr. Schadenberg, the floor is yours.

Alex Schadenberg, Executive Director, Euthanasia Prevention Coalition: My intervention is similar but a little different than the others. My name is Alex Schadenberg. I'm the director of the Euthanasia Prevention Coalition. We are a national organization with nearly 50,000 supporters in Canada, and we're made up of medical professionals, people with disabilities and everyday Canadians. When EPC recognized that the Supreme Court of Canada's *Carter* decision legalized euthanasia and assisted suicide in Canada — we now call this MAID — we were opposed to Bill C-14 because the language in the legislation would not accomplish what the *Carter* decision required — that being a carefully designed system, imposing stringent limits that are scrupulously monitored and enforced. Bill C-14 did not do that. Bill C-7 actually exacerbates this problem by eliminating some of the safeguards that were implemented in Bill C-14.

First, the *Truchon* decision should have been appealed. Even if the government supported the outcome of the *Truchon* decision by not appealing the decision, it becomes a precedent, which is concerning based on the language of the decision. Nonetheless, *Truchon* required the government to amend the law by removing the requirement that natural death be reasonably foreseeable. Bill C-7 goes far beyond the *Truchon* decision.

The second concern is that the phrase “natural death must be reasonably foreseeable” is not defined. Therefore, it lacks an effective meaning. The lack of definition has led to deaths that were not originally foreseen by legislators in 2016. For instance, an article by Joan Bryden, which just came out, published recently by the Associated Press, interviews Vancouver psychiatrist Derryck Smith who said that he was personally involved in two cases where people suffered solely from severe mental disorders and he said he knows of similar cases. Smith was not following the intent of the law when he lethally injected these people. Yet, because the law lacks effective death definition, no one is talking about prosecuting Dr. Smith.

The comments from Dr. Smith did not surprise me considering the death of Alan Nichols in July 2019. Nichols died by lethal injection, MAID, in Chilliwack, B.C., even though the family

L'aide médicale à mourir uniquement pour une maladie mentale, le suicide assisté sous un nom aseptisé, fera reculer d'une génération le mouvement de rétablissement en santé mentale. Au lieu de cela, battons-nous plus fort, ensemble, pour le droit au rétablissement.

La présidente : Merci, monsieur Henick, pour votre exposé. Nous donnerons la parole à notre prochain témoin. Monsieur Schadenberg, la parole est à vous.

Alex Schadenberg, directeur exécutif, Coalition de prévention de l'euthanasie : Mon intervention est similaire, mais un peu différente, de celle des intervenants précédents. Je m'appelle Alex Schadenberg, le directeur de la Coalition de prévention de l'euthanasie. Nous sommes une organisation nationale qui compte près de 50 000 sympathisants au Canada, et nous sommes composés de professionnels de la santé, de personnes handicapées et de Canadiens ordinaires. Lorsque la CPE a reconnu que l'arrêt *Carter* de la Cour suprême du Canada légalisait l'euthanasie et le suicide assisté au Canada — ce que nous appelons désormais l'aide médicale à mourir — nous étions opposés au projet de loi C-14 parce que son libellé ne permettrait pas d'accomplir ce que l'arrêt *Carter* exigeait, à savoir un système conçu avec soin, imposant des limites rigoureuses qui seraient scrupuleusement contrôlées et appliquées. Le projet de loi C-14 ne le faisait pas. Le projet de loi C-7 aggrave en fait le problème en éliminant certaines garanties qui étaient prévues dans le projet de loi C-14.

Tout d'abord, la décision *Truchon* aurait dû être portée en appel. Même si le gouvernement a souscrit à l'issue de la décision *Truchon* en n'interjetant pas appel de la décision, cela devient un précédent, qui est préoccupant vu le libellé de la décision. Néanmoins, la décision *Truchon* obligeait le gouvernement à modifier la loi en supprimant l'exigence selon laquelle la mort naturelle doit être raisonnablement prévisible. Le projet de loi C-7 va au-delà de la décision *Truchon*.

La deuxième préoccupation tient au fait que l'expression « la mort naturelle est raisonnablement prévisible » n'est pas définie. Par conséquent, il lui manque un sens effectif. L'absence de définition a conduit à des décès que les législateurs n'avaient pas prévus à l'origine en 2016. Par exemple, dans un article de Joan Bryden, que l'Associated Press a publié récemment, on rapporte des entrevues avec le psychiatre de Vancouver, Derryck Smith, qui a déclaré avoir personnellement participé à deux cas dans lesquels les personnes souffraient uniquement de troubles mentaux graves et il a dit avoir connaissance de cas similaires. Smith ne respectait pas l'intention de la loi lorsqu'il a injecté une dose mortelle à ces personnes. Pourtant, comme la loi ne définit pas la mort effective, personne ne parle de poursuivre le Dr Smith.

Les propos du Dr Smith ne m'ont pas surpris, vu le décès d'Alan Nichols en juillet 2019. Nichols est mort par injection létale, par aide médicale à mourir, à Chilliwack, en Colombie-

urged the doctors to re-examine their decision. Alan Nichols was not physically ill, but he lived with chronic depression. In this case, his downturn was linked to the fact that his brother, who had helped him with his banking, shopping and basic living, went on a planned vacation, a dream trip for his brother. In his absence, Alan experienced a significant downturn in his mental health. It is concerning that Bill C-7 continues to use the phrase “natural death is reasonably foreseeable” and it continues to leave this phrase undefined.

We’re also concerned that the term “psychological suffering” remains undefined. Bill C-7 claims to prevent MAID for mental illness alone, but without defining psychological suffering, it appears the claim concerning mental illness is only ink on paper. If a person’s natural death is deemed to be reasonably foreseeable, what Bill C-7 does is create a two-tier decision-making process. If a person’s natural death is deemed reasonably foreseeable, then there is no reflection period, enabling in some circumstances a same-day death. This is concerning because a person with significant health concerns can die on a bad day and never have the opportunity to experience the good day. Research by Canada’s Dr. Harvey Chochinov proves that a person’s will to live fluctuates over time. If a person’s natural death is deemed not to be reasonably foreseeable, then the person would have a 90-day waiting period. There are problems with this approach. Without defining the meaning of the phrase “natural death is reasonably foreseeable,” how will assessors determine if a person can die immediately or be required to wait 90 days? This will lead to some people with the same condition dying immediately and others being required to wait 90 days. This approach creates an untenable inequity in the law. If not amended, this portion of the law will be struck down by a future court decision.

We advise that Bill C-7 define the phrase “natural death is reasonably foreseeable” and retain the current 10-day reflection period.

I mentioned earlier the issue of mental illness. There has been a lot of discussion about the claim that Bill C-7 prevents MAID for mental illness alone. It has been my position that Bill C-14 did not prevent MAID for mental illness alone, and Bill C-7 also fails to prevent MAID in these circumstances since Bill C-14 and Bill C-7 do not define the meaning of the term “psychological suffering.” The law permits MAID for people who are physically or psychologically suffering if the illness, disease or disability, or that state of decline, causes them enduring physical or psychological suffering that is intolerable to them and that cannot be relieved under the conditions they consider acceptable. Mental illness is considered to be a form of psychological suffering. Since the law is based on subjective and not objective

Britannique, même si la famille avait exhorté les médecins à revoir leur décision. Alan Nichols n’était pas physiquement malade, mais il vivait avec une dépression chronique. Dans son cas, son déclin était lié au fait que son frère, qui l’aidait avec ses opérations bancaires, ses achats et sa subsistance de base, était parti pour des vacances planifiées, un voyage de rêve pour son frère. En son absence, sa santé mentale s’est nettement détériorée. Il est préoccupant que le projet de loi C-7 utilise encore l’expression « la mort naturelle est raisonnablement prévisible » et qu’il continue de ne pas la définir.

Nous sommes aussi préoccupés par le fait que l’expression « souffrance psychologique » demeure sans définition. Le projet de loi C-7 prétend prévenir l’aide médicale à mourir pour la seule maladie mentale, mais faute de définition de la souffrance psychologique, il semble que l’affirmation concernant la maladie mentale ne soit que de l’encre sur le papier. Si la mort naturelle d’une personne est considérée comme raisonnablement prévisible, le projet de loi C-7 crée un processus décisionnel à deux niveaux. Si la mort naturelle d’une personne est considérée comme raisonnablement prévisible, il n’y a pas de délai de réflexion, ce qui permet dans certains cas d’envisager la mort le jour même. C’est préoccupant, car une personne qui a des problèmes de santé importants peut mourir une mauvaise journée et ne jamais avoir l’occasion de vivre une bonne journée. Des recherches de Dr Harney Chochinov, du Canada, prouvent que la volonté de vivre d’une personne fluctue au fil du temps. Si la mort naturelle d’une personne n’est pas considérée comme étant raisonnablement prévisible, il y aurait alors une période d’attente de 90 jours. Cette approche pose des problèmes. Sans définir le sens de l’expression « la mort naturelle est raisonnablement prévisible », comment les évaluateurs détermineront-ils si une personne peut mourir immédiatement ou devra attendre 90 jours? Ainsi, certaines personnes souffrant de la même affection mourront immédiatement et d’autres devront attendre 90 jours. Cette approche crée une iniquité intenable en droit. Si elle n’est pas modifiée, cette partie de la loi sera invalidée par une future décision judiciaire.

Nous conseillons que le projet de loi C-7 définisse l’expression « la mort naturelle est raisonnablement prévisible » et maintienne le délai de réflexion actuel de 10 jours.

J’ai évoqué plus tôt le problème de la maladie mentale. Il a beaucoup été question de l’affirmation selon laquelle le projet de loi C-7 interdit l’aide médicale à mourir, l’AMM, pour la seule maladie mentale. Je suis d’avis que le projet de loi C-14 n’empêchait pas l’AMM pour la seule maladie mentale et que le projet de loi C-7 n’empêche pas non plus l’AMM dans ces situations, puisque les deux projets de loi ne définissent pas l’expression « souffrance psychologique ». La loi autorise l’AMM pour les personnes qui vivent des souffrances physiques ou psychologiques si la maladie ou le handicap, ou cet état de déclin, leur cause des souffrances qui leur sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu’elles jugent acceptables. La maladie mentale est vue comme une forme de

parameters, without defining psychological suffering, mental illness is not prohibited by the bill.

The Chair: Thank you very much. You can further elaborate on what you have to say in the questions you are asked.

We'll go to the first question from Senator Petitclerc, the sponsor of this bill.

[Translation]

Senator Petitclerc: Thanks to all our witnesses for their introductory comments, which are a great help in our discussions.

My question is for Mr. Krausert, but if anyone else wants to add something, I invite you to do so. My question is quite specific. Bill C-7 adds certain safeguards where death is not reasonably foreseeable. For example, there's a minimum 90-day assessment period. Some people have given us examples, more specifically in the case of an accident or trauma victim who is now a paraplegic or quadriplegic. One often sees a form of suicidal ideation in these circumstances, and "suicidal ideation" does not mean acting on the idea. I'd like to hear what you have to say on the subject, particularly the safeguard set forth in new subsection 241.2(3.1) of the bill, which provides that the medical practitioner or nurse practitioner must inform the person of the means available to relieve their suffering, including where psychological consultation services and mental health support services are indicated. I'd like to know whether you consider these safeguards adequate and effective.

[English]

Mr. Krausert: Thank you very much for the question. There are a few points you brought up that I think can be answered in a similar way as when Mr. Henick spoke to us.

First of all, with regards to the 90 days, depression doesn't know calendar time. I've suffered from severe depression on multiple occasions in my life, and during the worst of those, it took a good half a year before things started to change. The timing for everyone is different, also depending on the types of supports that they have.

I really related to what Mr. Henick was saying about the lying voice inside that's your own voice. That voice is very strong. It's stronger than many other voices that are coming from the external. So being provided with alternatives, with things that you could try — quite frankly, the depressed mind may not even have the energy to entertain any of those suggestions, nor may they appear appealing whatsoever.

souffrance psychologique. Comme la loi est basée sur des paramètres subjectifs et non objectifs, sans définir la souffrance psychologique, le projet de loi n'interdit pas son application en cas de maladie mentale.

La présidente : Merci beaucoup. Vous pourrez vous étendre sur le sujet dans les réponses aux questions qui vous seront posées.

Nous allons passer à la première question de la sénatrice Petitclerc, la marraine de ce projet de loi.

[Français]

La sénatrice Petitclerc : Merci à tous nos témoins pour leurs commentaires d'introduction, qui aident beaucoup à notre réflexion.

Ma question s'adresse à M. Krausert, mais si quelqu'un d'autre veut ajouter quelque chose, je l'invite à le faire. La question est assez précise. Le projet de loi C-7 ajoute, quand la mort n'est pas raisonnablement prévisible, certaines mesures de sauvegarde. On parle entre autres du minimum de 90 jours d'évaluation. Certains nous ont donné des exemples, précisément dans le cas où une personne aurait été victime d'un accident ou d'un traumatisme et qu'elle serait devenue paraplégique ou quadriplégique. Dans ces circonstances, on voit souvent une forme d'idéation suicidaire — et « idéation suicidaire » ne veut pas dire passer à l'acte. J'aimerais vous entendre à ce sujet, en particulier sur la mesure de sauvegarde qui dit, à l'article (3.1) du projet de loi, que la personne doit être informée par le médecin ou l'infirmier praticien des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment lorsque des services de consultation psychologique et des services de soutien en santé mentale sont indiqués. J'aimerais savoir si vous trouvez ces mesures efficaces et suffisantes.

[Traduction]

M. Krausert : Merci beaucoup pour cette question. Vous avez soulevé quelques points qui, je pense, peuvent recevoir une réponse similaire à celle que M. Henick nous a donnée.

Premièrement, en ce qui concerne les 90 jours, la dépression ne tient pas compte du calendrier. J'ai souffert de dépression majeure à de nombreuses reprises dans ma vie, et lors des pires épisodes, il m'a fallu au moins six mois avant que les choses ne commencent à changer. L'échéancier est différent pour chacun, en fonction aussi du type de soutien reçu.

Je me suis vraiment senti interpellé par ce que M. Henick a dit à propos de la voix mensongère à l'intérieur qui emprunte votre propre voix. Cette voix est très forte. Elle est plus forte que beaucoup d'autres voix qui viennent de l'extérieur. C'est pourquoi, si on vous propose des solutions de rechange, des choses que vous pourriez essayer, bien honnêtement, la tête en dépression n'a peut-être même pas l'énergie nécessaire pour

It's in this very vulnerable state that I certainly have contemplated the worst. I could definitely see an easy jump to wanting to end it all for the benefit of others, so I'm not a burden. Now, having many years past that point, I'm so glad that I never had to go that route. I'm not so certain that those are sufficient safeguards. I think the only sufficient safeguard is to absolutely not allow eligibility for MAID for a mental disorder alone.

[Translation]

Senator Pettilerc: I don't know whether anyone else would like to add something.

Mr. Mishara: Research has been done on car accident victims —

[English]

The Chair: Senator Pettilerc's four minutes have expired; I'm sorry. We have to move on.

Senators, I'm in a dilemma. The time has marched on because I was a little too slack in the last panel. Can I ask that you keep tight questions? And, witnesses, I respectfully ask that you keep your answers tight.

Mr. Mishara, you'll get another chance with some of the other senators.

[Translation]

Senator Carignan: I would ask Mr. Mishara to continue his answer, first of all. Second, I'd like you to tell me the difference between the terms "assisted suicide" or "euthanasia" and "medical assistance in dying." Can you draw a distinction and explain the danger involved in using one term rather than the other?

Mr. Mishara: The expression "medical assistance in dying" includes the two practices that, elsewhere in the world, are called "euthanasia." This is when a physician intervenes to put an end to a person's life. Assisted suicide is the procedure whereby a physician prescribes or administers a drug that a person can then take to commit suicide. Assisted suicide is the only legal method in the United States. The difference is that, in assisted suicide, the person can more easily control the moment of his or her death.

In Oregon, for example, 40% of individuals who manage to convince their physicians that they're suffering so much they want to die acquire the poison but don't take it. They keep it in

envisager l'une ou l'autre de ces suggestions et elles peuvent même ne pas sembler du tout attrayantes.

C'est dans cet état très vulnérable que j'ai certainement envisagé le pire. Je pouvais certainement voir un pas facile à franchir vers la volonté de mettre fin à tout cela pour le bien des autres, pour que je ne sois plus un fardeau. Maintenant que de nombreuses années se sont écoulées après ce stade, je suis si heureux de ne jamais avoir eu à suivre cette voix. Je ne suis pas si sûr que ces garanties sont suffisantes. Je pense que la seule garantie suffisante est de n'absolument pas permettre l'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour un seul trouble mental.

[Français]

La sénatrice Pettilerc : Je ne sais pas si quelqu'un d'autre aimerait ajouter quelque chose.

M. Mishara : Il existe des recherches sur les personnes qui ont été victimes d'un accident de voiture...

[Traduction]

La présidente : Les quatre minutes de la sénatrice Pettilerc sont écoulées. Je suis désolée. Nous devons poursuivre.

Sénateurs, je vis un dilemme. Le temps s'est écoulé parce que j'ai manqué un peu de rigueur avec le groupe de témoins précédent. Puis-je vous demander de vous en tenir à des questions brèves? Et aux témoins, je vous demande respectueusement de vous en tenir à des réponses brèves.

Monsieur Mishara, vous aurez une autre occasion avec d'autres sénateurs.

[Français]

Le sénateur Carignan : Je demanderais à M. Mishara de poursuivre sa réponse, dans un premier temps. Deuxièmement, j'aimerais que vous fassiez la différence entre les termes « suicide assisté » ou « euthanasie », et « aide médicale à mourir ». Pouvez-vous faire la distinction et expliquer le danger d'utiliser un terme plutôt que l'autre?

M. Mishara : L'expression « aide médicale à mourir » inclut les deux pratiques qui, ailleurs dans le monde, sont appelées « euthanasie ». C'est quand le médecin intervient pour mettre fin à la vie d'une personne. Le suicide assisté, c'est l'intervention où le médecin prescrit ou donne un médicament que la personne peut prendre elle-même pour se suicider. Aux États-Unis, le suicide assisté est la seule méthode qui est légale. La différence est la suivante. Dans le cas du suicide assisté, la personne elle-même peut plus facilement contrôler le moment de sa mort.

Par exemple, en Oregon, 40 % des personnes qui convainquent le médecin qu'elles souffrent tellement qu'elles doivent mourir obtiennent le poison, mais ne le prennent pas. Elles le gardent au

case they need it. On the other hand, in situations where a physician makes an appointment to administer medical assistance in dying, which elsewhere is called euthanasia, the person very rarely says, “Can you come back next week? I may live another week.” Both are currently legal in Canada. It is obviously easier to call it “medical assistance in dying” than “euthanasia,” but the result is still death.

What I was going to say is that the research shows that, in general, fewer seriously disabled individuals, such as quadriplegics who have major disabilities, want to die than those who don’t have those disabilities. All the research indicates that this is the case. However, in the case of persons who suddenly lose their capacity in an accident, for example — research has been done on accidents in which persons became paralyzed — a year or more may elapse before the individual truly feels like living again. The fundamental question that must be considered is this: Is it possible that the reasons why a person wants to die can be altered by intervention?

Canada is the only country in the world that has legalized medical assistance in dying but that requires physicians not to provide medical assistance in dying to treat a patient’s suffering if there are other ways to shorten it. Here physicians are required to explain what’s available. Bill C-7 provides that physician and patient must agree that they have seriously considered all options to relieve the patient’s pain. Everywhere else in the world, there is an obligation for physician and patient to be convinced that there are no other means.

[English]

The Chair: Thank you, Mr. Mishara, but we must move on.

Senator Batters: My question is for Mark Henick.

Mark, I’ve known you for a few years. I met you because you’re an outstanding mental health advocate. You have used your compelling personal experience of having survived a serious suicide attempt to help so many Canadians.

During the course of this study so far, we’ve been hearing from experts, professors and lawyers who tell us that excluding mental illness from assisted suicide is discriminatory and stigmatizing to those who suffer with mental illness. But rather than just hearing from these professors and lawyers with ivory-tower ideas, I want to hear from people who actually struggle with mental illness and have resisted suicidal urges, the millions of Canadians who suffer with depression and anxiety, and who need hope. For them, assisted suicide for mental illness is not

cas où elles en auraient besoin. Par contre, dans la situation où le médecin prend rendez-vous pour administrer l’aide médicale à mourir, qu’on appelle ailleurs l’euthanasie, il est très rare que la personne dise : « Pouvez-vous revenir la semaine prochaine? Je vivrai peut-être une autre semaine. » Les deux sont actuellement légales au Canada. Évidemment, il est plus facile de l’appeler « aide médicale à mourir » qu’« euthanasie », mais il s’agit de la mort quand même.

Ce que j’allais dire, c’est que les recherches indiquent qu’en général, les personnes gravement handicapées, les quadriplégiques qui ont de gros handicaps désirent moins souvent mourir que les personnes qui n’ont pas ces handicaps. Toutes les recherches indiquent que c’est le cas. Cependant, pour les personnes qui ont perdu subitement leurs capacités dans un accident, par exemple — il y a des recherches sur des accidents où les personnes étaient devenues paralysées —, il peut s’écouler une année ou plus avant que la personne reprenne vraiment le goût de vivre. La question fondamentale qu’on doit se poser est la suivante : y a-t-il une possibilité que les raisons qui ont motivé la personne à vouloir mourir puissent être modifiées par des interventions?

Le Canada est le seul pays au monde qui a légalisé l’aide médicale à mourir, mais qui n’oblige pas les médecins à ne pas donner l’aide médicale à mourir pour traiter la souffrance s’il y a d’autres façons d’abrèger la souffrance d’un patient. Ici, le médecin est obligé d’expliquer ce qui est disponible. Dans le projet de loi C-7, on indique que le médecin et le patient doivent s’entendre sur le fait qu’ils ont considéré sérieusement toutes les autres options pour soulager la souffrance. Partout ailleurs dans le monde, il y a une obligation selon laquelle le médecin et le patient doivent être convaincus qu’il n’existe pas d’autres façons.

[Traduction]

La présidente : Merci, monsieur Mishara, mais nous devons poursuivre.

La sénatrice Batters : Ma question s’adresse à Mark Henick.

Monsieur Henick, je vous connais depuis quelques années. Je vous ai rencontré parce que vous êtes un remarquable défenseur d’intérêts en santé mentale. Vous avez utilisé votre vécu convaincant comme survivant d’une grave tentative de suicide pour aider tant de Canadiens.

Au cours de cette étude, nous avons entendu des experts, des professeurs et des avocats nous dire que le fait d’exclure la maladie mentale du suicide assisté est discriminatoire et stigmatisant pour ceux qui souffrent de maladie mentale. Cependant, plutôt que d’entendre ces professeurs et ces avocats avec des idées issues de leur tour d’ivoire, je veux entendre des personnes qui luttent réellement contre la maladie mentale et qui ont résisté à des pulsions suicidaires, les millions de Canadiens qui souffrent de dépression et d’anxiété et qui ont besoin

some theoretical, legalistic question to ponder; it is a shockingly real issue.

So, Mark, as someone who has come through the darkest times yourself, do you think that excluding mental illness from MAID is discriminating or stigmatizing?

Mr. Henick: Thank you, Senator Batters.

No, I do not think it is exclusionary; in fact, I think it is the opposite. We have done a very good job over the past 10 years or so of raising mental health awareness and allowing people to have the conversation in more contexts than before. However, because we've thought of mental illness in the same old stigmatizing and discriminatory way for virtually all of human history, we have only started to scratch the surface. That level of awareness, of mental health literacy hasn't become that sophisticated yet, so when we say things like "depression is just like cancer," it's actually not. It collapses important differences, particularly with respect to the social determinants of health.

Dr. Heather Stuart, a researcher out of Queen's University, has referred to the fact that when we bang the drum of biological determinism too hard, it embeds stigma further. That is, when we communicate that people's brains were broken and that they were born this way, for example, and they can't change because they happen to be one of the unlucky few, that's not helpful, and it's not scientifically true; it's not accurate. We know that recovery from even severe and persistent mental illnesses is not only possible, but rather, when people receive the health and support that they need, and the amount and type they need when they need it, recovery is actually expected. Recovery is likely when they get the help they need.

The fact that we're failing to do that — to help them live — and now we're jumping to the conclusion of helping them die is unconscionable.

If we really want to raise effective mental health awareness and help those who are struggling, then we need to actually help them. We have a long road to go before we accomplish that goal.

Senator Batters: Yes, and for you, when you were in those darkest times, and if assisted suicide would have been available to those solely with mental illness, would you have taken advantage of that at the time? What do you think of that now?

d'espoir. Pour eux, le suicide assisté pour cause de maladie mentale n'est pas une question théorique et légale qu'il faut soulever; c'est un enjeu d'une réalité choquante.

Par conséquent, monsieur Henick, comme personne ayant vécu les moments les plus sombres, pensez-vous que le fait d'exclure la maladie mentale de l'aide médicale à mourir soit discriminatoire ou stigmatisant?

M. Henick : Merci, madame la sénatrice Batters.

Non, je ne crois pas qu'il y ait un effet d'exclusion. En réalité, je pense plutôt le contraire. Nous avons accompli un très bon travail depuis une dizaine d'années en ce qui concerne la sensibilisation à la santé mentale et pour permettre aux gens d'en parler dans plus de contextes qu'avant. Cependant, comme depuis pratiquement l'aube de l'humanité, nous avons vu la maladie mentale de la même façon stigmatisante et discriminatoire, nous n'avons qu'effleuré la surface. Ce niveau de sensibilisation, de connaissance de la santé mentale, n'est pas encore très sophistiqué, donc quand nous disons des choses comme « la dépression, c'est comme le cancer », ce n'est pas du tout le cas. Cette approche escamote des différences importantes, surtout en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé.

La Dre Heather Stuart, une chercheuse à l'Université Queen's, a fait allusion au fait que lorsque nous battons trop fort le tambour du déterminisme biologique, cela accentue encore la stigmatisation. Autrement dit, lorsque nous disons que le cerveau d'une personne a été brisé et qu'elle est née ainsi, par exemple, et qu'elle ne peut pas changer parce qu'elle fait partie des rares malchanceux, ce n'est pas utile et ce n'est pas scientifiquement vrai; c'est inexact. Nous savons que la guérison de maladies mentales, même de maladies graves et persistantes, est non seulement possible, mais lorsque les gens reçoivent les soins de santé et le soutien dont ils ont besoin, et la quantité et le type de soins dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin, la guérison est en fait prévisible. Le rétablissement est probable lorsque les gens reçoivent l'aide dont ils ont besoin.

Notre échec à le faire, à les aider à vivre, et la façon dont nous sautons à la conclusion qu'il faut les aider à mourir, est inadmissible.

Si nous voulons vraiment améliorer la sensibilisation à la santé mentale et aider ceux qui vivent des difficultés, nous devons les aider vraiment. Nous avons encore un long chemin à parcourir avant de réaliser cet objectif.

La sénatrice Batters : Oui, et dans votre cas, lorsque vous viviez ces moments les plus sombres, si le suicide assisté avait été disponible pour les personnes souffrant uniquement de maladie mentale, en auriez-vous profité à l'époque? Qu'en pensez-vous aujourd'hui?

Mr. Henick: I absolutely would have. The suffering was so grievous that I couldn't see anything outside of it. The way mental illness works — and I've talked about this before — is that it collapses around you and puts blinders on you so that even if there are other options, you can't always see them.

That's a function of what the illness does. The depression doesn't want to be caught or vacated from you; it burrows itself inside you.

So I think I absolutely would have. Because of my history of trauma — research shows that young kids, especially, who have a history of trauma tend to age and mature faster because they need to out of self-protective necessity — I easily would have been a mature minor. Anyone who knew me as a minor would have said that, too, and I would have qualified. Because of my extensive psychiatric history, I think I would still qualify on some days. So I hope I never fall into that place again where I can't see outside of my own blinders — the blinders that the illness has put on me — because I don't think this should be an option. I've had a beautiful life since I was able to get to the other side of that mountain.

Senator Batters: Thank you.

[Translation]

Senator Dalphond: My question is for Mr. Mishara. I see you're the founder of a centre for research and intervention on suicide and euthanasia that became well known after Quebec passed its medical assistance in dying legislation. Did your centre notice any impact as a result of the adoption and introduction of that act in Quebec?

Mr. Mishara: What interests me in particular is the impact on suicide prevention. What happens now is that individuals are taken to hospital because they have attempted suicide, and they subsequently request assistance in dying. Some suicide prevention centres receive calls from persons who are suicidal and who say, "Yes, I want medical assistance in dying now."

Senator Dalphond: Have you seen people who have obtained medical assistance in dying? Requesting it is one thing, but does the system grant it? Have you seen whether the system actually grants it?

Mr. Mishara: Absolutely. The system grants it. That's a fact these days. What concerns me is the lack of any duty not to authorize medical assistance in dying for persons who may benefit from intervention and the absence of control over this matter in Canada.

M. Henick : Absolument, je l'aurais fait. La souffrance était si grave que je ne voyais rien d'autre. La façon dont la maladie mentale agit, et j'en ai déjà parlé, est qu'elle provoque l'effondrement de tout ce qui vous entoure et vous met des œillères de sorte que même si d'autres options s'offrent à vous, vous ne pouvez pas toujours les voir.

C'est une fonction de ce que la maladie fait. La dépression ne veut pas se laisser prendre au piège ou se laisser expulser; elle se terre en vous.

C'est pourquoi je pense que je l'aurais fait, sans aucun doute. En raison de mes antécédents traumatiques, des études montrent que les jeunes enfants, en particulier, qui ont des antécédents traumatiques, ont tendance à vieillir et à mûrir plus vite parce qu'ils doivent se protéger par nécessité, j'aurais facilement été un mineur mature. Quiconque me connaissait à l'âge mineur l'aurait dit aussi, et j'aurais été admissible. En raison de mes antécédents psychiatriques considérables, je pense que je serais encore admissible certains jours. J'espère donc ne plus jamais sombrer dans cette situation où je ne peux voir plus loin que mes propres œillères, les œillères que la maladie m'a imposées, parce que je ne pense pas que cela devrait être une option. J'ai une belle vie depuis que j'ai pu atteindre l'autre versant de cette montagne.

La sénatrice Batters : Je vous remercie.

[Français]

Le sénateur Dalphond : Ma question s'adresse à M. Mishara. Je vois que vous êtes fondateur d'un centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie qui a été renommé après l'adoption de la loi québécoise sur l'aide médicale à mourir. Votre centre a-t-il noté un impact découlant de l'adoption et de la mise en vigueur de la loi sur l'aide médicale à mourir au Québec?

M. Mishara : Ce qui m'intéresse particulièrement est l'impact sur la prévention du suicide. Maintenant, il arrive qu'il y ait des personnes qu'on amène à l'hôpital parce qu'elles ont fait une tentative de suicide, et qui ensuite demandent l'aide médicale à mourir. Il y a des centres de prévention du suicide qui reçoivent des appels de personnes qui sont suicidaires et qui disent : « Oui, je veux l'aide médicale à mourir maintenant. »

Le sénateur Dalphond : Avez-vous vu des gens qui ont obtenu l'aide médicale à mourir? Qu'on la demande est une chose, mais le système l'accorde-t-il? Avez-vous constaté si le système l'accorde ou non?

M. Mishara : Absolument, le système l'accorde. C'est un fait aujourd'hui. Ce qui m'inquiète, c'est l'absence d'obligation de pas autoriser l'aide médicale à mourir pour les personnes qui ont la possibilité de profiter des interventions et l'absence de contrôle à ce sujet au Canada.

Senator Dalphond: Have you seen people in Quebec receive medical assistance in dying under Quebec's legislation who you think should not have received it?

Mr. Mishara: One of the problems is the third point I was trying to raise, the fact that our oversight system is very different from systems elsewhere, in the Netherlands, for example. There, investigations are conducted and enough details are revealed. The process is public and transparent. Annual reports are published on specific cases. Researchers have access to the data and can check the percentage of cases in which someone received medical assistance in dying and the situations where that was not appropriate. There are no data on that here because —

Senator Dalphond: What you're saying is that there's no evidence?

Mr. Mishara: There's no evidence in any sense of that term. We have a duty —

Senator Dalphond: Except for the 66% of people who had cancer.

Mr. Mishara: — when we terminate someone's life, to make sure that it's done according to the rules and that there's no hope for that person.

Senator Dalphond: Fine. Thank you.

[English]

Senator Boyer: This question is for Mr. Krausert.

I want to thank you all for your presentations. As you know, suicide rates are higher among First Nations, Métis and Inuit than non-Indigenous people. While many factors account for this higher rate, including socio-economic inequalities and the intergenerational trauma Indigenous people experience, the lack of access to culturally appropriate mental health services also plays a significant role.

If those with mental illness were able to access MAID, how important would it be for the government to also invest in improving access to mental health services, particularly for those living in remote Indigenous communities where culturally appropriate mental health supports are severely lacking?

Mr. Krausert: Thank you for the question. It's extremely important that there's additional investment in Canada with respect to mental health. It is underfunded and there are certain populations that lack support. When you see an increase in suicide in certain sectors, one of the causes is a lack of support in that area. For those who might be considering taking their lives, rather than assisting them in dying, we should be assisting them

Le sénateur Dalphond : Au Québec, avez-vous vu des gens recevoir l'aide médicale à mourir en vertu de la loi québécoise qui, selon vous, n'auraient pas dû la recevoir?

M. Mishara : Un des problèmes, c'est le troisième point que j'essayais de soulever, soit que notre système de surveillance est très différent des systèmes de surveillance qui existent ailleurs, aux Pays-Bas par exemple. Là-bas, il y a des enquêtes et suffisamment de détails. Le processus est public et transparent. Des rapports annuels sont publiés avec des cas précis. Les chercheurs ont accès aux données. Ils peuvent vérifier le pourcentage de cas où quelqu'un a reçu l'aide médicale à mourir et les situations où ce n'était pas approprié. Ici, il n'y a pas de données là-dessus, car....

Le sénateur Dalphond : Ce que vous dites, c'est qu'il n'y a pas de preuve?

M. Mishara : Il n'y a pas de preuve en aucun sens. Nous avons une obligation...

Le sénateur Dalphond : Si ce n'est que 66 % des gens qui avaient un cancer.

M. Mishara : ... quand on met fin à la vie de quelqu'un, de nous assurer que c'est fait selon des règles et que cela concerne quelqu'un pour qui il n'y a pas d'espoir.

Le sénateur Dalphond : Bien. Merci.

[Traduction]

La sénatrice Boyer : La question s'adresse à M. Krausert.

Je tiens à vous remercier tous pour vos exposés. Comme vous le savez, le taux de suicide est plus élevé chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits que chez les non-Autochtones. De nombreux facteurs expliquent ce taux plus élevé, y compris les inégalités socioéconomiques et le traumatisme intergénérationnel que les Autochtones vivent, mais le manque d'accès à des services de santé mentale culturellement adaptés joue aussi un rôle important.

Si des personnes qui ont une maladie mentale peuvent avoir accès à l'aide médicale à mourir, à quel point serait-il important que le gouvernement investisse aussi dans l'amélioration de l'accès à des services de santé mentale, surtout pour les personnes vivant dans des collectivités autochtones éloignées où les mesures de soutien en santé mentale adaptées à la culture font cruellement défaut?

M. Krausert : Merci pour la question. Il est extrêmement important d'investir davantage au Canada en santé mentale. Le domaine est sous-financé et certaines populations manquent de soutien. Lorsqu'on observe une augmentation du suicide dans certains secteurs, l'une des causes est le manque de soutien dans ce domaine. Pour ceux qui pourraient envisager de s'enlever la vie, au lieu de les aider à mourir, nous devrions les aider à vivre.

in living. We should be investing in messaging, psychiatric and psychological supports and counselling — culturally appropriate, of course — that go toward bringing hope and life promotion.

Senator Boyer: Thank you.

[Translation]

Senator Dupuis: I don't have any questions, thank you.

Senator Boisvenu: I'm very sensitive to the suicide problem. Sometimes I get the feeling no one recognizes patients who are at the end of their lives and suffering enormously and for whom it's impossible to restore some quality of life. My question is for Mr. Mishara. There have been stories in Quebec of persons with degenerative diseases who starve themselves to death to put an end to their suffering because the medical profession refuses to release them from that suffering by granting them an honourable death. What's your response to those stories? The stories I've heard are mainly about women with degenerative diseases whose suffering could not be relieved by drugs and who committed suicide by refusing to eat in order to halt the pain. What's your response to those patients?

Mr. Mishara: Is that question for me? There are definitely cases in which people suffer, and that's why we're seeing the legal expansion of medical assistance in dying. To my mind, though, the devil's in the details.

Senator Boisvenu: My question's a fundamental one. As you know, the right to live and the right to suffer are two very different moral concepts. In your speech, you seemed to overlook the rights of persons who suffer tremendously, to the point where they have no quality of life, and whose deaths may be foreseeable within six months, one year or two years. Their conscious choice is to terminate their suffering. I repeat my question: Do we let those persons slowly commit suicide? Doesn't the medical profession have a moral duty to put an end to their suffering?

Mr. Mishara: The fundamental question in my mind is this: Is their suffering unavoidable? The fact that someone has a serious degenerative disease doesn't mean that the reason he or she is suffering isn't treatable. Palliative care workers would say that all physical suffering can be relieved in the vast majority of cases. Moral suffering can often be relieved. I agree with you —

Nous devrions investir dans des messages, des mesures de soutien et d'aide psychiatriques et psychologiques, adaptées à la culture, bien entendu, qui contribuent à donner de l'espoir et à promouvoir la vie.

La sénatrice Boyer : Je vous remercie.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Je n'ai pas de question, merci.

Le sénateur Boisvenu : Je suis très sensible au problème du suicide. J'ai parfois l'impression qu'on ne fait pas de distinction avec des patients qui sont en fin de vie et qui souffrent énormément, pour qui il est impossible de retrouver une qualité de vie. Ma question s'adresse à M. Mishara. Au Québec, il y a eu des témoignages de personnes qui souffraient de maladies dégénératives et qui, pour mettre fin à leurs souffrances, se sont suicidées par le jeûne, parce que le corps médical refusait de les libérer de leurs souffrances avec une fin de vie honorable. Qu'est-ce que vous répondez à ces témoignages? Les témoignages que j'ai entendus venaient surtout de dames qui souffraient d'une maladie dégénérative sans possibilité de médication pour alléger leurs souffrances et qui, pour mettre fin à ces souffrances, se sont suicidées en arrêtant de se nourrir. Qu'est-ce que vous répondez à ces patients?

M. Mishara : La question s'adresse à moi? Il y a certainement des cas où les personnes souffrent, et c'est pour cette raison que nous voyons un élargissement juridique de l'aide médicale à mourir. Pour moi, cependant, le diable est dans les détails.

Le sénateur Boisvenu : Ma question est fondamentale. Vous savez, le droit de vivre et le droit à la souffrance sont deux notions morales très différentes. Dans votre discours, vous semblez faire abstraction des droits d'une personne qui souffre énormément, ce qui fait en sorte qu'elle n'a plus aucune qualité de vie, et pour qui la fin de vie peut être prévisible dans six mois, un an ou deux ans. De façon consciencieuse, son choix est de mettre fin à ses souffrances. Je répète la question : est-ce qu'on laisse cette personne se suicider à petit feu? Le corps médical n'a-t-il pas une obligation morale de mettre fin à ses souffrances?

M. Mishara : Pour moi, la question fondamentale est la suivante : est-ce que ses souffrances sont incontournables? Le fait que quelqu'un a une maladie dégénérative grave ne veut pas dire que la raison pour laquelle elle souffre n'est pas traitable. Les travailleurs en soins palliatifs diraient que, dans la grande majorité des cas, toutes les souffrances physiques peuvent être

Senator Boisvenu: Mr. Mishara, six members of my family died of cancer. They had to be completely drugged with maximum doses of morphine to stop their suffering.

Mr. Mishara: Pain treatments have evolved. We no longer just knock people out to treat their pain when providing good palliative care. I agree with you that there are some cases where I'm not opposed to expanding medical assistance in dying, but I have one major fear. I don't want people who could continue living even another week or a few weeks at the end of their lives, and who could enjoy a good life during that period of time, to die as a result of an absence of any obligation, when pain treatments are available —

Senator Boisvenu: Do you agree with me —

[English]

The Chair: Senator Boisvenu, I'm sorry; we have to move on.

Senator Kutcher: Thank you all for your passion in addressing this important issue. As Mr. Krausert reminded us, we also have to look to evidence.

Mr. Krausert, this question is for you. In Belgium, an interesting study showed that those denied access to MAID were two times higher than those who were allowed access to MAID to die by suicide. Since 2002, the suicide rates in Belgium have decreased about 20%. In the Netherlands, they have stayed the same. In Switzerland, they have also decreased.

Given this evidence that there is no relationship between MAID and suicide, what is your concern that MAID provided for mental disorders in Canada will increase the rate of suicide in Canada?

Mr. Krausert: Thank you for your question. My comments were to whether or not there will actually be people who will access MAID who otherwise will have a beneficial and meaningful life for many years.

The correlations, I think, need a lot more study, but I'm looking at whether a condition has evidence that satisfies the eligibility for MAID. I can't speak to what's happening in other countries, but here in Canada, we have to ask ourselves this question: For mental disorders alone, are we going to allow for assisted death that will, in fact, deprive their families and themselves a potential lifetime of contributing to society and benefiting their families? That's the evidence that I was talking

soulagées. Les souffrances morales peuvent souvent être soulagées. Je suis d'accord avec vous...

Le sénateur Boisvenu : Monsieur Mishara, six membres de ma famille sont décédés d'un cancer. Pour mettre fin à leurs souffrances, il a fallu les geler complètement, avec de la morphine au maximum.

M. Mishara : Les traitements contre la douleur ont évolué. Ce n'est pas simplement en rendant la personne inconsciente qu'on traite la souffrance maintenant, quand on donne de bons soins palliatifs. Je suis d'accord avec vous pour dire qu'il existe certains cas où je ne suis pas contre l'élargissement de l'aide médicale à mourir, mais j'ai une grande crainte. Je ne veux pas que des personnes qui pourraient continuer à vivre même une autre semaine ou quelques semaines à la fin de leur vie, et pourraient avoir une belle vie pendant cette période de temps, meurent à cause de l'absence d'obligation, alors qu'il y a des traitements contre la souffrance...

Le sénateur Boisvenu : Êtes-vous d'accord avec moi...

[Traduction]

La présidente : Sénateur Boisvenu, je suis désolée, nous devons poursuivre.

Le sénateur Kutcher : Merci à tous pour la passion avec laquelle vous traitez de cet enjeu important. Comme M. Krausert nous l'a rappelé, nous devons aussi nous fier aux données probantes.

Monsieur Krausert, cette question s'adresse à vous. En Belgique, une étude intéressante a montré que les personnes qui se voyaient refuser l'aide médicale à mourir étaient deux fois plus nombreuses à mourir de suicide que celles pour qui l'accès était approuvé. Depuis 2002, le taux de suicide en Belgique a diminué d'environ 20 %. Aux Pays-Bas, il est resté inchangé. En Suisse, il a aussi diminué.

Compte tenu de cette preuve d'une absence de lien entre l'aide médicale à mourir et le suicide, pourquoi craignez-vous que l'AMM en cas de troubles mentaux au Canada augmente le taux de suicide au Canada?

M. Krausert : Merci pour votre question. Mes propos portaient sur la question de savoir si des personnes qui auront accès à l'aide médicale à mourir auraient autrement eu une vie bénéfique et riche pendant de nombreuses années.

Je pense qu'il faut étudier les corrélations de façon beaucoup plus approfondie, mais je cherche à savoir si des preuves sont disponibles pour confirmer qu'une affection satisfait aux critères d'admissibilité à l'AMM. Je ne peux pas me prononcer sur ce qui se passe dans d'autres pays, mais ici au Canada, nous devons nous poser cette question : pour les seuls troubles mentaux, allons-nous autoriser l'aide à mourir qui, en fait, privera les membres de leurs familles et eux-mêmes d'une vie potentielle de

about as lacking. And it is a dangerous road to go down, because just as we in the criminal system would rather have guilty persons set free than an innocent person put in jail, the same sort of analogy applies to where allow somebody to go to their death with medical assistance.

Senator Kutcher: In your opinion, is it a paternalistic perspective that decides whether someone has a meaningful life, or is it an individual's decision to make that decision on their own basis?

Mr. Krausert: I'm not talking about the decision about having a meaningful life. I'm talking about the opportunity of having a meaningful life. That mindset in which somebody with a mental disorder is operating is not one from which a subjective decision should be reliable. There is a lot that can be done to relieve suffering. There is no evidence that their condition is not able to be remedied. Therefore, we should not engage in allowing for medical assistance in dying for those with a mental disorder that is causing their suffering.

The Chair: To all four witnesses, I want to thank you. The topic you have raised is very important. We don't make light of that. And you certainly have given us a lot to think about. If, in the future, while we're doing this study this week, there is any other material that you want to provide to us, please feel free to send it to the clerk and I can assure you, we will read it. Thank you very much for your interventions.

Honourable senators, we are now ready for our third panel of the day. I'm very pleased to tell you that today we have, from the Canadian Nurses Association, Michael Villeneuve, Chief Executive Officer; we have, from the College of Family Physicians of Canada, Dr. Francine Lemire, Chief Executive Officer and Dr. Catherine Cervin, President; and from the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Dr. Susan Moffatt-Bruce, Chief Executive Officer.

I'm really happy to welcome all three of you. We look forward to hearing from you. I know that the clerk has already informed you, but each group has five minutes. We'll start with the Canadian Nurses Association, please.

Michael Villeneuve, Chief Executive Officer, Canadian Nurses Association: Thank you, Madam Chair, and members of the committee.

Good afternoon and greetings to the other panellists who are also present today. I would like to start by acknowledging the Algonquin Anishnaabeg peoples whose traditional lands I am speaking to you from today here in what is eastern Ontario.

contribution à la société et de bienfait pour leurs familles? C'est ce dont je parlais quand je disais que les preuves font défaut. C'est une voie dangereuse à emprunter, car tout comme dans le système pénal, nous préférons que des coupables restent en liberté plutôt qu'un innocent soit jeté en prison, le même genre d'analogie s'applique lorsqu'il s'agit d'autoriser une personne à se diriger vers sa mort avec une aide médicale.

Le sénateur Kutcher : À votre avis, est-ce une attitude paternaliste que de décider si une personne a une vie qui vaut la peine d'être vécue, ou est-ce une décision individuelle qui doit être fondée sur les convictions de chacun?

M. Krausert : Je ne parle pas de la décision de savoir si la vie a un sens. Je parle de la possibilité d'avoir une vie qui a un sens. L'état d'esprit dans lequel une personne qui présente un trouble mental évolue n'est pas un état d'esprit dans lequel une décision subjective devrait être fiable. Beaucoup de choses peuvent être faites pour apaiser la souffrance. Rien ne prouve que leur état ne puisse s'améliorer. Par conséquent, nous ne devrions pas nous engager à permettre l'aide médicale à mourir pour les personnes dont les souffrances sont dues à un trouble mental.

La présidente : Je tiens à remercier nos quatre témoins. Le sujet que vous avez soulevé est très important. Nous ne le prenons pas à la légère, et vous nous avez certainement donné beaucoup de matière à réflexion. Pendant notre étude cette semaine, si vous souhaitez nous fournir d'autres documents, n'hésitez pas à les envoyer au greffier et je peux vous assurer que nous les lirons. Je vous remercie beaucoup pour vos interventions.

Chers collègues, nous sommes maintenant prêts pour notre troisième groupe de témoins de la journée. Je suis très heureuse de vous dire que nous accueillons aujourd'hui, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, Michael Villeneuve, chef de la direction; du Collège des médecins de famille du Canada, Dre Francine Lemire, chef de la direction et Dre Catherine Cervin, présidente; et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Dre Susan Moffatt-Bruce, chef de la direction.

Je suis très heureuse de vous accueillir tous les trois. Nous sommes impatients de vous entendre. Je sais que le greffier vous l'a déjà dit, mais chaque groupe dispose de cinq minutes. Nous commencerons par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Je vous en prie.

Michael Villeneuve, chef de la direction, Association des infirmières et infirmiers du Canada : Merci, madame la présidente, et merci aux membres du comité.

Bonjour et salutations aux autres témoins qui sont présents aussi aujourd'hui. J'aimerais reconnaître d'abord les peuples algonquins anishnaabeg. Je m'adresse à vous aujourd'hui de leurs terres ancestrales, dans l'Est de l'Ontario. Je vous remercie

Thank you for the opportunity of speaking to you on this very important topic of medical assistance in dying.

It has been a very difficult year for everyone in the country. Certainly for nursing, this has not been the Year of the Nurse and Midwife that we had imagined and planned. However, we are very pleased to be involved in this important legislative work.

I have worked in health systems for more than 40 years, and 37 of those as a registered nurse. I have had the honour of serving as the CEO of the Canadian Nurses Association since 2017.

For those of you who may not know, CNA is the national and global professional voice of Canadian nursing. We represent nurses across all 13 provinces and territories, and many of our members live in Indigenous communities.

Canada's 440,000 nurses touch the lives of patients at every point of care. Just by our volume, no provider has as much face time with the public where these complex and often deeply moral, very human issues arise. The transformative legislative and moral decisions proposed by Bill C-7 carry huge impacts for nurses who will be responsible to live with them in their practice settings every day.

Nurses are an integral part of the delivery of MAID, and it is vital that this committee hears their voices so I am pleased that we were invited. Nurses have acquired significant knowledge and experience from nearly five years of MAID in practice and have valuable knowledge to inform the impending changes to the legislation.

CNA has been actively involved in work related to MAID for several years and was a key stakeholder when Bill C-14 was passed in 2016, as well as during the government's consultations in early 2020. CNA advocates for safeguards to protect the rights of patients and nurses, as well as for system-level changes, including access to great palliative care and accountability mechanisms.

I will now turn to Bill C-7, Madam Chair.

Overall, CNA believes that the federal government has listened to our initial feedback during the consultation phase earlier this year. We are pleased to see that some of our recommendations were included, such as the removal of the 10-day reflection period, removal of final consent for those who

de m'offrir la chance de vous parler de ce sujet très important, l'aide médicale à mourir.

Cette année a été très difficile pour tous les habitants du pays. Assurément, en ce qui concerne les soins infirmiers, ce ne fut certainement pas l'Année des sages-femmes et du personnel infirmier que nous avions imaginée et planifiée. Cependant, nous sommes très heureux de participer à cet important travail législatif.

J'ai travaillé dans les réseaux de la santé depuis plus de 40 ans, dont 37 comme infirmier autorisé. J'ai l'honneur d'être le chef de la direction de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada depuis 2017.

Pour ceux d'entre vous qui ne le savent peut-être pas, l'AIIC est le porte-parole national et international de la profession infirmière au Canada. Nous représentons les infirmières et infirmiers des 13 provinces et territoires et bon nombre de nos membres vivent dans des collectivités autochtones.

Les 440 000 infirmières et infirmiers du Canada touchent la vie des patients à chaque point de service. Rien que par notre nombre, aucun fournisseur de soins n'a autant de contacts directs avec la population au moment où ces questions complexes et souvent profondément morales et très humaines se posent. Les décisions législatives et morales transformatrices proposées par le projet de loi C-7 ont d'énormes répercussions pour les infirmières et les infirmiers qui auront la responsabilité de vivre avec elles dans leur milieu d'exercice chaque jour.

Le personnel infirmier fait partie intégrante de la prestation de l'AMM et il est essentiel que vous entendiez leurs voix. C'est pourquoi je suis heureux que nous ayons été invités. Le personnel infirmier a acquis des connaissances et une expérience considérables au cours de près de cinq années de mise en œuvre de l'AMM et possède une connaissance précieuse pour guider les changements législatifs imminents.

L'AIIC participe activement aux travaux concernant l'AMM depuis plusieurs années et a été l'un des principaux intervenants lorsque le projet de loi C-14 a été adopté en 2016, et dans le cadre des consultations menées par le gouvernement au début de 2020. L'AIIC plaide pour des garanties visant à protéger les droits des patients et du personnel infirmier, et pour des changements systémiques, notamment en matière d'accès à d'excellents soins palliatifs et à des mécanismes de responsabilisation.

Je vais maintenant aborder le projet de loi C-7, madame la présidente.

Dans l'ensemble, l'AIIC estime que le gouvernement fédéral a écouté nos premières réactions lors de la phase de consultation menée plus tôt cette année. Nous sommes heureux de constater que certaines de nos recommandations ont été prises en compte, comme l'élimination de la période de réflexion de 10 jours,

lose capacity and amending the legislation to allow for one independent witness.

Regarding the new stream for cases where natural death is not foreseeable, we heard from nurse experts that the proposed safeguards are adequate and sufficient. We emphasize that legal expertise for updating MAID guideline documentation will be critical to ensure all new items in the legislation are acknowledged and understood by patients and practitioners.

In general, we are supportive of the government's proposed Bill C-7. However, we believe that further improvements and additional clarification would strengthen the legislation and provide better care for patients and legal protection for nurses.

We propose four recommendations to Bill C-7.

First, we strongly recommend that Bill C-7 include an additional five-year review period of MAID by a committee of Parliament.

Second, we recommend removing wording that stipulates that the practitioner providing MAID does not know or believe they are connected to the other practitioner who assesses the MAID criteria.

Third, CNA recommends clarifying that practitioners can initiate a discussion on the lawful provision of MAID.

Fourth, we recommend clarifying the proposed "preliminary assessment." This provision is causing confusion and concerns among nurses.

Furthermore, CNA strongly recommends that parliamentarians conduct, as soon as possible, the broader review of MAID to address important issues beyond Bill C-7.

In wrapping up, Madam Chair, I would like to share our gratitude to the Canadian Nurses Protective Society, which has been an important partner on MAID-related work.

CNA will submit a written brief to the committee with more information. In the meantime, I am happy to answer any questions.

Thank you again, Madam Chair, for the opportunity to speak to this committee today.

l'élimination du consentement définitif pour les personnes qui perdent la capacité de consentir et la modification du projet de loi pour permettre la présence d'un témoin indépendant.

En ce qui concerne la nouvelle avenue dans les cas où la mort naturelle n'est pas prévisible, nous avons entendu de la part de spécialistes des soins infirmiers que les garanties proposées sont adéquates et suffisantes. Nous soulignons que le savoir-faire juridique pour mettre à jour la documentation des lignes directrices relatives à l'aide médicale à mourir sera essentiel pour garantir que tous les nouveaux éléments du projet de loi sont connus et compris des patients et des praticiens.

En général, nous souscrivons au projet de loi C-7 du gouvernement. Cependant, nous croyons que d'autres améliorations et précisions renforceraient le projet de loi et permettraient de mieux soigner les patients et de mieux protéger légalement le personnel infirmier.

Nous formulons quatre recommandations à propos du projet de loi C-7.

Premièrement, nous recommandons vivement que le projet de loi C-7 prévoit une période d'examen quinquennal supplémentaire de l'AMM par un comité du Parlement.

Deuxièmement, nous recommandons de supprimer le libellé qui stipule que le praticien qui pratique l'AMM ne sait pas ou ne croit pas être lié à l'autre praticien qui en évalue les critères.

Troisièmement, l'AIC recommande de préciser que les praticiens peuvent amorcer une discussion sur la prestation licite de l'AMM.

Quatrièmement, nous recommandons de préciser l'« évaluation préliminaire » proposée. Cette disposition est source de confusion et d'inquiétude chez le personnel infirmier.

De plus, l'AIC recommande vivement aux parlementaires de mener dès que possible l'examen plus large de l'AMM afin de prendre en compte les enjeux importants qui dépassent la portée du projet de loi C-7.

Pour conclure, madame la présidente, je voudrais exprimer notre gratitude envers la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada qui a été un partenaire important dans le cadre des travaux sur l'AMM.

L'AIC soumettra au comité un mémoire écrit renfermant de plus amples renseignements. En attendant, je serais heureux de répondre à vos questions.

Encore une fois, madame la présidente, je vous remercie de m'offrir l'occasion de m'adresser au comité aujourd'hui.

The Chair: Thank you very much, Mr. Villeneuve. We will now hear from the College of Family Physicians of Canada.

Dr. Francine Lemire, Chief Executive Officer, College of Family Physicians of Canada: Thank you, Madam Chair. Thank you for inviting the College of Family Physicians of Canada, or CFPC, to be part of the discussion regarding Bill C-7.

My name is Francine Lemire. I'm a family physician and I am the CEO of the CFPC and its foundation, the Foundation for Advancing Family Medicine. I'm accompanied today by our president, Dr. Catherine Cervin, who practised for a long time in Nova Scotia and who more recently has been vice-dean of the Northern Ontario School of Medicine.

The College of Family Physicians of Canada represents 40,000 members across the country. It is the professional organization responsible for establishing standards for the training, certification and lifelong education of family physicians. The college accredits postgraduate family medicine training in Canada's 17 medical schools. We are also a professional organization promoting best practices and advocating on behalf of family medicine, family physicians and the patients they serve.

We understand the sensitivity and importance of this bill. We are generally supportive of recommended amendments, including the elimination of the 10-day waiting period in situations where death is in the foreseeable future. We also support the need for a waiting period in instances where a life-limiting illness is at play but where the timing of death is not foreseeable.

Our response to Bill C-7 builds upon *A Guide for Reflection on Ethical Issues Concerning Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia* that we released in 2015.

Our primary principle described therein is that physicians must be cognizant of the scope of their responsibility in providing care to a patient. The CFPC opposes in principle any action that would abandon a patient without any options or direction. This applies to both the issue of conscientious objection and our support of the changes described in Bill C-7 as they aim to meet the needs of patients.

We are not in a position to comment definitively regarding requests for medical assistance in dying in cases where severe mental illness is the sole reason for the request. This said, we acknowledge the importance of being able to determine mental competence regarding the decision to be made. We also want to acknowledge the intractable suffering that may be associated

La présidente : Merci beaucoup, monsieur Villeneuve. Nous allons maintenant entendre le Collège des médecins de famille du Canada.

Dre Francine Lemire, chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada : Merci, madame la présidente. Je vous remercie d'avoir invité le Collège des médecins de famille du Canada, ou CMFC, à participer à la discussion sur le projet de loi C-7.

Je suis Francine Lemire, médecin de famille et chef de la direction du CMFC et de sa Fondation pour l'avancement de la médecine familiale. Je suis accompagnée aujourd'hui par notre présidente, Dre Catherine Cervin, qui a longtemps exercé en Nouvelle-Écosse et qui a plus récemment été vice-doyenne de l'École de médecine du Nord de l'Ontario.

Le Collège des médecins de famille du Canada représente 40 000 membres dans tout le pays. C'est l'organisation professionnelle chargée d'établir des normes pour la formation, l'agrément et l'éducation permanente des médecins de famille. Le Collège accrédite la formation postdoctorale en médecine familiale dans les 17 facultés de médecine du Canada. Nous sommes aussi une organisation professionnelle qui fait la promotion de pratiques exemplaires et défend les intérêts de la médecine familiale, des médecins de famille et des patients qu'ils servent.

Nous comprenons la nature délicate et l'importance de ce projet de loi. Nous sommes généralement favorables aux amendements recommandés, y compris l'élimination de la période d'attente de 10 jours dans les situations où le décès est prévisible. Nous souscrivons aussi à la nécessité d'une période d'attente dans les cas où une maladie limitant la durée de vie est en jeu, mais où le moment du décès n'est pas prévisible.

Notre réaction au projet de loi C-7 s'appuie sur le *Guide de réflexion sur les enjeux éthiques liés au suicide assisté et à l'euthanasie volontaire* que nous avons publié en 2015.

Notre principe premier qui y est décrit est que les médecins doivent être conscients de l'étendue de leur responsabilité à l'égard de la prestation de soins à un patient. Le CMFC s'oppose en principe à toute action qui laisserait un patient sans option ni orientation. Cela s'applique à la fois à la question de l'objection de conscience et à notre appui aux changements décrits dans le projet de loi C-7, car ils visent à combler les besoins des patients.

Nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer sans équivoque sur les demandes d'aide à mourir dans les cas où la maladie mentale grave est la seule raison de la demande. Cela dit, nous reconnaissons l'importance de pouvoir déterminer l'aptitude mentale en ce qui concerne la décision à prendre. Nous tenons aussi à reconnaître les souffrances insolubles qui peuvent

with severe mental illness and the human rights issues related to this. I will now ask Dr. Cervin to complete our presentation.

Dr. Catherine Cervin, President, College of Family Physicians of Canada: Thank you, Dr. Lemire, and thank you to the committee. In Canada, we have the shortest postgraduate training program in the world for family doctors — two years. Our expectations of the core training include all the elements of accompaniment of a patient in decisions to be made when faced with a life-limiting illness. It does not include, as mandatory, the procedure of providing medical assistance in dying. Rather, as a certifying body for continuing professional development for family physicians, we have certified a number of educational activities covering this area, and we would be pleased to collaborate with other medical organizations to create robust educational programs that meet an accepted standard in the delivery of medical assistance in dying.

We recognize that an educational standard is a necessary procedural safeguard both for the assessment of patients requesting medical assistance in dying and to ensure that delivery of the service is by health care providers with expertise and demonstrated competence.

In considering health equity, it is important that we be able to ensure access to quality palliative care and/or medical assistance in dying close to patients' homes. This is of particular importance in resource-constrained environments, rural and remote and/or Indigenous communities.

The CFPC's Medical Assistance in Dying Resource Group was consulted leading up to our meetings with Senators Kutcher and Ravalia, and for this meeting today. Our next steps will be to publish a statement regarding Bill C-7, as well as communicate the amended legislation to our members once it is finalized. We appreciate the opportunity to have been included in the consultation regarding this important legislation. Thank you.

The Chair: Thank you, Dr. Cervin. We will now hear from Dr. Moffatt-Bruce, please.

Dr. Susan Moffatt-Bruce, Chief Executive Officer, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: Thank you very much. I'm Susan Moffatt-Bruce, and I'm the CEO of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. I would like to recognize the traditional lands from which I speak to you of the Mi'kmaq, as I am in Prince Edward Island today.

The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada sets standards for residency, curriculum and assessment for over 70 specialties across both medical and surgical disciplines. We also

être associées à une maladie mentale grave et les questions de droit de la personne qui s'y rattachent. Je vais demander à la Dre Cervin de terminer notre exposé.

Dre Catherine Cervin, présidente, Collège des médecins de famille du Canada : Merci, docteur Lemire, et merci à vous. Au Canada, nous avons le programme de formation postuniversitaire le plus court du monde pour les médecins de famille, soit deux ans. Nos attentes à l'égard de la formation de base comprennent tous les éléments d'accompagnement d'un patient dans les décisions à prendre face à une maladie limitant la durée de vie. Elle ne comprend pas obligatoirement la procédure pour offrir l'AMM. En qualité d'organisme d'accréditation pour la formation professionnelle continue des médecins de famille, nous avons plutôt certifié plusieurs activités éducatives couvrant ce domaine, et nous serions heureux de collaborer avec d'autres organisations médicales pour créer des programmes éducatifs solides qui répondent à une norme acceptée en matière de prestation de l'AMM.

Nous reconnaissons qu'une norme éducative constitue une garantie procédurale nécessaire à la fois pour l'évaluation des patients qui demandent l'AMM et pour garantir que ce service est rendu par des fournisseurs de soins de santé qui possèdent un savoir-faire et une compétence établis.

En ce qui concerne l'équité en matière de santé, il est important que nous puissions assurer l'accès à des soins palliatifs de qualité ou à l'AMM à proximité du lieu de résidence des patients. C'est particulièrement important dans les milieux, les collectivités rurales ou éloignées ou les collectivités autochtones dans lesquelles les ressources sont limitées.

Le Groupe-ressource sur l'aide médicale à mourir du CMFC a été consulté avant nos rencontres avec les sénateurs Kutcher et Ravalia et en vue de la séance d'aujourd'hui. Nos prochaines étapes consisteront à publier une déclaration sur le projet de loi C-7 et à communiquer le projet de loi amendé à nos membres une fois qu'il sera arrêté. Nous sommes reconnaissants d'avoir été inclus dans la consultation sur cet important projet de loi. Merci.

La présidente : Merci, docteur Cervin. Nous entendrons maintenant la Dre Moffatt-Bruce, je vous en prie.

Dre Susan Moffatt-Bruce, chef de la direction, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada : Merci beaucoup. Je suis Susan Moffatt-Bruce, chef de la direction du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Je tiens à reconnaître que je vous parle aujourd'hui des terres ancestrales des Micmacs, puisque je me trouve aujourd'hui sur l'Île-du-Prince-Édouard.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada établit les normes pour la résidence, le programme d'études et l'évaluation de plus de 70 spécialités dans les disciplines

set standards for accreditation of learning sites, and we support lifelong learning for all of our fellows, who are 49,000 plus.

Therefore, relative to this very important bill and the fact that MAID is a legislated choice for Canadians, we, the Royal College, feel our main role is in awareness of the content, impact and changes, and ongoing education relative to the initial bill and subsequent revisions.

Our fellows have voices, and throughout these hearings, we are very pleased that they are being heard. We support our fellows, and we look to continuously support them through awareness and lifelong education. Evaluation and re-evaluation is an important part of any new and impactful legislation, and we are here to support our members and the patients that they serve amidst this change.

The care of patients at the end of life is an important competency, and we feel that this competency should be interwoven in all of our standards, our curriculum and our lifelong learning. We are committed to enhancing that competency in alignment and in collaboration with our sister colleges so as to serve Canadians throughout residency education and into fellowship, which is a lifetime of clinical practice.

Going forward, we commit to working with our internal committees, our sister colleges, MCC, CFPC and other national organizations, the Canadian Nurses Association, CMA and our national specialty societies, even as a convenor, so that we can come together and have cohesive and collaborative learning that will be life long.

We truly appreciate being active in these discussions so that we can make our fellows aware, help to deliver and inform our members of the changes, and commit to lifelong learning modalities. This will help to ensure that MAID is delivered safely and effectively to those patients who may be in need of this in a very important chapter of their lives. Thank you. We appreciate being included.

The Chair: Thank you very much. Thanks to all of you for making time to speak to us today. Please don't see this as the only time; if you have any further information, feel free to send it to the clerk of the committee. I'll now ask Senator Petitclerc, the sponsor of this bill, to start with questions.

médicales et chirurgicales. Nous fixons également les normes d'agrément des lieux d'apprentissage et nous favorisons l'apprentissage continu pour tous nos membres, qui sont plus de 49 000.

Par conséquent, en ce qui concerne ce projet de loi très important et le fait que l'aide médicale à mourir, l'AMM, soit un choix prévu par la loi pour les Canadiens, nous, le Collège royal, estimons que notre rôle principal est de faire connaître le contenu, les effets et les changements et d'assurer la formation continue par rapport au projet de loi initial et à ses révisions ultérieures.

Nos membres ont des voix, et tout au long de ces audiences, nous sommes très heureux qu'elles soient entendues. Nous soutenons nos membres et nous cherchons à les soutenir continuellement par la sensibilisation et l'éducation permanente. L'évaluation et la réévaluation sont des éléments importants de tout texte de loi nouveau et marquant et nous sommes là pour soutenir nos membres et les patients qu'ils servent au fil de ce changement.

La prise en charge des patients en fin de vie est une compétence importante et nous estimons qu'elle doit être intégrée dans l'ensemble de nos normes, programmes d'études et formation continue. Nous avons à cœur d'améliorer cette compétence en accord et en collaboration avec nos collègues frères, afin de servir les Canadiens tout au long de la formation en résidence et de la formation postdoctorale, qui représente une vie de pratique clinique.

Nous nous engageons à travailler avec nos comités internes, nos collègues frères, le Conseil médical du Canada, le CMFC et d'autres organisations nationales, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association médicale canadienne et nos sociétés nationales de spécialistes, même en tant qu'organismes, afin que nous puissions nous réunir et avoir un apprentissage cohérent et collaboratif continu.

Nous sommes vraiment reconnaissants de participer à ces discussions afin que nous puissions tenir nos membres au courant, contribuer à informer nos membres des changements et y donner suite, et nous engager dans des modalités d'apprentissage continu. Cela contribuera à garantir que l'AMM est prodiguée de façon sûre et efficace aux patients qui pourraient en avoir besoin dans un chapitre très important de leur vie. Je vous remercie. Nous sommes reconnaissants d'être inclus.

La présidente : Merci beaucoup. Merci à vous tous d'avoir pris le temps de nous parler aujourd'hui. Veuillez ne pas considérer que c'est votre seule chance. Si vous avez un complément d'information, n'hésitez pas à le transmettre au greffier du comité. Je vais demander à la sénatrice Petitclerc, la marraine de ce projet de loi, de lancer la période de questions.

[Translation]

Senator Petitclerc: Thanks to our witnesses for being here today and for their presentations. Thanks as well to your members for their sensitive and rigorous approach and for their compassion for those who have received medical assistance in dying for more than five years now.

My question will be brief, and I'd like to hear what you all have to say on the subject. As you know, Bill C-7 adds safeguards for those whose natural death is not reasonably foreseeable. Your members will be enforcing these new safeguards on the ground. I'm thinking, for example, of new paragraph 241.2(3.1)(g), which provides that the physician or nurse practitioner must ensure that the person has been informed of all means available to relieve his or her suffering. This provision is quite precise and mentions psychological counselling services and mental health and disability support services. I'm thinking of the safeguards and what they entail for your members. I'd like to hear what you have to say about the additional protection provided to individuals who may be vulnerable. Please give us your views on these additional safeguards.

[English]

Mr. Villeneuve: I'll make a brief comment. We spoke with nurses leading up to the intended original review of MAID earlier in the year, so we had undertaken work through the year before by speaking to nurse experts, both nurses who support doctors and nurse practitioners in delivering MAID and then the actual nurse practitioners themselves who do. It is the feeling of the experts we spoke to that the safeguards are built in well and are sufficient.

Senator Petitclerc: Thank you. Can I have comments from the other witnesses if we have the time?

The Chair: We have a little time, two more minutes.

[Translation]

Dr. Lemire: To put it briefly, I think the safeguards cited in the bill are appropriate. My comment will be the same as that of Mr. Villeneuve. The challenge will be in their implementation. The safeguards must be appropriate in order to provide adequate protection. At the same time, they must not constitute a barrier or an inappropriate delay in a situation of significant end-of-life suffering. I think that's where the challenge will be. However, we think the safeguards are appropriate.

[Français]

La sénatrice Petitclerc : Merci à nos témoins d'être là aujourd'hui et de leurs présentations. Merci aussi à vos membres pour leur approche à la fois sensible et pleine de rigueur, mais aussi pour leur compassion envers ceux qui, depuis plus de cinq ans maintenant, ont accès à l'aide médicale à mourir.

Ma question sera brève et j'aimerais vous entendre tous à ce sujet. Le projet de loi C-7 ajoute, comme vous le savez, des mesures de sauvegarde pour ceux dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Vos membres seront sur le terrain pour appliquer ces nouvelles mesures de sauvegarde. Entre autres, je pense à l'alinéa g) du paragraphe (3.1) de l'article 241.2, qui dit que le médecin ou l'infirmier praticien va devoir s'assurer que la personne a été informée de tous les moyens possibles pour soulager ses souffrances. Cette disposition est assez précise, car elle fait mention de services de consultation psychologique, de services de soutien en santé mentale et de services de soutien aux personnes handicapées. Je pense aux mesures de sauvegarde et à ce qu'elles impliquent pour vos membres. J'aimerais vous entendre sur la protection supplémentaire apportée aux individus qui, peut-être, sont en situation de vulnérabilité. Donnez-nous votre point de vue sur ces mesures de sauvegarde supplémentaires.

[Traduction]

M. Villeneuve : Je ferai un bref commentaire. Nous nous sommes entretenus avec des infirmières et des infirmiers avant l'examen initial prévu de l'AMM au début de l'année, nous avons donc mené des travaux l'année précédente en parlant à des spécialistes des soins infirmiers, tant le personnel infirmier qui aide les médecins et les infirmières praticiennes à prodiguer l'AMM et aux infirmières praticiennes elles-mêmes qui le font. Les experts auxquels nous avons parlé ont l'impression que les garanties sont bien intégrées et suffisantes.

La sénatrice Petitclerc : Je vous remercie. Puis-je avoir les commentaires des autres témoins, si nous en avons le temps?

La présidente : Nous avons un peu de temps, deux minutes encore.

[Français]

Dre Lemire : Brièvement, je crois que les mesures mentionnées dans le projet de loi sont adéquates. Mon commentaire sera le même que celui de M. Villeneuve. Le défi se posera plutôt dans la mise en œuvre. Il faut que les mesures soient appropriées pour offrir une protection adéquate. En même temps, il ne faut pas qu'elles constituent une barrière ou un contretemps inapproprié dans une situation de souffrance importante en fin de vie. Je crois que c'est là que le défi se

[English]

Dr. Moffatt-Bruce: In general, I would agree with Dr. Lemire that the measures put in place are reasonable. It's our responsibility to ensure that our fellows, our members, understand what they are and how best to collaborate with other physicians in this very important delivery of care. I also think it's very important, just as we are here today, to continuously evaluate whether or not they are adequate, whether or not they are meeting the patient's needs, and I think that continuous improvement and quality improvement is absolutely essential to such an important program.

[Translation]

Senator Carignan: I have two questions. The first concerns the start of the 90-day period. It will start with the first assessment. That doesn't necessarily reflect the moment when the person makes the request but rather when the first assessment may be conducted. Based on your experience in the field, will that assessment begin within a reasonable time frame? If so, what will the timeline be and what will be the disparities among the regions? Second, with regard to discussions of available services and care, particularly palliative care, there are a lot of disparities among the regions. How far do you think you can go in implementing it all, and what will be done if someone is told that palliative care is offered but that there's in fact a waiting list and that the services offered are in fact theoretical in certain regions? I'd like to hear what you have to say about that.

[English]

Mr. Villeneuve: Thank you for the question. I will share that one of our concerns as a nursing body has been the issue you raise around palliative care. We spoke about this with a different committee earlier in the year.

It's important to say and to be very clear that MAID should not be a solution for a lack of palliative care. You list all the other options to which a patient should be entitled, but if you can't provide those other options, it's a bit of a false decision. So we're very concerned.

I don't need to tell all of you that most Canadians would benefit from some type of palliative care at end of life and most don't get it. When they do, it's in the last month of life. We are concerned about the availability of primary care.

posera. Toutefois, nous croyons que ces mesures sont appropriées.

[Traduction]

Dre Moffatt-Bruce : En général, je suis d'accord avec la Dre Lemire pour dire que les mesures sont raisonnables. Il est de notre responsabilité de nous assurer que nos confrères, nos membres, les comprennent et comprennent comment collaborer au mieux avec d'autres médecins dans cette très importante prestation de soins. Je pense aussi qu'il est très important, tout comme nous le faisons ici aujourd'hui, d'évaluer sans cesse si elles sont suffisantes ou non, si elles comblent ou non les besoins du patient et je pense que l'amélioration continue et l'amélioration de la qualité sont absolument essentielles à un programme aussi important.

[Français]

Le sénateur Carignan : J'ai deux questions. La première concerne le délai pour le début des 90 jours. Cela commence à la première évaluation. Cela ne reflète pas nécessairement le moment où la personne fait la demande, mais plutôt celui où la première évaluation peut avoir lieu. En fonction de votre expérience sur le terrain, est-ce que cette évaluation commencera dans des délais raisonnables? Dans l'affirmative, quels seront les délais et quelles seront les disparités entre les régions? Deuxièmement, pour ce qui est de discuter des services ou des soins disponibles, notamment les soins palliatifs, il existe beaucoup de disparités entre les régions. Jusqu'où pensez-vous pouvoir mettre le tout en œuvre, et que fait-on si l'on affirme à quelqu'un que des soins palliatifs sont offerts, mais que, dans les faits, il y a une liste d'attente et que cette offre est théorique dans certaines régions? J'aimerais vous entendre là-dessus.

[Traduction]

M. Villeneuve : Je vous remercie de cette question. Je vous dirai que l'enjeu que vous avez soulevé à propos des soins palliatifs est l'une de nos préoccupations en tant qu'organisme de représentation du personnel infirmier. Nous en avons parlé avec un autre comité plus tôt cette année.

Il est important de dire et d'être très clair que l'AMM ne devrait pas être une solution à un manque de soins palliatifs. Vous énumérez toutes les autres options auxquelles un patient devrait avoir droit, mais si vous ne pouvez pas fournir ces autres options, c'est un peu une fausse décision. Nous sommes donc très inquiets.

Je n'ai pas besoin de vous dire à tous que la plupart des Canadiens bénéficieraient d'une quelconque forme de soins palliatifs en fin de vie et que la plupart d'entre eux ne les obtiennent pas. Lorsqu'ils en bénéficient, c'est au cours du

To your first question, I lost a little bit of the translation. We are concerned about inequity across, for example, Indigenous communities, quite rural and remote locations and so on, whether they will have the same access as people in urban areas.

I hope that answers the question, at least partly.

[Translation]

Dr. Lemire: I'll ask my colleague to answer that question because her workplace covers a rural sector.

[English]

Cathy, would you like to comment based on your experience in a resource-constrained environment?

Dr. Cervin: I'll start by saying that in rural environments, family physicians without special qualifications are capable and do provide palliative care to their patients. A lack of access to people with particular qualifications does not mean a lack of access to palliative care. In fact, one of my rural colleague's particular areas of research is teaching palliative care in rural locations.

As you have heard, we share the concern that vulnerable populations in remote areas do not have adequate access even to primary care, so that is absolutely a concern.

To the concern about the delay prior to the 90-day waiting period, I don't think I can comment on what that would be because it would vary so much from region to region, but I think everyone has reflected the challenge in Canada of regional disparities to access to all kinds of health care, including MAID and palliative care.

Senator Batters: My first question is to the College of Family Physicians of Canada. I want to talk about the proposed 90-day mandatory assessment period for those whose death is not reasonably foreseeable.

What we know is that it often takes at least 90 days to get an appointment with a rheumatologist, as well as many other pain specialists, and it can often take between 150 and 200 days to get placed in a proper long-term care facility in Ontario. As a result of that, doesn't the 90-day waiting period seem grossly insufficient, and would it not suggest, then, in many cases that

dernier mois de leur vie. Nous sommes préoccupés par la disponibilité de soins primaires.

Pour répondre à votre première question, j'ai perdu une partie de l'interprétation. Nous sommes préoccupés par l'iniquité entre, par exemple, les collectivités autochtones, les régions plutôt rurales et éloignées, et cetera, à savoir si elles jouiront du même accès que les personnes qui vivent en milieu urbain.

J'espère que cela répond à la question, du moins en partie.

[Français]

Dre Lemire : Je demanderais à ma collègue de répondre à cette question, car son milieu de travail comprend un secteur rural actuellement.

[Traduction]

Docteure Cervin, aimeriez-vous commenter en fonction de votre expérience dans un environnement où les ressources sont limitées?

Dre Cervin : Je dirai d'abord que dans les milieux ruraux, les médecins de famille sans qualifications particulières sont capables d'offrir des soins palliatifs à leurs patients et ils le font. Un manque d'accès à des personnes possédant des qualifications particulières n'est pas synonyme de manque d'accès aux soins palliatifs. En réalité, l'un des domaines de recherche de mon collègue en milieu rural est précisément l'enseignement de soins palliatifs dans les régions rurales.

Comme vous l'avez entendu, nous partageons la crainte que les populations vulnérables des régions éloignées n'aient pas un accès adéquat même à des soins primaires, ce qui est absolument préoccupant.

En ce qui concerne la préoccupation relative au délai précédant la période d'attente de 90 jours, je ne pense pas pouvoir me prononcer sur sa durée éventuelle, car cela varierait beaucoup d'une région à une autre, mais je pense que tout le monde a réfléchi au défi que représentent au Canada les disparités régionales en matière d'accès à toutes sortes de soins de santé, y compris l'AMM et les soins palliatifs.

La sénatrice Batters : Ma première question s'adresse au Collège des médecins de famille du Canada. Je veux parler de la période d'évaluation obligatoire de 90 jours proposée pour les personnes dont le décès n'est pas raisonnablement prévisible.

Nous savons qu'il faut souvent au moins 90 jours pour obtenir un rendez-vous chez un rhumatologue, et avec de nombreux autres spécialistes de la douleur, et qu'il faut souvent entre 150 et 200 jours pour obtenir une place dans un véritable établissement de soins de longue durée en Ontario. En conséquence, la période d'attente de 90 jours ne paraît-elle pas

the expanded assisted suicide is sometimes making it easier to die than to live?

Dr. Lemire: I'll start, but Cathy may have things to add.

I don't think that we can pretend to feel categorical about the 90 days. A number of us have expressed that period as being reasonable based on reasonable judgment by people as a starting point, and I think that the difficulties in access to care, to all levels of care, are real, and you have given some very concrete examples of this.

The other thing that comes with access to care, though, is that even in a system that is not as appropriate regarding access as we would like, there is a priority that does take place, and there are instances where urgency is recognized and where priorities can be adjusted depending on the needs of the patients whom we see. I would anticipate that the same would apply to this as applies in other areas of care.

Will it be perfect? In all likelihood not. This is why I would also support the recommendation from the Canadian Nurses Association to conduct an appropriate evaluation of this bill and its application within a reasonable period of time so that we can see if, in fact, this is happening.

Senator Batters: Thank you. I appreciate that.

My second question is to the Canadian Nurses Association. Something that many Canadians do not know is that the first assisted suicide bill, Bill C-14, allows not only doctors to perform assisted suicides, but nurse practitioners can also approve and perform assisted suicides. I'm wondering, how many nurse practitioners in Canada can approve or perform assisted suicides? For example, how many nurse practitioners are there in Canada?

I was surprised to hear you say in your opening statement that you want nurses to have the ability to proactively initiate discussion with patients about assisted suicide. Yesterday, we heard evidence from doctors stating that they believe it's crucial that assisted suicide must be patient-led. We have heard about the case of Roger Foley in which he was offered MAID when he was asking about home care options.

Don't you believe, as in other international jurisdictions, that those conversations really should be patient-led to avoid the risk of coercion — subtle, overt or perceived — with respect to a procedure as serious and final as assisted suicide?

nettement insuffisante et ne donnerait-elle pas à penser que, dans bien des cas, l'élargissement de l'accès au suicide assisté fait parfois qu'il est plus facile de mourir que de vivre?

Dre Lemire : Je vais commencer, mais la Dre Cervin aura peut-être des choses à ajouter.

Je ne pense pas que nous puissions prétendre être catégoriques à propos des 90 jours. Bon nombre d'entre nous sommes d'avis que cette période est raisonnable en se basant sur le jugement raisonnable des gens comme point de départ, et je pense que les difficultés d'accès aux soins, à tous les niveaux de soins, sont réelles, et vous en avez donné des exemples très concrets.

Cependant, l'autre aspect qui vient avec l'accès aux soins, c'est que même dans un système qui n'offre pas un accès aussi facile que nous le souhaiterions, une priorité est accordée et il y a des cas où l'urgence est reconnue et où les priorités peuvent être ajustées selon les besoins des patients que nous voyons. Je m'imagine que cela s'appliquerait aussi à ce domaine, comme c'est le cas dans d'autres secteurs de soins.

Est-ce que ce sera parfait? Non, selon toute vraisemblance. C'est pourquoi je souscris aussi à la recommandation de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada de procéder à une évaluation convenable de ce projet de loi et de son application après un délai raisonnable afin que nous puissions déterminer si, en fait, c'est ce qui se produit.

La sénatrice Batters : Merci, je l'apprécie.

Ma deuxième question s'adresse à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Une chose que beaucoup de Canadiens ne savent pas, c'est que le premier projet de loi sur le suicide assisté, le projet de loi C-14, permet non seulement aux médecins de pratiquer le suicide assisté, mais aussi aux infirmières praticiennes de l'approuver et de le pratiquer. Je me demande combien d'infirmières praticiennes au Canada peuvent approuver ou pratiquer les suicides assistés? Par exemple, combien y a-t-il d'infirmières praticiennes au Canada?

J'ai été étonnée de vous entendre dire dans vos remarques préliminaires que vous souhaitez que le personnel infirmier puisse amorcer de manière proactive une discussion avec leurs patients sur le suicide assisté. Hier, nous avons entendu des médecins déclarer qu'ils estiment crucial que l'initiative du suicide assisté revienne au patient. Nous avons entendu parler du cas de Roger Foley dans lequel on lui a proposé l'AMM alors qu'il demandait de l'information sur les possibilités de soins à domicile.

Ne croyez-vous pas que, comme dans d'autres pays, ces conversations devraient vraiment être amorcées par le patient pour éviter le risque de coercition, qu'elle soit subtile, manifeste ou perçue, par rapport à une procédure aussi grave et définitive que le suicide assisté.

Mr. Villeneuve: Thank you for the question. There are about 6,000 nurse practitioners in the country, but your question around how many currently deliver MAID is a good one. I'll find out the information for you.

There is still a fairly low number of those procedures that have been carried out by nurse practitioners. If my memory serves me, from the most recent study, it was about 6%. It is growing over a period of time, but the procedure largely is delivered by physicians and supported by nurses.

The issue of the discussion is that the relationship with patients, just as physicians have, is a sacred space. I can tell you, having been a nurse for a very long time, there are times when conversations happen at three o'clock in the morning or in the most unlikely places.

Nurses have told us already when asked that, in such situations, it would have been helpful for them to say, "Have you thought about this option or that option?"

I have never in my life in critical care, with organ donations and so on, seen coercion. If anything, it's the opposite; we're a bit reluctant to talk about it. But sometimes, it frees up the conversation if a nurse or a doctor says, "What do you think about this? Have you thought about your life? Have you thought about your dying?"

The intent is not to coerce but rather to open up a conversation of options for a legal service with patients.

The Chair: Thank you very much.

Senator Dalphond: My question is a follow up on Senator Carignan's question, which was not really answered.

We understand that the first assessment is the critical date that starts the clock for the 90-day period. Do we have any data about how much time it takes from somebody making an application for MAID and having the first assessment completed?

Mr. Villeneuve: Thank you for the question. I'm not sure if it was directed to me. I was going to ask my physician colleagues if they know. I do not know that data.

Dr. Moffatt-Bruce: Nor do we.

Dr. Lemire: We do not know that data.

Senator Dalphond: Okay, so perhaps another question. It's about rural areas. The provision of MAID in rural areas would be done by the family doctor, in some cases. I guess that would be

M. Villeneuve : Je vous remercie de cette question. On dénombre environ 6 000 infirmières praticiennes au pays, mais votre question sur combien d'entre elles pratiquent réellement l'aide médicale à mourir est pertinente. Je me renseignerai pour vous.

Le nombre de ces procédures réalisées par des infirmières praticiennes demeure assez faible. Si ma mémoire est bonne, d'après l'étude la plus récente, le taux se situait à environ 6 %. Il augmente avec le temps, mais la procédure est en grande partie pratiquée par des médecins avec l'appui du personnel infirmier.

En ce qui concerne la discussion, l'enjeu tient au fait que la relation avec les patients, tout comme celle des médecins, est un lieu sacré. Je peux vous dire, pour avoir été infirmier pendant très longtemps, qu'il arrive parfois que des conversations ont lieu à 3 heures du matin ou dans les endroits les plus improbables.

Quand nous leur avons posé la question, des membres du personnel infirmier nous ont dit que dans de telles situations, il aurait été utile qu'ils disent : « Avez-vous réfléchi à telle ou telle option »?

De ma vie, je n'ai jamais été témoin de coercition que ce soit dans le cadre des soins intensifs, des dons d'organes ou d'autres domaines. C'est plutôt le contraire, nous hésitons un peu à en parler. Cependant, il arrive que cela fasse débloquent la conversation si un infirmier ou un médecin dit : « Que pensez-vous de ceci? Avez-vous pensé à votre vie? Avez-vous pensé à votre mort? »

L'intention n'est pas d'exercer des pressions, mais plutôt de lancer une conversation avec les patients sur les options relatives à un service légal.

La présidente : Merci beaucoup.

Le sénateur Dalphond : Ma question fait suite à celle du sénateur Carignan, à laquelle nous n'avons pas vraiment obtenu de réponse.

Nous comprenons que la première évaluation est la date critique qui démarre le chronomètre pour la période de 90 jours. Avons-nous des données sur le temps qu'il faut à quelqu'un pour faire une demande d'AMM et obtenir la première évaluation?

M. Villeneuve : Je vous remercie de cette question. Je ne sais pas si elle m'était adressée. J'allais demander à mes collègues médecins si elles le savent. Je n'ai pas ces données.

Dre Moffatt-Bruce : Nous non plus.

Dre Lemire : Nous n'avons pas ces données.

Le sénateur Dalphond : D'accord, alors peut-être une autre question. Il s'agit des régions rurales. La prestation de l'AMM dans les régions rurales serait assurée par le médecin de famille,

the same doctor who will have made the assessment a few months or weeks before. Is that a problem, compared to the urban situations where you will most likely deal with a different health provider at every step?

Mr. Villeneuve: I'll give a brief answer. If it's helpful, I just finished my term as a board chair of a rural hospital in eastern Ontario where we have delivered the service. Of course, it is sometimes delivered by nurse practitioners, not only family physicians and doctors.

But it has not been an issue, in our experience. We're an hour from the big city, though. I can't speak to more remote places, but we are concerned it may be more difficult in remote areas such as, for example, First Nations communities.

Dr. Cervin: I can speak, to a certain extent, to the remote communities such as in northwestern Ontario that are part of the northern Ontario school catchment area. In those communities, they are remote, and they will also have more than one physician providing care in that community, usually one week on, a couple of weeks off. So being rural does not necessarily mean only access to a single physician.

I'm afraid I don't know the details, but it would seem reasonable to me that if a safeguard where another opinion could be sought, that could be done. I know, for example, in Nova Scotia, where I also have connections, providers are actually flown into communities when medical assistance in dying is being considered in order to provide consultation and access to MAID when necessary.

I think there is a degree of flexibility, and reasonable consultation with peers is a real possibility, I would say.

Senator Dalphond: Thank you.

Senator Martin: With regard to rural care, I'm just wondering, even in the cities — I'm in Vancouver — and under the current COVID-19 pandemic situation, there is a lot of online care. Then there have been major delays in pretty much every sector of the health sphere. I'm worried about the passage of this bill, the timing in which this is happening; with remote access, there are issues of connectivity, and something like this has to be done face to face. It's not something we can do online.

I'm concerned about the timing of all this, because we are in a situation where we are seeing delays across the board. We don't know how long this will continue. Would you speak to these

dans certains cas. Je suppose qu'il s'agirait du même médecin qui aura fait l'évaluation quelques mois ou semaines auparavant. Cela pose-t-il un problème, par rapport au milieu urbain où vous aurez très probablement affaire à un fournisseur de soins de santé différent à chaque étape?

M. Villeneuve : Je répondrai brièvement. Si cela peut vous aider, je viens de terminer mon mandat à la présidence du conseil d'administration d'un hôpital rural dans l'Est de l'Ontario où nous avons offert ce service. Bien sûr, il est parfois rendu par des infirmières praticiennes et pas seulement par des médecins de famille ou d'autres médecins.

Toutefois, d'après notre expérience, cela n'a pas posé de problème. Toutefois, nous sommes situés à une heure de la grande ville. Je ne peux pas me prononcer sur des endroits plus éloignés, mais nous craignons que cela soit plus difficile dans des régions éloignées, par exemple dans des collectivités des Premières Nations.

Dre Cervin : Je peux me prononcer, dans une certaine mesure, sur les collectivités éloignées comme celle du Nord-Ouest de l'Ontario qui font partie de la zone de desserte scolaire du Nord de l'Ontario. Dans ces collectivités éloignées, on trouvera plusieurs médecins qui dispensent des soins, généralement à raison d'une semaine sur trois chacun. La ruralité ne signifie donc pas forcément l'accès à un seul médecin.

J'ai bien peur de ne pas connaître les détails, mais il me semble raisonnable de penser que si une garantie selon laquelle un autre avis peut être demandé, cela pourrait être fait. Par exemple, je sais qu'en Nouvelle-Écosse, où j'ai aussi eu des contacts, des fournisseurs de soins sont envoyés par avion dans les collectivités lorsque l'aide médicale à mourir est envisagée afin de permettre une consultation et l'accès à l'AMM, au besoin.

Je pense qu'il y a une certaine latitude et une consultation raisonnable avec des pairs est une réelle possibilité, je dirais.

Le sénateur Dalphond : Je vous remercie.

La sénatrice Martin : En ce qui concerne les soins en milieu rural, je me demande simplement, même dans les villes — je suis à Vancouver — et dans la situation actuelle de la pandémie de la COVID-19, il y a beaucoup de soins en ligne. Il y a aussi eu des retards importants dans presque tous les domaines de la prestation de soins de santé. Je m'inquiète de l'adoption de ce projet de loi, du moment où cela se produit; avec l'accès à distance, il y a des problèmes de connectivité et ce dont nous discutons doit être fait face à face. Ce n'est pas quelque chose que nous pouvons faire en ligne.

Je m'inquiète du moment de tout cela, parce que nous sommes dans une situation où nous constatons des retards généralisés. Nous ne savons pas combien de temps la situation va durer.

concerns, in terms of delays aggravated by the current pandemic situation?

Dr. Moffatt-Bruce: That's a very significant concern. We are in the midst of a tremendous number of changes, and this is one of them. I do think that, unfortunately, even with all the change and all the uncertainty around COVID, we still have patients in their final chapter who could benefit and will benefit from MAID.

In as much as we can, we need to consider that, think about the patient and think about how we can prioritize access and the ability to deliver this safely and effectively, not knowing how COVID is going to shape our world right now. We have to look to how to impact our patients, first and foremost.

Dr. Cervin: If I could just add to that, yes, a lot of care is virtual, and family physicians are also seeing people in person when necessary. One of the critical aspects of that is adequate access to personal protective equipment. For the moment, that is much improved compared to the beginning of the pandemic, but that is absolutely critical for the good care of patients — the ability to have the PPE to see them in person, as you point out, when it's necessary to have that kind of discussion.

Senator Martin: Thank you.

The other concern I have on many issues is the fact that we live in a very diverse country where the heritage language could be from any number of countries. In this area of providing, offering or discussing MAID, I'm quite worried about what is lost in translation, the access to the services and counselling in the language that would be appropriate. It just seems like there are many gaps.

Would you speak to these concerns and whether, as a country, we are ready to look at end of life and this type of compassionate care when we don't all speak the same language? It's highly sensitive for families. I worry about those gaps as well.

Mr. Villeneuve: I'll make what is hopefully a brief comment. First, I would say you're absolutely correct, senator. We can always do better, and we have been confronted with a national "looking in" on ourselves around systemic racism and so on, this year in particular.

However, there are a number of safeguards in place that have been there for a number of years, for example, around organ donation and really being very clear with patients who are

Pourriez-vous nous parler de ces préoccupations, en ce qui concerne les retards aggravés par la situation actuelle de pandémie?

Dre Moffatt-Bruce : C'est une préoccupation très importante. Nous sommes au cœur d'un nombre considérable de changements, et celui-ci en est un. Malheureusement, je pense qu'avec tous les changements et toute l'incertitude entourant la COVID, nous avons encore des patients en fin de vie qui pourraient bénéficier et qui bénéficieront de l'AMM.

Dans la mesure du possible, nous devons en tenir compte, penser au patient et penser à la façon dont nous pouvons donner la priorité à l'accès et à la capacité d'offrir ce service de manière sûre et efficace, sans savoir comment la COVID va modifier notre monde. D'abord et avant tout, nous devons chercher une façon d'avoir un impact sur nos patients.

Dre Cervin : Si vous me le permettez, j'aimerais ajouter simplement qu'en effet, une bonne partie des consultations s'effectue de manière virtuelle, et que les médecins de famille voient aussi des patients en personne, lorsque c'est nécessaire. L'un des aspects essentiels dans ces cas, c'est de disposer de l'équipement de protection individuelle adéquat. Pour le moment, la situation s'est beaucoup améliorée comparativement au début de la pandémie. Mais, comme vous le mentionnez, c'est absolument essentiel pour bien s'occuper des patients de pouvoir revêtir un EPI pour les voir en personne, lorsqu'il est nécessaire de tenir ce genre de discussion.

La sénatrice Martin : Merci.

J'entretiens d'autres sujets d'inquiétude sur de nombreuses questions, notamment sur le fait que nous vivons dans un pays très diversifié où les patients peuvent parler des langues d'origine très variées. Lorsque vient le moment de discuter, d'offrir ou d'administrer l'aide médicale à mourir, je m'inquiète beaucoup au sujet de ce qui pourrait se perdre dans la traduction, de l'accès aux services et du counselling dans la langue appropriée. Il me semble que les lacunes sont nombreuses.

Pourriez-vous nous éclairer au sujet de ces préoccupations et nous dire si, dans ce pays, nous sommes prêts à envisager les soins de fin de vie et de compassion de ce genre alors que nous ne parlons pas tous la même langue? C'est un sujet très délicat pour les familles. Je m'inquiète au sujet de ces lacunes aussi.

M. Villeneuve : Je vais faire un commentaire qui, je l'espère, sera bref. Premièrement, je dirais que vous avez tout à fait raison, sénatrice. Nous pouvons toujours faire mieux, et nous avons dû entreprendre une réflexion à l'échelle nationale sur le racisme systémique, et ainsi de suite, cette année tout particulièrement.

Cependant, un certain nombre de mesures de protection ont été mises en place depuis plusieurs années. Par exemple, en ce qui a trait au don d'organes, et pour nous assurer que les choses soient

critically brain-injured, for example, who are going to have organs donated. Those are people from all kinds of different backgrounds. Of course, we have also had five years of MAID already, so this already exists.

Our view is that, yes, you can always improve, but Canadians have been talking about this for 30 years and seem to support it. We just want to build the right safeguards around it.

Senator Martin: Do I have time for one last question?

The Chair: I apologize, no.

Senator Martin: I'll go on round two, if there is time.

[Translation]

Senator Keating: My question is for Dr. Lemire.

Everyone who appeared before you today mainly discussed their support for government policies, whether they were for or against the act. I think they provided some very personal and institutional options.

However, no one discussed the field experience of the providers of medical assistance in dying. I'd like to get your impressions of the people who request medical assistance in dying. In your opinion, do they clearly understand the choices and options presented to them? In fact, the opposite suggestion has also been made.

Dr. Lemire: I don't think I can answer that question with any convincing data. The only thing I can discuss with you is an anecdotal incident that my colleagues experienced. My colleagues say they're able to have a high-quality and informed discussion with patients wishing to inquire about medical assistance in dying. Where they have run into problems is with the timeline.

We've discussed the 90-day period, and what I've witnessed through my colleagues is the 10-day wait for those who've made an informed decision. My colleagues and the patients in their care are most concerned about the timeline.

Senator Keating: Thank you very much. That's the question I asked you. I wasn't actually expecting figures; I wanted to learn more about the human aspect of the process.

très claires avec les patients qui ont des lésions cérébrales irrémédiables, par exemple, et dont les organes vont être prélevés. Ces patients proviennent de tous les horizons. Bien entendu, l'aide médicale à mourir existe depuis cinq ans, donc ces mesures de sauvegarde existent déjà.

Selon nous, oui, il est toujours possible d'améliorer les choses. Mais les Canadiens parlent de cette question depuis 30 ans, et y semblent favorables. Nous tenons seulement à ce que les mesures de sauvegarde appropriées soient adoptées.

La sénatrice Martin : Ai-je le temps de poser une dernière question?

La présidente : Malheureusement, non.

La sénatrice Martin : Je poursuivrai lors du deuxième tour, s'il reste du temps.

[Français]

La sénatrice Keating : Ma question s'adresse à la Dre Lemire.

Tous ceux et celles qui ont comparu avant vous aujourd'hui ont surtout parlé de leur appui pour ce qui est des politiques gouvernementales, pour dire s'ils étaient en faveur ou contre la loi. À mon avis, ils ont donné des options très personnelles et institutionnelles.

Or, personne n'a témoigné de l'expérience des fournisseurs de l'aide médicale à mourir sur le terrain. J'aimerais connaître vos impressions face aux personnes qui demandent l'aide médicale à mourir. Est-ce qu'à votre avis ces personnes comprennent bien les choix et les options qui leur sont présentés? En effet, la suggestion contraire a également été faite.

Dre Lemire : Je ne crois pas être en mesure de répondre à cette question avec des données probantes. Tout ce dont je peux vous parler, c'est d'une expérience anecdotique que mes collègues ont vécue. Mes collègues se disent en mesure d'avoir une discussion de qualité et éclairée avec leurs patients qui veulent s'informer sur l'aide médicale à mourir. Là où ils ont eu des problèmes, c'est sur le plan du délai.

Nous avons discuté du délai de 90 jours, et ce dont j'ai été témoin par l'intermédiaire de mes collègues, c'est l'attente de 10 jours pour ceux qui ont fait un choix éclairé. C'est au sujet du délai que j'ai entendu le plus d'inquiétudes de la part de mes collègues et de la part des patients qu'ils soignent.

La sénatrice Keating : Je vous remercie beaucoup. C'est la question que je vous posais. En fait, je ne m'attendais pas à avoir des chiffres; je voulais en apprendre davantage sur le côté humain du processus.

Senator Boisvenu: Thanks to the witnesses for addressing some very complex and, especially, highly emotional topics that straddle a very thin line between moral and scientific debate.

My question is for our three witnesses. The fear that people most often express outside this debate concerns the shortening of the period when a patient loses consciousness and the administration of medical assistance in dying has been authorized, either by proxy or as provided by law.

On what criteria do medical professionals rely in shortening the time period, which is currently 90 days, when the patient is losing consciousness?

Dr. Lemire: I don't have a complete answer to that question. I hope the legislative framework will help us, as physicians and nursing practitioners, in what will be difficult conditions. I don't think we have a defined position on the subject.

Senator Boisvenu: Does the act provide for that sort of framework? Having read the text of the bill, I've seen no medical directive outlining the criteria on which you would exercise your professional judgment if the time period is shortened.

Dr. Lemire: I have nothing to add to that.

[English]

Are you able to add to this?

Dr. Moffatt-Bruce: I'll add that I think, unfortunately, when patients are in this chapter of their life, it is somewhat unpredictable. I think it would behoove us to work with those who provide MAID, as well as the families that had to experience this, to understand exactly what would be the mechanism to shorten that period of time to be of benefit to the family and patient.

Senator Boyer: My question is for anybody on the panel, and it has to do with jurisdiction. Have you run into any challenges between on-reserve federal jurisdiction and the provincial realm of health care in relation to MAID, and could Bill C-7 alleviate any of these problems?

Mr. Villeneuve: I have not heard that through any of our nursing channels. As you know, a great deal of the care delivered, especially in remote Indigenous communities, is nurse-led. I have not heard any concerns about that expressed; I can't help.

Senator Boyer: Thank you. Anybody else?

Le sénateur Boisvenu : Je remercie les témoins de traiter de sujets fort complexes, fort émotifs surtout, et qui sont en situation d'équilibre précaire entre un débat moral et un débat scientifique.

Ma question s'adresse à nos trois témoins. La crainte que les gens ont souvent exprimée à l'extérieur de ce débat, c'est la réduction du délai lorsqu'un patient est en état de perte de conscience et qu'on a autorisé, par procuration ou comme le prévoit la loi, l'administration de l'aide médicale à mourir.

Sur quels critères se basent les professionnels de la médecine pour réduire le délai, qui est actuellement de 90 jours, lorsqu'un patient est en perte de conscience?

Dre Lemire : Je n'ai pas de réponse complète à cette question. J'espère que l'encadrement législatif nous aidera, en tant que médecins et infirmières praticiennes, dans des conditions qui seront difficiles. Je ne crois pas que notre position à ce sujet soit définitive.

Le sénateur Boisvenu : Est-ce que la loi prévoit un tel encadrement? Après avoir lu le texte de loi, je n'ai vu aucune directive médicale qui expose les critères sur lesquels vous allez exercer votre jugement professionnel si le délai est raccourci.

Dre Lemire : Je ne peux rien ajouter à cela.

[Traduction]

Pourriez-vous ajouter quelque chose?

Dre Moffatt-Bruce : J'ajouterai que je pense, malheureusement, que lorsque les patients atteignent ce stade de leur existence, que c'est assez imprévisible. À mon avis, il nous incombe de travailler avec ceux qui assurent la prestation de l'AMM, ainsi qu'avec les familles qui ont vécu une telle expérience, pour comprendre exactement en quoi devrait consister le mécanisme pour écourter cette période pour le bien de la famille et du patient.

La sénatrice Boyer : Ma question s'adresse à tous les témoins, et elle porte sur le champ de compétences. Avez-vous déjà éprouvé des difficultés relativement au champ de compétences du gouvernement fédéral dans les réserves et le champ de compétences provincial dans le domaine des soins de santé eu égard à l'aide médicale à mourir? Et pensez-vous que le projet de loi C-7 puisse atténuer ces problèmes de quelque manière?

M. Villeneuve : Je n'ai rien entendu à ce sujet de la part du personnel infirmier. Comme vous le savez, surtout dans les collectivités autochtones éloignées, une large part des soins sont assurés par le personnel infirmier. Je ne l'ai pas entendu exprimer d'inquiétudes à ce sujet; je ne peux pas vous aider.

La sénatrice Boyer : Merci. Quelqu'un d'autre aimerait ajouter quelque chose?

Dr. Moffatt-Bruce: We have not heard anything through our advocacy routes. Although, as always, a clear and definitive bill, as this is developing, will be helpful to those providing the care.

Senator Boyer: Thank you.

Senator Cotter: Thank you to all of you for the presentations and the clarity that you have provided. My question is a general one, and it relates to the matter of autonomy and the selection of medical assistance in dying. One of the concerns that has been expressed by some presenters and commentators is around autonomy and the degree to which the life circumstances of people who might be selecting medical assistance in dying are compromised, or potentially compromised, in their end of life choices, and in some respect that limits the autonomy of their decision making. Since you are representatives of significant numbers of people who provide the service with respect to medical assistance in dying, would you be able to comment on the degree to which that has presented itself to some of your colleagues in the delivery of medical assistance in dying services? Thank you.

Mr. Villeneuve: What I will commit to do, if it's helpful, is go back to our focus groups with our many nurses — the study was rushed along when the timing of this changed — and see if we can provide any further information. I would be happy to put that in our submission. I don't really have an answer to that question, but it's a very good one.

Dr. Lemire: I don't have the answer to that either, other than to emphasize what we have already mentioned. That is, one of our concerns is to make sure that MAID ends up not being a default choice because there is no access to appropriate palliative care close to home. It is one of the reasons why we feel it is important to pay equal attention to good palliative care close to home as well as access to MAID. Access to palliative care remains an area where we believe there continues to be improvement, and we would be concerned that MAID would be selected if there is not appropriate access to quality palliative care close to home. That certainly is one area of tension that we live and it is an area of tension that is expressed to us by family physicians on the ground.

Senator Cotter: There was going to be one other response. Catherine, I think you wanted to offer —

Dr. Cervin: Thank you. I wanted to add to what Dr. Lemire said. This is another reason for us to embark on more robust education so that providers of MAID will be well trained and have reached a certain standard to do the appropriate assessment.

Dre Moffatt-Bruce : Nous n'avons rien entendu de la part des responsables de la défense des droits. Quoique, comme toujours, un projet de loi clair et définitif, comme celui qui est à l'étude, serait utile pour la prestation de ces soins.

La sénatrice Boyer : Merci.

Le sénateur Cotter : Je remercie tous les témoins de leurs exposés et des éclaircissements qu'ils ont apportés. Ma question est d'ordre général, et elle se rapporte à l'autonomie dans le choix de l'aide médicale à mourir. Certains témoins et commentateurs se sont dits préoccupés au sujet de l'autonomie des personnes susceptibles de choisir l'aide médicale à mourir. Ils se sont dits inquiets de la mesure dans laquelle les circonstances particulières de chacune sont compromises, ou potentiellement compromises, dans leurs choix de fin de vie et si, à certains égards, cela limite l'autonomie de leur processus décisionnel. Étant donné que vous représentez beaucoup de personnes qui fournissent des services relatifs à l'AMM, pourriez-vous faire des commentaires sur la mesure dans laquelle cette situation aurait pu se présenter à certains de vos collègues dans le cadre de la prestation de ces services? Merci.

M. Villeneuve : Je vais m'engager à faire quelque chose, si vous le jugez utile. Je vais revenir vers les groupes de discussion formés de nombreux membres du personnel infirmier — l'échéancier de l'étude a été bousculé lorsque l'échéancier de l'étude du projet de loi a changé — et je vais voir si nous pourrions vous fournir davantage de renseignements à cet égard. Je me ferai un plaisir d'inclure ces renseignements dans notre mémoire. Je ne peux pas vraiment répondre à cette question, mais elle est très bonne.

Dre Lemire : Je ne peux pas y répondre moi non plus, si ce n'est en soulignant ce que nous avons déjà mentionné. C'est-à-dire que l'une de nos préoccupations consiste à nous assurer que l'AMM ne devienne pas un choix par défaut parce que les patients n'ont pas accès à des soins palliatifs appropriés près de chez eux. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous trouvons important d'accorder autant d'attention à la prestation de soins palliatifs de qualité près du domicile qu'à l'accès à l'AMM. En effet, l'accès aux soins palliatifs est un secteur où nous sommes d'avis qu'il faudrait continuer d'apporter des améliorations. Nous nous inquiétons à l'idée que des patients pourraient choisir l'AMM par dépit, c'est-à-dire parce qu'ils n'ont pas accès à des soins palliatifs de qualité près de chez eux. Cette question est assurément un sujet de tension pour nous, et c'est également un sujet de tension que nous confient les médecins de famille sur le terrain.

Le sénateur Cotter : Il devait y avoir une autre réponse. Docteur Cervin, je pense que vous vouliez intervenir...

Dre Cervin : Merci. Je voulais ajouter quelque chose à ce qu'a dit la Dre Lemire. Voici une autre raison pour commencer à offrir une éducation plus poussée aux prestataires de l'AMM afin qu'ils soient bien formés et qu'ils atteignent un certain standard

I would also add that we, physicians and family physicians, have challenging and difficult conversations with patients around end of life in many situations where autonomy is key. Those are skills we bring, as physicians, to make sure that we are acting with the patient's wishes and direction.

[Translation]

Senator Dupuis: Thanks to the witnesses for being with us today. The testimony you provide us is extremely important. It helps us better judge the actual situation on the ground, whether it be that of nurses or physicians, regardless of the field of practice or specialty.

Let's consider the example of Ms. Gladu and Mr. Truchon. These two individuals lived with significant disabilities. They filed suit in the Superior Court of Quebec to request medical assistance in dying. A judgment was then rendered invalidating the concept of reasonably foreseeable natural death.

Based on the content of Bill C-7, my question is as follows. At present, you can discuss with the patient a range of solutions including medical assistance in dying, and you can decide to administer medical assistance in dying. If we pass the new Bill C-7, which includes new safeguards, we will introduce those safeguards without however justifying our reasons for choosing a period of 90 days rather than 32 or 150 days. Are we not raising a needless obstacle here in the relationship between medical practitioner or nurse practitioner and patient in this discussion, which, as you clearly said, is already tough on both the patient and the physician or nurse?

[English]

Dr. Cervin: With the 90-day waiting period, at this point, from my point of view, we don't really know how it's going to work. As we heard, when death is reasonably foreseeable, sometimes even a 10-day waiting period can be very painful and difficult for the patient. As you say, why couldn't it be 30 days or 150 days? So I'm not sure that I feel I can offer much more than we have said. It seems reasonable. We have talked about the need for evaluation and reflection as this moves forward. And I think it's very important to listen to the patients' voices and to the providers' voices, and commit to improving the legislation and the care if it's not working.

Senator Dupuis: Mr. Villeneuve, do you have anything to add?

du point de vue de l'évaluation des patients. J'aimerais ajouter aussi que nous, les médecins et les médecins de famille, tenons des conversations pénibles et difficiles avec les patients au sujet de la fin de vie dans bien des situations où l'autonomie joue un rôle essentiel. Ce sont des compétences que nous apportons, en tant que médecins, pour nous assurer d'agir selon les vœux et les directives des patients.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Merci aux témoins d'être parmi nous aujourd'hui. Les témoignages que vous nous apportez sont extrêmement importants. Ils nous permettent de mieux juger de la réalité sur le terrain, qu'il s'agisse des infirmières ou des médecins, peu importe le domaine de pratique ou la spécialité.

Prenons l'exemple de Mme Gladu et de M. Truchon. Ces deux personnes vivaient avec un handicap important. Elles sont allées devant la Cour supérieure du Québec pour demander l'aide médicale à mourir. Un jugement a alors invalidé le concept de mort raisonnablement prévisible.

En se basant sur le contenu du projet de loi C-7, ma question est la suivante. À l'heure actuelle, vous pouvez discuter avec un patient d'un éventail de solutions, y compris l'aide médicale à mourir, et vous pouvez décider d'administrer l'aide médicale à mourir. Si on adopte le nouveau projet de loi C-7, qui inclut de nouvelles mesures de sauvegarde, on introduit ces mesures sans toutefois justifier les raisons pour lesquelles on a choisi une période de 90 jours, plutôt que de 150 jours ou de 32 jours. Ne vient-on pas créer ici un obstacle inutile dans la relation entre l'infirmière traitante ou le médecin traitant et le patient dans cette discussion, qui, comme vous l'avez très bien dit, est déjà très difficile, tant pour le patient que pour le médecin ou l'infirmière?

[Traduction]

Dre Cervin : Concernant la période d'attente de 90 jours, à ce moment-ci, de mon point de vue, nous ne savons pas vraiment comment cela va fonctionner. Comme nous l'avons entendu, lorsque le décès est raisonnablement prévisible, il arrive parfois qu'une période d'attente même de 10 jours se révèle très pénible et douloureuse pour le patient. Comme vous le dites, pourquoi cette période ne pourrait-elle être de 30 jours ou de 150 jours? C'est pourquoi je ne pense pas pouvoir offrir une réponse plus précise que celle que j'ai déjà donnée. Cela me semble raisonnable. Nous avons parlé de la nécessité d'une évaluation et d'une réflexion au fur et à mesure que la situation progressera. Je pense qu'il est très important d'écouter ce que disent les patients et aussi ce que disent les prestataires, et de s'engager à améliorer la loi et les soins si tout ne fonctionne pas correctement.

La sénatrice Dupuis : Monsieur Villeneuve, aimeriez-vous ajouter quelque chose?

Mr. Villeneuve: I'll be very brief to support what Catherine said. It's the same thing we heard from nurses, which the senator expressed. It is the concern about the arbitrariness — 10 days, 100 days, what the right amount is — and the concern that people will suffer during that time. What we hear from our colleagues is that people come to that point in the discussion — consent and so on — already having reflected on this for a long time. People don't make that decision and then it happens that day. They have probably been years thinking about that. We go back to Sue Rodriguez who was diagnosed in 1991. We've been having this conversation. Canadians say, "We're thinking about this." The point of the assessment, the point of the consent, is the end of a long journey that has already been there. What is the right number of days? It is very hard to know.

[Translation]

Senator Dupuis: Thanks very much for confirming that information, which appears to be quite generally the case, at least in Quebec, in that people who request medical assistance in dying have been thinking about it for many years. One of the reasons why they have to wait until they're approaching the end of their lives is that the use of advance medical directives is not permitted. If I correctly understand what you're saying, Mr. Villeneuve, that's also the case and experience of nurses providing medical assistance in dying elsewhere in Canada.

[English]

Senator Kutcher: Thank you to all the witnesses for their thoughtful presentations. I would like to reflect to my colleagues before I ask my question. Listening to the conversation and listening to my colleagues' questions, I think it's important for us to be able to hear directly from clinicians who are both health care providers and MAID providers about their experience, and also for the committee to hear from family members who have gone through the MAID experience. I think that would enrich our understanding dramatically.

My question is to every witness. While the exclusion of mental illness in Bill C-7 may not pass scrutiny, it may be prudent to enhance safeguards for such persons through amendments to the bill. Do you think that a robust continuing professional development program, created and certified by professional organizations working collaboratively, which addresses the assessment and delivery of MAID, could be one of those safeguards if it was added as an amendment to this bill?

M. Villeneuve : Je serai très bref dans mon commentaire à l'appui de ce que la Dre Cervin a dit. Nous avons entendu les mêmes commentaires de la part du personnel infirmier, comme vient de le dire le sénateur. L'inquiétude tient au caractère arbitraire de la décision — est-ce que le délai convenable est de 10 jours, de 100 jours — et aussi au fait que le patient continue de souffrir pendant cette période. Nos collègues nous confient que les patients en arrivent à ce point dans la discussion — le consentement et ainsi de suite — après y avoir réfléchi pendant un long moment. Les gens ne prennent pas cette décision pour qu'elle se concrétise le même jour. Ils y réfléchissent probablement depuis des années. Il suffit de penser à Sue Rodriguez qui avait reçu un diagnostic en 1991. Nous tenons cette conversation depuis un bon moment déjà. Les Canadiens nous disent, « Nous y réfléchissons. » Le moment de l'évaluation, le moment du consentement, arrive à la fin d'un long cheminement déjà accompli. Alors, comment déterminer quel est le bon nombre de jours pour la période d'attente? C'est très difficile de le savoir.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Merci beaucoup de confirmer cette donnée, qui semble assez généralisée, du moins au Québec, à savoir que les gens qui font une demande d'aide médicale à mourir y ont réfléchi depuis nombre d'années. Une des raisons pour lesquelles ils doivent attendre d'être en fin de vie est attribuable au fait qu'on ne permet pas le recours aux directives médicales anticipées. Si je comprends bien ce que vous dites, monsieur Villeneuve, c'est aussi le cas et l'expérience des infirmières qui pratiquent l'aide médicale à mourir ailleurs au Canada.

[Traduction]

Le sénateur Kutcher : Merci à tous les témoins pour leurs exposés pertinents. Avant de poser ma question, j'aimerais faire part de ma réflexion à mes collègues. Après avoir écouté la conversation et les questions de mes collègues, j'en suis arrivé à la conclusion qu'il est important pour nous de pouvoir entendre directement ce que les cliniciens, qui sont à la fois prestataires de soins de santé et prestataires de l'AMM, ont à dire au sujet de leur expérience, et aussi pour notre comité, d'entendre ce que les membres des familles qui ont vécu cette expérience de l'aide médicale à mourir ont à dire. Je pense que cela enrichirait notre compréhension de façon radicale.

Ma question s'adresse à tous les témoins. Bien que l'exclusion de la maladie mentale dans le projet de loi C-7 puisse ne pas résister à l'examen, il serait peut-être prudent d'améliorer les mesures de sauvegarde pour de telles personnes en apportant des amendements au projet de loi. Pensez-vous qu'un programme de perfectionnement professionnel continu robuste, créé et certifié par des organisations professionnelles travaillant en collaboration, qui porterait sur l'évaluation et la prestation de

Dr. Moffatt-Bruce: Madam Chair, I'm happy to start the conversation.

The Chair: Yes, please.

Dr. Moffatt-Bruce: Thank you very much for that question. I do think it's possible. With the appropriate collaboration and alignment between us, along the continuum of education, it is possible. I think, personally, we at the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada would be very interested in being part of that solution, and we would work seamlessly with our members, residents and colleagues across the country.

Dr. Lemire: We would agree with what Dr. Moffatt-Bruce has advanced. You will be given the opportunity to speak with a front-line provider who is providing MAID as a major part of his work, later on today. Dr. Alain Naud, a family doctor, has given presentations to us and is an important source of advice. I look forward to that presentation.

The Chair: Anything else, Senator Kutcher?

Senator Kutcher: No, as strange as my colleagues may find it, I have no more questions.

Senator Pate: Thank you to the witnesses. I'm struck by the challenges that some groups in the disability community have brought before us and the parallels between some of the issues faced by people who are in other institutions like prisons, and the fact that many of your members have articulated in other fora a concern about providing services of any sort to individuals who have such limited choices that their ability to actually make meaningful choices, or the ability of health care professionals to ascertain that their choice is voluntary, is a concern.

In your brief to the House of Commons committee, the Canadian Nurses Association noted that the advancement of palliative services available across the system as a necessary precondition for the safe and ethical development of MAID is essential in Canada. Given what we know and what has been clearly identified during this pandemic about the lack of those services, I'm curious as to what your position is, if these measures are not in place. I think you have answered some of this already, but I would just like to be very clear. Do you believe that people will be at risk of making choices to end their lives due to inadequate palliative care? Would you support the certainty of national standards to ensure adequate access to palliative care, other health care and income, social and housing supports to better ensure that no one, particularly those who are

l'aide médicale à mourir, pourrait constituer l'une de ces mesures de sauvegarde s'il était ajouté à titre de modification à ce projet de loi?

Dre Moffatt-Bruce : Madame la présidente, je me ferai un plaisir d'amorcer la conversation.

La présidente : Oui, je vous en prie.

Dre Moffatt-Bruce : Je vous remercie beaucoup de cette question. Je crois en effet que c'est possible. Avec la collaboration et l'harmonisation appropriées entre nous, et en suivant le continuum de l'éducation, c'est possible. Nous, au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, serions très intéressés à faire partie de la solution, et nous travaillerions harmonieusement avec nos membres, les résidents et les collègues de partout au pays.

Dre Lemire : Nous sommes d'accord avec ce qu'a dit la Dre Moffatt-Bruce. Vous aurez l'occasion, plus tard aujourd'hui, de parler avec un fournisseur de soins de première ligne qui passe la majeure partie de son temps à offrir l'aide médicale à mourir. En effet, le Dr Alain Naud, un médecin de famille, nous a présenté des exposés et il est un conseiller apprécié. Je suis impatiente de l'entendre.

La présidente : Quelque chose à ajouter, sénateur Kutcher?

Le sénateur Kutcher : Non, aussi étrange que cela puisse paraître à mes collègues, je n'ai pas d'autres questions.

La sénatrice Pate : Je remercie les témoins. Je suis frappée par les difficultés que certains groupes de la communauté des personnes handicapées nous ont confiées. Je suis aussi frappée par les parallèles avec certains problèmes qu'éprouvent d'autres personnes se trouvant dans des établissements, comme les prisons. Je suis frappée aussi par le fait que bon nombre de vos membres ont exprimé dans d'autres tribunes leur inquiétude à l'idée de fournir quelque service que ce soit à des individus dont les choix sont tellement limités par leurs capacités d'effectuer des choix significatifs, ou par la capacité des professionnels des soins de la santé de vérifier si leur choix est volontaire.

Dans sa déclaration au comité de la Chambre des communes, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a indiqué que des progrès dans l'offre des soins palliatifs disponibles à la grandeur du système est une condition préalable nécessaire à l'élaboration d'une aide médicale à mourir sûre et éthique au Canada. Étant donné que nous savons, et que cela a été clairement indiqué pendant cette pandémie, que ces services sont insuffisants, je suis curieuse de connaître votre position, si ces mesures ne sont pas mises en place. Je pense que vous avez déjà répondu en partie à la question, mais j'aimerais que les choses soient très claires. Pensez-vous que des personnes seront exposées au risque de devoir faire le choix de mettre fin à leur existence compte tenu de l'insuffisance des soins palliatifs? Seriez-vous en faveur de l'adoption de normes nationales pour

disabled, who are living in poverty, who are racialized, who are incarcerated in remote regions, Indigenous or otherwise, facing systemic inequality feel that MAID is their only option?

Mr. Villeneuve: Thank you for the question. Yes, we do support that, and have been vocal throughout the development of palliative care work at the federal level on the ideas of best practices, wise practices, national standards and the shoring up of social and other determinants of health so that MAID is not seen as the only solution to an otherwise very grim picture, whether it's economic, pain control or anything else.

The challenge, as the senator will know, is the division of powers in the country and the resistance to those kinds of standards that we have talked about in long-term care, for example. There is a fair bit of pushback. CNA would strongly support that.

My final comment is that nurses have said to us that they are concerned about this being a problem, but no one has said to us that they thought it actually did happen. That doesn't mean it hasn't, but they said we're worried it could happen. I'll stop there.

Senator Pate: Would anybody else like to comment?

Dr. Moffatt-Bruce: Through education, we have to ensure that isn't the situation — and that's education for the public, for our practitioners and for our patients — so that they know that MAID is not the only option. It is part of a collective conversation and relationship with the physician who is providing them care.

Senator Pate: That's great. Thank you very much.

Senator Martin: One of our witnesses from the previous panel, Dr. Lemmens, has written that unlike any other jurisdiction in the world, less than a handful allowed MAID outside the end-of-life context, the bill will not require that care and treatment options are made available and explored first. The new bill thereby fails to treat MAID as the exceptional last resort option the few jurisdictions that allow MAID rightly consider it to be. In Belgium and the Netherlands, currently the most liberal MAID jurisdiction, physicians have to agree there is no other option before providing MAID.

que les patients aient accès aux soins palliatifs, et à d'autres mesures de soutien en matière de soins de santé, de revenu, sur le plan social et du logement afin que personne, en particulier les personnes handicapées, celles qui vivent dans la pauvreté, qui sont racialisées, incarcérées en région éloignée, autochtones ou autre, et font face à l'inégalité systémique n'aient l'impression que l'aide médicale à mourir est la seule solution?

M. Villeneuve : Merci de la question. Oui, nous sommes en faveur de cette suggestion. Et nous l'avons fait savoir pendant toute la période d'élaboration des travaux relatifs aux soins palliatifs au niveau fédéral. Nous l'avons exprimé relativement aux pratiques exemplaires, aux pratiques avisées et aux normes nationales. Nous l'avons aussi indiqué quant à la consolidation des déterminants sociaux et autres de la santé afin que l'AMM ne soit pas vue comme la seule solution dans un contexte autrement très sombre, soit sur le plan économique, de la prise en charge de la douleur ou de quoi que ce soit d'autre.

La difficulté, comme la sénatrice le sait, tient au partage des compétences dans ce pays, et à la résistance envers ce genre de normes dont nous avons parlé dans les soins de longue durée, par exemple. On constate passablement de réactions négatives. Mais l'AIIC appuierait fortement cette idée.

En terminant, je dirais que le personnel infirmier nous a confié son inquiétude à ce sujet, mais personne n'a dit que de telles situations se sont réellement produites. Cela ne veut pas dire que cela ne s'est pas produit, mais le personnel infirmier a néanmoins exprimé son inquiétude à ce sujet. Je vais m'arrêter ici.

La sénatrice Pate : Quelqu'un d'autre aurait-il quelque chose à ajouter?

Dre Moffatt-Bruce : Grâce à l'éducation, nous devons nous assurer que cela n'arrive pas — et je veux parler de l'éducation du public, de nos praticiens et de nos patients — afin qu'ils sachent que l'AMM n'est pas la seule option. Cette mesure s'inscrit dans une conversation collective et une relation avec le médecin qui donne les soins.

La sénatrice Pate : C'est excellent. Je vous remercie beaucoup.

La sénatrice Martin : L'un de nos précédents témoins, M. Lemmens, a écrit que contrairement à tout autre pays dans le monde, parce que moins d'une poignée permettaient l'administration de l'AMM en dehors du contexte de fin de vie, le projet de loi du Canada n'exigera pas que des options relatives à des soins et des traitements soient mises à la disposition du patient et examinées au préalable. Le nouveau projet de loi du Canada ne traite donc pas l'AMM comme une option exceptionnelle et de dernier recours comme le font quelques pays qui permettent avec raison de la considérer comme telle. En

Where is Canada moving with respect to the rest of the world? I know there are a few other jurisdictions, but I have also heard that our new regime could make Canada one of the most open and liberal systems. Could you comment on where you see Canada moving? Are we moving towards the Netherlands under such an expanded MAID regime? Now there are various concerns already on the record, so I just wanted to get your input on where you see Canada going with such an expanded model.

Dr. Lemire: I do not believe that I'm in a position to comment on this. What I am witnessing is actually a reasonably cautious approach that is being put forward with appropriate safeguards being recommended, an approach that is placing medical assistance in dying as part of the continuum of care, as part of privileged relationships between patients and their providers to consider together appropriate end-of-life decisions. I view this as part of a journey that, from my lens, seems reasonably cautious.

Senator Martin: Dr. Lemire, would you say that you agree that MAID should be the very last resort? That we explore all of the other options? Do you see that happening in Canada? You say we're being very cautious. Does that mean that it is not being proposed as one of many options, but rather it should be the very last option?

Dr. Lemire: I'm under the impression that, rightly or wrongly, Canadians have told us that they do not want MAID to be something to be considered once, whether access to palliative care is there or not, and that Canadians want MAID as an option, along with good palliative care. This is what we're trying to respond to at this point in time.

Mr. Villeneuve: Madam Chair, I wanted to add to what Dr. Lemire said. We are lucky to now have before us the best educated generation of nurses in our history and the best educated generation of physicians who are rigorously attached to codes of ethics that wouldn't lead them to any conclusion that that should be an early decision. I hear only the opposite, which is that sometimes we have been hesitant to have the conversation and that MAID doesn't get raised when it might get raised, for people who are terribly sick, obviously.

Belgique et aux Pays-Bas, les pays où l'on administre le plus libéralement l'aide médicale à mourir, les médecins doivent reconnaître qu'il n'existe aucune autre option avant d'administrer l'AMM.

Où se dirige le Canada par rapport au reste du monde? Je sais qu'il y a quelques autres pays qui le font, mais j'ai aussi entendu dire que notre nouveau régime pourrait faire du Canada l'un des systèmes les plus ouverts et les plus libéraux. Pourriez-vous nous faire part de vos commentaires concernant la direction que semble prendre le Canada? Est-ce que nous nous rapprochons des Pays-Bas et de son régime élargi d'aide médicale à mourir? On a déjà pris note de diverses inquiétudes, aussi je voulais simplement connaître votre avis sur l'orientation que prend le Canada en optant pour un modèle élargi comme celui-ci.

Dre Lemire : Je ne pense pas être en mesure de formuler des commentaires à ce sujet. Je suis plutôt témoin d'une approche raisonnablement prudente qui est mise de l'avant avec les mesures de sauvegarde appropriées qui sont recommandées. C'est une approche qui place l'aide médicale à mourir dans le continuum de soins, dans le contexte d'une relation privilégiée entre patients et fournisseurs de soins pour qu'ils puissent envisager ensemble les décisions appropriées concernant la fin de vie. Je vois cela comme faisant partie d'un cheminement qui, à mon avis, semble relativement prudent.

La sénatrice Martin : Docteure Lemire, diriez-vous que vous êtes favorable à ce que l'aide médicale à mourir soit considérée comme une option de dernier recours? Que nous devons examiner toutes les autres options? Est-ce que c'est ce dont vous êtes témoin au Canada? Vous dites que nous sommes très prudents. Cela signifie-t-il que l'aide médicale à mourir n'est pas proposée comme l'une des nombreuses options, mais plutôt comme la toute dernière option?

Dre Lemire : J'ai l'impression, à tort ou à raison, que les Canadiens nous ont fait savoir qu'ils ne souhaitent pas que l'aide médicale à mourir soit considérée seulement une fois que l'on a constaté la présence ou l'absence de soins palliatifs. Je pense que les Canadiens souhaitent voir l'AMM comme une option, au même titre que de bons soins palliatifs. C'est ce que nous essayons de faire à ce moment-ci.

M. Villeneuve : Madame la présidente, je souhaitais ajouter quelque chose aux commentaires de la Dre Lemire. Nous sommes chanceux d'avoir devant nous la génération la mieux formée d'infirmières et d'infirmiers de notre histoire, ainsi que la génération la mieux formée de médecins qui sont rigoureusement attachés à des codes de déontologie qui ne les mèneraient à aucune conclusion qui soit une décision hâtive. Je n'entends que le contraire, autrement dit que parfois nous hésitons à tenir cette conversation et que l'AMM n'est pas abordée au moment où elle

I don't have a particular fear that we're rushing toward anything or that it's offered too soon.

Senator Martin: I know you are not an expert in what may be happening in other jurisdictions, but we have heard that Canada will be one of the most liberal in offering MAID in a way that is less restrictive. I don't know if you have looked at other jurisdictions, but this is where Canada seems to be going. That was my concern.

Mr. Villeneuve: Our sense, in speaking with nurses — and I was speaking recently with an anaesthetist who delivers MAID who described it as the most sacred part of his entire practice — is that it's very cautious. I see safeguards built around. I just see it being very carefully regulated and guarded.

Senator Martin: I agree with you that we will need the safeguards. That will be most important. Thank you.

[Translation]

Senator Carignan: Thank you. Senator Martin has already covered the point I wanted to raise.

[English]

The Chair: That covers this panel. Before I forget, we will have the health minister tomorrow afternoon, just to give you all a heads up. We will now go on to our fourth panel. If you have anything further to add, please feel free to send it to us. Thank you so much.

It is a pleasure to welcome Dr. James Downar, Head and Associate Professor, Division of Palliative Care, University of Ottawa. Thank you for making yourself available at such short notice.

James Downar, Head and Associate Professor, Division of Palliative Care, University of Ottawa, as an individual: Thank you for inviting me. It's an honour and a pleasure.

As you stated, I'm the head of the Division of Palliative Care at the University of Ottawa, and I have a research chair in palliative and end-of-life care.

By way of background, I've been involved in discussions around policy and practice in medical assistance in dying since its inception in Canada. I was formerly a co-chair of the Physicians Advisory Committee for Dying with Dignity Canada,

pourrait l'être, devant des gens qui sont terriblement malades, évidemment.

Je ne crains pas particulièrement que nous nous précipitions vers quoi que ce soit ou encore que cela soit offert trop tôt.

La sénatrice Martin : Je sais que vous n'êtes pas un spécialiste de ce qui se passe ailleurs, mais nous avons entendu dire que le Canada comptera parmi les pays les plus libéraux en décidant d'offrir l'AMM suivant des critères moins restrictifs. J'ignore si vous vous êtes intéressé à ce qui se passe dans d'autres pays, mais il semble que c'est l'orientation que prend le Canada. C'était mon sujet de préoccupation.

M. Villeneuve : En discutant avec le personnel infirmier, nous avons eu l'impression — et je parlais récemment avec un anesthésiste qui assure la prestation de l'AMM et qui l'a décrite comme la partie la plus sacrée de toute sa pratique — que l'approche est très prudente. Je vois les mesures de sauvegarde qui entourent la pratique. Je constate seulement que la pratique est très soigneusement réglementée et prudente.

La sénatrice Martin : Je suis d'accord avec vous que nous aurons besoin de mesures de protection. Ce sera très important. Merci.

[Français]

Le sénateur Carignan : Merci, la sénatrice Martin a déjà couvert le point que je voulais soulever.

[Traduction]

La présidente : Voilà qui met fin à notre rencontre avec ce groupe de témoins. Avant que je n'oublie, demain après-midi, nous accueillerons la ministre de la Santé. Je tenais seulement à vous prévenir. Nous allons maintenant entreprendre notre réunion avec le quatrième groupe de témoins. Si vous avez quelque chose à ajouter, n'hésitez pas à nous en faire part. Je vous remercie beaucoup.

J'ai le plaisir d'accueillir le Dr James Downar, chef et professeur agrégé, Division des soins palliatifs, Université d'Ottawa. Je vous remercie de vous être rendu disponible dans des délais aussi courts.

James Downar, chef et professeur agrégé, Division des soins palliatifs, Université d'Ottawa, à titre personnel : Je vous remercie de m'avoir invité. C'est un honneur et un plaisir.

Comme vous l'avez mentionné, je suis chef de la Division des soins palliatifs à l'Université d'Ottawa et titulaire d'une chaire de recherche dans le domaine des soins palliatifs et de fin de vie.

Pour vous situer, je participe aux discussions entourant la politique et les pratiques en matière d'aide médicale à mourir depuis les tout débuts au Canada. Auparavant, j'ai coprésidé le Comité consultatif des médecins pour Mourir dans la dignité

I served as an expert witness in *Truchon* and was also called in *Lamb*, although that didn't go to court. I have advised on legislation and educational materials in Australia, New Zealand as well as here in Canada.

However, I'm not here representing any organization. I am currently an employee of a faith-based organization, so there are some questions where I have a conflict of interest and I might not be able to answer.

I will try to make my key points briefly.

First, I find the fact that the term "reasonably foreseeable death" still appears in the legislation to be problematic.

Second, the desire for MAID and the drive for MAID in Canada and elsewhere is not the lack of access to palliative care or support services or socio-economic vulnerability. That is an incorrect narrative that often gets repeated. It is potentially harmful to our health care system and to our palliative care services to keep pushing that. Rather, I would say that we do have an imperative to try to promote the availability of palliative care services for other reasons, to improve the availability of psychiatric resources for other reasons, and to support palliative care research and quality improvement generally because that's what we should do as a mature society.

My brief thoughts about Bill C-7 are that I am happy it now makes the distinction between what is an eligibility criterion, what is a safeguard and what is an obstacle. Eligibility criteria are supposed to define a population. Reasonably foreseeable death was supposed to be an eligibility criterion, but it failed because it did not help define populations and it was too vague to be used consistently.

Safeguards are supposed to be procedural steps to ensure that people meet eligibility criteria. You have to make sure that your safeguards are linked to specific criteria. But you shouldn't be adding safeguards that are too onerous without them being linked to an eligibility criterion.

What we have learned is when you try to put in procedural requirements that are not linked to an eligibility criterion, they are not safeguards; they are obstacles. The courts do away with obstacles and they hand the problem back to the rest of us to try to solve it, usually with not enough time.

Canada. J'ai agi à titre de témoin expert dans *Truchon* et j'ai aussi été appelé à témoigner dans *Lamb*, et ce, même si la cause n'a pas été portée devant les tribunaux. J'ai fourni des conseils sur la législation et le matériel éducatif en Australie, en Nouvelle-Zélande ainsi qu'ici même au Canada.

Cependant, je ne représente aucune organisation. Je suis actuellement employé par une organisation confessionnelle. Il se pourrait donc que certaines questions me placent en conflit d'intérêts, et je ne pourrai alors pas répondre.

Je vais m'efforcer de livrer les points essentiels de ma déclaration rapidement.

Premièrement, je trouve problématique le fait que l'expression « mort raisonnablement prévisible » continue de figurer dans la mesure législative.

Deuxièmement, le désir d'obtenir l'AMM et ce qui motive l'intérêt pour l'AMM au Canada et ailleurs ne sont pas le manque d'accès aux soins palliatifs ou aux services de soutien ou encore la vulnérabilité socioéconomique. C'est une description erronée des faits qui est souvent répétée. Continuer à défendre cette idée est potentiellement nuisible à notre système de soins de santé et à nos services de soins palliatifs. Il faudrait plutôt dire qu'il est impérieux de promouvoir la disponibilité des services de soins palliatifs pour d'autres raisons, d'améliorer la disponibilité des ressources psychiatriques pour d'autres raisons, ainsi que de soutenir la recherche sur les soins palliatifs et sur l'amélioration générale de la qualité parce que c'est ce que nous devrions faire en tant que société mature.

Pour résumer mes réflexions entourant le projet de loi C-7, disons que je suis heureux qu'il établisse désormais la distinction entre un critère d'admissibilité, une mesure de sauvegarde et un obstacle. Les critères d'admissibilité sont censés définir une population. La mort raisonnablement prévisible était censée être un critère d'admissibilité, mais ce critère a échoué parce qu'il ne contribuait pas à définir les populations et qu'il était trop vague pour être utilisé de manière cohérente.

Les mesures de sauvegarde sont censées être des étapes du processus visant à faire en sorte que les personnes remplissent les critères d'admissibilité. Il faut veiller à ce que les mesures de sauvegarde aient un lien avec des critères précis. Mais il ne faut pas ajouter des mesures de sauvegarde trop lourdes, sans les avoir associées à un critère d'admissibilité.

Ce que nous avons appris, c'est que lorsque l'on tente d'imposer des règles procédurales qui ne sont associées à aucun critère d'admissibilité, elles ne constituent plus des mesures de sauvegarde, elles deviennent des obstacles. Les tribunaux abolissent les obstacles et remettent le problème entre nos mains

I think our interest here is to pass a law that is workable and hopefully lasts longer than 11 days without being challenged in court like Bill C-14 was. I think the lesson of *Truchon* is if you add in extraneous criteria under the guise of safeguards, we will all get punished. We will get it handed back, probably in an election year again, and have only a few months to answer some very complicated policy questions as we are now.

“Reasonably foreseeable death” failed as a criterion not just because it was inconsistent with *Carter* but because it was too vague and inconsistently interpreted. I appreciated the attempts to create two sets of safeguards for scenarios where people are close to death and not so close to death, but the ongoing use of the term “reasonably foreseeable death” is problematic.

As I explained in *Truchon*, I personally cannot imagine a situation where somebody would meet the other three criteria — serious and incurable condition, advanced state of irreversible decline and intolerable suffering — but not have a reasonably foreseeable death. So I don’t find that criteria is helpful here.

Again, I can understand you wanting to create a different set of safeguards for people who may have a longer amount of life that they are potentially shortening. I think it would be more helpful to define a specific length of time, acknowledging that is a flawed process and that there are potentially limitations in doing that for some people. Again, I think it’s more workable than the terms currently being used.

I am happy to see provisions requiring people be informed of other options. However, I am concerned these provisions fall short of achieving what I think the government is intending to do. I have suggestions for how to fix that.

There is a problem with access to palliative care in many parts of Canada. We know it is worse in certain demographics and for certain illnesses, like non-cancer illnesses. The federal government can only influence that in certain limited ways. However, I like the federal government’s *Action Plan on Palliative Care*. I’m not going over it, but I think the emphasis on improving data collection and research and approaching this problem through a targeted and rational process of quality improvement will be key. I would like to see them make sure

pour que nous tentions de le résoudre, habituellement dans des délais trop serrés.

Je pense que nous avons tout intérêt à adopter une loi qui soit viable et qui durera vraisemblablement plus de 11 jours avant d’être contestée devant les tribunaux comme ce fut le cas du projet de loi C-14. Je crois que la leçon à tirer de *Truchon* est la suivante : si vous ajoutez des critères sans rapport avec le sujet sous le couvert d’adopter des mesures de sauvegarde, nous allons tous être pénalisés. La loi va nous être renvoyée, probablement durant une année d’élection encore une fois, et nous ne disposerons que de quelques mois pour résoudre des questions de politique très compliquées, comme nous tentons de le faire actuellement.

Le critère d’une « mort raisonnablement prévisible » a échoué, pas seulement parce qu’il était incompatible avec *Carter* mais aussi parce qu’il était trop vague et qu’il était interprété de manière incohérente. J’ai apprécié les tentatives de créer deux séries de mesures de sauvegarde, soit pour les scénarios dans lesquels les personnes approchent de la mort et ceux dans lesquels elles ne sont pas si proches de la mort. Mais, selon moi, l’utilisation persistante de l’expression « mort raisonnablement prévisible » est problématique.

Comme je l’ai déjà expliqué dans *Truchon*, personnellement, je ne peux pas imaginer de situation dans laquelle une personne satisferait aux trois autres critères — problème de santé grave et irrémédiable, déclin avancé et irréversible et souffrance intolérable — sans que sa mort soit raisonnablement prévisible. C’est pourquoi je ne trouve pas ce critère utile dans les circonstances.

Encore une fois, je peux comprendre que vous souhaitiez créer une série de mesures de sauvegarde différentes pour les personnes dont l’espérance de vie est plus longue et dont la décision pourrait écourter la vie. Je pense qu’il serait plus utile de définir une durée précise, tout en reconnaissant qu’il s’agit d’un processus imparfait et qu’il risque d’imposer des limites à certaines personnes. Encore une fois, je pense que c’est plus viable que les durées que l’on utilise actuellement.

Je suis heureux de voir des dispositions exigeant d’informer les personnes de l’existence d’autres options. Toutefois, je m’inquiète à l’idée que ces dispositions ne parviennent pas à accomplir ce que le gouvernement cherche à faire. J’aimerais vous faire des suggestions pour corriger la situation.

L’accès aux soins palliatifs pose problème dans de nombreuses régions du Canada. Nous savons que la situation est pire pour certaines tranches d’âge et pour certaines maladies, comme les maladies autres que le cancer. Le gouvernement fédéral ne peut exercer son influence que dans une certaine mesure. Cependant, j’aime le *Plan d’action sur les soins palliatifs* du gouvernement du Canada. Je n’ai pas l’intention de le passer en revue, mais je pense qu’insister sur l’amélioration de la collecte de données et la recherche et aborder ce problème au

that the government really enforces that with not just reports but money and infrastructure.

For the purpose of Bill C-7, I think we can all take comfort in knowing that the overwhelming majority of Canadians who receive MAID were receiving palliative care services before they request and certainly before they received MAID.

We know that compared to people who did not receive MAID, people who received MAID are much wealthier, more likely to be married, less likely to be widowed and far less likely to be institutionalized. In short, there is really no reason to believe that the practice of MAID in Canada is in any way driven by poor access to palliative care or socio-economic deprivation or isolation.

It is important to emphasize this point because I think people still try to push the narrative that is what is causing MAID and effectively stigmatizing the practice. This deflects us from understanding the real drivers.

Many recent publications have shown us what we already knew from other places, that loss of autonomy, loss of dignity and loss of ability to engage in enjoyable activities are the universal concerns motivating MAID requests. These concerns are often grouped under the heading “existential distress.” Existential distress, you have to understand, is not simply the concern about being a burden on others. For most of us, our sense of purpose is driven by the way we engage with other people, through our work, our social lives, our activities and our life events. When there is a serious incurable illness, it might cause us to lose the ability to engage with others in this way. We can lose the sense that we have a purpose in life. For some, this loss of purpose is so distressing that it overshadows any physical symptom we experience. Some are able to adjust to the new reality. Others are not. There is clearly no proven effective means of helping people to make the adjustment.

To be clear, existential distress is not caused by a lack of supports. These individuals generally have good emotional supports and a lot of means to provide physical supports. The distress is caused by the fact that they need those supports.

moyen d'un processus ciblé et rationnel d'amélioration de la qualité sera indispensable. J'aimerais que l'on veuille à ce que le gouvernement l'applique vraiment, pas seulement avec des rapports, mais avec du financement et des infrastructures.

Aux fins du projet de loi C-7, je pense que nous pouvons tous nous sentir rassurés en sachant que la majorité écrasante des Canadiens ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir recevaient des services de soins palliatifs avant de présenter leur demande, et assurément avant de se faire administrer l'AMM.

Nous savons que comparativement aux personnes qui n'ont pas reçu l'AMM, celles qui l'ont reçue étaient plus riches, plus souvent mariées, moins susceptibles d'être veufs ou veuves et beaucoup moins susceptibles d'être institutionnalisées. Bref, il n'y a aucune raison de croire que la pratique de l'AMM au Canada est de quelque façon motivée par le manque d'accès aux soins palliatifs ou par le dénuement socioéconomique ou l'isolement.

Il est important d'insister sur ce point parce que je pense que certains continuent d'essayer de nous convaincre que ce sont les causes de l'AMM, et cela contribue effectivement à stigmatiser la pratique. Cela nous empêche de comprendre les motivations réelles.

De nombreuses publications récentes ont montré ce que nous avons appris déjà d'autres sources, c'est-à-dire que la perte d'autonomie, la perte de la dignité et la perte de la capacité de s'adonner à des activités agréables sont les préoccupations universelles qui motivent les demandes d'AMM. Ces préoccupations sont souvent regroupées sous la rubrique de la « détresse existentielle ». La détresse existentielle, il faut le comprendre, ne consiste pas simplement à se sentir un fardeau pour autrui. En effet, pour la majorité d'entre nous, notre raison d'être est motivée par la manière dont nous entrons en relation avec les autres, dans le cadre de notre travail, de notre vie sociale, de nos activités et des événements de notre vie. La présence d'une maladie grave incurable peut nous faire perdre la capacité d'entrer en communication avec les autres de cette manière. Nous pouvons perdre le sentiment d'avoir une raison d'être. Pour certains, cette perte de la raison d'être est tellement pénible qu'elle éclipse tout symptôme physique que nous pourrions ressentir. Certains sont capables de s'adapter à la nouvelle réalité. D'autres non. Il n'existe assurément aucun moyen efficace et éprouvé d'aider les gens à réaliser cette adaptation.

Pour dire les choses clairement, la détresse existentielle n'est pas causée par le manque de soutien. Ces personnes bénéficient généralement d'un bon soutien affectif et de beaucoup de moyens pour obtenir du soutien sur le plan physique. La détresse

Since the legislation of MAID, I have come to appreciate the burden of existential distress as being much greater than I appreciated before. I am currently working on new programs of research trying to find new treatments for this, and I think that if the government can do anything to intercede, it would be to try to support innovative programs looking at ways to understand and treat existential distress. That is what is driving MAID more than anything else.

My hope is that we all recognize that, in addition to informing people about counselling and other services, support for research on distress, including newer therapies, is really the key. If we want to reduce the use of MAID — and I think that is a reasonable goal to have for anybody on any side of this debate — we should be respectfully acknowledging the complexity of the suffering that drives people to request MAID, and we need to find proper ways to treat that. We should not be trying to trivialize the suffering by making false claims that we can easily treat it. We should not be pushing a stigmatizing narrative about MAID being driven by a lack of access to services or lack of emotional support. We should not be trying to create administrative obstacles that really don't address human suffering in any way because these will quickly be struck down by the courts, leading us to do more work.

I will stop there, let Dr. Chochinov speak and then take questions. Thank you.

The Chair: Thank you very much, Dr. Downar. We will now go to Dr. Chochinov, Distinguished Professor at the University of Manitoba. Welcome, professor.

Dr. Harvey Max Chochinov, Distinguished Professor, University of Manitoba, as an individual: Thank you. I believe that the data I will share with you is important for the committee to consider. The following are excerpts from my written submitted brief.

By way of background, I'm a Distinguished Professor of Psychiatry at the University of Manitoba. I'm the former Chair of the External Panel on Options for a Legislative Response to *Carter v. Canada* and a long-time palliative care researcher who has published extensively on psychological matters pertaining to palliative care.

est occasionnée par le fait qu'elles ont besoin de ces mesures de soutien.

Depuis l'adoption de la loi sur l'AMM ou de la loi sur l'aide médicale à mourir, j'en suis venu à considérer le fardeau de la détresse existentielle comme un fardeau beaucoup plus lourd que ce que je croyais auparavant. Je travaille actuellement à de nouveaux programmes de recherche visant à trouver de nouveaux traitements pour ce problème, et je pense que si le gouvernement peut faire quoi que ce soit pour intercéder, ce serait de soutenir les programmes innovateurs cherchant des moyens de comprendre et de traiter la détresse existentielle. C'est ce qui motive l'aide médicale à mourir plus que n'importe quoi d'autre.

Mon espoir est que nous reconnaissons tous que, en plus d'informer les personnes sur le counselling et les autres services, le soutien à la recherche sur la détresse, y compris de nouvelles thérapies, est réellement la clé. Si nous voulons réduire le recours à l'AMM — et il me semble que c'est un objectif raisonnable pour quiconque s'intéresse à ce débat — nous devrions reconnaître respectueusement la complexité de la souffrance qui incite les gens à en faire la demande, et nous devrions trouver les moyens appropriés de traiter cette souffrance. Nous ne devrions pas essayer de banaliser la souffrance en affirmant faussement que nous pouvons aisément la traiter. Nous ne devrions pas continuer de répandre des affirmations stigmatisantes comme quoi l'AMM est motivée par un manque d'accès aux services ou l'absence de soutien affectif. Nous ne devrions pas essayer de créer des obstacles administratifs qui ne font vraiment rien pour alléger la souffrance humaine parce que ces obstacles seront rapidement démolis par les tribunaux, et que nous n'en aurons que plus de travail.

Je vais m'arrêter ici, et laisser le Dr Chochinov parler et ensuite, nous allons répondre aux questions. Merci.

La présidente : Merci beaucoup, docteur Downar. Nous allons maintenant céder la parole au Dr Chochinov, professeur distingué à l'Université du Manitoba. Bienvenue, professeur.

Dr Harvey Max Chochinov, professeur distingué, University of Manitoba, à titre personnel : Merci. Je suis persuadé que les données que je vais vous communiquer sont importantes et que le comité devrait les examiner. Voici des extraits du mémoire écrit que je vous ai transmis.

Pour vous situer, je suis un professeur distingué de psychiatrie à l'Université du Manitoba. Je suis l'ancien président du Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada* et un chercheur de longue date dans le domaine des soins palliatifs qui a publié de nombreux articles sur des questions psychologiques relatives aux soins palliatifs.

Bill C-7 proposes the elimination of any waiting period between the time a dying patient is approved for MAID and the administration of MAID. Our research group reported that will to live can fluctuate highly over intervals as short as 12 to 24 hours. In fact, 40% of patients who were prescribed lethal drugs in Oregon decided not to take a lethal overdose, preferring to let their underlying disease take its natural course.

Bill C-7 also proposes to eliminate the requirement that a patient have a reasonably foreseeable death. For patients whose life expectancy can be measured in years or even decades, Bill C-7 recommends a 90-day assessment period.

The suicide rate in many chronic conditions is very high. For these patients, suicidality is often less related to physical limitations but rather a lack of social support, disability and rehabilitation resources and feeling like a burden to others. A study of 496 patients with traumatic brain injury, stroke or spinal cord compression reported that those who were suicidal were nearly seven times more likely to have a depressive disorder. When depression was treated, suicidality remitted. When suicidal patients were followed, from 3 to 24 months later, most were no longer suicidal.

Bill C-7 also indicates that it will no longer be a requirement to reaffirm competency at the time of administration of MAID.

The Netherlands allows for a euthanasia advance directive for those who fear losing capacity. A survey of 410 Dutch physicians reported that only 3% had ever complied with the advance euthanasia directive, while 44% had never done so but thought it conceivable they might in the future, and 54% had never done so and thought it inconceivable that they ever would.

Compliance with an advance directive was almost always raised by someone other than the patient. In 72% of instances, the relatives or representatives did not feel comfortable proceeding with euthanasia but instead settled on foregoing life-prolonging treatment, as did their physicians.

Finally, Bill C-7 indicates that mental illness alone is not enough to qualify for MAID. Mental illness is often accompanied by medical conditions. Together, this may open up the door to MAID for these patients.

Le projet de loi C-7 propose l'élimination de toute période d'attente entre le moment où un patient en train de mourir voit sa demande d'AMM approuvée et celui où l'aide lui est administrée. Notre groupe de recherche a rapporté que la volonté de vivre peut fluctuer considérablement sur des périodes aussi courtes que de 12 à 24 heures. De fait, 40 % des patients auxquels on avait prescrit une dose létale de médicament en Oregon ont décidé de ne pas prendre la surdose létale, préférant laisser la maladie invoquée suivre son cours naturel.

Le projet de loi C-7 propose aussi d'éliminer l'exigence qu'un patient soit condamné à une mort raisonnablement prévisible. Pour les patients dont l'espérance de vie peut se mesurer en années ou même en décennies, le projet de loi C-7 recommande une période d'évaluation de 90 jours.

Le taux de suicide des patients atteints de nombreuses maladies chroniques est élevé. Pour ces patients, la suicidali   est souvent moins associée aux limitations physiques qu'à un manque de soutien sur le plan social, à l'invalidité et aux ressources liées à la rééducation, ainsi qu'   au sentiment d'être un fardeau pour les autres. Une étude réalisée avec 496 patients ayant subi un traumatisme cérébral, un accident vasculaire cérébral ou une compression médullaire a révélé que ceux qui étaient suicidaires avaient sept fois plus de chances de souffrir d'un trouble dépressif. Lorsque la dépression était traitée, la suicidali   diminueait. Lorsque les patients suicidaires étaient suivis, de 3    24 mois plus tard, ils n'étaient plus suicidaires.

Le projet de loi C-7 indique aussi qu'il ne sera plus nécessaire de réaffirmer sa compétence au moment de l'administration de l'AMM.

Les Pays-Bas autorisent une demande anticipée d'euthanasie pour ceux qui craignent de perdre leurs capacités. Selon un sondage mené auprès de 410 médecins néerlandais, seulement 3 % d'entre eux avaient répondu à une demande anticipée d'euthanasie, tandis que 44 % ne l'avaient jamais fait, mais jugeaient concevable que cela se produise dans le futur; et 54 % ne l'avaient jamais fait et jugeaient inconcevable de le faire un jour.

Le respect d'une demande anticipée était presque toujours exigé par une personne autre que le patient. Dans 72 % des cas, les proches ou les représentants du patient ne se sentaient pas à l'aise de procéder à l'euthanasie, mais acceptaient plutôt de mettre fin au traitement qui prolonge la vie, tout comme les médecins.

Finalement, le projet de loi C-7 indique que la maladie mentale seule est insuffisante pour être admissible à l'aide médicale à mourir. La maladie mentale s'accompagne souvent d'autres problèmes de santé. Les deux réunis, cela pourrait ouvrir la porte à l'AMM pour ces patients.

A landmark study of patients with psychiatric disorders who had received euthanasia or assisted suicide in the Netherlands showed that nearly 60% had medical problems such as cancer, cardiac disease, stroke or neurological disorders. They suffered from depression, psychosis, grief, even autism, conditions that require exquisite and concerted psychiatric care.

In conclusion, the data suggests caution regarding the following legislative amendments: First, elimination of a 10-day waiting period. The data indicates that a wish to die or a desire for death in the context of terminal illness can fluctuate widely over time, hence some period for reflection would seem prudent.

Second, institute a 90-day assessment period for patients whose death is not reasonably foreseeable. The wish to die amongst patients suffering from non-imminently life-threatening conditions, including chronic illness and disability, is not uncommon and can fluctuate over the course of months to years. When the determinants of a wish to die in patients living with these chronic conditions or disabilities are addressed, suicidality can wane.

Third, forego reaffirming competency at the time of MAID provision. The data strongly indicates that neither physicians nor relatives feel comfortable providing MAID to patients who are unable to state their wishes or convey if they are suffering intolerably.

Fourth, eliminating the provision of a reasonably foreseeable death. This opens the door for patients with various chronic medical conditions and disabilities, including those likely with concurrent mental illness. Eliminating the reasonably foreseeable death clause fundamentally changes an act intended to assist those who are dying to ending the lives of people living with various sources of physical and mental suffering.

All of these facts are critical in understanding and mitigating the suffering of those who have lost their will to live. Thank you for your kind attention.

The Chair: Thanks to you as well. We will start with questions for both of you, beginning with the sponsor of the bill, Senator Petitclerc.

Senator Petitclerc: Thank you to the witnesses.

Une étude marquante réalisée sur des patients souffrant de troubles psychiatriques qui avaient reçu l'euthanasie ou le suicide assisté aux Pays-Bas a montré que près de 60 % d'entre eux étaient atteints d'autres problèmes de santé tels que le cancer, une maladie cardiaque ou des troubles neurologiques. Ils souffraient de dépression, de psychose, de chagrin, et même d'autisme, des problèmes qui nécessitent des soins psychiatriques spécialisés et concertés.

En conclusion, les données suggèrent de faire preuve de prudence à l'égard des modifications législatives suivantes : premièrement, élimination de la période d'attente de 10 jours. Les données indiquent que le souhait de mourir ou le désir de mourir dans le contexte d'une maladie mortelle peuvent fluctuer au fil du temps, par conséquent, une période de réflexion semblerait prudente.

Deuxièmement, instituer une période d'évaluation de 90 jours pour les patients dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Le souhait de mourir chez les patients qui souffrent d'une maladie potentiellement mortelle, mais dont la mort n'est pas imminente, comme les maladies chroniques et l'invalidité, n'est pas rare et peut varier au fil des mois et des années. Lorsque les facteurs déterminants du souhait de mourir des patients qui vivent avec ces maladies chroniques ou ces invalidités sont pris en charge, il arrive que la suicidabilité diminue.

Troisièmement, renoncer à la réaffirmation de la compétence au moment de l'administration de l'AMM. Les données montrent clairement que ni les médecins ni les proches ne se sentent à l'aise d'administrer l'AMM aux patients qui sont incapables d'exprimer leur souhait ou de communiquer que leurs souffrances sont intolérables.

Quatrièmement, éliminer la disposition relative à la mort raisonnablement prévisible. En faisant cela, on ouvre la porte aux patients atteints de diverses maladies chroniques et invalidités, y compris ceux qui sont atteints d'une maladie mentale concomitante. Éliminer l'article sur la mort raisonnablement prévisible change fondamentalement une loi qui vise à aider ceux qui sont en train de mourir pour en faire une loi qui met fin à la vie de personnes vivant avec divers types de souffrances physiques et mentales.

Tous ces faits sont essentiels pour comprendre et alléger les souffrances de ceux qui ont perdu la volonté de vivre. Je vous remercie de votre aimable attention.

La présidente : Merci à vous aussi. Nous allons commencer avec les questions qui s'adressent à vous deux, tout d'abord avec la marraine du projet de loi, la sénatrice Petitclerc.

La sénatrice Petitclerc : Je remercie les témoins.

Dr. Downar, this is a question I have asked a previous panel, but it's something I find we need to have a lot of input on. I know you mentioned some aspects on the terms of death being foreseeable or not reasonably foreseeable, so that's one thing.

I want to hear from you on the second set of safeguards when death is not reasonably foreseeable. You mentioned it a little bit, and I want to hear your opinion on whether it will be effective in protecting some individuals who can be in a situation of vulnerability while, of course, respecting the choice of individuals for self-determination.

If you could let me know your opinion and view on that, it would be great. If you could also take a moment to let us know how you view the removal of the 10-day reflection period, I would appreciate that.

Dr. Downar: Thank you for the question. Maybe I'll point you to one of the points raised by Dr. Chochinov, which is the purpose of these waiting periods. They are not waiting periods but they are reflection periods, so they are supposed to represent an opportunity; there are many people whose desire to shorten their life will wax and wane. Certainly depressive symptoms will wax and wane.

In my experience, seeing patients who have requested medical assistance in dying, though, the large majority of people who get to the point of asking for medical assistance in dying, which is not the same thing as being depressed, actually have a very persistent desire. Again, how long you have to go before you consider it a persistent desire is a matter of judgment. I don't think there is a perfect number. Many people like the 10-day or the 14-day time frame, and those numbers come from a study that Dr. Chochinov did over 20 years ago looking at repeated assessments of people and their moods, and his sample was two weeks apart. That's where people get the two-week time frame. I don't know that two weeks is perfect or whether it should be more or less. I'm not sure that's necessarily a number that has a strong scientific basis.

Ethically, morally and logically, the purpose of this legislation — and I'm not saying it's right or wrong — is to make sure that people are not making an impulsive decision and that they are not making an ill-informed decision. You are not allowed to make it with just one assessment.

The two situations are very different. For somebody who does not have a death that is expected in the near future and who is not rapidly deteriorating, where there is not a big factor of time, I

Docteur Downar, voici une question que j'ai déjà posée à d'autres témoins, mais c'est un sujet sur lequel nous avons, à mon avis, besoin de beaucoup d'information. Je sais que vous avez mentionné certains aspects eu égard au fait que la mort serait prévisible ou non raisonnablement prévisible, donc ça, c'est une chose.

J'aimerais vous entendre sur la deuxième série de mesures de sauvegarde lorsque la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Vous avez abordé brièvement le sujet, et j'aimerais connaître votre opinion, à savoir si ce serait efficace pour protéger certaines personnes qui pourraient se retrouver dans une situation de vulnérabilité tout en respectant, bien entendu, la liberté des personnes à prendre leurs propres décisions.

Si vous pouviez me faire part de votre opinion et de vos idées à ce sujet, ce serait formidable. Si vous pouviez aussi prendre un moment pour nous expliquer ce que vous pensez de l'élimination de la période de réflexion de 10 jours, je l'apprécierais beaucoup.

Dr Downar : Je vous remercie de la question. Peut-être que je devrai vous rappeler l'un des points soulevés par le Dr Chochinov, à savoir quel est l'objectif de ces périodes d'attente. Il ne s'agit pas à proprement parler de périodes d'attente, mais plutôt de périodes de réflexion. Elles sont censées représenter une occasion. De nombreuses personnes qui souhaitent mettre fin à leur jour verront ce désir connaître des hauts et des bas. Et assurément, les symptômes dépressifs connaîtront eux aussi des hauts et des bas.

D'après mon expérience, et après avoir vu des patients qui ont demandé l'aide médicale à mourir, je peux vous dire que la grande majorité des personnes qui en arrivent à demander l'aide médicale à mourir, ce qui n'est pas la même chose que de se sentir déprimé, éprouvent en réalité un désir très persistant. Encore une fois, déterminer pendant combien de temps il faut attendre avant de pouvoir établir s'il s'agit d'un désir persistant est une question de jugement. Je ne pense pas qu'il existe un chiffre idéal. Bien des gens sont favorables à un délai de 10 jours ou de 14 jours. Ces chiffres proviennent d'une étude réalisée par le Dr Chochinov il y a plus de 20 ans. L'étude consistait à procéder de manière répétée à l'évaluation de diverses personnes et de leurs états d'âme. L'échantillon qu'il avait retenu s'étendait sur deux semaines. C'est de là que vient le délai de deux semaines. J'ignore si un délai de deux semaines est parfait, ou s'il devrait être plus ou moins long. Je ne pense pas que cette durée repose nécessairement sur de solides bases scientifiques.

Sur le plan de l'éthique, de la morale et de la logique, l'objet de cette loi — et je ne dis pas que c'est bien ou mal — consiste à s'assurer que les gens ne prennent pas une décision irréfléchie ni une décision mal avisée. Vous n'êtes pas autorisé à prendre cette décision après avoir seulement fait l'objet d'une évaluation.

Les deux situations sont très différentes. En ce qui concerne une personne dont la mort n'est pas prévue dans un avenir rapproché, dont la santé ne se détériore pas rapidement, et pour

think it is reasonable to provide a much longer reflection period to make sure, first, it's persistent. This person may be shortening their life by many years, so I think it is reasonable to spend a longer time waiting to make sure it is a consistent decision and is what they really want. Second, it's to use that time to get somebody who is a real expert in what might be an unusual condition to address suffering.

That's different than people who are very close to the end of their natural life, which Dr. Chochinov pointed out. The reason for things like Audrey's Amendment is very clear. What we found, such as in my experience, is that when people get to this point, it tends to be very rarely a fluctuating desire to end one's life; it's very persistent for those who get that far. By the time you have actually made it to an assessment, you have wanted it for a long time. It's not that we don't care about the 10-day reflection period anymore; it's that so much of that period can occur before you have had that formal assessment, and you can be relatively sure it's not a fluctuating desire.

Senator Petitsclerc: I think I ran out of time for my questions. Can you put me on the second round, chair, because I do want to hear them on the safeguards?

The Chair: Yes, I will.

[Translation]

Senator Carignan: My question is for Professor Chochinov. Isn't there a problem with the bill's construction? I heard the witnesses discuss the importance of the period of reflection. Furthermore, some diseases appear to be covered by the bill, particularly Alzheimer's, because it appears that's not covered by the mental illness exemption.

For someone suffering from Alzheimer's disease to be entitled to medical assistance in dying, when that person requests assistance or when that request is assessed, he or she must be suffering from a grievous and irremediable medical condition, and one of the criteria relied upon in assessing such a condition is whether it is "characterized by an advanced and irreversible decline." For a person suffering from Alzheimer's disease, first of all, advanced decline is very likely to alter the individual's capacity to consent or to make a request. And, second, the 90-day period is a structural element in the bill that makes it very difficult to provide medical assistance in dying to persons with that disease.

laquelle le facteur temps n'est pas d'une grande importance, je pense qu'il est raisonnable d'offrir une plus longue période de réflexion afin de s'assurer, premièrement, que la décision est persistante. Il se peut que cette personne décide d'écourter sa vie de nombreuses années. Il me semble donc raisonnable de prendre un peu plus de temps pour s'assurer que la décision est cohérente et qu'elle correspond réellement à ce qu'elle veut. Deuxièmement, on peut utiliser cette période pour faire appel à un véritable spécialiste dans ce qui pourrait être une condition inhabituelle afin qu'il s'attaque à cette souffrance.

La situation est différente pour les personnes qui se rapprochent beaucoup de la fin de leur vie naturelle, une situation que le Dr Chochinov a soulignée. La raison des modifications telles que celle demandée par Audrey Parker est très claire. Ce que nous avons constaté, comme dans ma propre expérience, c'est que lorsque les gens en arrivent à ce point, il est très rare que le désir de mettre fin à ses jours varie. Ce désir est très persistant pour les personnes qui se rendent aussi loin. D'ici à ce que vous soyez arrivé au moment de subir une évaluation, cela fait déjà longtemps que vous voulez en finir. Ce n'est pas que nous ayons perdu tout intérêt pour la période de réflexion de 10 jours. C'est plutôt qu'une grande partie de cette période peut se dérouler avant que vous ayez pu subir cette évaluation en bonne et due forme, et que vous pouvez être relativement sûr qu'il ne s'agit pas d'un désir fluctuant.

La sénatrice Petitsclerc : Je pense que je n'ai plus de temps pour poser d'autres questions. Madame la présidente, pourriez-vous m'inscrire pour la deuxième série de questions, parce que j'aimerais bien entendre ce que les témoins ont à dire sur les mesures de sauvegarde?

La présidente : Oui, bien entendu.

[Français]

Le sénateur Carignan : Ma question s'adresse au professeur Chochinov. Est-ce qu'il n'y a pas un problème avec la construction du projet de loi? J'ai entendu les témoins parler de l'importance du délai de réflexion; par ailleurs, il y a des maladies qui semblent être couvertes par le projet de loi, notamment la maladie d'Alzheimer, car il semble que cela ne fasse pas partie de l'exclusion liée à la maladie mentale.

Dans le cas d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer, pour avoir droit à l'aide médicale à mourir, lorsqu'elle en fait la demande ou lorsqu'on fait l'évaluation de la demande, la personne doit être atteinte de problèmes de santé graves et irrémédiables et, parmi les critères d'évaluation de problèmes de santé graves ou irrémédiables, il y a ceci : « [...] sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités [...] ». Un déclin avancé, pour une personne qui souffre de la maladie d'Alzheimer, risque fort, en premier lieu, d'altérer sa capacité à consentir ou à faire sa demande; deuxièmement, le délai de 90 jours est un élément de structure dans le projet de loi qui rend difficilement praticable

I'd like to hear what you have to say about whether it's possible for those individuals to obtain medical assistance in dying, not theoretically, but in practical terms, relying on the criteria presented to us.

[English]

Dr. Chochinov: I apologize, as I was only able to hear the latter half of your question.

You ask an important question, which is whether people who are in the throes of their losing cognitive ability have access to MAID. The reality is that as long as they maintain capacity and the ability to understand the implications of the treatment options that are available for them, they are able to ask for MAID and may, indeed, under the new legislation, reach criteria.

One of the more contentious issues, however, is whether or not people can give an advance directive for euthanasia, anticipating a time when they are no longer competent. This is where the data is very helpful and enlightening. The study that I cited out of the Netherlands — and their second study that comes up with very similar findings — points to the fact that few physicians and few family members are able to comply with an advance directive for euthanasia once the patient is no longer competent. When physicians are asked why they were unable to comply with this, and when family members were asked why they were unable to comply, they say that it's because they can't reaffirm the patient is suffering. The patient cannot reaffirm that they want assisted death.

So in 85% of instances or more, the euthanasia directives with an advance directive is not adhered to. But what both the physicians and family members agreed to is to forgo life-sustaining treatment.

[Translation]

Senator Carignan: However, we don't have the advance directive here. I understand why medical assistance in dying for persons suffering from Alzheimer's disease is virtually theoretical, in view of the fact that, when they request it, they must be in a state of advanced and irreversible decline. As a result, their capacity to make the request is already affected.

l'aide médicale à mourir pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

J'aimerais vous entendre sur la possibilité pour ces personnes d'obtenir l'aide médicale à mourir, non pas de façon théorique, mais de façon pratico-pratique, en fonction des critères qui nous sont présentés.

[Traduction]

Dr Chochinov : Je vous demande pardon, je n'ai entendu que la dernière partie de votre question.

Vous posez une importante question, c'est-à-dire si les personnes qui vivent les affres de la perte de leur capacité cognitive ont accès à l'aide médicale à mourir. La réalité est que tant et aussi longtemps qu'elles conservent leur capacité et l'aptitude à comprendre les répercussions des options de traitement qui leur sont offertes, elles peuvent demander l'AMM et remplissent, effectivement, au titre de la nouvelle loi, les critères d'admissibilité.

L'un des enjeux les plus controversés, toutefois, consiste à déterminer si les personnes pourraient formuler une demande anticipée d'euthanasie, en prévision du moment où elles ne seraient plus compétentes. C'est ici que les données peuvent se révéler fort utiles et éclairantes. La première étude que j'ai citée aux Pays-Bas — et la deuxième étude au même endroit arrive sensiblement aux mêmes conclusions — pointe vers le fait que peu de médecins et de membres de la famille se sentent capables de respecter une demande anticipée d'euthanasie une fois que le patient n'est plus compétent. Lorsque l'on a demandé aux médecins et aux membres de la famille pourquoi ils avaient été incapables de respecter ce genre de demande, ils ont répondu que c'était parce qu'ils ne pouvaient pas réaffirmer que le patient souffrait. Autrement dit, le patient ne peut plus réaffirmer qu'il souhaite le suicide assisté.

Par conséquent, dans 85 % des cas et même plus, les directives d'euthanasie associées à une demande anticipée ne sont pas respectées. Mais tant les médecins que les membres de la famille s'entendent pour renoncer au traitement qui maintient le patient en vie.

[Français]

Le sénateur Carignan : Cependant, ici, on n'a pas la directive anticipée. Je comprends que la possibilité de se prévaloir de l'aide médicale à mourir, pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, est presque théorique, compte tenu du fait que, lorsqu'elles font la demande, elles doivent présenter un déclin avancé et irréversible de leurs

[English]

Dr. Chochinov: Yes, if people no longer have capacity, then they would not be eligible. But so long as they maintain capacity, then they would be in a position to be able to request MAID.

[Translation]

Senator Carignan: My question was more on the theoretical aspect. Since a patient must be in a state of “advanced and irreversible decline,” if that person is in fact in a state of advanced and irreversible decline, he or she meets the necessary condition for making the request yet already no longer has complete capacity to consent. That’s the point I wanted to make.

[English]

Dr. Chochinov: Yes, I understand. So long as they maintain their capacity in anticipation of Bill C-7, which is saying that people no longer have to have a reasonably foreseeable death, you could have people who can be living with years of cognitive decline or deterioration who may still maintain capacity and therefore be eligible.

The Chair: Thank you very much.

Senator Batters: From your perspective as a psychiatrist, Dr. Chochinov, is it discriminatory to exclude from assisted suicide those with mental illness as their sole underlying condition?

Dr. Chochinov: Thank you. It’s an interesting question. I know the panel has heard from a witness yesterday from the Canadian Psychiatric Association who suggested that it was discriminatory. I can say that it has been a contentious issue within the Canadian Psychiatric Association. Although I’m not a member of their board, I am a member of the CPA. There has been correspondence back and forth suggesting there is dissension in the ranks and that not all people are in agreement.

I think if we were to look at what the Canadian psychiatrists think of this issue, I would harken back to a study that was done in 2016. It was published in the *Canadian Journal of Psychiatry*. Of 500 psychiatrists, although the majority were in favour of MAID in circumstances of physical illness, 71% of them objected to the idea that MAID should be available for patients on the grounds of mental illness alone. By the way, in that same study, 52% said that they had had a patient during the course of

capacités. Donc, elles sont déjà affectées dans leur capacité à faire la demande.

[Traduction]

Dr Chochinov : Oui, si les personnes n’ont plus toutes leurs capacités cognitives, elles ne sont plus admissibles. Mais tant qu’elles conservent ces capacités, elles ont la possibilité de demander l’AMM.

[Français]

Le sénateur Carignan : Ma question portait plutôt sur l’aspect théorique. Comme il faut présenter un « déclin avancé et irréversible » de ses capacités, pour la personne atteinte de la maladie d’Alzheimer, si elle présente un déclin avancé de ses capacités, elle respecte la condition exigée qui lui permet de faire la demande, mais elle n’a déjà plus la pleine capacité à consentir. C’est le point que je voulais faire valoir.

[Traduction]

Dr Chochinov : Oui, je comprends. Du moment qu’elles maintiennent leurs capacités, dans l’éventualité de l’adoption du projet de loi C-7, selon lequel il n’est plus obligatoire que la mort des personnes soit raisonnablement prévisible, on pourrait voir des personnes vivre durant des années pendant lesquelles leurs facultés cognitives diminuent ou se détériorent, mais qui pourraient néanmoins conserver leurs capacités, et par conséquent, demeurer admissibles.

La présidente : Je vous remercie beaucoup.

La sénatrice Batters : De votre point de vue en tant que psychiatre, docteur Chochinov, trouvez-vous qu’il est discriminatoire d’exclure du suicide assisté les personnes dont la maladie mentale est le seul problème médical invoqué?

Dr Chochinov : Merci. C’est une question intéressante. Je sais que le comité a entendu hier un témoin de l’Association des psychiatres du Canada qui a laissé entendre que c’était discriminatoire. Je peux vous dire que c’est une question controversée au sein de l’Association des psychiatres du Canada. Même si je ne fais pas partie du conseil d’administration, je suis néanmoins membre de l’APC. Il y a eu des échanges de correspondance suggérant l’existence d’une dissension au sein de l’association, et que cette idée ne fait pas l’unanimité.

Je pense que si nous voulions regarder ce que les psychiatres pensent de cette question, il faudrait revenir à une étude réalisée en 2016. Elle a été publiée dans la *Revue canadienne de psychiatrie*. Sur 500 psychiatres, bien que la majorité de ces psychiatres étaient en faveur de l’AMM dans les contextes d’une maladie physique, 71 % s’opposaient à l’idée que l’AMM soit offerte aux patients pour des motifs de santé mentale seulement. Soit dit en passant, dans la même étude, 52 % ont déclaré avoir

their practice who would have requested MAID had it been available but who now no longer would.

So, clearly, mental health professionals see MAID for psychiatric patients as being highly problematic.

As to the issue of it being discriminatory, is it discriminatory to require patients with renal disease to have to spend hours each day, several days per week, taking dialysis? Is it discriminatory to require patients with diabetes to take several injections per day? If we argue that this is discriminatory and they should be treated like everyone else, regardless of dialysis and needles, we would be ignoring the nature of their condition.

Mental illness inflicts profound suffering and can cause people to see themselves, the world and the future as hopeless, leading them to see themselves as useless, worthless and to have a desire for death. So to say that patients who are mentally ill should have equal access to assisted suicide or euthanasia really is to ignore the nature of their condition, which robs them of their ability to see their lives as being worthy of living.

Senator Batters: Thank you. Dr. Chochinov, is it not the case that there are many antidepressant medications that, as a significant side effect, cause suicidal ideation? Something that they are, ideally, trying to prevent could be a side effect of those very medications.

Dr. Chochinov: That is a small side effect that one needs to be aware of with antidepressants, but there is no question that antidepressants can be effective in treating depression, and treating depression can cause suicidality to remit.

Senator Batters: Dr. Chochinov, you might need to get into this later if you have the opportunity, but when you testified before the House of Commons committee, you provided some important information based on your extensive research about the data suggesting caution because the data indicates that the wish to die and desire for death in the context of terminal illness can fluctuate widely over time and some period for reflection would seem prudent. The wish to die among patients suffering from non-imminently life-threatening conditions is not uncommon and again can fluctuate over the course of months to years.

eu dans le cadre de leur pratique un patient qui aurait demandé l'AMM si elle avait été disponible, mais qui maintenant n'en voudrait plus.

Donc, de toute évidence, les professionnels de la santé mentale considèrent que l'AMM pour les patients en psychiatrie est très problématique.

Quant à savoir s'ils sont victimes de discrimination, je répondrais : est-il discriminatoire d'exiger que les patients atteints d'une insuffisance rénale passent plusieurs heures par jour, plusieurs jours par semaine, à faire une dialyse? Est-il discriminatoire d'exiger des patients diabétiques qu'ils reçoivent plusieurs injections par jour? Si nous soutenons que c'est discriminatoire et qu'ils devraient être traités comme tous les autres patients, et ce, peu importe la dialyse et les aiguilles, cela reviendrait à ignorer la nature de leur problème médical.

La maladie mentale inflige une souffrance profonde et peut amener les patients à se voir eux-mêmes, le monde qui les entoure et l'avenir comme étant sans espoir. Cet état d'âme les incite à se voir eux-mêmes comme inutiles, sans valeur et à ressentir un désir de mort. C'est pourquoi dire que les patients qui souffrent de troubles mentaux devraient avoir le même accès au suicide assisté ou à l'euthanasie revient vraiment à ignorer la nature de leur problème médical. On les prive ainsi de la capacité à voir leur existence comme digne d'être vécue.

La sénatrice Batters : Merci. Docteur Chochinov, est-il exact que les idées suicidaires pourraient être un effet secondaire important de nombreux antidépresseurs? Autrement dit, le problème que ces médicaments tentent d'empêcher pourrait devenir un effet secondaire de ce même médicament.

Dr Chochinov : C'est un léger effet secondaire qu'il faut connaître lorsque l'on prend des antidépresseurs. Mais il est hors de tout doute que les antidépresseurs peuvent être efficaces dans le traitement de la dépression, et que le traitement de la dépression peut réduire la suicidabilité.

La sénatrice Batters : Docteur Chochinov, vous voudrez peut-être revenir sur ce point plus tard, si vous en avez l'occasion. Lors de votre témoignage devant le comité de la Chambre des communes, vous avez fourni des renseignements importants fondés sur des recherches poussées que vous avez menées sur des données. Les résultats de ces recherches suggéraient la prudence. Les données en question indiquaient que le souhait de mourir et le désir de mort dans le contexte d'une maladie terminale pouvaient fluctuer considérablement au fil du temps, et qu'une période de réflexion semblait prudente. Le souhait de mourir chez les patients souffrant d'une maladie

Do you have anything else, briefly, that you can provide to us, or maybe there is something you can provide to our committee in written data, about those types of issues and the need for a reflection period?

Dr. Chochinov: Yes. There was a Manitoba epidemiological survey that looked at suicidality in patients who had had life-altering medical conditions such as spinal cord injuries, head traumas, strokes, and they found that patients were at their most suicidal in the first three months. Suicide deaths and attempts decrease after the first three months but remain high in the first year after the diagnosis and remain higher than matched control groups on an ongoing basis.

There is another important study that came out of Belgium by a psychiatrist by the name of Thienpont. She looked at 100 patients who had been referred to her and who were requesting euthanasia on the grounds of mental conditions alone. Of those 100 patients, 38 patients eventually withdrew their requests, 11 of them after they had been approved. So this idea that someone makes up their mind today and it is steadfast, the data does not bear that out.

Senator Batters: Thank you.

Senator Dalphond: My question is for Dr. Downar. You said that the concept of reasonable foreseeability of death is difficult and vague, but don't you think that we are improving the situation if we now have two tracks, one for those who are seen to be in the reasonably foreseeable situations and those who are not, and the doctors and those who are making the assessments will be freer in their assessment because it's not as consequential on the patient's admissibility? They know it's either reasonably foreseeable or it is not, and there are two tracks available for the patient.

Dr. Downar: Yes, and I can better address Senator Petitclerc's question from earlier as well, which I think was touching on this point.

To be consistent with the *Truchon* decision and the *Carter* decision, it does seem appropriate to have two separate tracks. Why is that? Again, we talked about the fluctuation of desire to die.

potentiellement mortelle, mais dont la mort n'est pas imminente, n'est pas rare et, encore une fois, peut fluctuer au fil des mois et des années.

En quelques mots, auriez-vous d'autres renseignements à fournir à notre comité à ce sujet? Ou encore, pourriez-vous nous transmettre par écrit d'autres renseignements sur les problèmes de ce genre et la nécessité d'une période de réflexion?

Dr Chochinov : Oui. On a mené au Manitoba une étude épidémiologique dans laquelle on se penchait sur la suicidalité chez les patients atteints de problèmes médicaux invalidants comme les lésions médullaires, les traumatismes crâniens et les accidents vasculaires cérébraux. L'étude a montré que les patients ressentaient des idées suicidaires surtout pendant les trois premiers mois. Les morts par suicide et les tentatives de suicide diminuaient après les trois premiers mois, mais demeuraient élevées pendant la première année suivant le diagnostic et continuaient de demeurer plus élevées que dans le groupe témoin apparié de façon permanente.

Une psychiatre, la Dre Thienpont, a mené une autre étude importante en Belgique. Elle a étudié les cas de 100 patients qui lui avaient été recommandés et qui avaient demandé l'euthanasie pour des troubles mentaux qui étaient les seuls problèmes médicaux invoqués. Parmi ces 100 patients, 38 ont fini par retirer leur demande, et de ce nombre, 11 avaient déjà vu leur demande acceptée. Par conséquent, l'idée selon laquelle une personne prend sa décision aujourd'hui et n'en démord plus n'est pas corroborée par les données.

La sénatrice Batters : Merci.

Le sénateur Dalphond : Ma question s'adresse au Dr Downar. Vous avez dit que le concept d'une mort raisonnablement prévisible est difficile à cerner et vague. Mais ne pensez-vous pas que l'on améliorerait la situation aujourd'hui en créant deux cheminements, un pour les patients dont la mort est raisonnablement prévisible et un autre pour ceux dont la mort ne l'est pas. Ainsi, les médecins et les évaluateurs pourraient bénéficier d'une plus grande liberté dans leur évaluation étant donné qu'elle n'entraînerait pas de conséquences aussi radicales sur l'admissibilité du patient? Ainsi, ils sauraient que la mort est raisonnablement prévisible ou qu'elle ne l'est pas, et il existerait deux cheminements possibles pour le patient.

Dr Downar : Oui, et je crois que je serais mieux placé pour répondre à la question que la sénatrice Petitclerc m'a posée tout à l'heure qui, je crois, abordait ce point.

Pour respecter l'arrêt *Truchon* et l'arrêt *Carter*, il me semble effectivement approprié de prévoir deux cheminements séparés. Pourquoi cela? Encore une fois, nous avons parlé de la fluctuation du désir de mourir.

I'll add one point here. I'm going to be very cheeky, if you will allow me, because I'm going to quote Dr. Chochinov's study while he is in the room. That is a very cheeky thing to do. Dr. Chochinov's study is an excellent study. It's very well done and worthy of being read by everyone.

The question in Dr. Chochinov's study, which did show the greatest fluctuation, was not, "Do you wish medical assistance in dying?" It was, "Do you wish that death would come sooner?" That is not the same question as, "Do you want medically assisted dying?" That is what fluctuates dramatically, and it is very common. I believe 44.5% of the patients endorsed that.

If you read the small print of the study, there was 1 patient out of the 200 that he studied that actually endorsed the desire to have medically assisted dying, and that desire did not fluctuate between the assessment periods. So it is important to distinguish between depressive symptoms and the desire to be dead; it is the desire to die versus the desire for hastened death, someone to speed your death. The desire for hastened death is actually not that fluctuant. It is typically very persistent, which is very different than a much more common endorsement of a desire to be dead.

What I just did is very unfair and I think Dr. Chochinov should have a chance to respond to that, but can I speak to the question? I'll then turn over my time to Dr. Chochinov. I'm sorry, Harvey; please don't hate me.

The question of having two tracks is important. I think we should maybe look at it the other way around. For someone where death is not expected in the near future and who may have many years to live, having a long reflection period is a very good idea, because the last thing any of us want is someone to make an impulsive decision based on an acute period, an acute stressor in their life that is transient. You want to make sure that if someone is really going to take that step that it represents something well considered, with a lot of information and reflection.

That is different than when someone has a death which is expected soon. One of the things that we saw very often in the past couple of years is that people will request it very close to the end of their lives. Most people are in the final months of their lives, many in the final weeks of their lives. It takes a long time to get through the system and the different safeguards, so by the time they get through them, they have actually been very persistent in their requests for much longer than 10, 14 or 20 days. It's just that it has not been recorded on paper.

Je vais toutefois ajouter quelque chose. Je vais me montrer très impertinent, si vous me le permettez, parce que je vais citer l'étude du Dr Chochinov alors qu'il se trouve dans la pièce. C'est très impertinent. L'étude du Dr Chochinov est excellente. Elle est très bien réalisée et tout le monde devrait la lire.

Dans l'étude du Dr Chochinov, la question ayant suscité le plus de fluctuation n'était pas, « Souhaitez-vous recevoir l'aide médicale à mourir? » Non, c'était plutôt, « Souhaiteriez-vous que la mort arrive plus rapidement? » Ce n'est pas la même chose que, « Souhaitez-vous recevoir le suicide assisté? » C'est ce sentiment qui fluctue de façon extraordinaire, et c'est très répandu. Je pense que 44,5 % des patients avaient approuvé cet énoncé.

Si vous lisez les petits caractères dans cette même étude, vous verrez qu'un seul patient sur les 200 qu'il a étudiés a effectivement souscrit au désir de recevoir l'aide médicale à mourir, et que son désir n'a pas varié entre les périodes d'évaluation. Il est donc important de faire la distinction entre les symptômes dépressifs et le désir d'être mort. C'est le désir de mourir contre le désir d'une mort plus rapide, autrement dit que quelqu'un accélère le moment de votre mort. Le désir de mourir plus rapidement ne fluctue pas tellement en réalité. Il est habituellement très persistant, ce qui est très différent de l'adhésion plus répandue au désir de mourir.

Ce que je viens de faire est très injuste, aussi je pense que le Dr Chochinov devrait avoir l'occasion de répondre, mais puis-je me prononcer sur le sujet? Ensuite, je vais laisser le temps qui me reste au Dr Chochinov. Je suis désolé, docteur Chochinov; ne m'en veuillez pas trop.

La question de se doter ou non de deux cheminements est importante. Je pense que nous devrions l'envisager dans l'autre sens. Pour une personne dont la mort n'est pas prévue dans un avenir rapproché et qui a peut-être encore de nombreuses années à vivre, disposer d'une longue période de réflexion est une très bonne idée. La dernière chose que l'on souhaite, en effet, c'est qu'une personne prenne une décision impulsive sous le coup d'une période de souffrance profonde ou d'un facteur de stress grave dans sa vie qui ne sont que passagers. Si une personne veut vraiment prendre cette décision, il faut que ce soit une décision mûrement réfléchie, alimentée par une foule d'informations et une réflexion profonde.

La situation est différente pour une personne dont la mort est imminente. Ces dernières années, nous avons très souvent entendu parler de personnes qui demandent l'AMM alors qu'elles sont très proches de la fin de leur vie. La majorité de ces personnes se trouvent dans les derniers mois de leur existence, et nombre d'entre elles, dans les toutes dernières semaines de leur existence. Il faut beaucoup de temps pour franchir toutes les étapes du système et les diverses mesures de sauvegarde. Aussi, avant d'avoir franchi toutes ces étapes, elles ont réellement été

What happens is they come close to their death, and in order to stay competent, they will voluntarily refuse medications that might help them feel more comfortable so they can stay cognitively intact and then their pain gets worse. It's a tragic situation. The idea of allowing a shortened reflection period for those close to death still achieves the goal of making sure that this is a persistent desire, but it does not force them to make those awful decisions about having to refuse their own medications or being punished for the fact that the system takes a long time to navigate.

I'm going to stop now.

The Chair: Go ahead. You just have a minute.

Dr. Chochinov: It's true we studied desire for death, but if you are looking at interest in physician-hastened death, the Thienpont study actually looked at patients who had requested death, and 38 out of 100 actually reneged on their request to die — not desire for death, but the request to die — and 11 reneged after they had been approved. If you look at Oregon, 20% to 40% of the people who go to the trouble of asking for lethal medications in fact never take that medication.

So we can say desire for death is fluctuant. We also need to say that the request for an assisted death fluctuates. Not so says I; so says the data.

The other thing, while we're quoting one another's studies, James has quoted his own study, which was a very important one. It told us a lot about assisted death in Ontario in the first years of this. One of the points that he made — and I think we need to come back to that — is he stated on the basis of his study that these patients have access to comprehensive, quality palliative care. I think we need to be very cautious with how we interpret it.

About 25% of patients who received MAID did not get any palliative care, and 75% had some contact. We don't know what that means. Did they have a single consultation? There was a Health Canada study that reported, in an interim report, on MAID. It said that somewhere in the magnitude of 40% of patients were being referred in the last month or two. These are patients who have lived with months of suffering, physical suffering, existential and psychological suffering. So although they have had contact with palliative care in the last month or two, it is really a failure of the system in that they were not

très persistantes dans leur demande, soit beaucoup plus longtemps que pendant 10, 14 ou 20 jours. C'est tout simplement que ces situations n'ont pas été documentées.

Ce qui se passe en réalité, c'est qu'elles approchent du moment de leur mort, et pour conserver leur compétence, elles refusent volontairement les médicaments susceptibles de leur offrir plus de confort. Elles agissent ainsi afin que leurs fonctions cognitives demeurent intactes, et c'est alors que la douleur empire. C'est une situation tragique. Accorder une période de réflexion plus courte aux patients dont la mort est imminente n'empêche pas d'atteindre le but visé qui est de s'assurer que le désir est persistant. On éviterait ainsi de les forcer à prendre ces décisions affreuses consistant à refuser leur médication, ou de les punir en raison du fait qu'il faut beaucoup de temps pour franchir toutes les étapes du système.

Je vais m'arrêter ici.

La présidente : Je vous en prie. Vous disposez d'une minute.

Dr Chochinov : Il est vrai que nous avons étudié le désir de mourir, mais si vous regardez l'intérêt pour le suicide assisté, l'étude réalisée par la Dre Thienpont s'est en réalité attachée à des patients qui avaient demandé de mourir, et 38 patients sur 100 sont par la suite revenus sur leur demande de mourir — non sur le désir de mourir, mais sur la demande de mourir — et 11 patients ont changé d'avis même après que leur demande a été acceptée. Si vous regardez ce qui se passe en Oregon, entre 20 et 40 % des personnes qui se donnent la peine de demander des doses létales de médicaments en réalité ne les prennent jamais.

Nous pouvons donc affirmer que le désir de mort fluctue. Il faut aussi dire que la demande de suicide assisté fluctue. Pas parce que je le dis; mais parce que c'est ce que les données révèlent.

L'autre chose, puisque nous en sommes à nous citer les uns les autres, le Dr James Downar a cité sa propre étude, une étude très importante en vérité. Cette étude nous a beaucoup appris sur le suicide assisté en Ontario pendant les premières années après sa légalisation. L'un des points qu'il a fait valoir — et je pense que nous devrions y revenir — en se fondant sur sa propre étude, c'est que ces patients avaient accès à des soins palliatifs complets et de qualité. Je pense qu'il faut faire preuve d'une grande prudence dans notre interprétation de cette affirmation.

Près de 25 % des patients auxquels on a administré l'AMM n'avaient pas reçu de soins palliatifs, et 75 % ont été en contact avec des soins palliatifs. Nous ignorons toutefois ce que cela signifie. Ont-ils obtenu une seule consultation? Santé Canada a effectué une étude et produit un rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir. Selon ce rapport, approximativement 40 % des patients ont été aiguillés vers les soins palliatifs depuis un mois ou deux. Ce sont des patients qui ont enduré durant des mois une souffrance physique, existentielle et psychologique. Par conséquent, même s'ils ont été en contact avec des soins

referred to palliative care at a time when that suffering could have been averted.

Senator Martin: I feel like sometimes we are interrupting a really great conversation that our two panellists could be having with one another. Before I ask a question to both of you, in terms of loss of dignity, I wanted to say that I think we sometimes impose our own understanding, as healthy individuals, of what dignity looks like. I know for my mother, who has advanced dementia, sitting in a soiled diaper or looking as if she has lost her dignity, but in the way she behaves there are certain things that let me know her dignity is absolutely intact. This is just one of the considerations that we have to look at carefully. As you say, it is so complex. Suffering is complex. Dignity, and our understanding of it, can be complex.

My question is to both of you. We talked about whether we should reasonably separate and distinguish the reasons one requests MAID from suicidal ideation. This is such an important area for us to look at. Would each of you comment on the importance of separating this further? Thank you.

Dr. Chochinov: I have spent a good deal of my career thinking about and studying dignity. We have come up with some of the first empirical studies looking at dignity in the terminally ill. We began looking at dignity because in Holland, loss of dignity was the most frequently cited reason as to why Dutch physicians were providing their patients a hastened death. What we learned over the course of 20 years of research is that dignity is complex, it's multi-faceted, it's far more than being able to control autonomy in terms of the timing and circumstances of your death. You talked about your mother and the challenges she has in dealing with her everyday life. We have found one of the most powerful things that can influence a patient's sense of dignity is how they perceive others are receiving them. Do people feel that their sense of personhood is being affirmed or is it being undermined? It is critically important to understand dignity, as we know that loss of dignity can be related to not only a request to die, but it can be related to the undermining of a wish to go on living.

I think you ask very important questions when you talk about the separation between suicidality versus a request for death. The American Association of Suicidology says that the primary

palliatifs depuis un mois ou deux, on peut vraiment parler d'un échec du système parce qu'ils n'ont pas été aiguillés vers des soins palliatifs au moment où ils auraient pu éviter cette souffrance.

La sénatrice Martin : J'ai parfois l'impression d'interrompre une formidable conversation entre nos deux témoins. Avant que je ne pose une question à tous les deux, au chapitre de la perte de la dignité, je tenais à dire que je pense parfois que nous imposons notre propre compréhension, de personnes en bonne santé, de ce à quoi devrait ressembler la dignité. En ce qui concerne ma mère par exemple, qui est atteinte de démence à un stade avancé, et qui se retrouve dans une couche souillée, elle peut sembler avoir perdu sa dignité. Mais quelque chose dans son comportement, certains signes me laissent entendre que sa dignité est absolument intacte. C'est seulement l'un des facteurs que nous devons considérer avec soin. Comme vous le dites, c'est tellement complexe. La souffrance est quelque chose de complexe. La dignité, telle que nous la comprenons, peut être complexe.

Ma question s'adresse à vous deux. Nous avons discuté de la question, à savoir si nous devrions raisonnablement faire la distinction entre les raisons pour lesquelles une personne demande l'aide médicale à mourir et les idées suicidaires. C'est une question tellement importante que nous devons examiner. Est-ce que vous voudriez nous faire part de vos commentaires concernant l'importance de faire une distinction encore plus poussée entre les deux? Merci.

Dr Chochinov : J'ai consacré une bonne partie de ma carrière à réfléchir au sujet de la dignité et à l'étudier. Nous avons réalisé certaines des toutes premières études empiriques sur la dignité des personnes en phase terminale. Nous avons commencé à nous intéresser à la dignité parce que, en Hollande, la perte de la dignité était la raison la plus souvent citée par les médecins néerlandais qui fournissaient à leurs patients un suicide assisté. Ce que nous avons appris au cours de ces 20 années de recherche, c'est que la dignité est complexe, qu'elle comporte de nombreuses facettes, et qu'elle va bien au-delà de la capacité à maîtriser son autonomie eu égard au moment et aux circonstances de la mort. Vous venez de parler de votre mère et des difficultés auxquelles elle doit faire face dans la vie de tous les jours. Nous avons constaté que l'un des facteurs les plus puissants pouvant influencer le sentiment de dignité chez un patient est la manière dont il perçoit que les autres le voient. Est-ce que les autres semblent penser que le sentiment de leur identité individuelle s'affirme ou est diminué? Il est extrêmement important de comprendre la dignité, car nous savons que la perte de la dignité peut avoir un lien non seulement avec la demande de mourir, mais aussi avec la diminution du désir de continuer à vivre.

Je pense que vous posez une très importante question lorsque vous parlez de faire la distinction entre la suicidali   et la demande de mourir. Selon l'American Association of

distinction between suicidal ideation and a request for medical aid in dying is that the patients who have requested medical aid in dying must have a life expectancy of six months or less. Your question opens up a very broad field that we are not talking about. We are talking about these very specific criterion around who does and does not get medical assistance in dying. What we need to understand is the broader clinical issue. The fact is that when people are confronting death, they are oftentimes filled with a great deal of angst, sometimes regret, remorse, anxiety or depression. We need to lean in — as my palliative care colleague Mike Harlos used to say — and ask people, how are you feeling? What is your life like now? Are you feeling like you can go on? Help me understand what is undermining your wish to go on.

I'll end on this point. When I was chair of the external panel for *Carter v Canada* we made a trip to Holland and we spoke to some Dutch psychiatrists. One of the psychiatrists who does evaluation for capacity said to me that the role of a psychiatrist goes beyond simply finding out whether somebody understands the treatment options that are available to them, the differences between them and the implications of each. The role of the psychiatrist, according this Dutch physician who is involved in these decisions, is to understand what makes somebody feel that their life is no longer worth living.

The Chair: Thank you.

Senator Cotter: Thank you, gentlemen, for your really insightful presentations. I very much appreciate them. My question is for Dr. Downar. After the series of insights you provided, I was left with one piece of either confusion, misunderstanding or worry. I would like to pose it back to you and you can describe to me whether I misunderstood it or if the train in which you speak to is a bit more limited than I'm hoping for.

As I understood it, you were saying that the vast majority of people who have requested medical assistance in dying have had access to palliative care. They live middle class lives, married, they are not jeopardized by money, that sort of thing. That left me with a real concern, because certainly a lot of the discussion that we have — and as I understand it, you were also saying we should not listen too much to the chatter. Although there actually are vulnerable populations who are looking for MAID, they will distract us from the central question. But we have heard — and I know some senators have serious concerns — about disadvantaged or vulnerable populations whose choices may not be quite as autonomous as you are describing for your patients or the patients with whom you are familiar. I'm wondering whether it is the nature of your practice that you don't deal with people

Suicidology, la principale distinction entre les idées suicidaires et une demande d'aide médicale à mourir réside dans le fait que les patients qui ont demandé l'aide médicale à mourir doivent avoir une espérance de vie d'au plus six mois. Votre question ouvre un très large champ dont nous ne parlons pas. Nous sommes en train de parler de ces critères très précis qui détermineront qui aura droit à l'aide médicale à mourir et qui sera exclu. Ce qu'il faut comprendre, c'est qu'il s'agit d'un enjeu clinique beaucoup plus vaste. Le fait est que lorsque les gens doivent affronter la mort, il leur arrive souvent d'être submergés par une grande angoisse, parfois de regrets, de remords, de l'anxiété ou de la dépression. Il faut s'intéresser à eux — comme mon collègue des soins palliatifs M. Mike Harlos avait l'habitude de le dire — et demander aux gens, comment ils se sentent? À quoi ressemble leur vie en ce moment? Ont-ils l'impression de pouvoir continuer? Il faut leur demander de nous aider à comprendre ce qui sape leur désir de continuer à vivre.

Je vais conclure sur ce point. Lorsque je présidais le Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada* nous avons fait un voyage en Hollande et nous avons parlé avec quelques psychiatres néerlandais. L'un de ces psychiatres qui effectuait des évaluations de la capacité m'avait confié que le rôle d'un psychiatre va au-delà de déterminer si une personne comprend les options de traitement qui lui sont offertes, les différences entre ces options et les répercussions de chacune d'elles. En effet, selon ce médecin néerlandais, le rôle du psychiatre qui participe à ces décisions consiste à comprendre les raisons pour lesquelles quelqu'un a l'impression que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

La présidente : Merci.

Le sénateur Cotter : Je vous remercie, messieurs, pour vos exposés très pertinents. Je les apprécie beaucoup. Ma question s'adresse au Dr Downar. La série de réflexions que vous venez de livrer m'a jeté dans la confusion, l'incompréhension ou l'inquiétude. J'aimerais vous reposer la question, et peut-être que vous pourriez me dire si j'ai mal compris ou si les aspects que vous abordez sont trop pointus pour ma gouverne.

Si j'ai bien compris, vous avez dit que la vaste majorité des gens ayant demandé l'aide médicale à mourir avaient eu accès à des soins palliatifs. Ces personnes appartiennent à la classe moyenne, elles sont mariées, et n'ont pas de problèmes d'argent, ou de ce genre. Cette affirmation m'a causé une préoccupation réelle, parce qu'elle concerne une large part de la discussion que nous tenons — et si j'ai bien compris, vous avez aussi indiqué que nous ne devrions pas prêter trop d'attention au verbiage. Donc, bien qu'il existe réellement des populations vulnérables qui cherchent à obtenir l'AMM, elles risquent de nous distraire de la question centrale. Mais nous avons entendu parler — et je sais que quelques sénateurs entretiennent des inquiétudes réelles à ce sujet — de populations défavorisées ou vulnérables dont les choix pourraient ne pas être aussi autonomes que ceux de vos

who may be in those kinds of situations, or those concerns are genuinely exaggerated, or should we actually worry about the risk of autonomy by the decisions that they make?

Dr. Downar: It is always a good idea to be thinking and mindful that we want to do everything reasonable to try and prevent people from speaking out and receiving MAID because of an ill-informed request, a lack of options available to them, a lack of capacity, or because of poorly treated symptoms, et cetera. We have problems with palliative care access in this country. We have problems with psychiatric care access in this country. We have inadequate support services at home in this country. All of these are absolutely problems. What I can tell you is that it is very unlikely that any of these problems are driving MAID to any substantial degree based on the data that we have. That is demographic data.

I will respond quickly to the questions about the quality of palliative care received by people in the study that I published and the study by the federal government showing that 75% to 80% of people receiving MAID were receiving prior palliative care. The concern would be that we don't know if it was any good. Was it somebody who just saw them in the hallway once and that was that, or was it really good quality palliative care throughout? There is no measure or test for the quality of palliative care that someone got, so I can't prove it one way or another. But what I can tell you is that it would make no sense. If it was really about high quality palliative care reducing MAID and low quality palliative care not reducing MAID very well, what about people who receive no palliative care? They should have the highest MAID rates of everybody, but they don't.

I will give you an example of two people with six months to live; one has lung cancer and the other has end-stage lung disease, COPD. The person with lung cancer is far more likely to be getting palliative care. They are more likely to be getting early palliative care, more often, and higher quality palliative care. They are more likely to be getting home care services and comprehensive, extended home care services because of a better recognized prognosis. Which one of those who people is more likely to get MAID? The lung cancer patient. Despite being at the good end of all of those things. Again, whatever other factors may be in the mix, these people are at the right, beneficial end of all of those factors. Yet the person with cancer is 5 or 10 times

patients ou de patients dont vous avez entendu parler. Je me demande s'il n'est pas dans la nature de votre pratique de ne pas avoir affaire aux personnes se retrouvant dans ce genre de situations. Je me demande aussi si ces préoccupations sont véritablement exagérées, ou si nous devrions réellement nous inquiéter quant au risque relatif à l'autonomie dans les décisions que ces gens prennent?

Dr Downar : C'est toujours une bonne idée de réfléchir et d'être attentif à l'idée de tenter tout ce qu'il est raisonnable de faire pour empêcher quiconque de réclamer et de recevoir l'AMM en raison d'une demande irréfléchie, du manque d'options, d'un manque de capacité ou encore à cause d'un mauvais traitement des symptômes, et ainsi de suite. Nous éprouvons des problèmes eu égard à l'accès aux soins palliatifs dans ce pays. Nous éprouvons des problèmes avec l'accès aux soins psychiatriques dans ce pays. Les services de soutien à domicile sont inadéquats dans ce pays. Tous ces problèmes existent sans aucun doute. Mais ce que je peux vous dire, c'est qu'il est très peu probable que l'un ou l'autre de ces problèmes motive la demande de l'AMM dans une mesure importante compte tenu des données dont nous disposons. Ce sont des données démographiques.

Je vais répondre rapidement aux questions sur la qualité des soins palliatifs reçus par les personnes ayant participé à l'étude que j'ai publiée et celles visées par l'étude réalisée par le gouvernement fédéral. Ces études montrent qu'entre 75 et 80 % des patients ayant reçu l'AMM recevaient des soins palliatifs auparavant. L'inquiétude à ce sujet tient au fait que nous ignorons si ces soins palliatifs étaient appropriés. S'agissait-il d'une brève et unique consultation dans le corridor ou de soins palliatifs de très bonne qualité pendant toute la durée du séjour? Il n'existe aucun moyen de mesurer ou de vérifier la qualité des soins palliatifs qu'une personne a reçus, c'est pourquoi je ne peux rien prouver dans un sens ou dans l'autre. En revanche, ce que je peux vous dire, c'est que cela n'aurait aucun sens. Si on pouvait réellement affirmer que bénéficier de soins palliatifs de haute qualité réduit le recours à l'AMM, et que les soins palliatifs de piètre qualité ne réduisent pas le recours à l'AMM, eh bien, qu'en serait-il des personnes qui ne reçoivent pas de soins palliatifs? Elles devraient afficher les taux les plus élevés de recours à l'AMM, mais ce n'est pas le cas.

Je vais vous donner l'exemple de deux personnes à qui il reste six mois à vivre. La première est atteinte d'un cancer des poumons, et l'autre se trouve au stade final de la bronchopneumopathie chronique obstructive, ou BPCO. La personne atteinte d'un cancer des poumons est beaucoup plus susceptible de recevoir des soins palliatifs. Elle est en effet plus susceptible de recevoir des soins palliatifs précoces, plus fréquents, et de meilleure qualité. Elle est aussi beaucoup plus susceptible d'obtenir des services de soins à domicile et un éventail complet de services de maintien à domicile en raison d'un pronostic mieux reconnu. Laquelle de ces deux personnes est la plus susceptible de recevoir l'AMM? Le patient atteint

more likely to receive MAID than the person with chronic lung disease.

That tells you there is a completely different factor driving this. That is not to say this could never be a problem. Certainly, the stresses, strains and isolation caused by the COVID lockdowns have been seriously impacting mental health and well-being of people and we are hearing stories that they are requesting MAID as a result. To me, that's not an argument against MAID. That's a concern of the effect of the lockdowns, which hopefully will be temporary and relaxing in the next few months. The bigger question we have is that this is not an argument against improving those services or addressing any of those things that you said. We have to do that too. But we have to do that for the 98% of Canadians who aren't getting MAID. That's who we need to be thinking about.

This bill is really only actually affecting a tiny percent of the population. It gives everybody the choice, and that's good. People want choice. To Dr. Chochinov's point, many people feel comforted by having the choice and ability. They don't follow through with it. We need to be thinking about policy for everybody regardless of whether it affects MAID.

Senator Cotter: Thank you.

Dr. Downar: Thank you.

Senator Cotter: I think I used up all my time. Actually, Dr. Downar used up all my time.

[Translation]

Senator Dupuis: My question is for Dr. Downar.

Quebec has some experience with medical assistance in dying, approximately 10 years of experience. In our personal lives, we know people who are living longer than people did 30 or 50 years ago. We also realize that our generation will live longer, particularly women, who have longer life expectancies. Consequently, we aren't the first generation, but rather the second or third generation of people who will grow old and experience parents and grandparents who are afflicted by degenerative diseases such as Alzheimer's.

d'un cancer du poumon. En dépit du fait que ses chances sont plus favorables à tous les égards. Encore une fois, peu importe les autres facteurs dans l'équation, ce patient est beaucoup plus susceptible de s'en sortir. Et pourtant, celui qui est atteint du cancer est de 5 à 10 fois plus susceptible de recevoir l'AMM que celui qui souffre d'une maladie pulmonaire chronique.

Cet exemple montre que c'est un facteur complètement différent qui motive ce résultat. Cela ne veut pas dire pour autant que cette situation ne posera jamais de problème. Bien entendu, les facteurs de stress, les tensions et l'isolement occasionnés par le confinement résultant de la pandémie de COVID influent sérieusement sur la santé mentale et le bien-être des gens. Nous entendons dire qu'ils en viennent à demander l'AMM. Personnellement, je trouve que ce n'est pas un argument contre l'AMM. C'est un sujet de préoccupation qui résulte des périodes de confinement qui, nous l'espérons, seront temporaires et se relâcheront dans les mois qui viennent. La grande question, c'est que ce n'est pas une raison de ne pas améliorer ces services ou de ne pas s'occuper des problèmes que vous avez mentionnés. Il faut faire cela aussi. Mais nous devons le faire pour les 98 % de Canadiens qui n'obtiennent pas l'AMM. C'est à eux que nous devons penser.

Ce projet de loi ne va en réalité toucher qu'un très faible pourcentage de la population. Il donne le choix à tout le monde, et c'est une bonne chose. Les gens veulent avoir le choix. Pour revenir au point soulevé par le Dr Chochinov, bien des gens se sentent réconfortés d'avoir le choix et la capacité. Cela ne veut pas dire qu'ils vont aller jusqu'au bout. Il faut réfléchir à une politique qui s'applique à tout le monde, et ce, peu importe les répercussions sur l'AMM.

Le sénateur Cotter : Merci.

Dr Downar : Merci.

Le sénateur Cotter : Je pense que j'ai utilisé tout le temps qui était à ma disposition. En réalité, le Dr Downar a utilisé tout mon temps.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Ma question s'adresse au Dr Downar.

Le Québec a une certaine expérience avec l'aide médicale à mourir, soit une dizaine d'années d'expérience environ. Dans nos vies personnelles, nous avons autour de nous des personnes qui vivent plus âgées qu'il y a 50 ou 30 ans. On s'aperçoit également que notre génération vivra plus longtemps, surtout les femmes, qui ont une espérance de vie plus élevée. Donc, on ne forme pas la première génération, mais la deuxième ou la troisième génération de gens qui deviendront âgés et qui auront l'expérience de parents et de grands-parents qui auront été atteints de maladies dégénératives comme l'alzheimer.

I started thinking about this 10 years ago when I was part of a Barreau du Québec task force on the right to die with dignity. Earlier you mentioned the fluctuating desire to die. The issue of dignity is also the issue of the personal projection that we engage in and of the conditions that must be satisfied for us to respect our own dignity before our children reach a judgment of that dignity. Shouldn't we give consideration to the new reality that has taken shape here, in our thinking, in the future review and in this opportunity to debate Bill C-7?

Dr. Downar: Thank you for that question, senator. It's a tough one to answer, but I'll give it a try. Yes, the question of dignity differs greatly from one person to another.

Roughly 95% of Canadians meet the criteria for medical assistance in dying before they die, but no more than 2% of that number actually request it, and we note that many of those two-percenters met eligibility criteria a few months or even years before doing so.

You ask very important questions about what dignity means and about projecting what will happen in future. That, more than the criteria we are discussing today, is the most important question, and it determines whether you and I will request medical assistance in dying. It's like a waterfall. The same amount of water flows regardless of its depth at the base of the falls. The question of suffering, not the criteria that must be met, is the most important factor determining whether someone will request medical assistance in dying. Does that answer your question?

Senator Dupuis: Yes. If my understanding is correct, what you're telling us is that the discussion has to take place between patient and physician, based on the person's suffering and the highly subjective perception of whether that suffering is intolerable?

Dr. Downar: That's correct. Dr. Chochinov spent his entire career conducting research on these matters and what dignity means. Five years ago, I decided to reorient my research and to focus on this issue because it's the most important one. It's far more important than the criteria set forth in Bill C-7.

Senator Boisvenu: My question is for Dr. Downar and concerns the wording of the bill. An act that permits a person to request death and a professional to grant it must obviously have clear objectives, a clear framework and, especially, clear wording.

Ma réflexion a commencé il y a 10 ans, en participant à un groupe de travail du Barreau du Québec sur le droit de mourir dans la dignité. Vous avez parlé plus tôt du désir de mourir qui fluctue. La question de la dignité, c'est aussi la question de la projection personnelle que l'on fait et les conditions qui doivent être réunies pour respecter notre propre dignité avant que le jugement de nos enfants sur notre dignité s'applique. Ne faudrait-il pas tenir compte, non seulement dans la réflexion et la révision à venir, mais à l'occasion même du débat sur le projet de loi C-7, de cette réalité qui s'est installée ici?

Dr Downar : Merci, sénatrice, pour cette question. C'est une question à laquelle il est très difficile de répondre, mais je vais essayer. Oui, la question de la dignité est différente d'une personne à l'autre.

Environ 95 % des Canadiens et des Canadiennes répondent aux critères pour obtenir l'aide médicale à mourir avant de mourir. Cependant, ce n'est pas plus de 2 % de ces gens qui choisissent l'aide médicale à mourir. Chez ces 2 % de gens, on note souvent qu'ils répondaient aux critères d'admissibilité de l'aide médicale à mourir quelques mois ou même quelques années avant de la demander.

Vous posez des questions très importantes sur ce que veut dire la dignité et sur la projection de ce qui arrivera dans l'avenir. C'est la question la plus importante, qui détermine si vous ou moi allons demander l'aide médicale à mourir, plutôt que les critères dont nous débattons aujourd'hui. C'est comme une chute d'eau. Si on parle du niveau au bas d'une chute d'eau, peu importe le niveau, la quantité d'eau qui va passer sera la même. La question de la souffrance est la chose la plus importante qui déterminera si quelqu'un va demander l'aide médicale à mourir, plutôt que les critères qu'il faut remplir. Ai-je bien répondu à la question?

La sénatrice Dupuis : Oui. Si je comprends bien, ce que vous nous expliquez revient à dire que la discussion doit se tenir entre le patient et le médecin, à partir des souffrances de la personne et du caractère très subjectif du fait que ces souffrances sont tolérables ou non?

Dr Downar : C'est cela. Le Dr Chochinov a passé toute sa carrière à faire de la recherche sur ces questions et sur ce que veut dire la dignité. Depuis cinq ans, j'ai décidé de réorienter ma recherche et de me concentrer sur cette question, car c'est cela le plus important. C'est beaucoup plus important que les critères que contient le projet de loi C-7.

Le sénateur Boisvenu : Ma question s'adresse au Dr Downar et concerne le libellé du projet de loi. Il est évident qu'une loi qui autorise une personne à demander la mort et qui autorise un professionnel à la lui accorder doit être claire dans ses objectifs, dans son encadrement et, surtout, dans son libellé.

You say in your brief that we should avoid setting criteria that are too strict so that we can avoid challenges, but you also state that the concept of relatively foreseeable death is too vague.

Should the act more clearly define the patients who would be eligible for medical assistance in dying, or should we instead leave that vague, as was done in the 2016 bill?

Dr. Downar: I think it's time to be clearer and to eliminate the concept of relatively foreseeable death. As I previously mentioned, if someone meets the other three criteria, I think that means he or she will meet the fourth, which is relatively foreseeable death. That criterion adds nothing. No patient who meets the other three criteria would meet a non-foreseeable-death criterion.

Part of the problem is that some physicians don't agree with me and think there are people who meet other criteria but not the relatively-foreseeable-death criterion. That means this is a problem because we'll be interpreting the same act in different ways.

Senator Boisvenu: Does that apply equally to people suffering from physical diseases and those with very serious psychiatric and mental illnesses?

Dr. Downar: I'm not a psychiatrist; I'm a researcher. To me, the question isn't whether mental illness is an illness because it is obviously an illness. The question instead is whether it's incurable. In my view, that's the question that should be put to psychiatrists and the research community. The words you see now in the bill, which provides that mental illness is not an illness, will not stand because the courts won't like that wording. In my view, the question isn't whether it's an actual illness, but rather whether it's an incurable illness. It's important to ask the same question.

The vision of this bill is that, if someone has an incurable illness, his or her suffering is intolerable and there is no realistic way to relieve that suffering in future, that person should be entitled to medical assistance in dying. The same question should be applied to mental and physical illnesses.

Senator Boisvenu: Thank you very much.

[English]

Senator Keating: Dr. Chochinov, we have heard a lot today from the other panellists on the Dutch experience, the European experience and the American experience. I want you to forgive my ignorance for the following question, but do any of your studies include the Canadian experience so far with the

Vous dites dans votre mémoire qu'il faut éviter d'établir des critères trop stricts, sinon il y aura des contestations, mais vous affirmez également que le concept de mort relativement prévisible est trop flou.

La loi devrait-elle définir plus clairement les patients qui seraient admissibles à l'aide médicale à mourir ou doit-on plutôt laisser ce flou, comme dans le projet de loi de 2016?

Dr Downar : Je crois qu'il est temps d'être plus clair et de supprimer le concept de mort relativement prévisible. Comme je l'ai déjà mentionné, si quelqu'un répond aux trois autres critères, pour moi, cela veut dire qu'il va répondre au quatrième, c'est-à-dire la mort relativement prévisible. Ce critère n'ajoute rien. Aucun patient qui répondrait aux trois autres critères ne répondrait à un critère de mort non prévisible.

Une partie du problème, c'est qu'il y a des médecins qui ne sont pas d'accord avec moi et qui pensent qu'il y a des gens qui répondent aux autres critères, mais pas au critère de mort relativement prévisible. Cela veut dire que c'est un problème, car nous allons interpréter la même loi de façon différente.

Le sénateur Boisvenu : Est-ce que cela s'applique autant aux gens souffrant de maladies physiques qu'à ceux qui sont atteints de problèmes psychiatriques ou de maladies mentales très graves?

Dr Downar : Je ne suis pas psychiatre; je suis chercheur. Pour moi, la question, ce n'est pas de savoir si la maladie mentale est une maladie, car bien sûr, une maladie mentale est une maladie. La question est plutôt de savoir si c'est une maladie incurable. Pour moi, c'est cela la question qui doit être posée aux psychiatres et à la communauté de la recherche. Les mots qu'on lit maintenant dans le projet de loi, qui dit que la maladie mentale n'est pas une maladie, cela ne durera pas, car les tribunaux n'aimeront pas ce libellé. Pour moi, la question n'est pas de savoir si c'est une véritable maladie, mais plutôt si c'est une maladie incurable. Il est important de poser la même question.

La vision de ce projet de loi est que, si quelqu'un a une maladie incurable, que ses souffrances sont intolérables et qu'il n'y a aucune possibilité réaliste que ces souffrances puissent être soulagées dans l'avenir, cette personne devrait avoir droit à l'aide médicale à mourir. Ce sera la même question que l'on appliquera aux maladies mentales et aux maladies physiques.

Le sénateur Boisvenu : Merci beaucoup.

[Traduction]

La sénatrice Keating : Docteur Chochinov, aujourd'hui nous avons beaucoup entendu l'autre témoin nous parler de l'expérience menée aux Pays-Bas, de celle menée en Europe et de celle menée aux États-Unis. Je vous prie de pardonner mon ignorance si je vous pose la question suivante, mais est-ce que

application of MAID? Because as it was actively pointed out by Senator Dupuis, it has been in effect for 10 years in Quebec. I would like your thoughts on that.

Dr. Chochinov: Thank you. It's an excellent question. My studies have not looked at MAID specifically. We are beginning to try and launch some studies in that area. Dr. Downar has given us a study looking at some of the early days in MAID. I think another important issue with Dr. Downar's study is that it's something that is pre-Bill C-7. So what this is going to look like in a Bill C-7 era, when reasonably foreseeable death is removed, is really unknown.

I was in contact with the Canadian Cancer Society recently. It looks like there is an investigator from the University Health Network who has been funded to do a study of MAID because, obviously, these issues are very complex.

Studies like Dr. Downar's are important. They give us a 30,000-foot view, when you look at administrative data trying to understand something as textured and layered as MAID, with the studies funded by the Canadian Cancer Society. They are going to be both quantitative as well as qualitative studies.

What is missing from many of these studies is the voice of the patient. We need to have studies of MAID patients, patients who are thinking of having MAID, interviews with them, with members of their family to try to find out what the nature of their suffering is.

My personal agenda is it's important for us to understand that, because the expression of a wish to die is one way that we express existential angst. It's one of the ways that we express the fact that we're suffering. So I think that a study of MAID and those who are requesting MAID is not only going to inform practices around MAID, but it is going to inform better practices around palliative care.

Senator Keating: I agree. Thank you.

Dr. Downar, do you have anything you would like to quickly add?

The Chair: He has added to it.

Dr. Downar: My thumb.

The Chair: Senator Kutcher, you requested other witnesses, clinicians and people with the experience of MAID. We have invited and are waiting for confirmation from people who have

l'une ou l'autre de vos études comprend une expérience menée au Canada eu égard à l'application de l'AMM? Parce que, comme l'a signalé vivement la sénatrice Dupuis, elle est en vigueur au Québec depuis 10 ans. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Dr Chochinov : Merci. C'est une excellente question. Mes études ne portaient pas précisément sur l'aide médicale à mourir. Nous commençons tout juste à lancer des études dans ce domaine. L'étude réalisée par le Dr Downar portait sur les tout débuts de l'AMM. Et un autre aspect important de l'étude du Dr Downar, à mon avis, est le fait qu'elle précède le projet de loi C-7. Alors, à quoi ressemblera la situation après l'adoption du projet de loi C-7, une fois que l'on aura éliminé le critère de la mort raisonnablement prévisible, nous l'ignorons complètement.

J'ai été en contact avec la Société canadienne du cancer récemment. Il semble qu'un chercheur du Réseau universitaire de santé ait obtenu du financement pour réaliser une étude de l'AMM parce que, de toute évidence, ces enjeux sont très complexes.

Les études comme celle du Dr Downar sont importantes. Elles nous donnent une grande vue d'ensemble, lorsque l'on analyse les données administratives pour comprendre quelque chose d'aussi texturé et multidimensionnel que l'aide médicale à mourir, à l'instar des études financées par la Société canadienne du cancer. Ces études seront à la fois quantitatives et qualitatives.

Mais ce qui manque à bon nombre de ces études, c'est la voix des patients. Il nous faut des études sur les patients visés par l'AMM, les patients qui songent à demander l'AMM, des entrevues avec eux, avec les membres de leur famille aussi afin de découvrir la vraie nature de leur souffrance.

À mon avis, il est important que nous le comprenions, car l'expression du désir de mourir est une façon d'exprimer une angoisse existentielle. C'est l'une des façons d'exprimer le fait que l'on souffre. Je suis donc d'avis qu'une étude sur l'aide médicale à mourir et sur ceux qui demandent l'AMM ne va pas seulement éclairer les pratiques en matière d'aide à mourir, mais aussi les pratiques exemplaires en matière de soins palliatifs.

La sénatrice Keating : Je suis d'accord. Je vous remercie.

Docteur Downar, avez-vous quelque chose à ajouter, rapidement?

La présidente : Il a ajouté quelque chose.

Dr Downar : Mon pouce.

La présidente : Sénateur Kutcher, vous avez demandé d'autres témoins, des cliniciens et des personnes ayant l'expérience de l'aide médicale à mourir. Nous avons invité et

experienced it. We are in the process. The clerk has been working hard on that.

Senator Kutcher: Thank you very much, Madam Chair. Thank you for that information. I think it's important that we hear from people on the ground instead of just theoretical physicists.

I have questions for each of the panellists. The questions won't be too long, but I would really appreciate that the answers be brief because my colleagues have important questions to ask.

Dr. Chochinov, in response to an earlier question, you cited a 2016 study of Canadian psychiatrists. It's now 2020. We know that attitudes change over time. Interestingly, you did not cite a 2020 report from the Association des médecins psychiatres du Québec that shows the majority of psychiatrists there support access to MAID for a sole mental disorder, particularly if safeguards are in place. Is it fair to use outdated data that supports your opinion and ignore more recent data that does not support your opinion when you provide your testimony?

The second question is for Dr. Downar. Do you consider the exclusion of MAID on the basis of a sole mental illness to be an extraneous criteria or a safeguard in Bill C-7?

Dr. Chochinov: I'll go first. I wasn't aware there was a Quebec study that shows that the majority of psychiatrists are supportive of MAID for psychiatric reasons alone. I look forward to getting that reference.

Dr. Downar: I would strongly discourage us from relying too heavily on survey data that goes one way or the other. As you very elegantly just pointed out, Senator Kutcher, in 2016 everybody said one thing, and in 2020 everybody said something else. It doesn't mean that one group is right or one group is wrong. It just means that we should be careful in how we interpret surveys.

My answer about the mental illness indication is, by definition, that it is an eligibility criterion right now. It is not a safeguard as it's written.

If you're going to try to leave that in there, make it clear you're leaving that in there so that it could be properly considered by a committee that is going to have to consider aspects of whether this is an incurable condition, and if the potential concerns that Dr. Chochinov has highlighted are overriding, in the sense that it's just too much, too hard to be

nous attendons la confirmation de personnes qui en ont fait l'expérience. Nous sommes en train de le faire. Le greffier a travaillé fort sur ce point.

Le sénateur Kutcher : Merci beaucoup, madame la présidente. Je vous remercie de m'en informer. Je pense qu'il est important que nous entendions des personnes sur le terrain et non pas seulement des physiciens théoriques.

J'ai des questions pour chacun des membres du groupe de témoins. Elles ne seront pas trop longues, mais j'aimerais vraiment que les réponses soient brèves, car mes collègues ont des questions importantes à poser.

Docteur Chochinov, dans une de vos réponses précédentes, vous avez cité une étude de 2016 sur les psychiatres canadiens. Nous sommes maintenant en 2020. Nous savons que les attitudes changent au fil du temps. Il est intéressant de noter que vous n'avez pas cité un rapport de 2020 de l'Association des médecins psychiatres du Québec qui montre que la majorité des psychiatres de cette province sont pour l'accès à l'aide médicale à mourir dans le cas d'un trouble mental, surtout si des garanties sont en place. Est-il juste d'utiliser dans votre témoignage des données périmées qui soutiennent votre opinion et d'ignorer d'autres, plus récentes, qui ne la soutiennent pas?

La deuxième question s'adresse au Dr Downar. Considérez-vous l'exclusion de l'aide médicale à mourir si la maladie mentale est la seule raison invoquée comme étant un critère non pertinent ou une garantie dans le projet de loi C-7?

Dr Chochinov : Je vais commencer. Je ne savais pas qu'il existait une étude québécoise qui montre que la majorité des psychiatres sont pour l'aide médicale à mourir pour des raisons psychiatriques uniquement. J'ai hâte d'en obtenir copie.

Dr Downar : Je nous déconseille fortement de nous appuyer trop lourdement sur des données d'enquête qui vont dans un sens ou dans l'autre. Comme vous venez de le souligner avec élégance, sénateur Kutcher, en 2016, tout le monde a dit une chose et en 2020 tout le monde a dit autre chose. Cela ne signifie pas qu'un groupe a raison ou qu'un autre a tort. Cela signifie simplement que nous devons être prudents dans la manière dont nous interprétons les enquêtes.

Ma réponse concernant la maladie mentale est le fait que, par définition, c'est un critère d'admissibilité en ce moment. Ce n'est pas une garantie selon la formulation actuelle.

Si vous voulez laisser cet aspect-là, dites-le clairement afin qu'il y ait un examen par un comité qui doit déterminer s'il s'agit d'une maladie incurable et si les préoccupations éventuelles que le Dr Chochinov a soulignées sont primordiales; autrement dit, il serait tout simplement beaucoup trop difficile d'être sûr qu'il s'agit d'un souhait compétent ou si l'on conclut,

sure that this is a competent wish, or if we're going to say, regardless of those risks, that we still feel that the rights argument is compelling. I would give that as my answer.

Dr. Chochinov: I would add that if we're interested in psychiatric conditions and medical assistance in dying, I would refer the committee to a really important study by Scott Kim looking at a review of 66 patients, all of whom were euthanized for mental illness grounds alone. I think it will be enlightening for the committee to become familiar with why it is that patients with mental disorders seek out assisted death.

The Chair: I want to thank both Dr. Downar and Professor Chochinov for your exceptionally engaging presentations. As Senator Martin said, we could just listen to you and not ask you questions. But that's not the mandate I have been given, so I can't change the rules. I know each one of the committee members appreciate both your presentations. I'm sure we will be asking you to come again. Maybe next time we will just have you two talk. Thank you very much.

Dr. Downar: Thank you very much for all of your hard work. We appreciate it.

Dr. Chochinov: It's my honour.

The Chair: We are now in our fifth panel. I want to, first of all, thank Dr. Baillie and Dr. Ferrier for helping us at the very last minute to change the times they were going to meet with us. To all three of you, you have accommodated us at very short notice. We want you to know that we really appreciate all you've done to be here today.

It's my pleasure to welcome Dr. Alain Naud, Clinical Professor, Department of Family and Emergency Medicine from Laval University. From the Mental Health Commission of Canada, we have Dr. Patrick Baillie, Psychologist and Lawyer, as an individual; and from the Physicians' Alliance Against Euthanasia, we welcome Dr. Catherine Ferrier, President.

Senators, just because so many things have been changing, I want to make sure everyone has the latest panel's five names. Thank you very much.

Dr. Alain Naud, the floor is yours.

[Translation]

Dr. Alain Naud, Clinical Professor, Department of Family and Emergency Medicine, Laval University: Thank you, Madam Chair. My sincere thanks as well to the members of the

indépendamment de ces risques, que nous pensons toujours que l'argument des droits est convaincant. Voilà ma réponse.

Dr Chochinov : J'ajouterais que si nous nous intéressons aux maladies psychiatriques dans le contexte de l'AMM, je renvoie le comité à une étude vraiment importante de M. Scott Kim qui a examiné le dossier de 66 patients, tous euthanasiés pour motif de maladie mentale uniquement. Je pense qu'il sera utile pour le comité de prendre connaissance des raisons pour lesquelles les patients souffrant de maladie mentale demandent une aide à la mort.

La présidente : Je tiens à remercier le Dr Downar et le Dr Chochinov de leurs présentations exceptionnellement intéressantes. Comme l'a dit la sénatrice Martin, nous pourrions simplement vous écouter et nous n'aurions pas de questions. Mais ce n'est pas le mandat qui m'a été confié et je ne saurais changer les règles. Je sais que tous les membres du comité ont aimé vos deux exposés. Je suis sûre que nous vous demanderons de revenir. Peut-être que la prochaine fois, nous vous ferons simplement parler. Je vous remercie grandement.

Dr Downar : Merci beaucoup de tout votre travail. Nous vous en sommes reconnaissants.

Dr Chochinov : C'est un honneur pour moi.

La présidente : Nous abordons maintenant notre cinquième groupe de témoins. Je tiens tout d'abord à remercier M. Baillie et la Dre Ferrier de nous avoir aidés à la toute dernière minute à changer les heures auxquelles ils allaient nous rencontrer. Vous nous avez accueillis tous les trois dans des délais très courts. Nous tenons à ce que vous sachiez à quel point nous vous sommes reconnaissants de tout ce que vous avez fait pour être des nôtres aujourd'hui.

J'ai le plaisir d'accueillir le Dr Alain Naud, professeur clinique titulaire au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université Laval. De la Commission de la santé mentale du Canada, nous accueillons M. Patrick Baillie, psychologue et avocat, à titre personnel; enfin, de l'Alliance des médecins contre l'euthanasie, nous accueillons la Dre Catherine Ferrier, présidente.

Comme beaucoup de choses ont changé, j'aimerais m'assurer que tous les sénateurs ont les cinq noms du dernier groupe de témoins. Merci beaucoup.

Docteur Alain Naud, vous avez la parole.

[Français]

Dr Alain Naud, professeur clinique titulaire, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université Laval : Merci, madame la présidente. Je tiens à remercier

committee for this invitation to come and share with you my practical experience with medical assistance in dying.

I have been a family and palliative care physician for 35 years and am a full clinical professor at Laval University. I acted as a medical expert in medical assistance in dying and palliative care during the hearings in the Gladu and Truchon cases before the Superior Court of Quebec, and I have personal experience in assessing and assisting more than 100 patients who received medical assistance in dying.

After five years of practical experience in medical assistance in dying in Quebec, and roughly the same in Canada, I now feel it is important to base our thinking and decisions on experience and actual reality on the ground and to listen to what the patients, their families and caregivers involved have to say.

First, I'd like to make a few observations on the Quebec landscape. Medical assistance in dying is a form of compassionate care that is provided by an entire medical team and a caregiver team, not merely two physicians or two nurses, in a manner entirely consistent with a patient's free and informed choice.

A patient's choice to request medical assistance in dying is never an impulsive one; it is the culmination of a lengthy process of reflection anchored in the flesh and suffering, a process that has gone on for days, weeks, months and, in some instances, years. It is never an impulsive act.

The caregiver's right to conscientious objection is important; it is currently well protected by statute and need not be reinforced. However, it does not grant the person who invokes it the right to impose it on the patient or to undermine a request for medical assistance in dying. To invoke it in refusing to convey a request to a colleague is tantamount to serious clinical, ethical and professional misconduct.

Approximately 80% of patients who have received medical assistance in dying in Quebec previously received palliative care, while the remainder voluntarily rejected that care. It must be understood that palliative care and medical assistance in dying are not competing types of care; they are legitimate and lawful end-of-life options that are interrelated and complementary.

Medical assistance in dying has been very strictly administered in Quebec in the past five years, and all abuses have been observed in the way certain physicians and institutions have obstructed legitimate access. This is where we see patients who are vulnerable and unprotected. One in three patients who have signed official requests in Quebec are in this position.

sincèrement les membres du comité de l'invitation à venir partager avec vous mon expérience concrète de l'aide médicale à mourir.

Je suis médecin de famille et médecin de soins palliatifs depuis 35 ans et professeur clinique titulaire à l'Université Laval. J'ai agi comme expert médical en aide médicale à mourir et soins palliatifs au moment des audiences dans les affaires de Gladu et Truchon devant la Cour supérieure du Québec, et j'ai une expérience personnelle d'évaluation et d'accompagnement de plus d'une centaine de malades qui ont reçu l'aide médicale à mourir.

Après cinq années d'expérience concrète avec l'aide médicale à mourir au Québec, et presque autant au Canada, il est important d'ancrer dorénavant nos réflexions et nos décisions sur l'expérience et la réalité concrète du terrain, et d'écouter les témoignages des malades, de leurs proches et des soignants qui sont impliqués.

J'aimerais faire quelques constats, tout d'abord, sur le terrain québécois. L'aide médicale à mourir est un soin de compassion qui est prodigué par toute une équipe médicale et une équipe de soignants, pas seulement deux médecins ou deux infirmières, et dans le respect absolu du choix libre et éclairé d'un malade.

La décision d'un malade de recourir à l'aide médicale à mourir n'est jamais un choix impulsif; c'est l'aboutissement d'une longue réflexion qui est ancrée dans sa souffrance et dans sa chair, une réflexion qui dure depuis des journées, des semaines, des mois et parfois des années. Ce n'est jamais un geste impulsif.

Le droit à l'objection de conscience des soignants est important; il est, à l'heure actuelle, bien protégé par les lois et n'a pas besoin d'être renforcé. Il ne confère toutefois aucunement à celui qui l'invoque le droit de l'imposer au malade ou de nuire à une demande d'aide médicale à mourir. L'invoquer pour refuser de transférer une demande à un collègue relève d'une faute clinique, déontologique, éthique et professionnelle grave.

Environ 80 % des malades au Québec qui ont reçu l'aide médicale à mourir recevaient déjà des soins palliatifs, alors que les autres ont refusé librement ces soins. Il faut comprendre qu'il n'y a aucune opposition entre les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir; ce sont des options légitimes et légales de fin de vie qui sont interreliées et complémentaires.

Depuis cinq ans, au Québec, l'aide médicale à mourir a été administrée de façon très rigoureuse, et tous les dérapages ont été observés dans l'obstruction faite par certains médecins ou certains établissements à un accès légitime. C'est là où l'on retrouve les malades qui sont vulnérables et qui ne sont pas protégés. Cela représente un malade sur trois au Québec qui a signé une demande officielle.

The following aspects of Bill C-7 should be retained: the requirement that a request be signed before only one witness, who may be a caregiver, which is extremely important; the repeal of the mandatory 10-day waiting period, which, by requiring these patients to wait, was merely sadistic and cruel; and the option to waive in advance the requirement that the patient have the capacity to consent at the time of the procedure.

There are also aspects that should be amended. The concept of “reasonably foreseeable natural death,” which I think is the biggest stumbling block in this bill, represents no medical concept or definition and appears in no medical textbook, and yet physicians are responsible for applying it. Deleting this criterion only to make it a safeguard does not imbue it with any more meaning and definitely fails to give it a standardized or recognized medical definition, whereas retaining it would continue to burden medical assessors with the intolerable and unacceptable weight of interpreting a criterion that has no medical significance. It should simply be deleted. The Superior Court of Quebec has ruled that the other criteria are largely adequate to ensure the protection of vulnerable patients. If the legislator wishes to retain different safeguards, I would suggest establishing a much more tangible one: a prognosis of death within 12 months or less, or within 12 months or more, which, in the latter case, would open the way to different safeguards.

As for mental health, I don’t think there is any justification in distinguishing patients who have mental problems. You’ll be hearing from other individuals on that subject.

On the other hand, aspects not covered by Bill C-7 but that should be considered include advance medical directives, under which a patient who has been diagnosed with dementia or Alzheimer’s disease, for example, may make an advance request. You will see in my brief several suggestions that would be very easy to implement. There is also the review of requests for medical assistance in dying that have been denied or not administered and for which a much more rigorous process should be provided, one that does not currently exist. As I mentioned, that’s where you see the vulnerable patients who are not currently protected.

Thank you, Madam Chair.

[English]

The Chair: Thank you very much, Dr. Naud.

We will now go on to the representatives of the Mental Health Commission of Canada.

Les éléments du projet de loi C-7 à conserver sont les suivants : un seul témoin à la signature, qui peut être un soignant, est extrêmement important; l’abrogation de la période d’attente obligatoire de 10 jours qui, dans les faits, ne représentait que du sadisme et de la cruauté pour ces malades, qui sont forcés à attendre; la possibilité de renoncer à l’avance à l’obligation d’être encore apte au moment de la procédure.

Il y a des éléments à modifier. Le concept de « mort naturelle raisonnablement prévisible », qui représente, à mon avis, le plus grand écueil de ce projet de loi, ne répond à aucun concept ni aucune définition médicale et n’existe dans aucun manuel de médecine, alors que ce sont pourtant les médecins qui ont la responsabilité de l’appliquer. Supprimer ce critère pour en faire une mesure de sauvegarde ne lui donne pas plus de sens et certainement pas de définition médicale standardisée et reconnue, alors que le maintenir continuerait de faire porter sur les épaules des médecins évaluateurs le poids intolérable et inacceptable d’interpréter un critère qui n’a aucune signification médicale. Il devrait être tout simplement supprimé. La Cour supérieure du Québec a statué que les autres critères étaient amplement suffisants pour assurer la protection des malades vulnérables. Si le législateur souhaite maintenir des mesures de sauvegarde différentes, je suggère alors d’établir un critère beaucoup plus concret, soit un pronostic de décès de 12 mois ou moins, ou de 12 mois et plus, ce qui permettrait, dans le cas des pronostics de 12 mois et plus, d’avoir des mesures de sauvegarde différentes.

En ce qui concerne la santé mentale, je crois qu’il n’est pas justifié de discriminer les malades qui ont un problème de santé mentale. Vous entendrez plusieurs autres personnes s’exprimer sur le sujet.

Par ailleurs, dans les éléments qui ne sont pas couverts par le projet de loi C-7 et qui sont à considérer, il y a les directives médicales anticipées, qui permettraient à un malade, après avoir reçu un diagnostic de démence ou d’alzheimer, par exemple, de faire une demande anticipée. Vous trouverez dans mon mémoire quelques balises qui seraient très simples à mettre en œuvre. Il y a aussi l’examen des demandes d’aide médicale à mourir refusées ou non administrées, pour lesquelles on devrait prévoir un processus beaucoup plus rigoureux, qui n’existe pas actuellement. Comme je le mentionnais, c’est là que l’on retrouve les malades vulnérables qui ne sont pas protégés en ce moment.

Je vous remercie, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente : Merci beaucoup, docteur Naud.

Nous passons maintenant à la Commission de la santé mentale du Canada.

Dr. Patrick Baillie, Psychologist and Lawyer, as an individual: Thank you, Senator Jaffer.

I should clarify right at the start that although I served on the Mental Health and Law Advisory Committee for the Mental Health Commission and was later chair of that committee, due to the tight time constraints with which these hearings were arranged, the commission was unable to formulate its official position on the new legislation. So I was asked that I clarify that I'm presenting as an individual who had previously appeared before this committee back in 2016, but I can't be taken as representing the views of the commission, as the commission is still formulating those opinions.

The Chair: Thank you very much for that clarification.

Dr. Baillie: Thank you.

The question that is being posed most centrally for me is whether or not medical assistance in dying should be available for persons whose sole underlying medical condition is a mental illness. At this point, my simple answer is no. The reason for that is that I don't believe that we have in place adequate safeguards. I was listening in earlier today when Senator Kutcher put the question to Dr. Downar, I believe, about the Quebec study that found most psychiatrists are actually in favour of MAID being available for individuals whose sole medical illness is mental illness, adding the phrase "with appropriate safeguards." I don't think those safeguards are yet in place.

What the commission suggested in 2016 was a phased approach, as has been the approach so far, consultation with individuals who have had serious mental illnesses, with the family members who have been affected by that and with individuals who have either changed their decision about suicide or family members who have been affected by suicide. This was in order to reduce the likelihood of wrongful death occurring. The challenge is that mental illnesses are inherently different than many of the physical illnesses that typically fall under the MAID regime, so I would prefer that there be further discussion about what sorts of provisions can be put in place as appropriate safeguards for those individuals who may choose to access MAID for a mental illness.

You heard earlier today about the studies in Belgium and the Netherlands about people who are accessing MAID for mental illnesses. We have the Belgian study of 100 psychiatric patients, and 50 of those individuals had been diagnosed with having a personality disorder, 48 of the individuals had been diagnosed with depression, 10 with bipolar disorder and relatively few with a psychotic illness. Certainly there was some overlap, which is why the numbers add up to over 100.

M. Patrick Baillie, psychologue et avocat, à titre personnel : Merci, sénatrice Jaffer.

Je tiens à préciser d'emblée que, bien que j'aie fait partie du Comité consultatif sur la santé mentale et la loi de la Commission de la santé mentale du Canada et que j'en ai ensuite assuré la présidence, en raison des délais serrés dans lesquels ces audiences ont été organisées, la commission n'a pas été en mesure de formuler sa position officielle sur la nouvelle loi. On m'a donc demandé de préciser que je me présente en tant que personne ayant déjà comparu devant ce comité en 2016, mais que mon opinion n'est pas celle de la commission, car celle-ci est encore en train de la formuler.

La présidente : Merci beaucoup de cette précision.

M. Baillie : Merci.

La question qui se pose fondamentalement pour moi est de savoir si les personnes dont la seule pathologie sous-jacente est une maladie mentale doivent avoir accès à l'aide médicale à mourir. À ce stade, je dis simplement non, et ce, parce que je ne crois pas que nous ayons mis en place des garanties adéquates. Plus tôt dans la journée, le sénateur Kutcher a posé une question au Dr Downar au sujet, je crois, de l'étude québécoise selon laquelle la plupart des psychiatres sont de fait favorables à ce que l'AMM soit disponible pour les personnes dont la seule pathologie est une maladie mentale; dans sa réponse, le Dr Downar a ajouté la phrase « avec des garanties appropriées ». Je ne pense pas que ces garanties soient encore instituées.

En 2016, ce que la commission a suggéré était une approche progressive, comme c'est le cas actuel, ainsi que la consultation de personnes qui ont eu des maladies mentales graves, de membres de leur famille qui ont été touchés par cela et de personnes qui ont changé leur décision de se suicider ou des membres de la famille qui ont été touchés par le suicide. Cette démarche visait à réduire les risques d'une mort injustifiée. Le défi est que les maladies mentales sont intrinsèquement différentes des nombreuses maladies physiques qui relèvent généralement du régime de l'AMM, et je préférerais donc qu'il y ait un débat plus approfondi sur les types de mesures qui peuvent être mises en place comme garanties appropriées pour les personnes qui peuvent choisir l'aide médicale à mourir pour cause de maladie mentale.

Vous avez entendu parler plus tôt dans la journée d'études menées en Belgique et aux Pays-Bas au sujet des personnes qui ont recours à l'aide médicale à mourir pour des maladies mentales. L'étude belge portait sur 100 patients psychiatriques; 50 de ces personnes ont été diagnostiquées comme souffrant d'un trouble de la personnalité, 48 comme souffrant de dépression, 10 de trouble bipolaire et relativement peu de maladies psychotiques. Il y a eu assurément un certain

What Dr. Kim talked about when he testified before the committee in 2016 was that all of us can agree on the clear cases in which a mental illness could be the sole factor for somebody accessing MAID.

But where we run into difficulty is when we get into those ambiguous cases, so I was retained by the federal government to provide expert testimony in the Quebec and British Columbia cases. Obviously, the British Columbia case never happened, and I was excluded from the Quebec case because, frankly, there were too many experts involved and the court made a decision about the exclusion of some of the experts. But part of what I wanted to talk about there was a particularly ambiguous case, a real-life case for my work as a psychologist. There was a 52-year-old man employed as an engineer for over two decades with the same company, married, with three grown children. He, at a company party, in the context of alcohol abuse, had a flirtatious contact with another employee. He believed it to be consensual, she did not and he was charged with the sexual assault. As a result of that, he loses his employment, his family distances from him and there's media attention given to it.

This is an individual who becomes, understandably, depressed. He sees his life essentially flashing before his eyes — the loss of his income, the loss of his status in the community, the loss of his residence, the loss of his family, the loss of all those usual supports. As his trial date comes closer, his esteemed counsel says to him, “You’re talking about a trial involving a woman who was clear-minded when you were under the influence of alcohol and who says this wasn’t consensual. The Crown is offering you a deal. In exchange for your guilty plea, they will request a shorter sentence.” That individual says to me, “I have nothing to live for. There is no future for me. This is the way that I would like for me to be ending my life.” Well, as a psychologist, I have to debate between whether this is somebody contemplating suicide because of perhaps their transitory circumstances, or if this is somebody whose suffering has now become so significant that they want to end their suffering through this particular approach.

Without adequate safeguards in place, we don’t end up having a clear answer to that question, and it therefore risks undermining the government’s efforts to make suicide prevention a priority.

Again, we simply don’t have the regime in place at this point. I would be happy to work with those who are attempting to establish an appropriate regime, but in the absence of that, I

chevauchement et c’est la raison pour laquelle le total est plus élevé que 100.

Lorsqu’il a témoigné devant le comité en 2016, le Dr Kim a parlé du fait que nous pouvons tous nous entendre sur les cas évidents dans lesquels une maladie mentale pourrait être le seul facteur d’admissibilité à l’aide médicale à mourir.

Mais les choses se compliquent dans les cas ambigus; voilà pourquoi le gouvernement fédéral m’a demandé de présenter un témoignage d’expert dans les affaires du Québec et de la Colombie-Britannique. Bien sûr, l’affaire de la Colombie-Britannique n’a jamais eu lieu, et j’ai été exclu de l’affaire du Québec en raison du nombre excessif d’experts, ce qui a amené le tribunal à décider d’exclure certains d’entre eux. Mais une partie de ce dont je voulais parler portait sur un cas particulièrement ambigu, un cas réel dans mon travail de psychologue. C’était un homme de 52 ans travaillant comme ingénieur depuis plus de deux décennies dans la même entreprise, marié, avec trois enfants adultes. À l’occasion d’une fête dans l’entreprise, dans un contexte d’abus d’alcool, il a eu un contact de flirt avec une employée. Il pensait que c’était consensuel, mais elle non, et il a été accusé d’agression sexuelle. En conséquence, il a perdu son emploi, sa famille s’est éloignée de lui et les médias ont fait pleins feux sur lui.

Cet homme est devenu dépressif, ce qui est tout à fait compréhensif. Il voit sa vie défiler devant ses yeux — la perte de ses revenus, la perte de son statut dans la collectivité, la perte de sa résidence, la perte de sa famille, la perte de tous ses soutiens habituels. Alors que la date de son procès approche, son illustre avocat lui dit : « C’est un procès impliquant une femme qui était lucide lorsque vous étiez sous l’influence de l’alcool et qui dit que ce n’était pas consensuel. L’État vous propose un marché. Si vous plaidez coupable, il demandera une peine plus courte. » Cet homme me dit : « Je n’ai plus de raison de vivre. Il n’y a pas d’avenir pour moi. C’est ainsi que j’aimerais mettre fin à ma vie. » En tant que psychologue, je dois débattre entre le fait de savoir s’il s’agit d’une personne qui envisage le suicide en raison de circonstances peut-être passagères, ou s’il s’agit d’une personne dont la souffrance est devenue si importante qu’elle souhaite mettre fin à celle-ci au moyen de cette démarche particulière.

Sans des garanties adéquates, nous n’avons pas de réponse claire à cette question, et cela risque de saper les efforts du gouvernement pour faire de la prévention du suicide une priorité.

Une fois de plus, nous n’avons tout simplement pas le régime en place à ce stade. Je serais heureux de collaborer avec ceux qui tentent d’établir un régime approprié, mais faute de cela, je

would recommend that the committee continue to hold that mental illness has an exemption within the legislation. Thank you.

The Chair: Dr. Ferrier, please proceed with your presentation.

Dr. Catherine Ferrier, President, Physicians' Alliance against Euthanasia: Thank you for inviting me. My name is Catherine Ferrier. I've worked since 1984 in a geriatric clinic at the McGill University Health Centre. I work with patients with cognitive disorders, I do capacity assessment and testify in court for my patients. My colleagues ask my advice for capacity assessment and refer me their most difficult cases.

Doing this work gives me and my colleagues a glimpse into the constraints and pressures our patients face when they make important decisions. We often see people who make choices contrary to their best interests and their true wishes for many reasons, including a lack of financial resources and social supports, direct or indirect pressure from others, including health professionals, and an inability to make the system work for them.

I see many victims of elder abuse. One was a widow with no relatives in Canada. Someone fraudulently obtained a power of attorney, emptied her bank account and moved her to a nursing home against her will. She ran away in mid-winter with her walker and was later brought to me for assessment. She didn't have advanced dementia; she was not fluent in English. She was fully capable.

Not every competent adult has the agency to protect his or her own best interests without help. I realized while listening to the Justice Committee at the House of Commons that some members have no idea of the power differential between themselves — high achievers with successful careers — and the majority of Canadians who don't have the same ability to defend their rights. One MP asked at least twice whether there have been any complaints or prosecutions from people who had been coerced into requesting MAID, with the obvious implication that if there are none, it's not happening. That is false.

The people who will be harmed by Bill C-7 are not, for the most part, people like any of you. Consider all the seniors who died this year of COVID or of deterioration due to isolation and loneliness. Had we invested in adequate long-term care and supporting home care, things could have been different. In Quebec, 19% of cases of COVID were in patients over 70, but 92% of the deaths were in this group. Consider Mr. Raymond

recommande que le comité continue de soutenir que la maladie mentale est exemptée dans le cadre de cette loi. Je vous remercie.

La présidente : Docteure Ferrier, vous avez la parole.

Dre Catherine Ferrier, présidente, Collectif des médecins contre l'euthanasie : Je vous remercie de m'avoir invitée. Je m'appelle Catherine Ferrier. Je travaille depuis 1984 dans une clinique gériatrique du Centre universitaire de santé McGill. Je travaille avec des patients souffrant de troubles cognitifs, j'évalue les capacités et je témoigne devant les tribunaux pour mes patients. Mes collègues me demandent conseil pour l'évaluation des capacités et m'envoient leurs cas les plus difficiles.

Ce travail nous donne, à mes collègues et à moi, un aperçu des contraintes et des pressions auxquelles nos patients sont confrontés lorsqu'ils doivent prendre des décisions importantes. Nous voyons souvent des personnes qui font des choix contraires à leur intérêt et à leurs véritables souhaits pour de nombreuses raisons, notamment un manque de ressources financières et de soutien social, des pressions directes ou indirectes de la part d'autres personnes, y compris des professionnels de la santé, et une incapacité de faire fonctionner le système à leur avantage.

Je vois de nombreuses victimes de la maltraitance des personnes âgées. L'une d'entre elles était une veuve, sans famille au Canada. Quelqu'un a obtenu frauduleusement une procuration, a vidé son compte en banque et l'a placée dans une maison de retraite contre sa volonté. Elle s'est enfuie au milieu de l'hiver avec son déambulateur et on me l'a amenée plus tard pour évaluation. Elle n'était pas atteinte de démence avancée; elle ne parlait pas couramment l'anglais. Elle était tout à fait capable.

Ce ne sont pas tous les adultes compétents qui ont la capacité d'agir pour protéger leurs propres intérêts sans aucune aide. En écoutant le Comité de la justice de la Chambre des communes, je me suis rendu compte que certains députés n'ont aucune idée de la différence de pouvoir qui existe entre eux — des personnes très performantes qui ont une carrière réussie — et la majorité des Canadiens qui n'ont pas la même capacité de défendre leurs droits. Un député a demandé à au moins deux reprises s'il y avait eu des plaintes ou des poursuites de personnes qui avaient été contraintes de demander l'aide médicale à mourir, sous-entendant de toute évidence que s'il n'y en a pas, cela ne se produit pas. C'est faux.

Les personnes qui seront lésées par le projet de loi C-7 ne sont pas, pour la plupart, des personnes comme vous. Pensez à toutes les personnes âgées qui sont mortes cette année de la COVID ou de la détérioration due à l'isolement et à la solitude. Si nous avions investi dans des soins de longue durée adéquats et soutenu les soins à domicile, les choses auraient pu être différentes. Au Québec, 19 % des cas de COVID concernaient

Bourbonnais, who had spinal muscular atrophy and was living in a CHSLD, a nursing home in Quebec. Citing many instances of inadequate care, including people wandering into his room when he had to leave the door open in a heat wave with no air conditioning, he made a video announcing his intention to request medical aid in dying. So quickly has the right-to-die movement crushed instincts to prevent suicide that instead of rushing to prevent a death that had nothing to do with his disability and everything to do with inadequate resources, his request was honoured after all his requests for care had been ignored.

Consider all the people with disabilities and chronic diseases. Our elderly patients often have a long list of diagnoses, only one of which could justify euthanasia under this bill. There are millions of Canadians whose suicide could be promoted if this law is passed. There are over 2 million Canadians with chronic lung disease, 600,000 with heart failure, 700,000 stroke survivors and nearly 5 million people with osteoarthritis. Add to this that the MAID enthusiasts think doctors should have a duty to inform every patient eligible under the law that it is one of their options, so millions of Canadians will be offered suicide when there are many other ways of addressing their distress. This is suicide promotion.

Bill C-7's framework for people not near their natural death only requires giving information another means to relieve suffering and a 90-day waiting period. Giving information has no value if access to the service is not available. It's largely not within that time frame; often, there is not even time to see a specialist and certainly not time to regain some hope of healing.

People who have suffered a debilitating accident or stroke take several years to reach new equilibrium, and their suicide rate is higher than the general population during that time. They may not be depressed or incapable of decision-making; their options have been tragically narrowed and it takes a long time to readjust. But people do, as we heard in this morning's press conference with the people with spinal cord injuries and their doctors.

If the government is determined to go through with this law, it will never be safe, but if you want a minimum of safety, I suggest first make it illegal to suggest MAID to someone who hasn't requested it.

des patients de plus de 70 ans, mais 92 % des décès venaient de ce groupe. Prenons le cas de M. Raymond Bourbonnais, qui souffrait d'amyotrophie spinale et qui vivait dans un CHSLD, une maison de soins infirmiers au Québec. Citant de nombreux cas de soins inadéquats, y compris des personnes errant dans sa chambre lorsqu'il a dû laisser la porte ouverte en raison d'une vague de chaleur sans climatisation, il a produit une vidéo annonçant son intention de demander l'aide médicale à mourir. Le mouvement du droit de mourir a si rapidement écrasé les instincts de prévention du suicide qu'au lieu de se précipiter pour prévenir une mort qui n'avait rien à voir avec son handicap et tout à voir avec l'insuffisance des ressources, sa demande a été honorée après que toutes ses demandes de soins aient été ignorées.

Voyez toutes les personnes handicapées et les maladies chroniques. Nos patients âgés ont souvent une longue liste de diagnostics, dont un seul pourrait justifier l'euthanasie dans le cadre de ce projet de loi. Il y a des millions de Canadiens dont le suicide pourrait être encouragé si cette loi est adoptée. Plus de 2 millions de Canadiens souffrent de maladie pulmonaire chronique, 600 000 d'insuffisance cardiaque, 700 000 sont des survivants d'accidents vasculaires cérébraux et près de 5 millions souffrent d'arthrose. Ajoutons à cela le fait que les enthousiastes de l'aide médicale à mourir sont d'avis que les médecins devraient avoir le devoir d'informer chaque patient admissible en vertu de la loi que c'est une de leurs options, de sorte que des millions de Canadiens se verront proposer le suicide alors qu'il existe de nombreuses autres façons de répondre à leur détresse. C'est tout simplement la promotion du suicide.

Le cadre du projet de loi C-7 pour les personnes qui ne sont pas près de leur mort naturelle exige seulement de donner des renseignements sur un autre moyen de soulager la souffrance et une période d'attente de 90 jours. Fournir des renseignements n'a aucune valeur si l'accès au service n'est pas disponible. Ce délai n'est généralement pas respecté; souvent, il n'y a même pas le temps de voir un spécialiste et certainement pas le temps de retrouver un espoir de guérison.

Les personnes qui ont été victimes d'un accident débilisant ou ont subi un AVC mettent plusieurs années à atteindre un nouvel équilibre, et leur taux de suicide est plus élevé que celui de la population en général pendant cette période. Elles ne sont pas forcément déprimées ou incapables de prendre des décisions; leurs options ont été tragiquement réduites et il faut beaucoup de temps pour les réajuster. Mais elles le font, comme nous l'avons entendu lors de la conférence de presse de ce matin avec les personnes atteintes de lésions de la moelle épinière et leurs médecins.

Si le gouvernement est déterminé à adopter cette loi, elle ne sera jamais sûre, mais si vous voulez un minimum de sécurité, je vous propose d'abord de rendre illégal le fait de proposer l'aide médicale à mourir à quelqu'un qui ne l'a pas demandé.

Second, forget the 90 days. Ensure the person has been provided with and not just told about everything they need to overcome their suffering while staying alive, including medical care, rehabilitation, psychosocial support, adequate income, adequate accessible housing — it goes on and on — and lots of time, a few years at least.

Third, create spaces where no patient will hear MAID mentioned. That's what most people want — care, not death. The MAID mentality is invading every health care space in Canada and being forced on institutions and doctors who want to support living patients, not cause their death. That has to stop. Apply all this also to people near the end of life. Thank you.

The Chair: Thank you very much, Dr. Ferrier. Thank you to all the presenters. We will now go to questions, starting with the sponsor of the bill, Senator Petitcherc.

[Translation]

Senator Petitcherc: I have a question for Dr. Naud. I also want to thank all our witnesses for being here today. I'd like to clarify a certain concept of coercion.

Since the start of this debate, we've heard certain individuals and organizations that are afraid individuals may be urged or even encouraged to seek medical assistance in dying as a result of pressure or even coercion. I wanted to hear what you have to say on that in particular in the light of what you told the Justice Committee, and I'm going to quote you briefly:

The coercion we've observed over the past five years, in Quebec and in Canada, isn't in the administration of MAID, but rather, as I mentioned, in the obstruction that certain individuals and institutions oppose free and legitimate access to this assistance.

So people are pressed to withdraw, or not to submit, requests for medical assistance in dying. I want to ask you to tell us more about that. I know you have extraordinary experience in the field. Perhaps you could even point us in the direction of some potential solutions.

Dr. Naud: Thank you very much for your question, senator, because it's an important one. I'll say at the outset that we now have five years' experience in Quebec and nearly as much in Canada. So there's no room here for apocalyptic prophecies. We have to look at what's being done in the field. We were very much afraid of that. We had been hearing about medical

Deuxièmement, oubliez les 90 jours. Assurez-vous que la personne n'a pas seulement été informée, mais a effectivement reçu tout ce dont elle a besoin pour surmonter ses souffrances tout en restant en vie, y compris les soins médicaux, la réadaptation, le soutien psychosocial, un revenu adéquat — et bien plus encore — et beaucoup de temps, quelques années au moins.

Troisièmement, créez des espaces où aucun patient n'entendra parler de l'aide médicale à mourir. C'est ce que la plupart des gens veulent — des soins, pas la mort. La mentalité de l'AMM a envahi tous les espaces de soins de santé au Canada et elle est imposée aux établissements et aux médecins qui veulent soutenir des patients vivants et non pas causer leur mort. Il faut que cela cesse. Appliquez tout cela aux personnes en fin de vie. Je vous remercie.

La présidente : Merci beaucoup, docteur Ferrier. Merci à tous les présentateurs. Nous allons maintenant passer aux questions en commençant par la marraine du projet de loi, la sénatrice Petitcherc.

[Français]

La sénatrice Petitcherc : J'ai une question qui s'adresse au Dr Naud. Par ailleurs, je remercie tous nos témoins de leur présence aujourd'hui. J'aimerais clarifier une certaine notion de coercition.

Depuis le début du débat, on a entendu certaines personnes et certaines organisations qui craignent que des personnes puissent être incitées ou même encouragées à recourir à l'aide médicale à mourir en raison d'une certaine pression ou coercition. Je voulais vous entendre là-dessus en particulier, à la lumière de ce que vous avez dit au Comité de la justice — et je vais vous citer brièvement :

La coercition que nous observons depuis cinq ans, au Québec et au Canada, n'est pas dans l'administration de l'aide médicale à mourir, mais bien, comme je l'ai mentionné, dans l'obstruction qu'opposent certains individus et certains établissements à l'accès libre et légitime à cette aide.

Donc, des gens subissent des pressions pour retirer ou pour ne pas présenter une demande de recours à l'aide médicale à mourir. Je voulais vous demander de nous en dire plus sur ce sujet. Je sais que vous avez une expérience extraordinaire sur le terrain; peut-être même que vous pourriez nous donner des pistes de solutions.

Dr Naud : Merci beaucoup, madame la sénatrice de votre question, car elle est importante. Je vais le dire d'entrée de jeu, nous avons une expérience de cinq ans maintenant au Québec, et presque autant au Canada. Donc, il n'y a plus de place pour les prophéties apocalyptiques. Il faut regarder ce qui se fait sur le terrain. On craignait beaucoup cela, on entendait parler d'aide

assistance in dying in Quebec for 10 years, and the same fears are still being served up, particularly the fear that patients will be forced to choose medical assistance in dying or will be pressed to request it. That's absolutely not the case.

You have to understand that medical assistance in dying is a very rigorous process that involves an entire team of caregivers, not just two physicians. Nurses, patient attendants and social workers are involved. One of the measures currently in force is that you must ensure the request is made freely and is informed, without outside constraint. This entire process — and this entire team of caregivers, which guarantees a rigorous process — also guarantees that there is no such constraint.

However, what we've seen in the past five years is patients who are under pressure or are flatly threatened by physicians not to make or to withdraw a request. It's a fact. We've observed patients who had made a request and whose families told them, "If you don't withdraw your request, we won't come and see you in the hospital." Their doctors told them, "If you request medical assistance in dying, I'll remove you from the palliative care unit," or "If you request medical assistance in dying, I'll refuse to continue caring for you." We've seen all that for five years now, and we're still seeing it. It continues, with impunity, because there's currently no review of denied or non-administered requests.

As regards patients who have been pressured to request medical assistance in dying, I can assure you that this is a very rare phenomenon and that it is quickly detected given the rigorous nature of the process and the time allotted to review requests. Patients who request medical assistance in dying don't do so hastily, as an impulsive move. It's a deliberate request, the result of a long-term decision-making process, and I would say that virtually 100% of patients who make a request have already discussed it with their circle, their attending physicians and their nurses. All of them are already aware of the decision.

Consequently, there is no risk that patients are being pressed to choose medical assistance in dying; what we're seeing now is exactly the contrary. That's why I said that vulnerable patients, who aren't protected, are among the 33% of patients in Quebec who have not had access to medical assistance in dying, which is lawful and legitimate care. Medical assistance in dying is neither shameful nor unlawful.

Senator Petitclerc: Thank you very much.

Senator Carignan: My question concerns mental illness. Dr. Naud, if my understanding is correct, you said that people suffering solely from mental illness, without any other physical disability or condition, should be able to obtain medical

médicale à mourir au Québec depuis 10 ans, et on nous ramène toujours les mêmes craintes, notamment celle selon laquelle les patients vont être forcés d'aller vers l'aide médicale à mourir ou vont subir de la pression pour la demander; ce n'est absolument pas le cas.

Il faut bien comprendre que l'aide médicale à mourir est un processus très rigoureux qui n'implique pas seulement deux médecins, mais toute une équipe de soignants. Il y a des infirmières, des préposés aux bénéficiaires et des travailleurs sociaux qui sont impliqués. Une des mesures actuellement en vigueur est que l'on doit s'assurer que la demande est faite de façon libre et éclairée, sans contrainte extérieure. Tout ce processus — et toute cette équipe de soignants, garante de la rigueur du processus — garantit que cette contrainte n'existe pas.

À l'inverse, ce que l'on voit depuis cinq ans, ce sont des malades qui subissent des pressions ou qui reçoivent carrément des menaces de la part de médecins pour ne pas faire ou pour retirer une demande. Les patients qui avaient fait une demande et qui se sont fait dire ceci par leur famille : « Si tu ne retires pas ta demande, on ne vient plus te voir à l'hôpital », c'est concret, on l'a observé. Des patients qui se sont fait dire par leur médecin : « Si tu fais une demande d'aide médicale à mourir, je vais te sortir de l'unité de soins palliatifs », ou « Si tu fais une demande d'aide médicale à mourir, je vais refuser de continuer à m'occuper de toi. » On a vu tout cela depuis cinq ans et on le voit encore. Cela se perpétue en toute impunité parce qu'il n'y a aucun examen qui est fait actuellement des demandes refusées ou non administrées.

Pour ce qui est des malades qui auraient pu subir des pressions pour demander l'aide médicale à mourir, je peux vous assurer que c'est rarissime, et que c'est détecté rapidement, compte tenu de la rigueur du processus et du temps qui est accordé à l'examen des demandes. Ces malades qui font une demande d'aide médicale à mourir ne le font pas sur un coup de tête, en posant un geste impulsif. C'est une demande qui est réfléchie, qui s'inscrit dans la longue durée d'un processus décisionnel, et je vous dirais que pratiquement 100 % des malades qui font une demande en ont déjà parlé à leur entourage, à leur médecin traitant, à leur infirmière. L'entourage est déjà au courant.

Donc, le risque que les malades soient poussés vers l'aide médicale à mourir n'existe pas; c'est tout à fait le contraire que l'on voit actuellement. C'est la raison pour laquelle je disais que les malades vulnérables, qui ne sont pas protégés, font partie de ces 33 % de malades au Québec qui n'ont pas pu avoir accès à l'aide médicale à mourir, qui est un soin légal et légitime. L'aide médicale à mourir, ce n'est pas honteux ni illégal.

La sénatrice Petitclerc : Merci beaucoup.

Le sénateur Carignan : Ma question porte sur la maladie mentale. Docteur Naud, si j'ai bien compris, vous avez dit que les gens qui souffrent simplement de maladie mentale, sans autre handicap ou élément physique, devraient pouvoir recevoir l'aide

assistance in dying and that safeguards should be established. Dr. Baillie said they shouldn't be able to receive medical assistance in dying because no safeguards are in place.

We obviously can't violate a constitutional right because no safeguards are in place. It's up to the government to establish measures to prevent a right from being violated.

First, I'd like to hear what you have to say about the safeguards that should be put in place in those situations. Second, wouldn't enabling a mentally ill patient to qualify for medical assistance in dying have the opposite effect? In other words, wouldn't that sweep up more people who have suicidal ideas and are seeking medical assistance in dying? With the assistance and resources available, we could prevent them from committing suicide — there are 4,000 suicides a year and perhaps 10 times as many attempts — because these people aren't intercepted first.

Dr. Naud: Thank you for your question, senator. The purpose of medical assistance in dying is, first, to assist patients who feel their lives no longer have any meaning — they see no future and have a grievous and irremediable disease — and, second, to prevent suicide. Dr. Baillie mentioned the suicide rate among people suffering from mental illness. That's what we want to avoid with medical assistance in dying, rather than abandon those people to themselves and leave them to their sad fate.

There obviously have to be safeguards. You have to consider the experience of countries such as Belgium and the Netherlands, which have been permitting medical assistance in dying since 2002. You must understand that the medical assistance in dying offered in those countries, solely or mostly for mental health reasons, is granted on an exceptional basis. In the Netherlands, for example, less than 1% of instances of medical assistance in dying are administered for that reason. So these are highly exceptional measures, and there must be criteria. We're talking about grievous and irremediable diseases. In the vast majority of cases, depression is treatable, adaptation disorders as well. Obviously, a teenager whose heart has been broken will never be granted medical assistance in dying. So we're talking about serious, long-term, incurable psychiatric diseases that are often followed by many psychiatrists and are subject to numerous treatments. I therefore think that safeguards must be put in place.

In addition, I believe all experts would agree that it's false to claim that a patient doesn't have the capacity to consent because he or she is suffering from a mental illness. You can very well have a serious mental illness and still have the capacity to make a decision for yourself. Obviously, if you're in an acute psychotic state, you're no longer able to make a decision, but we're not talking about those patients.

médicale à mourir, et qu'il s'agit de mettre en place des mesures de sauvegarde. M. Baillie a dit qu'ils ne devraient pas être en mesure de recevoir l'aide médicale à mourir parce qu'il n'y a pas de mesures en place.

Évidemment, on ne peut pas violer un droit constitutionnel parce qu'il n'y a pas de mesures en place. C'est à l'État de mettre en place les mesures pour éviter qu'un droit soit violé.

J'aimerais vous entendre, dans un premier temps, sur les mesures qui devraient être mises en place dans ces situations. En second lieu, ouvrir la porte à ce qu'un patient souffrant de maladie mentale soit admissible à l'aide médicale à mourir n'aurait-il pas l'effet inverse, c'est-à-dire capter plus de personnes qui ont des idées suicidaires et qui voudraient recevoir l'aide médicale à mourir? Avec de l'aide et les ressources qui sont disponibles, on pourrait les empêcher de se suicider — il y a quand même 4 000 suicides par année et même 10 fois plus de tentatives, car ces gens-là ne sont pas interceptés.

Dr Naud : Merci de votre question, sénateur. En effet, le but de l'aide médicale à mourir est, d'une part, d'accompagner des malades qui considèrent que leur vie n'a plus de sens — ils ne voient aucun avenir, ils ont une maladie grave et incurable —, et d'éviter des suicides. M. Baillie parlait du taux de suicide chez les gens qui souffrent de maladie mentale; c'est ce qu'on veut éviter avec l'aide médicale à mourir, plutôt que d'abandonner les gens à eux-mêmes et les laisser à leur triste sort.

Évidemment, il faut des mesures de sauvegarde. Il faut prendre en compte l'expérience de pays comme la Belgique et les Pays-Bas, qui autorisent l'aide médicale à mourir depuis 2002. Il faut comprendre que l'aide médicale à mourir qui est offerte dans ces pays pour une raison de problème de santé mentale, uniquement ou majoritairement, c'est une chose qui demeure exceptionnelle. Aux Pays-Bas, par exemple, on parle de moins de 1 % des actes d'aide médicale à mourir qui sont administrés pour cette raison. Donc, ce sont des mesures très exceptionnelles, et il doit y avoir des critères. On parle de maladies graves et incurables; la dépression est, dans la grande majorité des cas, traitable. Les troubles d'adaptation aussi. Évidemment, la jeune adolescente qui a une peine d'amour ne pourra jamais recevoir l'aide médicale à mourir. Donc, on parle de maladies psychiatriques incurables, graves, au long cours, suivies souvent par de nombreux psychiatres et qui ont fait l'objet de nombreux traitements. Je pense donc qu'il faut mettre en place des mesures de sauvegarde.

Aussi, prétendre que, parce qu'un malade souffre de maladie mentale, il n'est pas apte à consentir, je pense que tous les experts vont s'entendre pour dire que c'est faux. On peut très bien avoir une maladie mentale grave et être apte à prendre une décision pour soi-même. Évidemment, si on est en psychose aiguë, on n'est plus apte à prendre une décision, mais on ne parle pas de ces malades-là.

In all cases, if we look to Belgium and the Netherlands, for example, three physicians are involved, not two, as is the case for physical diseases. In addition, one of the three physicians must be a psychiatrist, an expert in the patient's mental illness. A safeguard could easily be put in place requiring, for example, that the request come from the attending psychiatrist. That person is in the best position, knows the patient and has been treating the patient for very long time. He or she knows all the treatments the patient has undergone, is able to speak to the patient about remaining options and can determine whether the patient is incurable, has a poor quality of life, is in a state of advanced and irreversible decline of his or her capacities and wishes to die and to be assisted in doing so in a dignified manner by a physician rather than be forced to jump off a bridge.

In a report released just last week, the Canadian Psychiatric Association expressed indignation that these patients were being discriminated against in Bill C-7 and systematically denied assistance because they have a mental illness. I can tell you that the Association des médecins psychiatres du Québec has been working on these issues for a year and has just submitted its report to the Collège des médecins du Québec, and it should soon be released to the public. The association advocates that safeguards be put in place to respond to the demand of these patients who are suffering from psychiatric illness.

I think it's discriminatory from the outset to deprive these patients of the option of seeking medical assistance in dying because they have a psychiatric disease. Safeguards must obviously be put in place. I think that having three physicians involved in the final decision would be a good idea, one of whom would necessarily be a psychiatrist. In my opinion, the request should ideally come from the psychiatrists themselves, rather than from the patient's family physician. A waiting period could be established, it being understood in this case that there is no urgency for these patients, unlike cancer patients who could die next week. You have to ensure that the patient has the capacity to consent, and you must obtain a consent that can be repeated over time, in two weeks or one month, to ensure the patient has indeed made an informed choice.

I think the psychiatrists should be asked, quite simply. There's a way to establish simple yet effective safeguards that would help address the suffering of these patients because mental suffering is just as real as physical suffering. That's a well-known and accepted fact in medicine. It's also possible to assess patients' mental suffering.

Dans tous les cas, si on s'inspire par exemple de la Belgique et des Pays-Bas, trois médecins sont impliqués, et non pas deux, comme dans le cas des maladies physiques. De plus, l'un des trois médecins doit être forcément un psychiatre, un expert de la maladie mentale du malade. On pourrait très bien mettre en place une mesure de sauvegarde, par exemple le fait que la demande pourrait venir du psychiatre traitant lui-même. Il est le mieux placé, il connaît son patient et le traite depuis fort longtemps; il connaît tous les traitements subis par le malade, il est capable de lui parler de ce qu'il lui reste comme possibilités; il est capable de dire que ce malade est incurable, qu'il a une piètre qualité de vie, qu'il y a un déclin avancé et irréversible de ses capacités, qu'il souhaite maintenant mettre fin à ces jours et être accompagné dignement par un médecin pour le faire, plutôt que d'être obligé d'aller se jeter en bas d'un pont. Donc, la demande pourrait venir d'un psychiatre.

Pas plus tard que la semaine dernière, un rapport de l'Association des psychiatres du Canada s'indignait du fait que l'on discrimine ces patients-là dans le projet de loi C-7 et qu'on les refuse systématiquement parce qu'ils ont une maladie mentale. Je peux vous dire que l'Association des médecins psychiatres du Québec a travaillé depuis un an sur ces questions; elle vient de déposer son rapport au Collège des médecins du Québec et il devrait être rendu public prochainement. L'association prône des mesures de sauvegarde à mettre en place pour pouvoir répondre à la demande de ces malades qui souffrent d'une maladie psychiatrique.

Je pense qu'il est discriminatoire de retirer d'emblée à ces malades la possibilité de recourir à l'aide médicale à mourir parce qu'ils ont une maladie psychiatrique. Évidemment, il faut mettre en place des mesures de sauvegarde. Je pense qu'avoir trois médecins impliqués dans la décision finale serait une bonne chose, dont un qui serait obligatoirement un psychiatre. À mon avis, idéalement, la demande pourrait provenir des psychiatres eux-mêmes, plutôt que du médecin de famille. On pourrait prévoir un temps d'attente; on comprend, à ce moment-là, qu'on n'est pas non plus dans l'urgence pour ces malades, contrairement à un malade du cancer qui va mourir dans la semaine qui vient. Il faut s'assurer de l'aptitude à consentir, obtenir un consentement qui peut être répété dans le temps, après deux semaines, après un mois, pour s'assurer que le malade, par exemple, a fait un choix bien éclairé.

Je pense qu'il faut demander aux psychiatres, tout simplement. Il y a moyen de mettre en place des mesures de sauvegarde simples, mais efficaces, qui permettraient de répondre à la souffrance de ces malades, car la souffrance psychique est aussi réelle que la souffrance physique. C'est bien connu en médecine et c'est accepté. De plus, il est possible d'évaluer les souffrances psychiques des malades.

[English]

Senator Batters: My question is for Dr. Patrick Baillie from the Mental Health Commission of Canada. I appreciate a couple of things that you put in your brief. One of them was a quote from Dr. Scott Kim's report, which indicated that women are twice as likely as men to receive psychiatric MAID and to request it. That's quite an alarming statistic. I also appreciate what you stated regarding those with mental illness as a sole condition. I thought you put it very well in your brief when you said:

Permitting MAID to be available to this vulnerable population speaks more to a failure in providing timely access to recovery-oriented mental health services than to compassion.

I also point out that you stated in your brief, and you stated again today, that the prudent decision of this committee, in your belief, would be to continue to exclude from eligibility for MAID those persons whose sole underlying medical condition is mental illness.

I note that you are a psychologist and a lawyer, so you have a unique perspective on this certain issue. As such, from your unique medical and legal perspective, do you believe excluding mental illness as the sole underlying condition for MAID is discriminatory and stigmatizing?

Dr. Baillie: Thank you for the question. I agree that it is discriminatory. However, I believe it would be saved under section 1, if we look at the pressing and substantial concern, the rational connection, and the minimal impairment criteria under section 1. The pressing and substantial concern being the promotion of suicide prevention and the rational connection being, quite obviously, that we don't want to have legislation that, on the one hand, says for people whose suffering has become intolerable that they are allowed to access MAID, at the same time we're saying that suicide is something that should be prevented.

The comment that I made towards the end of the brief that I provided is that we are talking about medical assistance in dying; we are not talking about medical assistance for dying or medical assistance with dying. We are talking about individuals who are in the process of dying and who are, for very personal reasons, requesting a hastening of their death. That criteria does not apply to almost any mental illness with the exception, perhaps, of anorexia. Mental illnesses do not cause death in and of themselves, so to be providing assistance for death in those circumstances is not a situation where you are hastening a

[Traduction]

La sénatrice Batters : Ma question s'adresse à M. Patrick Baillie de la Commission de la santé mentale du Canada. J'ai bien aimé une ou deux choses dans votre mémoire. L'une d'entre elles était une citation du rapport du Dr Scott Kim, qui indique que les femmes ont deux fois plus de chance que les hommes de demander et de recevoir l'aide médicale à mourir pour des motifs psychiatriques. C'est une statistique assez alarmante. Je trouve également intéressant ce que vous avez déclaré concernant les personnes pour qui la maladie mentale est l'unique pathologie. J'ai trouvé que vous l'avez très bien exprimé dans votre mémoire lorsque vous avez dit :

Permettre que l'aide médicale à mourir soit disponible pour cette population vulnérable témoigne davantage d'un échec à fournir en temps utile des services de santé mentale axés sur le rétablissement que de compassion.

Je rappelle également que vous avez déclaré dans votre mémoire, et vous l'avez encore dit aujourd'hui, que la décision prudente de ce comité serait, selon vous, de continuer à exclure de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir les personnes dont la seule pathologie sous-jacente est une maladie mentale.

Je note que vous êtes psychologue et avocat, et que vous avez donc un point de vue unique sur cette question. Cela étant, de votre point de vue médical et juridique unique, pensez-vous que le fait d'exclure la maladie mentale comme seule pathologie sous-jacente pour l'aide médicale à mourir est discriminatoire et stigmatisant?

M. Baillie : Merci pour cette question. Je suis d'accord pour dire que c'est discriminatoire. Cependant, je pense que ce pourrait être justifié au titre de l'article 1 si nous examinons la préoccupation urgente et substantielle, le lien rationnel et les critères de déficience minimale au titre de l'article 1. La préoccupation urgente et substantielle était la promotion de la prévention du suicide et le lien rationnel étant, de toute évidence, que nous ne voulons pas d'une loi qui, d'une part, dit aux personnes dont la souffrance est devenue intolérable qu'elles sont autorisées à demander une aide médicale à mourir et qui, d'autre part, dit que le suicide est quelque chose qui doit être évité.

Le commentaire que j'ai fait vers la fin de mon mémoire est que nous parlons de l'aide médicale à mourir; nous ne parlons pas de l'aide médicale pour mourir. Nous parlons de personnes qui sont en train de mourir et qui, pour des raisons très personnelles, demandent que leur mort soit accélérée. Ce critère ne s'applique à presque aucune maladie mentale, à l'exception, peut-être, de l'anorexie. Les maladies mentales ne provoquent pas la mort en soi, de sorte que l'aide à la mort, dans ces circonstances, n'est pas une situation où l'on hâte une mort naturelle. Pour répondre à votre question, je pense que c'est

natural death. To answer your question, I do believe it is discriminatory, but I also believe that in a legal analysis, it could be saved under a section 1.

Senator Batters: I know in your work with the Mental Health Commission of Canada, that major national organization has done much over the last decade, and more, to combat stigma. I have personally tried to always do that in the last decade of my life, to work very hard to do that. I would never want to take a position that stigmatized people with mental illness. However, protecting those who are vulnerable is a crucial aspect here.

Dr. Baillie: I certainly agree, and the commission appreciates your efforts and the efforts of organizations like Bell Let's Talk in helping to reduce stigma around mental illness. Again, as I said in an earlier comment, I'm not saying there are no circumstances under which an individual's mental illness should not be given access MAID. I'm saying we need to figure out what those circumstances are and make sure that we have appropriate criteria in place so that individuals with mental illness do not end up suffering a wrongful death because of what may be a transitory wish to die.

Senator Dalphond: I understand from what you just said, Dr. Baillie, that what is missing are safeguards in connection with mental illness.

Dr. Baillie: I'm sorry; was that question for me?

Senator Dalphond: Yes. I will repeat the question. Your last answer to Senator Batters is that you are not saying that the person suffering from a mental illness should always be denied access in all cases, but it should be allowed in cases where there are sufficient safeguards to make sure that consent is properly given.

Dr. Baillie: Yes, sir.

[Translation]

Senator Dalphond: My next question is for Dr. Naud. Based on that answer and on the answer you started to give Senator Carignan, I understand you feel that the medical profession is able to propose adequate guidelines and security measures thanks to the experts, particularly the psychiatrists and the Collège des médecins, for appropriately assessing this kind of situation. Am I wrong in summing up your remarks that way, Dr. Naud?

discriminatoire, mais je pense aussi que dans une analyse juridique, cela pourrait être justifié au titre de l'article 1.

La sénatrice Batters : Je sais que dans le cadre de votre travail avec la Commission de la santé mentale du Canada, cette importante organisation nationale a fait beaucoup, et même plus, au cours de la dernière décennie pour lutter contre la stigmatisation. J'ai personnellement essayé de toujours faire cela les 10 dernières années, de travailler très dur pour y parvenir. Je ne voudrais jamais adopter une position qui stigmatiserait les personnes atteintes de maladies mentales. Toutefois, la protection des personnes vulnérables est un aspect crucial.

M. Baillie : Je suis certainement d'accord, et la commission vous est reconnaissante de vos efforts et de ceux d'organisations comme Bell Cause pour la cause pour aider à réduire la stigmatisation entourant la maladie mentale. Là encore, comme je l'ai précisé dans un commentaire précédent, je ne dis pas qu'il n'y a pas de circonstances dans lesquelles la maladie mentale d'une personne ne devrait pas être un motif d'accès à l'aide médicale à mourir. Je dis que nous devons déterminer quelles sont ces circonstances et nous assurer que nous avons mis en place des critères appropriés pour que les personnes atteintes de maladies mentales ne finissent pas par être victimes d'une mort injustifiée en raison de ce qui peut être un désir transitoire de mourir.

Le sénateur Dalphond : Je comprends, d'après ce que vous venez de dire, monsieur Baillie, que ce qui manque, ce sont des garanties concernant la maladie mentale.

M. Baillie : Excusez-moi, cette question s'adressait à moi?

Le sénateur Dalphond : Oui. Je vais répéter la question. Dans votre dernière réponse à la sénatrice Batters, vous ne dites pas que la personne souffrant d'une maladie mentale devrait toujours se voir refuser l'accès dans tous les cas de figure, mais que cela devrait être autorisé dans les cas où il existe des garanties suffisantes pour s'assurer que le consentement est correctement donné.

M. Baillie : Oui, monsieur.

[Français]

Le sénateur Dalphond : Ma prochaine question s'adresse au Dr Naud. En me basant sur cette réponse et sur la réponse que vous aviez commencé à donner au sénateur Carignan, je comprends que vous considérez que le corps médical est capable de proposer des lignes directrices ou des mesures de sécurité suffisantes grâce aux experts, notamment les psychiatres et le Collège des médecins, afin de faire l'évaluation appropriée de ce genre de situation. Ai-je tort de résumer ainsi ce que vous dites, docteur Naud?

Dr. Naud: No, you're not wrong. Quite the contrary, that's precisely what I said. When you consult the experts, the psychiatrists, they say they're comfortable. I'm obviously talking about the majority of physicians. In all disciplines within the medical profession, there will always be people who are uncomfortable with medical assistance in dying, and you have to respect that. However, when you look at the expert panels working on the issue, they say, "Yes, we should grant access to medical assistance in dying, on certain conditions, to patients whose principal condition is a grievous and irremediable psychiatric mental illness."

You have to understand that there is no connection between medical assistance in dying and suicide. The two are often associated with each other. Some say that medical assistance in dying will push people to suicide, but these are two entirely different things. If you take the time to read Judge Baudouin's decision in the Jean Truchon and Nicole Gladu cases, this assertion is very clearly supported over some 20 pages in the judgment, starting at paragraph 374. So the two things are completely different.

The aim, as I said, is obviously to prevent suicide, not to promote it among the mentally ill. If you consider the experience of the Netherlands and Belgium, safeguards have been in place since 2012, and they have never had to reverse course. If there had been abuses, if there had been a mass eugenics movement, as some have predicted, it would all have been abolished. However, that has not been the case.

Senator Dalphond: Based on your experience, have persons suffering essentially from mental illness received medical assistance in dying in Quebec?

Dr. Naud: Not to my knowledge. That has not been the case in Quebec for several reasons. In Quebec to date, there has been an end-of-life criterion; in other words, patients have had to be considered as coming to the end of their lives in order to qualify. We're talking about foreseeable death within 12 months, which is not the case of the vast majority of people who have a mental illness. Consequently, to my knowledge, no one in Quebec has received medical assistance in dying. However, others have in the rest of Canada. There was an interim period before the federal act came into force. Incidentally, the first patient in Canada who received a personal exemption — before Bill C-16 came into force — suffered from a purely psychiatric condition; he had no physical disease. There have also been a few other cases in the rest of Canada. In Quebec, however, as far as I know, there have been no cases to date.

Once again, I think we should rely on the expert panels that are very familiar with these diseases and that tell us they can establish safeguards that will guarantee protection for vulnerable patients.

Senator Dalphond: Thank you.

Dr Naud : Non, vous n'avez pas tort, bien au contraire, c'est exactement ce que j'ai dit. Lorsqu'on consulte les experts, c'est-à-dire les psychiatres, ils disent qu'ils sont à l'aise. Évidemment, je parle de la majorité des médecins. Il y aura toujours, peu importe la profession au sein du corps médical, des gens qui ne seront pas à l'aise avec l'aide médicale à mourir, et il faut respecter cela. Cependant, lorsqu'on regarde les groupes d'experts qui travaillent sur la question, ils disent : « Oui, on devrait permettre l'accès à l'aide médicale à mourir, sous certaines conditions, à des malades dont la condition principale est une maladie mentale psychiatrique grave et incurable. »

Il faut comprendre qu'il n'y a aucun lien entre l'aide médicale à mourir et le suicide. Souvent, on associe les deux; on affirme que l'aide médicale à mourir va pousser les gens au suicide, mais ce sont deux choses totalement différentes. Si on prend le temps de lire le jugement de l'honorable juge Baudouin dans les affaires de Jean Truchon et de Nicole Gladu, cet élément est très clairement justifié dans une vingtaine de pages et commence au paragraphe 374. Donc, ce sont deux choses totalement différentes.

Le but est évidemment, comme je le mentionnais, de prévenir le suicide, et non pas de le favoriser chez les gens qui ont une maladie mentale. Si on regarde l'expérience des Pays-Bas et de la Belgique, des mesures sont en place depuis 2012, et on n'est jamais revenu en arrière. S'il y avait eu des dérapages, si cela avait été un eugénisme de masse, comme certains le prophétisent, on aurait aboli tout cela; or, ce n'est pas le cas.

Le sénateur Dalphond : Selon votre expérience, est-ce qu'au Québec, des personnes souffrant essentiellement de maladie mentale ont reçu l'aide médicale à mourir?

Dr Naud : À ma connaissance, non. Au Québec, ce n'était pas le cas pour plusieurs raisons. Jusqu'à maintenant, au Québec, on avait notamment un critère de fin de vie, donc il fallait être considéré en fin de vie pour être admissible. On parle donc d'un décès prévisible d'ici 12 mois, ce qui n'est pas le cas de l'immense majorité des gens qui ont une maladie mentale. Donc, au Québec, à ma connaissance, aucun n'a reçu l'aide médicale à mourir. Par contre, il y en a eu dans le reste du Canada. Il y a eu une période intérimaire, avant que la loi fédérale entre en vigueur. D'ailleurs, le premier malade au Canada qui a reçu une exemption personnelle — avant que le projet loi C-16 entre en vigueur — souffrait d'une condition psychiatrique pure; il n'avait aucune maladie physique. Il y a eu quelques autres cas par ailleurs dans le reste du Canada. Cependant, au Québec, à ma connaissance, il n'y a eu aucun cas jusqu'à présent.

Encore une fois, je pense qu'on doit se fier aux groupes d'experts qui connaissent bien ces malades et qui nous disent être capables de mettre en place des mesures de sauvegarde qui assureront la protection des malades vulnérables.

Le sénateur Dalphond : Merci.

[English]

Senator Martin: Thanks to all of you for the important work that you are doing.

I know that Dr. Naud and others have referenced Belgium and the Netherlands and, yes, they are ahead in terms of their understanding and implementation of their system. But there was an investigative report by *The Guardian* newspaper last year that found that well over a quarter of deaths in the Netherlands in 2017 were induced through euthanasia, suicide outside the system or palliative sedation.

I think all of you have mentioned — and many of our witnesses have talked about — the importance of safeguards. Without them, I believe we're going down a path to a very dangerous situation. Regarding the important safeguards that must be in place, I wanted to ask Dr. Ferrier whether we need to amend this bill to keep some of those safeguards.

Dr. Ferrier: Thank you for the question. Yes, I definitely think this bill needs to be amended seriously. As I mentioned, for example, allowing only 90 days for someone who is not dying to try to see what you can do for them before they receive medical aid in dying is a joke in our health care system considering how hard it is to get care and how, for people with disabilities, many things are missing besides medical care.

As an aside, Dr. Naud said there is a difference between medical aid in dying and suicide, which was proven by the judge in *Truchon*. I would contend that judges do not have expertise in that matter, and that in fact the Council of Canadian Academies' expert panel could not reach a consensus on the question of whether there is a difference between MAID and suicide. I believe it is one way of committing suicide. Perhaps it's less dramatic than jumping off a bridge, but it is a way of committing suicide with the help of your doctor.

No safeguards will protect everyone. Coercion cannot always be detected. It can be subtle. Just having a health care professional say "this is one of your options" puts it higher on the list compared to other things for someone in a time of distress and suffering, and who is suddenly faced with very bad news, whether it's a diagnosis of cancer, a disabling accident or some other terrible disease. Life is not as simple as it is said to be by those who are promoting open access to death. It takes months to years to get good psychiatric care. It takes a long time to get most of the things that might make life better for many people.

[Traduction]

La sénatrice Martin : Merci à vous tous pour le travail important que vous faites.

Le Dr Naud et d'autres ont mentionné la Belgique et les Pays-Bas et, oui, ils sont en avance pour ce qui est de la compréhension et de la mise en œuvre de leur système. Mais un rapport d'enquête du journal *The Guardian* de l'année dernière a révélé que bien plus d'un quart des décès aux Pays-Bas en 2017 ont été causés par l'euthanasie, le suicide en dehors du système ou la sédation palliative.

Je pense que vous avez tous mentionné l'importance des garanties — et beaucoup de nos témoins en ont parlé. Sans elles, je crois que nous allons vers une situation très dangereuse. En ce qui concerne les mesures de protection importantes qui doivent être mises en place, je voudrais demander à la Dre Ferrier si nous devons modifier ce projet de loi pour conserver certaines de ces garanties.

Dre Ferrier : Je vous remercie de cette question. Oui, je pense vraiment que ce projet de loi doit être modifié sérieusement. Par exemple, comme je l'ai mentionné, accorder seulement 90 jours à une personne qui n'est pas mourante pour essayer de voir ce que l'on peut faire pour elle avant qu'elle ne reçoive une aide médicale à mourir est une plaisanterie dans notre système de soins de santé, compte tenu de la difficulté à obtenir des soins et du fait que, pour les personnes handicapées, il manque bien d'autres choses que les soins médicaux.

En passant, le Dr Naud a dit qu'il y a une différence entre l'aide médicale à mourir et le suicide, ce qui a été prouvé par la juge dans *Truchon*. Je soutiens que les juges ne sont pas des experts en la matière et qu'en fait, le groupe d'experts du Conseil des académies canadiennes n'a pas réussi à arriver à un consensus sur la question de savoir s'il y a une différence entre l'aide médicale à mourir et le suicide. Je crois que c'est une façon de se suicider. C'est peut-être moins dramatique que sauter d'un pont, mais c'est une façon de se suicider, avec l'aide de son médecin.

Aucune garantie ne protégera tout le monde. La coercition ne peut pas toujours être détectée. Elle peut être subtile. Le simple fait qu'un professionnel de la santé mentionne que c'est l'une des options la place en tête de liste par rapport à d'autres choses pour quelqu'un qui se trouve dans une période de détresse et de souffrance et qui est soudain confronté à de très mauvaises nouvelles, qu'il s'agisse d'un diagnostic de cancer, d'un accident invalidant ou d'une autre maladie terrible. La vie n'est pas aussi simple que le prétendent ceux qui prônent le libre accès à la mort. Il faut des mois, voire des années pour obtenir de bons soins psychiatriques. Il faut beaucoup de temps pour obtenir la

Sure, put in all the safeguards you can, but it still won't protect everybody from choosing death when they could have chosen life. I don't know if you heard the disabled people who testified before the Justice Committee a few weeks ago. They were saying, "There are so many things we need. Why are you offering us death as the first choice when we don't have all of the other things? Why are you promoting our suicide instead of life for us?"

I could go on, but safeguards, even the tightest ones, will not do everything. The most important one is to make sure that MAID is never on the list of the first choices and that everything else is tried, which can take not 90 days but a few years for many people. That's the number one safeguard I would put in place.

Senator Martin: Thank you.

[Translation]

Senator Boisvenu: I had two questions for Dr. Ferrier, but they've already been asked. Dr. Naud, in your brief opening remarks, you left us hanging on the subject of advance medical directives. You said you had explained those guidelines in your brief. Can you tell us about them?

Dr. Naud: Of course. There's clearly a broad popular consensus that patients can eventually access medical assistance in dying via advance directives once they've received a serious diagnosis of Alzheimer's disease or any other associated dementia.

According to a national survey conducted by Léger in June 2019, 84% of Quebecers and 80% of citizens in the rest of Canada were in favour of these safeguards being implemented. Fairly simple safeguards could be established. An individual could submit a request by signing an authorization form before a witness after receiving a diagnosis or after a certain amount of time had elapsed. It's understood that the shock of the diagnosis has to be absorbed and the patient must receive all available information. Patients must be allowed to process it all.

In the case of Alzheimer's, death does not occur in the short term but rather seven to eight years on average after diagnosis. Once diagnosed, following a certain period of time and after thoroughly examining the matter, an individual could make a request by signing a form before a witness. Another request could be made three to six months later, knowing that the patient still has the capacity to give his or her consent. That request would be binding. The individual could then identify a series of objective criteria that, for him or her, would represent a state of loss of dignity that the individual would not want to face. For

plupart des choses qui pourraient améliorer la vie de beaucoup de gens.

Bien sûr, instituez toutes les garanties possibles, mais cela ne protégera pas toutes les personnes de choisir la mort quand elles auraient pu choisir la vie. Je ne sais pas si vous avez entendu les personnes handicapées qui ont témoigné devant le Comité de la justice il y a quelques semaines. Elles disaient : « Nous avons besoin de tant de choses. Pourquoi nous offrez-vous la mort comme premier choix alors que nous n'avons pas tout le reste? Pourquoi nous encouragez-vous au suicide au lieu de nous offrir la vie? »

Je pourrais continuer indéfiniment, mais les garanties, même les plus strictes, ne feront pas tout. Le plus important, c'est de s'assurer que l'aide médicale à mourir ne figure jamais dans la liste des premiers choix et que tout le reste a été essayé, ce qui peut prendre non pas 90 jours, mais quelques années pour beaucoup de gens. C'est la première garantie que j'instituerais.

La sénatrice Martin : Merci.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : J'avais deux questions pour la Dre Ferrier, mais elles ont déjà été posées. Docteur Naud, dans votre courte explication de départ, vous nous avez laissés en appétit relativement aux directives médicales anticipées. Vous avez dit que vous aviez expliqué ces balises dans votre document. Pouvez-vous en parler?

Dr Naud : Bien sûr. Il est clair qu'il y a un large consensus parmi la population, soit que des patients puissent avoir éventuellement accès à l'aide médicale à mourir, par le biais de directives anticipées, une fois qu'on a posé un diagnostic grave de maladie d'Alzheimer ou de toute autre démence associée.

Selon un sondage pancanadien réalisé par Léger en juin 2019, 84 % des Québécois et 80 % des citoyens dans le reste du Canada souhaitaient la mise en place de telles mesures. On pourrait instaurer des mesures assez simples. Un individu pourrait faire une demande en signant un formulaire d'autorisation devant témoin après avoir reçu un diagnostic et après un certain laps de temps. On comprend qu'il y a le choc du diagnostic à encaisser et le patient doit recevoir toute l'information possible. On doit le laisser cheminer.

Dans le cas de l'alzheimer, le décès ne survient pas à court terme, mais sept à huit ans en moyenne après le diagnostic. Une fois le diagnostic posé, après un certain temps et après avoir bien étudié la question, un individu pourrait faire une demande en signant un formulaire devant témoin. On pourrait répéter la demande après trois ou six mois, en sachant que le malade est toujours apte à donner son consentement. Cette demande aurait une valeur contraignante. La personne pourrait ensuite identifier une série de critères objectivables qui représenteraient pour elle un état de perte de dignité à laquelle elle ne souhaite pas être

example, the person might say, “I have not been able to recognize my family for at least six months; I am constantly bedridden; I am completely dependent on friends and family for my eating and hygiene needs.” We’re talking about a series of objective criteria that, if met, would justify the person’s requesting medical assistance in dying even if he or she were later unable to give consent. The person would follow the same procedure, with an advance directive, as in signing a will or a mandate of incapacity. An agent would be appointed to take charge of the individual’s case once the individual became incapacitated. The person could be asked to appoint in writing an agent who would be responsible for alerting the caregiver team in order to determine whether the patient’s time had come. That responsibility could be assigned, not to the attending physician, but to a multidisciplinary team of professionals, including a physician, a social worker or a nurse, who would be responsible for assessing the situation to determine whether the time had come to grant the patient’s wish.

Senator Boisvenu: Does the bill provide for all that?

Dr. Naud: Not at all, but I think that should be part of it. This is an important issue for Quebecers and Canadians because the population is aging and Alzheimer’s disease, as we speak, is still incurable.

Senator Boisvenu: Thank you for your contribution.

Senator Keating: Dr. Naud, thank you very much for your testimony as a practitioner on the ground. It’s very important. I must say we have had few witnesses who have been able to guide us in this matter. We’ve heard a lot of testimony on the mental health issue, particularly on the definitions of medical assistance in dying in connection with depression and suicide. However, mental illness is much more than that. As you very well know, there are enormous numbers of mental health categories. I’d like to get your opinion on the example that Dr. Baillie cited of a person depressed about the circumstances of his or her life. That’s not a person who would *de facto* be eligible for medical assistance in dying, is it? Not at all. At least not before consulting a medical team of psychiatrists, for example.

Dr. Naud: No, not at all, senator. You’re absolutely right on that point. Dr. Baillie’s example doesn’t meet the criteria for medical assistance in dying. When we discuss patients who receive medical assistance in dying in other countries, they aren’t examples of this type. There is always someone who cites an anecdotal example, but, in other countries, we’re talking about grievous and irremediable diseases such as schizophrenia, where the quality of life is miserable. We’re talking about people who

confrontée. Par exemple, si une personne dit : « Je ne reconnais plus mes proches depuis au moins six mois; je suis constamment alité; je suis totalement dépendant de mon entourage pour mon hygiène ou pour m’alimenter. » On parle d’une série de critères objectivables où la personne pourrait demander, une fois qu’elle sera dans cet état-là, l’aide médicale à mourir, même si elle n’est plus apte à donner son consentement plus tard. Elle l’aurait fait de la même façon avec une directive anticipée, comme lors de la signature d’un testament ou d’un mandat d’incapacité. On désigne un mandataire qui se charge de notre dossier une fois qu’on devient inapte. On pourrait demander à la personne de désigner par écrit un mandataire qui aurait la responsabilité d’alerter l’équipe soignante afin d’évaluer si le moment est venu pour le malade. On pourrait confier cette responsabilité non pas au médecin traitant, mais à une équipe multidisciplinaire de professionnels, comprenant notamment un médecin, un travailleur social ou une infirmière, qui se chargerait d’évaluer la situation pour voir si c’est le moment d’acquiescer au souhait du malade.

Le sénateur Boisvenu : Est-ce que le projet de loi prévoit tout cela?

Dr Naud : Pas du tout, mais je pense que cela devrait en faire partie. C’est un enjeu important pour les Québécois et les Canadiens, parce que la population est vieillissante et que la maladie d’Alzheimer est toujours incurable au moment où l’on se parle.

Le sénateur Boisvenu : Je vous remercie de votre contribution.

La sénatrice Keating : Docteur Naud, je vous remercie beaucoup de nous faire entendre votre témoignage de praticien sur le terrain. C’est très important. Je dois dire qu’on a eu très peu de témoins qui ont été en mesure de nous guider dans ce sens. On a entendu beaucoup de témoignages sur la question de la santé mentale, notamment des définitions de l’aide médicale à mourir en ce qui a trait à la dépression et au suicide. Cependant, la maladie mentale, c’est beaucoup plus que cela. Vous savez très bien qu’il y a énormément de catégories en matière de santé mentale. J’aimerais avoir votre opinion sur l’exemple donné par M. Baillie au sujet d’une personne déprimée en raison des circonstances de la vie. Ce n’est pas une personne qui serait admissible *de facto* à l’aide médicale à mourir, non? Pas du tout. Du moins, pas avant d’avoir consulté une équipe médicale de psychiatres, par exemple.

Dr Naud : Non, pas du tout, madame la sénatrice. Vous avez tout à fait raison là-dessus. Effectivement, l’exemple qu’a donné M. Baillie ne répond pas aux critères de l’aide médicale à mourir. Lorsqu’on parle de malades dans d’autres pays qui reçoivent l’aide médicale à mourir, ce ne sont pas des exemples de ce type-là. Il y a toujours quelqu’un qui donne un exemple anecdotique, mais, dans les autres pays, on parle de maladies graves et incurables comme la schizophrénie, où la qualité de vie

can't take it anymore, who are overmedicated, who are undergoing electroshock treatments, people who have exhausted all options, who live in terrible physical and mental suffering and who say they're going to jump off a bridge. This isn't transitory depression or a person who is experiencing circumstantial problems or a specific situation. For example, a person who loses his job would not have access to medical assistance in dying simply because he's in financial difficulty. That's quite clear to me. There are never examples of this kind. As you know, there's a world of difference between physicians who discuss medical assistance in dying, health professionals, those who have never met a single one of these patients or participated in medical assistance in dying and are unfamiliar with process, and those who know what it all represents. They're able to be the voice of these patients and are aware of the rigorous nature of the medical-assistance-in-dying process.

That's why I would say from the outset that now we must take note of all those years of experience, in Quebec and Canada, so we can genuinely talk about what's happening on the ground. There's no longer any room for apocalyptic prophecies because they're false; we knew they were false, and we now have the proof of that.

Senator Keating: Thank you. By the way, I knew the answer before I asked you the question. I have a lot of family experience with severe mental illness. My grandmother spent her life in an institution because she was psychotic and paranoid, and that's what you did at the time.

There is indeed a big difference, and I don't doubt that the medical profession takes the administration of safeguards such as these very seriously when administering medical assistance in dying to persons suffering from psychiatric disorders. Thank you very much for being with us today.

[English]

Senator Boyer: My question is for Dr. Naud and it relates to the general accessibility of health care services and mental health services in Indigenous communities.

In response to concerns regarding Indigenous peoples' access to mental health professionals, doctors and nurses suggest prioritizing the use of telemedicine or telecounselling. However, this suggestion does not take into account a number of factors, including the possible lack of electronic devices or internet connection, the language barriers and the risk that the person on the other end of call is not sufficiently trained to provide culturally appropriate services. When it comes to accessing MAID and meeting the eligibility requirements of this process, how do you recommend this bill be strengthened to ensure that

est pitoyable. On parle de personnes qui n'en peuvent plus, qui sont surmédicamentées, qui ont subi des traitements par électrochocs, des personnes à qui l'on n'a plus rien à offrir, qui vivent des souffrances physiques et psychiques terribles, qui disent qu'elles vont se jeter en bas d'un pont. Il ne s'agit pas d'une dépression passagère ou d'une personne qui vit des difficultés liées à des circonstances ou à une situation particulière. Par exemple, une personne qui perd son emploi n'aurait jamais accès à l'aide médicale à mourir parce qu'elle vit des difficultés financières. C'est très clair pour moi. Ce ne sont jamais des exemples de ce genre-là. Vous savez, il y a tout un monde entre les médecins qui parlent de l'aide médicale à mourir, les professionnels de la santé, ceux qui n'ont jamais rencontré un seul de ces malades ou qui n'ont jamais participé à l'aide médicale à mourir, qui ne connaissent pas le processus, et tous ceux qui savent ce que cela représente. Ils sont capables d'être la voix de ces malades et ils connaissent la rigueur du processus d'aide médicale à mourir.

C'est pour cela que, d'entrée de jeu, je vous disais qu'il faut maintenant prendre acte de toutes ces années d'expérience, au Québec et au Canada, pour vraiment parler de ce qui se passe sur le terrain. Il n'y a plus de place pour les prophéties apocalyptiques, car elles sont fausses; nous savions qu'elles étaient fausses, et nous avons la preuve maintenant qu'elles le sont.

La sénatrice Keating : Je vous remercie. D'ailleurs, je connaissais la réponse avant de vous poser la question. J'ai beaucoup d'expérience familiale avec les maladies mentales graves. Ma grand-mère a passé sa vie dans une institution, car elle souffrait de psychose et de paranoïa, et à cette époque, c'est ce que l'on faisait.

Il y a effectivement une grande différence, et je ne doute pas que la profession médicale prend l'administration de mesures comme celles-ci très au sérieux lorsqu'elle en vient à administrer l'aide médicale à mourir à des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Je vous remercie beaucoup d'être parmi nous aujourd'hui.

[Traduction]

La sénatrice Boyer : Ma question s'adresse au Dr Naud et porte sur l'accessibilité générale des services de soins de santé et de santé mentale dans les communautés autochtones.

En réponse aux préoccupations concernant l'accès par les peuples autochtones aux professionnels de la santé mentale, les médecins et les infirmières suggèrent de privilégier l'utilisation de la télémédecine ou du téléconseil. Toutefois, cette suggestion ne tient pas compte d'un certain nombre de facteurs, notamment l'absence éventuelle d'appareils électroniques ou de connexion Internet, les barrières linguistiques et le risque que la personne à l'autre bout du fil ne soit pas suffisamment formée pour fournir des services culturellement adaptés. En ce qui concerne l'accès à l'aide médicale à mourir et le respect des conditions

those who have limited access to essential services will receive equal treatment under the law?

[Translation]

Dr. Naud: I'm not personally comfortable with remote assessment of eligibility for medical assistance in dying, and I wouldn't do it because I think that contact with the patient is essential; you really have to be in the patient's presence. Remote assessment may be practical in certain circumstances, but it has significant limits and will never replace a consultation with the patient and the patient's family. Medical assistance in dying is not trivial care. I believe we can all agree on that. It's important and serious. It's a decision that, as I said at the outset, no one makes impulsively. You have to allocate the appropriate resources to do the work properly and rigorously.

You raised the question of remote communities, and that's not my experience. I'm in no position to suggest potential solutions in that area, but what I do know is that very few requests for medical assistance in dying are made in the communities. This is generally not part of First Nations culture, and correct me if I'm wrong. So these are rare requests, but I think that, if any are made, you have to be able to go into those communities to do the work properly, to ensure the statutory criteria are met, to meet the patients themselves, to meet their families and to speak with those in their circle. This is always an effort that you make as a physician when assessing a request; you always talk to the attending physicians, the medical specialists and the consultants, and you examine the medical file.

In the initial assessment for medical assistance in dying, in my practice, when I meet a patient who has made a request, the interview lasts between two and a half and five hours. It's not 15 minutes perched at the kitchen table. I have access to the patient's medical file. You have to go and meet the people in order to do the work rigorously when requests are made. I don't know whether that answers your question.

[English]

Senator Boyer: It identifies a huge gap. Thank you.

[Translation]

Senator Dupuis: My question is for Dr. Naud. Thanks to all the witnesses for appearing before the committee today to address a difficult issue.

d'admissibilité, comment recommandez-vous que ce projet de loi soit renforcé pour garantir que les personnes qui ont un accès limité aux services essentiels seront traitées équitablement au regard de la loi?

[Français]

Dr Naud : Sur la question de faire une évaluation de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir à distance, personnellement, je ne suis pas à l'aise avec cela, et je ne le ferais pas parce que je pense que le contact avec le malade est essentiel; il faut vraiment être en présence du malade. L'évaluation à distance peut être pratique dans certaines circonstances, mais elle a des limites importantes et ne remplacera jamais la rencontre du malade et de ses proches. L'aide médicale à mourir n'est pas un soin banal, je pense qu'on peut tous en convenir. C'est quelque chose d'important et de sérieux. C'est une décision que, comme je le disais d'entrée de jeu, personne ne prend sur un coup de tête. On doit y accorder les ressources appropriées pour bien faire le travail de façon rigoureuse.

Vous soulevez la question des communautés éloignées, et ce n'est pas mon expérience. Je serais un peu mal placé pour vous proposer des pistes de solution là-dessus, mais, dans les communautés, ce que je sais cependant, c'est que les demandes d'aide médicale à mourir sont rares. Cela ne fait généralement pas partie de la culture des Premières Nations, et corrigez-moi si je fais erreur. Donc, ce sont des demandes rares, mais je pense que, s'il y en a, il faut pouvoir aller dans ces communautés pour pouvoir faire le travail correctement, c'est-à-dire s'assurer du respect des critères de la loi, rencontrer les malades eux-mêmes, rencontrer les proches et parler avec l'entourage. C'est toujours un travail que l'on fait comme médecin lors de l'évaluation de la demande; on parle toujours aux médecins traitants, aux médecins spécialistes, aux consultants et on examine le dossier médical.

Lors de la première évaluation pour l'aide médicale à mourir, dans ma pratique, lorsque je rencontre un malade qui a fait une demande, l'entretien dure entre deux heures et demie et cinq heures. Ce n'est pas 15 minutes sur le coin d'une table. J'ai accès au dossier médical du malade. Il faut aller vers les gens pour faire ce travail de façon rigoureuse lorsqu'il y a des demandes. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

[Traduction]

La sénatrice Boyer : Cela fait ressortir une énorme lacune. Merci.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Ma question s'adresse au Dr Naud. Je remercie tous les témoins d'être venus au comité aujourd'hui pour traiter d'une question difficile.

Dr. Naud, you talked about medical assistance in dying once a diagnosis has been established. I'd like to ask you this question: Since our generation has known parents and grandparents who died very old, a number of them of physical or other diseases, such as Alzheimer's, for example, we have acquired what could be called painful experience. We can't help but ask ourselves, "Will it really help me to know that I can request medical assistance in dying once a diagnosis has been established? If I have a form of Alzheimer's and am one of the patients who doesn't even realize they ask the same question 100 times a day, it will clearly be too late when the diagnosis is reached."

What discussion should we be having in order to start people thinking about this issue? Many women live to a very old age after being informal caregivers to their spouses for years, and they are weakened by the experience. Is it possible instead to consider putting in place a system of advance directives that would state in advance, upon careful consideration and assessment, that, assuming certain disease-related effects, the person wishes to receive no treatment or intervention?

Dr. Naud: Quebec already has a regime of advance medical directives under which patients may refuse certain types of care in advance, but that doesn't concern medical assistance in dying.

I would personally like us to have the option of requesting it in advance by advance directives once the diagnosis is received. You have to understand that, once a diagnosis is reached, it usually takes a long time for incapacity to appear. In the initial stages of the disease, stages 1, 2, 3 and even stage 4, patients are still capable. They're capable of understanding their condition, of realizing how it will evolve and of observing what's coming. There's no urgency either.

Why am I in favour of doing it once the diagnosis has been established? Because, when you're 50 years old, you say, "I watched my mother die of Alzheimer's, and that's not how I want to go." That's what I often hear on the ground. I'm basically a family physician, and all families in Canada have members who died of Alzheimer's. That frequently happens. If you make that decision at 50 but are diagnosed with Alzheimer's at 74, a lot of water has gone under the bridge. Will you be in the same situation? Will you have the same circle and the same resources? A lot of things can happen.

The point I want to make is that, once the diagnosis has been reached, you still have time to think about it. It may happen — and you're right about this — that Alzheimer's is diagnosed in a person who, at the time of the diagnosis, is incapable because he

Docteur Naud, vous avez parlé de l'aide médicale à mourir une fois qu'un diagnostic est établi. Je voudrais vous poser la question suivante : dans la mesure où notre génération a connu des parents et des grands-parents qui sont morts très âgés, un certain nombre d'entre eux de maladies physiques ou d'autres maladies, comme la maladie d'Alzheimer entre autres, nous avons une expérience douloureuse d'une certaine manière. On ne peut s'empêcher de se demander : « Est-ce que cela va réellement m'aider de savoir que je peux demander l'aide médicale à mourir une fois que le diagnostic est établi? Si j'ai une forme d'alzheimer et que je fais partie des patients qui ne réalisent même pas qu'on leur pose la même question 100 fois par jour, c'est clair qu'au moment du diagnostic, il sera trop tard. »

Quelle est la discussion que nous devrions avoir pour amorcer cette réflexion? Beaucoup de femmes vivent très âgées, après avoir été l'aidante naturelle de leur conjoint pendant des années, et elles se sont affaiblies à cause de cela. Est-ce que c'est possible d'envisager plutôt de mettre en place un système de directives anticipées qui dirait à l'avance, après mûre réflexion et après une évaluation, que, dans l'hypothèse de certaines réalisations liées à la maladie, la personne ne souhaite obtenir aucun traitement ni aucune intervention?

Dr Naud : Il y a déjà au Québec un régime de directives médicales anticipées qui permet de refuser à l'avance certains soins, mais qui ne concerne pas l'aide médicale à mourir.

Personnellement, je souhaite qu'on ait l'option de le demander à l'avance par des directives anticipées, une fois le diagnostic reçu. Il faut comprendre qu'une fois que le diagnostic a été posé, il s'écoule habituellement beaucoup de temps avant que l'incapacité n'apparaisse. Dans les premiers stades de la maladie, au stade 1, 2, 3 et même au stade 4, le malade a encore ses aptitudes. Il est capable de comprendre sa condition, de réaliser son évolution et de constater ce qui s'en vient. On n'est pas dans l'urgence non plus.

Pourquoi suis-je en faveur qu'on le fasse une fois le diagnostic établi? C'est parce que, lorsqu'on a 50 ans, on dit : « J'ai vu ma mère mourir d'alzheimer et ce n'est pas comme ça que je veux mourir plus tard. » C'est ce que j'entends souvent sur le terrain. Je suis, à la base, un médecin de famille, et toutes les familles au Canada ont des membres de leur famille qui sont morts de l'alzheimer; c'est quelque chose de très fréquent. Si l'on prend cette décision à 50 ans, mais que le diagnostic d'alzheimer est posé à 74 ans, beaucoup d'eau a coulé sous les ponts. Est-ce qu'on sera dans les mêmes dispositions? Est-ce qu'on aura le même entourage et les mêmes ressources? Il peut se passer beaucoup de choses.

Le point que je veux apporter, c'est qu'une fois que le diagnostic a été posé, on a encore le temps d'y penser. Il peut arriver — et vous avez raison là-dessus — qu'on pose un diagnostic d'alzheimer pour une personne qui est, au moment du

or she has been all alone for years and whose family has tried to compensate for the person's deficiencies, but that doesn't happen in the majority of cases. In most cases, the diagnosis is reached at quite an early stage of the disease, and the person is often capable of consent for a few more years. Consequently, there's time to think about it properly, to gather information on available resources and to see how the disease evolves and where the person can eventually go once he or she is incapable and can no longer stay at home. There's ample time to make these requests. So some patients may be incapable at the time of the diagnosis, but they are very rare.

[English]

Senator Cotter: I have two questions. The first is for Dr. Naud. In your conversations with us, at the outset you identified on the subject of mental illness some safeguards that needed to be put in place, or could or should be, at least. In particular, you mentioned a few, and I'm not knowledgeable about the content of those. There was a suggestion that the legislation be amended to include mental illness as the sole underlying condition but to suspend the operation of that provision for a year so that aspects of the consideration of mental illness for MAID purposes be able to be considered and framed better. Is that a realistic option in your view, to enable those safeguards to be put in place and then have the legislation kick in?

[Translation]

Dr. Naud: I personally think that would be an acceptable alternative. Rather than deny all those patients at the outset and discriminate against them on the basis of their pathology, if one could at least offer some light at the end of the tunnel for these few patients who might eventually receive medical assistance in dying and have a timeline of 6 months or a year... I don't think the timeline should be 5 or 10 years, but you could take 6 months or a year to put safeguards in place. I think that would be a perfectly acceptable alternative.

Particularly since we're expecting expert reports to be released shortly that should enlighten us on the matter. I referred to the report by the expert panel of the Association des médecins psychiatres du Québec that will be published in early December. The Canadian Psychiatric Association recently did the same thing. So that would be an acceptable and feasible alternative, which would give hope to those few patients who suffer from grievous and irremediable pathologies and experience serious mental suffering.

[English]

Senator Cotter: Thank you. If I could ask a second question, this one of Dr. Baillie.

diagnostic, inapte parce qu'elle a été toute seule pendant des années et que la famille a essayé de combler les lacunes de la personne, mais ce n'est pas la majorité des cas. Dans la majorité des cas, le diagnostic se fait au stade plutôt précoce de la maladie, et l'aptitude à consentir est souvent là pour encore quelques années. Donc, on a le temps d'y réfléchir comme il faut, de recevoir de l'information sur les ressources qui existent, de voir comment la maladie va évoluer et où on peut aller éventuellement une fois inapte, quand on ne pourra plus rester à la maison. On a amplement le temps de faire ces demandes. Donc, les malades inaptes au moment du diagnostic existent, mais ils sont très rares.

[Traduction]

Le sénateur Cotter : J'ai deux questions. La première s'adresse à Dr Naud. Dans vos conversations avec nous, vous avez d'abord parlé, au sujet de la maladie mentale, de certaines garanties qui devraient être mises en place ou pourraient l'être, du moins. En particulier, vous en avez mentionné quelques-unes, et je ne suis pas au courant de leur contenu. Il a été suggéré de modifier la loi afin d'inclure la maladie mentale comme seule pathologie sous-jacente, mais de suspendre l'application de cette disposition pendant un an afin que les aspects de la prise en compte de la maladie mentale aux fins de l'aide médicale à mourir puissent être mieux examinés et encadrés. Est-ce, à vos yeux, une option réaliste pour permettre la mise en place de ces garanties et ensuite l'entrée en vigueur de la loi?

[Français]

Dr Naud : Personnellement, je pense que ce serait une alternative acceptable. Plutôt que de refuser d'emblée tous ces malades et de les discriminer sur la base de leur pathologie, si au moins on pouvait offrir une lumière au bout du tunnel pour ces rares malades qui pourraient éventuellement se prévaloir de l'aide médicale à mourir et avoir un échéancier de six mois ou d'un an... Je pense que l'échéancier ne devrait pas être de cinq ou dix ans, mais on pourrait se donner six mois ou un an pour mettre en place des mesures de sauvegarde. Je pense que ce serait une alternative parfaitement acceptable.

D'autant plus qu'on attend des rapports d'experts qui seront déposés prochainement et qui devraient nous éclairer. Je faisais référence au rapport du groupe d'experts de l'Association des médecins psychiatres du Québec qui sera publié au début de décembre. L'Association des psychiatres du Canada a fait la même chose récemment. Ce serait donc une alternative acceptable et envisageable, qui donnerait un espoir à ces rares malades souffrant de pathologies graves et incurables qui éprouvent de graves souffrances psychiques.

[Traduction]

Le sénateur Cotter : Je vous remercie. Si je peux poser une deuxième question, à M. Baillie cette fois-ci.

Dr. Baillie, one of the questions that Senator Batters put to you is a fundamentally important constitutional question concerning mental illness as a sole underlying condition, and you offered both medical insight into mental illness and discrimination and also the constitutional view. I want to ask this question respectfully. Are you still practising law, and the degree to which we should regard that as a legal opinion?

Dr. Baillie: I continue to be a member of the Law Society of Alberta. I appear in court typically as an expert witness. I have not done trials in court.

Senator Pate: We've had, as has been alluded to, a number of witnesses come before us raising issues around people with disabilities, and there have been some examples of the type of coercion that I think Dr. Ferrier was referring to. I'd like to hear a bit about how you see what amendments could save those situations, particularly in light of the situation we're facing now, as has been revealed during the pandemic, of the lack of resources, adequate health, economic and social supports for individuals.

As well, one of the areas that I'm particularly concerned about is the number of people who are in prisons who are requesting medical assistance in dying. My personal view, based on years of doing that work, is that it should not be provided in a prison. There are many doctors who have argued that treatment should never be provided in prisons because there can never be assurance that it's voluntary. I'm curious, maybe starting with Dr. Ferrier but also the rest of you commenting, on how you see we could amend this legislation to improve it and to ensure those kinds of protections particularly for marginalized groups. Thank you.

Dr. Ferrier: Thank you very much for that question. If we look at, for example, some of the disabled people who testified recently, if for years you've been discriminated against in many ways, you've been marginalized, to be offered death is like a slap in the face. We have to look whether this person has adequate medical care? Does this person have adequate rehabilitation? Does this person live in poverty or make a decent living? Does this person have accessible housing, or do they have to live in a nursing home like Mr. Truchon?

I think that an amendment would mean to address all of the things that are causing the suffering of this person before even allowing MAID to be on the table. It would also mean never suggesting MAID, as it has been suggested to people who testified and probably many others who don't have the skills or the opportunities to go public. There are people who are a drain on society's resources and who are made to feel they are a drain on society's resources. So I think to consider a request for death or to offer death is really unworthy of Canadian society. Ninety

Monsieur Baillie, une des questions que la sénatrice Batters vous a posée est une question constitutionnelle d'une importance fondamentale concernant la maladie mentale comme seule pathologie sous-jacente, et vous avez donné une perspective médicale de la maladie mentale et de la discrimination, et une perspective constitutionnelle. Avec tout le respect que je vous dois, je vous demande si vous exercez toujours le droit, et dans quelle mesure devrions-nous considérer ce que vous nous avez dit comme un avis juridique?

M. Baillie : Je suis toujours membre du barreau de l'Alberta. Je comparais généralement devant les tribunaux en tant que témoin expert. Je n'ai pas plaidé de procès devant un tribunal.

La sénatrice Pate : Comme on y a fait allusion, un certain nombre de témoins se sont présentés ici pour soulever des questions concernant les personnes handicapées, et il y a eu quelques exemples du type de coercition auquel la Dre Ferrier a fait allusion, je crois. J'aimerais savoir comment vous envisagez les amendements qui pourraient justifier ces situations, en particulier à la lumière de la situation à laquelle nous sommes confrontés à l'heure actuelle, comme cela s'est révélé pendant la pandémie, et du manque de ressources, de soutien sanitaire et de soutien économique et social adéquats.

Aussi, un des domaines qui me préoccupe particulièrement est le nombre des personnes en prison qui demandent l'aide médicale à mourir. Mon opinion personnelle, fondée sur des années de travail, est que cette aide ne devrait pas être accordée dans une prison. De nombreux médecins ont fait valoir que ce traitement n'a pas sa place dans le contexte carcéral, parce qu'on ne peut jamais garantir qu'il est volontaire. En commençant peut-être par la Dre Ferrier suivie du reste d'entre vous, je suis curieuse de savoir comment nous pourrions modifier cette loi pour l'améliorer et garantir ce type de protection, en particulier pour les groupes marginalisés. Je vous remercie.

Dre Ferrier : Merci beaucoup pour cette question. Prenons par exemple certaines des personnes handicapées qui ont témoigné récemment. Si, pendant des années, une personne a subi de la discrimination de nombreuses façons, se voir offrir la mort est comme une gifle. Nous devons établir si cette personne bénéficie de soins médicaux adéquats. A-t-elle bénéficié d'une réadaptation adéquate? Vit-elle dans la pauvreté ou gagne-t-elle sa vie de façon décente? A-t-elle un logement accessible ou doit-elle vivre dans une maison de retraite, comme M. Truchon?

Je pense qu'un amendement signifierait de traiter de tous les éléments qui causent la souffrance de cette personne avant même de permettre que l'aide médicale à mourir soit une option. Cela signifierait également de ne jamais proposer l'AMM, comme cela a été proposé aux personnes qui ont témoigné et probablement à beaucoup d'autres qui n'ont pas les compétences ou la possibilité d'en parler publiquement. Il y a des gens qui épuisent les ressources de la société et que l'on convainc qu'ils épuisent les ressources de la société. Je pense donc que prendre

days? Forget it. Address one by one each of the things that's making this person suffer. And if after all of that, the person still says, "Yes, I would rather be dead," maybe that would be the amendment.

I would also make it illegal to suggest it to anybody ever, and that includes just listing it as one of the options. Because, as health professionals, we have a power differential. What we raise as an option is often understood as a recommendation, even if we don't intend it that way.

Those are the two main things that I would say. Also, there has been a whole movement to push MAID into every health care environment, and that I think is discriminatory against all the people who don't want it, which is the majority of Canadians, and to allow for safe spaces and safe medical practices where patients know this will not be an option on the table, ever, and that they can express their death wishes without them being taken as something they really want. Those are the three things that I would suggest.

Dr. Baillie: Senator Pate, I'm happy to add a small contribution here. You and I have previously talked about the complete lack of treatment services in many of our jails and penitentiaries. One of the curiosities of MAID, one of the challenges, is that the individual seeking MAID is not required to have exhausted all of their treatment options but can make an individual decision on whether or not they choose to access treatment. Except when you're in custody, you don't have the same access to treatment services. So some of those individuals in custodial settings who are making requests for MAID may be making it even if they wanted to be accessing appropriate treatment resources, so I would be concerned about the coercive element of that; that end of life becomes a favourable option because the treatment services aren't there.

Again, it goes back to the broader recommendation from the Mental Health Commission of making sure we have an emphasis on access to recovery-oriented services as part of this broader discussion.

Senator Pate: Dr. Naud, did you have any additional comments?

[Translation]

Dr. Naud: In the first year of medical school, you learn that asking a depressed patient if he is considering suicide won't encourage him to commit suicide if he hasn't already thought of it. Exactly the same is true of medical assistance in dying. It's not because you talk to a patient about medical assistance in dying that he'll consider it as an option if that's not already his choice. It remains a strictly personal choice. Once again, medical

en compte une demande d'aide à la mort ou offrir une aide à la mort est vraiment indigne de la société canadienne. Quatre-vingt-dix jours? Oubliez cela. Traitez systématiquement chacune des choses qui font souffrir cette personne. Et si, après tout cela, la personne dit encore : « Oui, je préfère mourir », voilà ce qui serait peut-être la chose à modifier.

Il serait également illégal de le suggérer à qui que ce soit, quand bien même en le mentionnant comme une des options, parce qu'en tant que professionnels de la santé, nous avons un pouvoir différent. Ce que nous soulevons comme une option est souvent compris comme une recommandation, même si ce n'est pas notre intention.

Ce sont les deux principales choses que je soulignerais. De plus, il y a un mouvement visant à pousser l'aide médicale à mourir dans tous les milieux de soins de santé, et cela me semble discriminatoire envers tous ceux qui n'en veulent pas, c'est-à-dire la majorité des Canadiens; il faut permettre des espaces et des pratiques médicales sécuritaires où les patients savent que ce ne sera jamais une option proposée et qu'ils peuvent exprimer leur désir de mourir sans qu'on le prenne comme une chose qu'ils veulent vraiment. Ce sont les trois choses que je recommande.

M. Baillie : Sénatrice Pate, j'aimerais ajouter quelque chose ici. Vous et moi avons déjà parlé de l'absence totale de traitements dans nombre de nos prisons et pénitenciers. L'une des curiosités de l'aide médicale à mourir, un de ses défis, est que la personne qui demande l'AMM n'est pas tenue d'avoir épuisé toutes ses options de traitement, mais peut prendre une décision individuelle sur l'accès ou non au traitement. Mais en prison, on n'a pas le même accès aux services de traitement. Par conséquent, certaines personnes en détention qui demandent l'aide à mourir le font peut-être même si elles voulaient avoir accès à des traitements appropriés, et cet élément coercitif me préoccupe; en l'absence de traitements, cette fin de vie devient une option favorable.

Encore une fois, cela revient à la recommandation plus générale de la Commission de la santé mentale du Canada de veiller à ce que nous mettions l'accent sur l'accès à des services axés sur le rétablissement dans le cadre d'un débat plus large.

La sénatrice Pate : Docteur Naud, avez-vous d'autres commentaires?

[Français]

Dr Naud : En première année de médecine, on apprend que le fait de demander à un patient déprimé s'il songe au suicide ne va pas l'inciter à se suicider s'il n'y avait pas pensé. C'est exactement la même chose avec l'aide médicale à mourir. Ce n'est pas parce qu'on parle d'aide médicale à mourir à un patient qu'il va l'envisager comme option si ce n'était pas déjà son choix. Cela demeure un choix strictement personnel. Encore une

assistance in dying is a form of care that is entirely legitimate and lawful.

You must be able to offer persons with disabilities all the necessary resources to help them go as far as possible. At the same time, you have to acknowledge that, for certain disabled individuals who feel they can't take it anymore, it's not a matter of resources. In Quebec, we asked Ms. Gladu and Mr. Truchon why they wanted to receive medical assistance in dying. It was clearly not for a lack of resources. The Superior Court of Quebec's nearly 200-page judgment provides their eloquent, detailed and substantiated answer.

It must be understood that this is a legitimate choice and that the suffering is that of the patients themselves, and they alone can judge it. It's not up to the physician to say, with a paternalistic attitude, that the patient should try harder and look at all the options. The decision is up to the patient. We have a duty as physicians — and we do it systematically with medical assistance in dying — to discuss with patients the options still available to them, including palliative care, if they aren't already receiving it, which is the case of 20% of our patients in Quebec who receive medical assistance in dying. Afterwards, however, it's up to the patient to accept them or not. That's the very principle of self-determination, which has long been recognized by Canadian courts.

As to your question about medical assistance in dying in prison...

[English]

The Chair: Thank you, Dr. Naud. I'm very sorry to cut you off. There's one second round for Senator Batters.

Senator Batters: I just wanted to briefly say at the end of my earlier remarks to Dr. Baillie that I note that Mental Health Commission of Canada is now the second major national mental health organization to come before us in this assisted suicide Bill C-7 study and advised that they have not yet had time to formulate a full position on this bill, which the federal government is pursuing to push through. It's certainly understandable from the Mental Health Commission of Canada, and also yesterday from the CMHA, because there's so much pressure with COVID-19 that it's putting on our mental health system and on crucial organizations like yours to help people through this pandemic and through the additional pressures that it brings. But then it concerns me as to why the federal government is pursuing this bill at this time and pushing this through during a pandemic, when there are such pressing priorities. Thank you.

fois, l'aide médicale à mourir est un soin qui est tout à fait légitime et légal.

Pour ce qui est des personnes handicapées, on doit être en mesure de leur offrir toutes les ressources nécessaires afin de les aider à aller le plus loin possible. En même temps, il faut reconnaître que, pour certaines personnes handicapées qui se disent qu'elles n'en peuvent plus, ce n'est pas une question de ressources. Au Québec, on a posé la question à Mme Gladu et à M. Truchon pour savoir pour quelles raisons ils souhaitaient recevoir l'aide médicale à mourir. Ce n'était manifestement pas par manque de ressources. La réponse est très éloquente, très détaillée et très justifiée, dans un jugement de la Cour supérieure du Québec comptant près de 200 pages.

Il faut reconnaître que c'est un choix légitime et que la souffrance appartient au malade lui-même, et lui seul peut en juger. Ce n'est pas au médecin de dire, avec une attitude paternaliste, que le malade doit essayer encore, qu'il doit étudier toutes les options. La décision appartient au malade. En tant que médecins, nous avons l'obligation — et nous le faisons systématiquement avec l'aide médicale à mourir — de parler au malade des options qui s'offrent encore à lui, y compris les soins palliatifs, s'il ne les reçoit pas déjà, ce qui est le cas de 20 % de nos malades au Québec qui reçoivent l'aide médicale à mourir. Par contre, après, il appartient au malade de les accepter ou pas. C'est le principe même de l'autodétermination qui est reconnu depuis longtemps par les tribunaux canadiens.

Pour ce qui est de votre question sur l'aide médicale à mourir en prison...

[Traduction]

La présidente : Merci, docteur Naud. Je suis désolée de vous interrompre. La sénatrice Batters a un deuxième tour.

La sénatrice Batters : Je voulais juste dire brièvement, à la fin de mes remarques précédentes à M. Baillie, que je constate que la Commission de la santé mentale du Canada est maintenant la deuxième grande organisation nationale de santé mentale à se présenter devant nous dans le cadre de cette étude du projet de loi C-7 sur le suicide assisté et a signalé qu'elle n'a pas encore eu le temps de formuler entièrement une position sur ce projet de loi que le gouvernement fédéral s'efforce de faire adopter. C'est certainement compréhensif de la part de la commission, ainsi que de la part de l'ACSM hier, car il y a tellement de pressions avec la COVID-19 sur notre système de santé mentale et les organisations importantes comme la vôtre pour aider les gens à traverser cette période de pandémie et les autres pressions qu'elle occasionne. Mais je me demande alors pourquoi le gouvernement fédéral s'attache à ce projet de loi en ce moment et le fait passer pendant une pandémie, alors qu'il y a d'autres priorités pressantes. Je vous remercie.

Dr. Baillie: I think, as you've clearly heard today, not just in this panel but in others, there are wildly different perspectives on the legislation. It goes too far, it doesn't go far enough, mental illness shouldn't be protected, mental illness should be protected. I think it's a dialogue that requires a significant amount of further conversation.

The Chair: Thank you very much to all three of you. You have really added to our knowledge base and we know that we will continually ask for your help. We appreciate you making time for us today at such short notice.

We will now go on to our next panel. I want to welcome both of you. We know we gave you very short notice and appreciate you making yourselves available. As you have made yourself available to us at such short notice, I want to assure you that we also very much want to learn and hear from you.

Dr. Sephora Tang is a psychiatrist from The Ottawa Hospital, and a clinical lecturer from the University of Ottawa.

Dr. Tang, the floor is yours.

Dr. Sephora Tang, Psychiatrist, The Ottawa Hospital, Clinical Lecturer, University of Ottawa, as an individual: Senators, thank you for the opportunity to speak today. My name is Dr. Sephora Tang. I am a psychiatrist in Ottawa and co-author of the *MAID to MAD* declaration, an initiative of physicians together with vulnerable Canadians, signed by over a thousand Canadian physicians who have concerns with the removal of safeguards previously deemed necessary in Bill C-7.

Bill C-7 would facilitate the deaths of people whose death wishes may stem, not primarily, from their comorbid physical illness but from unaddressed psychological distress. Under the current bill, patients may be approved for medical assistance in dying, or MAID, without necessitating assurance of access to adequate care, nor requirement to undergo standard medical treatment before receiving MAID. This opens access to MAID to a much larger segment of the population, and the consequence of this reality on vulnerable populations needs to be fully appreciated.

The lack of adequate supports is often a direct stressor that triggers suicidal thoughts in an individual, yet wait times for psychiatric services often exceed the 90-day assessment period allotted by Bill C-7.

M. Baillie : Je pense, comme vous l'avez clairement entendu aujourd'hui, pas seulement de ce groupe de témoins, mais des autres groupes, que les opinions sur cette loi sont très différentes. Elle va trop loin, elle ne va pas assez loin, la maladie mentale ne devrait pas être protégée, la maladie mentale devrait être protégée... je crois que c'est un dialogue qui doit faire l'objet de bien d'autres débats.

La présidente : Merci beaucoup à vous trois. Vous avez vraiment enrichi nos connaissances et nous savons que nous continuerons à vous demander votre aide. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir pris le temps de nous rencontrer aujourd'hui à la dernière minute.

Nous allons maintenant passer à notre prochain groupe de témoins, à qui je souhaite la bienvenue. Nous savons que nous vous avons donné un préavis très court et nous vous remercions de votre disponibilité. Comme vous vous êtes mis à notre disposition dans un délai aussi court, je tiens à vous assurer que nous avons grande hâte d'entendre ce que vous avez à nous dire et d'apprendre.

La Dre Sephora Tang est psychiatre à L'Hôpital d'Ottawa et maître de conférences cliniques à l'Université d'Ottawa.

Docteure Tang, vous avez la parole.

Dre Sephora Tang, psychiatre, L'Hôpital d'Ottawa, maître de conférences cliniques, Université d'Ottawa, à titre personnel : Sénateurs et sénatrices, je vous remercie de me donner l'occasion de m'exprimer aujourd'hui. Je m'appelle Dre Sephora Tang. Je suis psychiatre à Ottawa et coauteure de la déclaration *De l'AMM à la MAM*, une initiative de médecins avec des Canadiens vulnérables, signée par plus d'un millier de médecins canadiens qui s'inquiètent de la suppression dans le projet de loi C-7 des garanties qui étaient auparavant jugées nécessaires.

Le projet de loi C-7 faciliterait la mort de personnes dont la volonté de mourir peut avoir sa source non pas principalement dans une maladie physique comorbide, mais dans une détresse psychologique non traitée. Selon le projet de loi actuel, les patients peuvent être approuvés pour l'aide médicale à mourir sans avoir besoin de l'assurance d'un accès à des soins adéquats, ni de l'obligation de suivre un traitement médical standard avant de recevoir l'aide médicale à mourir. Cela ouvre l'accès à un segment beaucoup plus large de la population et il faut bien prendre en compte les conséquences de cette réalité sur les populations vulnérables.

Le manque de soutiens adéquats est souvent un facteur de stress direct qui déclenche l'idéation suicidaire chez une personne, pourtant les délais d'attente pour les services psychiatriques dépassent souvent la période d'évaluation de 90 jours prévus dans le projet de loi C-7.

Without the necessary supports in place to parallel a permissive MAID regime, individuals are left with the prospect of choosing between an assisted death or continuing the uphill struggle of living with inadequate supports. To place an individual in such a predicament is cruel and fundamentally unjust.

Cases will inevitably arise where MAID providers will question the appropriateness of administering death as a response to suffering. For the safety of patients, and in order to provide appropriate medical care, health care professionals must be given freedom to maintain their professional autonomy in declining involvement in requests for death that they deem inappropriate.

Under the current legal framework, I may be sanctioned for declining to facilitate my patient's request to end their life. As a psychiatrist, this places me in a precarious predicament as my work in suicide prevention is incompatible with current expectations under the law to facilitate suicide.

Despite assertions that Bill C-14 adequately protects the freedom of conscience of physicians to decline participation in MAID, the reality is that physicians in Ontario can now be penalized by their regulating college for declining to participate in arranging and facilitating the deaths of patients, an act that for many is deeply offensive to the integrity of their character, conscience and medical moral ethics. If the status quo remains, the state is essentially being permitted to compel an unwilling practitioner to engage in an action they believe to be harmful to another person, and effectively sets up the conditions for inflicting moral injury upon health care professionals.

Moral injury is a trauma syndrome that includes psychological, existential, behavioural and interpersonal issues that emerge following perceived violations of deep moral beliefs. These experiences can lead to feelings including guilt, shame, depression, anxiety, anger and even self-harm. The provincial parliamentary testimony of Ontario physicians gives evidence to moral distress arising as a result of the effective referral requirement in Ontario. It would be in the best interest of government and society to prevent moral injury in our medical workforce while implementing the provision of MAID services.

The recent decision of the Ontario Court of Appeal to uphold the effective referral policy for MAID by Ontario's medical college amply demonstrates the inadequacies of conscience protection in federal law. The ruling opposes recommendations made by the Canadian Medical Association and World Medical

Sans les soutiens nécessaires en place pour faire pendant à un régime permissif d'aide médicale à mourir, les personnes se trouvent face à la perspective de devoir choisir entre une mort assistée et la lutte difficile de la vie sans soutien adéquat. Placer une personne dans une telle situation est cruel et fondamentalement injuste.

Il y aura inévitablement des cas où les prestataires de l'aide médicale à mourir s'interrogeront sur l'opportunité d'administrer la mort en réponse à la souffrance. Pour la sécurité des patients, et afin de fournir des soins médicaux appropriés, les professionnels de la santé doivent être libres de maintenir leur autonomie professionnelle en refusant de s'impliquer dans des demandes de décès qu'ils jugent inappropriées.

Selon le cadre juridique actuel, je peux être sanctionnée pour avoir refusé de faciliter la demande de mon patient de mettre fin à sa vie. En tant que psychiatre, cela me place en situation précaire, car mon travail de prévention du suicide est incompatible avec les attentes actuelles de la loi visant à faciliter cet acte.

Malgré les affirmations selon lesquelles le projet de loi C-14 protège adéquatement la liberté de conscience des médecins de refuser de participer à l'aide médicale à mourir, la réalité est que les médecins de l'Ontario peuvent maintenant être pénalisés par leur collège de réglementation pour avoir refusé de participer à l'organisation et à la facilitation du décès de patients, un acte qui, pour beaucoup, fait violence à leur intégrité de caractère, de conscience et d'éthique morale médicale. Si la situation actuelle persiste, l'État est essentiellement autorisé à contraindre un praticien réticent à s'engager dans une action qu'il estime préjudiciable à une autre personne, et établit effectivement la possibilité d'infliger un préjudice moral aux professionnels de la santé.

La blessure morale est un syndrome traumatique qui englobe des problèmes psychologiques, existentiels, comportementaux et interpersonnels qui apparaissent après des événements ou des comportements perçus comme des violations des convictions morales profondes. De tels épisodes peuvent entraîner, entre autres, des sentiments de culpabilité, de honte, causer la dépression, l'anxiété et la colère, et même provoquer l'automutilation. Devant l'Assemblée législative de l'Ontario, des médecins de cette province ont fait état de leur détresse morale face à l'obligation « d'aiguiller efficacement » un patient vers un autre praticien en Ontario. Il irait de l'intérêt du gouvernement et de la société d'éviter d'imposer des blessures morales à notre personnel médical lors de la mise en œuvre des dispositions concernant la prestation de services d'AMM.

La décision récente de la Cour d'appel de l'Ontario, imposant à la Ontario Medical Association de continuer à appliquer la politique d'aiguillage efficace vers un autre praticien, montre bien l'absence d'efficacité de la protection de la liberté de conscience dans la législation fédérale. La décision va à

Association with respect to upholding freedom of conscience for physicians. Canada has failed on the global stage to demonstrate mutual respect for patients and physicians in this regard.

The federal Criminal Code exists to safeguard and protect Canadians. Amending Bill C-7 to make it an offence to coerce an individual into aiding and abetting suicide would send the message that suicide prevention remains an important matter of public safety, and would provide an enforceable safeguard to protect patients and physicians from systemic coercion.

For the sake of our patients and the health of our medical workforce, I am therefore respectfully appealing to the Canadian Senate to ensure that there are amendments to Bill C-7 that would explicitly safeguard the ability of medical professionals to continue providing care without undue coercion to engaging in life-ending interventions that they find morally and ethically unacceptable. I also urge you to support recommendations that would ensure all patients have access to good medical, palliative and mental health care, as well as access to other social supports such as affordable, accessible housing and home supports, before pursuing a life-terminating pathway. Thank you for your consideration.

The Chair: Thank you very much, Dr. Tang, for making yourself available.

We will now hear from Dr. Justine Dembo. She's a psychiatrist at Sunnybrook Health Sciences Centre and a lecturer at the University of Toronto.

Dr. Dembo, the floor is yours.

Dr. Justine Dembo, Psychiatrist, Sunnybrook Health Sciences Centre, Lecturer, University of Toronto: Thank you very much for having me today. I will be focusing on the proposed exclusion of all requests for MAID where mental disorders are the sole underlying condition today. I'm speaking from my experience as a MAID assessor and researcher, and I'm representing my own opinions. I've been a MAID assessor since *Carter* and this includes assessments for individuals without a reasonably foreseeable natural death and those requesting for a sole underlying mental condition.

I believe that suicide prevention and improved access to health care and mental health care are extremely important priorities, and they should remain so no matter what happens with MAID laws. I also believe that MAID does not undermine these efforts.

l'encontre de la recommandation formulée par l'Association médicale canadienne et par l'Association médicale mondiale concernant la protection de la liberté de conscience des médecins. En la matière, le Canada n'a pas montré qu'il tenait à cœur le respect mutuel des patients et des médecins.

La raison d'être du Code criminel, qui relève du gouvernement fédéral, est de protéger les Canadiens. Réviser le texte du projet de loi C-7, pour faire un délit de toute tentative d'aider ou d'encourager un suicide, reviendrait à signaler que la prévention du suicide reste une question importante en matière de sécurité publique et permettrait de disposer de mesures de sauvegarde ayant force de loi pour protéger les patients et les médecins de toute forme de coercition systémique.

Pour le bien de nos patients et la santé de notre personnel médical, je demande donc respectueusement au Sénat du Canada de modifier le texte du projet de loi C-7 pour qu'il protège de façon explicite le droit des médecins de continuer à assurer des soins sans être soumis à une coercition indue pour pratiquer l'AMM, qu'ils jugent amoral et éthiquement inacceptable. Je vous invite également à appuyer des recommandations qui garantiraient que tout patient aura accès à de bons soins médicaux et palliatifs et à des services de santé mentale, ainsi que l'accès aux autres formes d'aide sociale comme les logements abordables et accessibles et l'aide à domicile, avant d'en venir à l'aide médicale à mourir. Je vous remercie de l'attention que vous m'avez prêtée.

La présidente : Je vous remercie, docteur Tang, de votre témoignage.

Nous allons maintenant entendre la Dre Justine Dembo, qui est psychiatre au Sunnybrook Health Sciences Centre et chargée de cours à l'Université de Toronto.

La parole est à vous, docteur Dembo.

Dre Justine Dembo, psychiatre, Sunnybrook Health Sciences Centre, chargée de cours, Université de Toronto : Je vous remercie de votre invitation à me joindre à vous aujourd'hui. Je vais vous entretenir essentiellement du rejet proposé de toutes les demandes d'AMM lorsque la maladie mentale est, aujourd'hui, la seule dont souffre le patient. Ce faisant, mes propos seront inspirés par mon expérience d'évaluatrice de l'AMM et de chercheuse. Je m'exprime ici à titre individuel. Je suis évaluatrice de l'AMM depuis l'arrêt *Carter c. Canada* et cela m'a amenée à procéder à l'évaluation de l'état de personnes dont le décès naturel n'était pas raisonnablement prévisible et à celles dont la demande d'aide n'était motivée que par la maladie mentale.

Je crois que la prévention du suicide, et un accès amélioré aux soins médicaux, et au traitement des maladies mentales, sont des priorités absolues, et cela devrait rester ainsi, peu importe ce qu'il adviendra de la législation encadrant l'AMM. Je suis aussi

In my opinion, MAID is about the value of life and especially about the value of quality of life.

I have several serious concerns about the exclusion of mental disorders, and I've submitted a brief as well with further detail.

My first main concern is around stigma and discrimination. The exclusion itself, as well as the language used in paragraph 241.2(2)(a), serves to undermine the extent of suffering these individuals can experience, and it neglects to take into account the ways in which mental disorders can impact factors ranging from functional ability like the ability to work or fulfill a social role, to aspects of personhood, like a sense of identity, a sense of meaning and purpose, belonging, and the ability to enjoy life.

It also undermines the fact that some individuals with unbearable suffering due to a mental disorder can be unresponsive even to decades of high-quality evidence-based treatments. This group of patients has a history of being denied equal rights and the expression of autonomy, and we must remember that. We also must remember that capacity is presumed unless proven otherwise, as stated by the Canadian Psychiatric Association position paper in 2015.

My next concern has to do with the false separation between physical and mental illness implied by this exclusion. The brain is a physical organ, and there are neuroanatomical differences noted on neural imaging in mental disorders. Just as mental disorders can produce or cause physical symptoms as in conversion disorder or somatic delusions or anxiety, physical disorders can produce symptoms of mental illness. For example, Parkinson's disease is well associated with depression. There is a high degree of co-morbidity between physical and mental disorders, and both are affected by psychosocial factors.

There are also numerous physical disorders that share the same diagnostic and prognostic challenges as mental disorders, for example, fibromyalgia or chronic fatigue syndrome.

I'm also concerned about the arbitrariness in this exclusion in that you can imagine two individuals with treatment for depression, where one has had a physical diagnosis like diabetes or kidney disease and the other doesn't. The physical diagnosis will provide a gateway to MAID, but it's entirely possible that both individuals are requesting MAID for the suffering due to the mental disorder even if they do not explicitly say so. This relates to the fact that the types of suffering leading to MAID requests, as listed in the first annual Canadian report on MAID published this year, are primarily not physical. They include

d'avis que l'AMM ne va pas à l'encontre de tels efforts. Je trouve que l'AMM est fonction de la valeur que l'on accorde à la vie et tout particulièrement à celle de la qualité de vie.

L'exclusion des maladies mentales soulève chez moi plusieurs inquiétudes graves, dont j'ai fait état dans le mémoire que je vous ai remis. Je vais vous donner d'autres détails.

Ma première et principale préoccupation touche aux stigmates et à la discrimination. En elle-même, l'exclusion, tout comme la formulation utilisée à l'alinéa 241.2(2)a), vise à réduire l'ampleur des souffrances subies par ces personnes, et elle ne tient pas compte des façons dont les maladies mentales peuvent se répercuter sur la capacité fonctionnelle, par exemple sur celle de travailler ou d'assumer un rôle social, sur divers aspects de la personnalité, comme le sentiment d'identité, la raison d'être, l'appartenance et la capacité à profiter de la vie.

Cette exclusion minimise également le fait que certaines personnes victimes de douleurs insupportables dues à une maladie mentale peuvent ne pas réagir, même à des traitements de haute qualité reposant sur des preuves et validés depuis des décennies. Ce groupe de patients se voit nier depuis longtemps les divers droits à l'égalité et à ses manifestations d'autonomie. Il faut que nous nous en souvenions. Nous devons aussi nous souvenir que, à moins de preuve du contraire, ces patients disposent d'une certaine forme d'autonomie, comme le rappelle la déclaration de principe de 2015 de l'Association des psychiatres du Canada.

Ma préoccupation suivante concerne la fausse distinction entre la maladie physique et la maladie mentale qu'implique cette exclusion. Le cerveau est bien un organe et, en présence de maladie mentale, on observe à l'imagerie neuronale des différences dans l'anatomie des neurones. Les maladies mentales peuvent également générer des symptômes physiques comme dans les cas de troubles de conversion, de troubles délirants somatiques ou d'anxiété. C'est ainsi qu'on sait fort bien que la maladie de Parkinson va souvent de pair avec la dépression. Il y a un niveau élevé de comorbidité entre les maladies physiques et mentales et les deux sont sensibles à des facteurs psychosociaux.

Il y a aussi de nombreux troubles physiques qui posent les mêmes difficultés de diagnostic et de pronostic que les maladies mentales. C'est par exemple le cas de la fibromyalgie ou du syndrome de fatigue chronique.

Je suis aussi préoccupée par le caractère arbitraire de cette exclusion puisque vous pouvez imaginer les cas de deux personnes traitées pour la dépression, l'une ayant un diagnostic de maladie physique, comme le diabète ou une maladie des reins, et l'autre n'en ayant pas. Le diagnostic de maladie physique va ouvrir la porte à l'AMM, mais il est tout à fait possible que les deux personnes demandent à bénéficier de l'AMM pour des souffrances imputables à des maladies mentales, même si elles ne le disent pas de façon explicite. Cela est dû au fait que les types de souffrances permettant de formuler une demande

things like the loss of ability to engage in activities that make life meaningful, existential and psychological distress, and feeling like a burden.

The exclusion does not serve its intended purpose to protect the vulnerable. I say this because anyone, including someone with a reasonably foreseeable natural death and a clear physical illness, has the potential to be vulnerable due to factors like extreme physical symptoms, pain or nausea, psychosocial stressors or poverty.

I'll briefly speak from my clinical experience. I have assessed individuals without mental disorders where there's a reasonably foreseeable natural death as well as sole underlying medical condition, and no matter who I assess, I am always cautious and thorough because the absence of a mental disorder does not guarantee an easy capacity assessment or lack of vulnerability. When I have doubts about capacity, my assessments are longer and I repeat multiple assessments over time. I consult with colleagues, take time to do research and ask for second opinions. Of the patients I've assessed for MAID, the MAID referral has often been the gateway to a thorough psychiatric assessment and improved access to resources and health care.

I'll conclude by suggesting that the exclusion of mental disorders should be removed from Bill C-7 and that ongoing research and additional safeguards like oversight, appropriate training of assessors and a clearer definition of irremediability for mental disorders should be put in place instead of a blanket exclusion. Each Canadian, no matter what the reason for the MAID request, should have the right to a thorough assessment. Thank you very much.

The Chair: Thank you. I just want a clarification, Dr. Dembo, if I may, and I heard you very clearly. Would you say that we still need to study it a little bit more and Parliament should take another year to look at this issue?

Dr. Dembo: I don't think that one more year of study would provide information that would satisfy opponents to this suggestion. But I do think that taking some time to devise appropriate definitions of irremediability and specific safeguards for this population would be worthwhile.

d'AMM ne sont pas essentiellement physiques. Elles englobent des choses comme la perte de la capacité à s'adonner à des activités qui rendent la vie significative, la détresse existentielle et psychologique, et le sentiment d'être un fardeau.

L'exclusion inscrite à cet alinéa ne sert pas l'objectif visé, soit de protéger les personnes vulnérables. Je dis ceci parce que tout un chacun, y compris une personne pouvant s'attendre à un décès naturel raisonnablement prévisible et ayant une maladie physique bien définie, peut devenir vulnérable à des éléments comme des symptômes physiques extrêmes, la douleur ou des nausées, des agents de stress ou encore la pauvreté.

Je vais vous parler brièvement de mon expérience clinique. J'ai pratiqué des évaluations de personnes qui ne souffraient pas de maladie mentale, mais dont le décès naturel était raisonnablement prévisible et d'autres ayant un seul problème médical sous-jacent et, peu importe la personne que j'avais à évaluer, j'ai toujours fait ce travail de façon très attentive et consciencieuse parce que l'absence de maladie mentale ne garantit pas une évaluation facile des capacités de la personne ou du manque de vulnérabilité. Lorsque j'ai eu des doutes sur la capacité de celle-ci, j'ai consacré plus de temps à mes évaluations et en ai parfois réalisé plusieurs sur une certaine période. J'ai aussi consulté des collègues, pris le temps de faire des recherches et demandé une contre-expertise. Chez les patients pour qui j'ai dû évaluer la justification d'une demande d'AMM, ma démarche a souvent ouvert la voie à une évaluation psychiatrique détaillée et à un meilleur accès à des ressources et à des soins de santé.

Pour conclure, je vous dirai que, à mon avis, l'exclusion de la maladie mentale devrait être éliminée du projet de loi C-7, et qu'il vaudrait mieux remplacer cette exclusion générale par des recherches continues et des mesures de sauvegarde additionnelles comme la surveillance, la formation adaptée des évaluateurs et une définition plus précise du caractère irrémédiable des maladies mentales. Peu importe le motif pour lequel un Canadien demande à bénéficier de l'AMM, il devrait avoir le droit de faire l'objet d'une évaluation détaillée. Je vous remercie de votre attention.

La présidente : Je vous remercie. J'aimerais, docteur Dembo, après vous avoir écoutée attentivement, vous demander une précision. Diriez-vous que nous devrions poursuivre un peu notre étude et que le Parlement devrait consacrer une autre année à l'étude de ce problème?

Dre Dembo : Je ne crois pas qu'une année d'études de plus permettrait d'obtenir les informations satisfaisant les opposants à cette suggestion. Je crois, par contre, que consacrer un peu de temps à rédiger des définitions adéquates du caractère irrémédiable et des mesures de sauvegarde précises adaptées à cette population s'avérerait utile.

The Chair: So it would be worth studying it more carefully before we look at passing it. Would you agree with that? We're looking at making mental health a reason to access MAID.

Dr. Dembo: I'm not sure; I may be misunderstanding you.

The Chair: I'm not being clear.

Dr. Dembo: You're using the term "to study it." I think that's problematic because it will take many years to study, and in order to study it appropriately, one would need to actually have policies in place that one can then measure, study over time and look at outcome data. But what I would suggest is a period of time, and perhaps that would be about six months to a year, where we can work to draft appropriate safeguards, but I would not suggest longer than that for this population to be excluded.

The Chair: Thank you, Dr. Dembo.

[Translation]

Senator Carignan: Dr. Dembo, can you tell us about the sunset clause to clarify matters further for us? I don't think your comments were clear enough.

[English]

Dr. Dembo: I'm sorry. I may not have heard you right. Did you say clause 107?

[Translation]

Senator Carignan: No, I am talking about the sunset clause, which is designed to delay implementation so we can pursue our study. Could you tell us more about that?

[English]

Dr. Dembo: I can try, yes. I think what matters to me is that — because I do believe in access to good mental health care and I want to make sure that individuals do not feel coerced or pressured into MAID, that we do a very thorough and appropriate assessment, and offer appropriate treatments — for this population, we need appropriate safeguards, and those have not yet been developed in our law. I think we need time and we need committees designated to develop appropriate safeguards. But I'm not talking about a period of further study. I think research should be ongoing no matter what, but in terms of including this population in the law, we need to develop safeguards.

La présidente : Nous aurions donc avantage à poursuivre notre étude plus soigneusement avant de songer à adopter ce projet de loi. Seriez-vous d'accord avec cette proposition? Nous parlons ici de reconnaître la santé mentale comme motif valable pour accéder à l'AMM.

Dre Dembo : Je n'en suis pas certaine; je vous ai peut-être mal comprise.

La présidente : N'aurais-je pas été claire?

Dre Dembo : Je crains que l'expression « poursuivre notre étude » pose problème, parce que l'étude de ces questions pourrait prendre de nombreuses années et que, pour la faire comme il convient, il faudrait en réalité disposer de politiques dont on puisse mesurer les effets dans le temps et analyser les résultats obtenus. Je vous suggérerais plutôt d'y consacrer une période donnée, peut-être de six mois à un an, pendant laquelle nous pourrions préciser la formulation de mesures de précaution bien adaptées, mais pas d'étaler ce travail sur une période plus longue que cela pendant laquelle cette population serait exclue.

La présidente : Je vous remercie, docteur Dembo.

[Français]

Le sénateur Carignan : Pouvez-vous nous parler un peu, docteur Dembo, de la disposition de temporisation, afin de nous donner un peu plus de précisions? Je ne crois pas que vos commentaires étaient assez clairs.

[Traduction]

Dre Dembo : Je suis navrée, mais je crains de vous avoir mal entendu. Avez-vous parlé de l'article 107?

[Français]

Le sénateur Carignan : Non, je parle de la disposition de temporisation, qui vise à retarder la mise en œuvre afin d'approfondir l'étude. Pourriez-vous nous en dire davantage à ce sujet?

[Traduction]

Dre Dembo : Oui, je peux essayer. Sachez d'abord que je crois qu'il faut assurer l'accès à de bons soins de santé mentale et que je tiens à m'assurer que les personnes ne se sentent pas contraintes d'accepter l'AMM ou d'être poussées dans cette direction, que nous procédions à une évaluation très détaillée de leur état et bien adaptée à celui-ci, et que nous offrions les traitements adaptés. Cela dit, ce qui m'importe pour cette population est que nous disposions de mesures de sauvegarde adaptées, mais celles-ci n'ont pas encore été intégrées à notre législation. Je crois qu'il nous faut pour cela du temps et que nous mettions sur pied des comités qui auront pour mandat d'élaborer les mesures de sauvegarde qui conviennent. Je ne

[Translation]

Senator Carignan: My second question is for the first witness. You seem to be afraid that physicians may be compelled to administer medical assistance in dying, and you want to amend the Criminal Code to respect physicians' freedom of conscience. However, is the Criminal Code the appropriate statute in which to insert this provision? Ultimately, the code indicates what isn't criminal. In my view, this may not be the best statute in which to insert the clause providing that physicians may not be compelled to administer medical assistance in dying. That might be more appropriate in a provincial act or in codes of ethics.

[English]

Dr. Tang: Thank you for this question, senator. I am not a lawyer, so I would probably defer the legalities of that to a lawyer.

However, the code that we are currently discussing is a Criminal Code. It is concerning whether it is proper to aid and abet the suicide of another person. That was what Bill C-14 was. You are referring to possibly using a policy or a provincial policy to enforce this. What we have seen in Ontario, when the federal government allowed for the provincial governments to regulate this, is there has not been sufficient conscience protections for physicians.

As to your question about whether this is appropriate to put in a federal bill in the Criminal Code, I think it would be appropriate because the purpose of the Criminal Code is to protect the safety and the lives of Canadians, and it was previously a criminal matter to euthanize or assist the suicide of a patient. I think to coerce somebody to do such an act against their will should be a criminal matter in order to ensure the safety of citizens.

Senator Batters: My first question is to Dr. Sephora Tang. In your brief you stated, and you also reiterated today:

As a psychiatrist, my work to preserve the life and safety of my vulnerable and suicidal patients is incongruent with current expectations under the law to facilitate their suicide.

veux pas dire par là que nous devrions entreprendre une autre longue étude. Je suis d'avis que c'est un sujet méritant des recherches continues, peu importe les conditions, mais je crois aussi que, pour que cette population soit prise en compte dans la législation, il faut que nous élaborions des mesures de sauvegarde.

[Français]

Le sénateur Carignan : Ma deuxième question s'adresse au premier témoin. Vous semblez craindre que les médecins soient contraints d'administrer l'aide médicale à mourir et vous voulez modifier le Code criminel pour respecter la liberté de conscience des médecins. Cependant, le Code criminel est-il le texte de loi approprié où insérer une telle disposition? Dans le fond, le code indique ce qui n'est pas criminel. À mon avis, ce n'est peut-être pas le meilleur texte où inscrire la disposition selon laquelle il ne faut pas obliger le médecin à administrer l'aide médicale à mourir. Ce serait peut-être plus approprié dans une loi provinciale ou dans les codes d'éthique.

[Traduction]

Dre Tang : Je vous remercie de cette question, monsieur le sénateur. Comme je ne suis pas avocate, je vous suggère, pour ce qui concerne les formalités proprement juridiques, de vous adresser à un avocat.

Toutefois, c'est en vérité du Code criminel que nous discutons actuellement. Il s'agit ici de savoir s'il convient ou non de venir en aide au suicide d'une autre personne, et peut-être de l'encourager. C'était l'objet même du projet de loi C-14. Vous faites ici allusion à la possibilité de recourir à une politique fédérale, ou provinciale, pour appliquer ses dispositions. Lorsque le gouvernement fédéral a autorisé les gouvernements provinciaux à réglementer cette question, nous avons constaté que ces derniers n'ont pas pris de mesures suffisantes pour permettre aux médecins d'exercer leur liberté de conscience.

Quand vous demandez s'il convient d'intégrer une loi fédérale au Code criminel, je crois que ce serait une bonne solution parce que l'objectif du Code criminel est de protéger la sécurité et la vie des Canadiens, et que la pratique de l'euthanasie ou de l'aide au suicide d'un patient était auparavant un délit de nature criminelle. Je pense que, pour assurer la sécurité des citoyens, il devrait être criminel d'imposer à quelqu'un de participer à un tel acte contre sa volonté.

La sénatrice Batters : Ma première question s'adresse à la Dre Sephora Tang. Vous avez indiqué, madame, dans votre mémoire, et vous avez répété aujourd'hui que :

Mon rôle de psychiatre est de préserver la vie et la sécurité de mes patients vulnérables et suicidaires, et il est incompatible avec les attentes actuelles de facilitation de leur suicide qu'autorise la loi.

Dr. Tang, how do the proposals in this particular legislation impact your suicide prevention work?

Dr. Tang: Actually, with Bill C-7, because it removes the reasonably foreseeable death clause, many of my patients whom I treat today would ask me for access to medical aid in dying or medically administered death.

The way that the college in Ontario has made it is that I need to make an effective referral. So this cuts short the time that I have with my patients.

I can tell you an anecdote of a patient on whom the hospital system had given up, after multiple suicide attempts and hospitalizations that they felt were not conducive to her recovery and were actually causing more harm. They basically stated that she was just a very high risk. I spent about four hours talking her out of jumping off a bridge. I went with her to receive treatment at the emergency department. After that, she was discharged. But one of the things she said to me was, "Thank you, doctor, for not giving up on me." So I see that, with the effective referral requirements and the removal of reasonably foreseeable death clause in Bill C-7, it would place a lot of patients like this at risk.

My patients need to see that I remain firm in giving them hope, that I'm not going to give up on them even if, in a moment of desperation, they want to end their lives. They need to come to me and be guaranteed that I'm not going to collude in their suicidal urges and their hopelessness, because my job as a psychiatrist is to give them hope when they have lost all hope.

Senator Batters: Awesome. Thank you.

Just a quick question to Dr. Dembo. Did you say here today that you believe diabetes is a gateway to MAID, medically assisted death? Is that correct?

Dr. Dembo: It could absolutely be, even under Bill C-14, arguably, but especially under Bill C-7.

Senator Batters: Okay. Thank you.

Senator Dalphond: My question is for Dr. Dembo. You refer to the need for safeguards. You advocate for removing the exclusion for those suffering mental illnesses, but you say it should come with proper safeguards. Do you refer to proper legal safeguards, or do you refer to medically defined safeguards, like by the colleges of doctors and psychiatrists and guidelines within the profession instead of being in the Criminal Code?

Docteur Tang, en quoi les propositions de modification à ce texte de loi précis ont-elles des répercussions sur votre travail de prévention du suicide?

Dre Tang : En vérité, avec le projet de loi C-7 qui élimine l'obligation de décès raisonnablement prévisible, nombre des patients que je traite actuellement me demanderaient à bénéficier de l'aide médicale à mourir ou de la mort médicalement assistée.

Les mesures adoptées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario font que je devrais aiguiller efficacement les patients vers des ressources en mesure de répondre à leurs demandes. Cela réduirait le temps que je pourrais leur consacrer.

Je peux vous raconter une anecdote concernant une patiente dont le système hospitalier désespérait après qu'elle ait commis de multiples tentatives de suicide et ait été hospitalisée fréquemment. Ces traitements n'avaient pas permis d'améliorer son état et n'avaient même eu pour effet que de l'aggraver. Le système hospitalier voyait en elle une patiente à risque très élevé. J'ai passé environ quatre heures à tenter de la convaincre de ne pas sauter d'un pont. Je l'ai accompagnée à l'urgence pour qu'on lui administre un médicament. Après cela, elle a été autorisée à quitter l'hôpital. Elle m'a alors remerciée de ne pas l'avoir abandonnée. J'en déduis que l'obligation d'un aiguillage efficace et l'élimination du caractère « raisonnablement prévisible » du décès inscrite dans le projet de loi C-7 mettraient en danger nombre de patients comme elle.

Il faut que mes patients sachent que je ne cesserai jamais de leur insuffler de l'espoir, que je ne vais pas les abandonner même si, dans un moment de désespoir, ils veulent mettre fin à leurs jours. Il faut qu'ils viennent à moi en ayant la certitude que je ne vais pas abonder dans le sens de leurs pensées suicidaires et de leur perte d'espoir, parce que mon travail de psychiatre est précisément de leur donner de l'espoir quand ils n'en ont plus.

La sénatrice Batters : Formidable. Je vous remercie.

J'ai une question à poser rapidement à la Dre Dembo. Avez-vous dit ici aujourd'hui que vous croyez que le diabète peut conduire à l'AMM, à l'aide médicale à mourir? Est-ce exact?

Dre Dembo : Disons qu'il serait tout à fait possible de le prétendre en vertu du projet de loi C-14, mais surtout en vertu du projet de loi C-7.

La sénatrice Batters : D'accord. Je vous remercie.

Le sénateur Dalphond : Docteur Dembo, c'est à vous que je m'adresse. Vous avez évoqué la nécessité de mesures de sauvegarde. Vous nous avez dit être partisane du retrait de l'exclusion des personnes souffrant de maladies mentales, en ajoutant qu'il faudrait alors disposer des mesures de sauvegarde qui conviennent. Pensez-vous ici à des mesures de sauvegarde juridiques qui conviendraient ou à des mesures de sauvegarde

Dr. Dembo: Thank you, senator. I imagine there would need to be a committee comprised of medical professionals, legal experts, bioethicists and so on. This is not purely a set of medical safeguards or legal safeguards because you have the intersection here of a human rights issue with a clinical issue. From a clinical standpoint, there would need to be medical experts helping to develop safeguards but, from a legal and human rights perspective, the other professionals would need to be involved, in my opinion.

Senator Dalphond: So in order to do this, we would need more time, I guess, because we couldn't leave it to the profession?

Dr. Dembo: While I very much trust my colleagues, other MAID assessors, I do think we lack an appropriately defined set of criteria, for example, in how to diagnose irremediability in chronic mental illness. So we would need time to develop appropriate safeguards.

Senator Dalphond: Thank you.

My next question is for Dr. Tang. You referred to disciplinary measures imposed by the college of doctors of Ontario. So you are not referring to our problem which is specific to the Criminal Code, are you?

Dr. Tang: No, no. That's the problem, because right now it's the provincial colleges that are mandated to regulate how medically administered death is accessed. My point is that we actually need greater protections that should be within the federal law.

Senator Dalphond: But our goal is to design in what circumstances it could be legally done. And it's left to the provinces to provide the services, and for the colleges to regulate the way it should be done and the discipline of their members.

Dr. Tang: Not if this is an issue of public safety.

Senator Dalphond: Thank you.

Senator Martin: Thank you both for your testimony.

définies en termes médicaux, comme pourraient le faire les ordres de médecins ou de psychiatres, et à des lignes directrices au sein de la profession au lieu de dispositions inscrites dans le Code criminel?

Dre Dembo : Je vous remercie, sénateur. J'imagine qu'il faudrait mettre sur pied un comité composé de professionnels de la santé, de juristes, de bioéthiciens, et cetera. Il ne s'agit pas ici uniquement d'un ensemble de mesures médicales ou juridiques parce qu'on se trouve ici à aborder une question clinique qui touche aux droits de la personne. D'un point de vue clinique, il faudrait que les spécialistes de la santé aident à élaborer des mesures de sauvegarde, mais, d'un point de vue juridique et des droits de la personne, il faudrait aussi, à mon avis, impliquer les autres professionnels.

Le sénateur Dalphond : Pour parvenir à cela, j'imagine qu'il nous faudrait davantage de temps parce que nous ne pourrions pas abandonner la réponse à cette question à des médecins?

Dre Dembo : Autant je fais pleinement confiance à mes collègues, aux autres évaluateurs de l'AMM, autant je crois que nous ne disposons pas d'un ensemble adapté et bien défini de critères, par exemple en ce qui concerne la façon de diagnostiquer le caractère irrémédiable d'une maladie mentale chronique. Il faudrait donc que nous disposions de temps pour élaborer les mesures de sauvegarde qui conviennent.

Le sénateur Dalphond : Je vous remercie.

Ma question suivante s'adresse à la Dre Tang. Vous avez mentionné les mesures disciplinaires imposées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Vous ne parlez donc pas, ici, de notre problème concernant le Code criminel, si je vous ai bien comprise?

Dre Tang : Absolument pas. C'est bien le problème parce que, actuellement, ce sont les ordres provinciaux de médecins qui doivent réglementer l'accès à la mort médicalement assistée. Ce que je veux précisément vous dire est que nous avons vraiment besoin d'une protection accrue qui devrait être inscrite dans la législation fédérale.

Le sénateur Dalphond : Mais notre objectif est de définir les circonstances dans lesquelles l'aide médicale à mourir peut-être apportée en toute légalité. Il incombera ensuite aux provinces de fournir les services et aux ordres de médecins de réglementer la façon dont cela devrait se faire, et de veiller au respect de ces dispositions par leurs membres.

Dre Tang : Non. C'est une question de sécurité publique.

Le sénateur Dalphond : Je vous remercie.

La sénatrice Martin : Je vous remercie toutes deux de vos témoignages.

Dr. Dembo, I think I heard you now say that we do need more time in regards to ensuring that the safeguards are clear in defining some of the definitions. But you said earlier in one of your responses that MAID assessment can be a gateway to other treatments. I was quite alarmed by just the thought of that. Should MAID not be a final, last resort option, instead of being a gateway to discover other treatments?

I'm curious about the work that you do. I hope that I didn't misunderstand you. I hope that we really are looking at MAID as a last-resort treatment, rather than any sort of gateway to discovering what more could be done. Would you clarify what you said on that point, please?

Dr. Dembo: Thank you, senator. I think it's a good question. Yes, I agree that MAID should be considered a last resort. The problem is that where it comes to chronic conditions and mental disorders, in theory there is an infinite number of treatments that someone can try. Some of them are more evidence-based and some of them are not. To expect someone to wait until something new is developed maybe 10 years in the future that may help them, that may be unreasonable. I have numerous examples in my practice of being referred someone who has requested MAID and, during the course of the assessment, it had become clear to me that there was a treatment or a psychosocial intervention or a resource that they actually had not yet had access to. At that point, I was able to find that resource and provide access to that resource.

When I see that some stones have been left unturned, I try to look at all of that as part of my assessment process.

Senator Martin: Thank you. And, yes, I agree that we need to turn all those stones before we even begin talking about this last resort. It was the order that alarmed and confused me. Thank you for the clarification.

Dr. Tang, I know you have already discussed this and mentioned it in your presentation, but would you further discuss how the lack of explicit conscience protection would affect your work in this expanded MAID regime? Because we keep hearing the minister and others saying there is already a protection. Would you specify what further protection is needed? And how will the adoption of this bill impact your work going forward?

Docteur Dembo, je crois vous avoir entendue dire maintenant qu'il nous faut davantage de temps pour nous assurer que les mesures de sauvegarde ne laissent place à aucune ambiguïté dans leurs définitions. Vous nous avez aussi dit précédemment dans une de vos réponses que l'évaluation de l'AMM peut conduire à d'autres traitements. Cette simple idée m'a passablement alarmée. L'AMM ne doit-elle pas être une solution de dernier recours et non pas une porte vers la recherche d'autres traitements?

Le travail que vous faites m'intrigue. J'espère que je ne vous ai pas mal comprise. J'espère que nous envisageons vraiment l'AMM comme un traitement de dernier recours plutôt que comme une sorte de porte vers la recherche d'autres soins. Pourriez-vous, s'il vous plaît, nous préciser ce que vous avez voulu dire à ce sujet?

Dre Dembo : Je vous remercie, sénatrice. Votre question est pertinente. Oui, je suis d'accord avec vous, l'AMM devrait être considérée comme une mesure de dernier recours. Le problème se pose quand nous avons affaire à des états chroniques et à des maladies mentales. En théorie, une personne peut essayer un nombre infini de traitements. Certains d'entre eux reposent sur des données probantes et d'autres non. S'attendre à ce que quelqu'un patiente jusqu'à ce qu'un nouveau traitement soit mis au point, peut-être dans 10 ans, peut aider cette personne sans pour autant que ce soit une décision raisonnable. Dans ma pratique, j'ai rencontré de nombreux cas de patients dont les dossiers m'avaient été transmis après qu'ils aient demandé l'AMM. Dans le cours de mon évaluation de leur état, il est devenu manifeste pour moi qu'il y avait un traitement, une intervention psychosociale ou encore une ressource auquel ces personnes n'avaient pas eu accès. J'ai alors pu localiser ce traitement ou cette ressource et permettre aux patients d'y avoir accès.

Quand je constate que l'on a omis certaines solutions, je m'efforce, dans le cadre de mon évaluation, de toutes les examiner pour déterminer si certaines seraient pertinentes.

La sénatrice Martin : Je vous remercie. Je suis d'accord avec vous et estime qu'il faut s'assurer qu'aucune possibilité n'a été négligée avant même de parler de la solution de dernier recours. C'est l'ordre des choses qui m'a inquiétée et perturbée. Je vous remercie de cette précision.

Docteur Tang, je sais que vous avez déjà discuté de cette question et l'avez abordée dans votre exposé, mais accepteriez-vous de nous préciser en quoi le fait de ne pas protéger explicitement le droit du médecin de ne pas aller à l'encontre de sa liberté de conscience affecterait votre travail dans ce régime élargi d'AMM? Nous ne cessons d'entendre la ministre, et d'autres, nous dirent que les médecins bénéficient déjà d'une

Dr. Tang: Right now in Ontario, if a patient were to request medical assistance in dying, the college expects me to make a mandatory referral to somebody who would be able to provide that service. So, clearly, this is incompatible with my role as a psychiatrist when I am trying to prevent their suicides, and I would be abdicating my responsibility to safeguard their lives when I am passing them on to somebody who could actually end their lives. If I do not comply with that college requirement, I could be sanctioned for that. That could include the removal of my licence as the most severe penalty.

I feel that if there were further conscience protection, then I would be able to do my job without fear of penalty if I do not wish to involve myself in this process. If the patients wish to pursue MAID with a different provider or call the 1-800 number that the government has made possible, I would not be implicating myself in that and I would remain available to my patients, should they wish to continue working with me.

Right now, I do not have assurances that, if I practise according to my conscience in doing what I feel is best for my patients, in providing appropriate care and addressing their psychological distress, I will not be penalized for this. I feel this is actually to the detriment of my patients.

Senator Cotter: Thanks to both of you for your presentations. My questions are for Dr. Tang. This follows up on Senator Dalphond's questions. If I understood your submission, it is that you would like to see a form of federal legislation — and you suggest the Criminal Code — that would essentially immunize doctors of conscience from being potentially exposed to forms of liability imposed by provincial health systems, or colleges of physicians and surgeons, in terms of the exercise of their conscience on questions like this. Am I describing that more or less correctly?

Dr. Tang: Yes, that is correct. Right now in Bill C-14, in the preamble, it already says that physicians should have their freedom of conscience protected, and that they are not forced to participate in providing MAID. However, in practical reality in Ontario, the college has still found a way to infringe upon that right, and our freedoms of conscience are not 100% guaranteed.

protection. Pourriez-vous nous préciser quelle protection additionnelle serait nécessaire à vos yeux, ainsi que la mesure dans laquelle l'adoption de ce projet de loi aurait des répercussions sur votre travail à l'avenir?

Dre Tang : Dans la situation actuelle, en Ontario, si un patient demande à recevoir l'AMM, l'Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario attend de moi que je transfère son dossier à quelqu'un en mesure de lui fournir ce service. C'est manifestement incompatible avec mon rôle de psychiatre, dans lequel je m'efforce d'empêcher mes patients de se suicider, et ce serait abdiquer ma responsabilité de sauver leurs vies si je les adressais à des personnes qui pourraient effectivement mettre fin à leurs jours. Si je ne me conforme pas à cette exigence de l'ordre, je pourrais me voir imposer une sanction qui pourrait aller jusqu'au retrait de mon permis d'exercice de la médecine.

Je pense que si la liberté de conscience bénéficiait d'une protection additionnelle, je serais en mesure de faire mon travail sans craindre d'être pénalisée en cas de refus de ma part de m'impliquer dans un tel processus. Si des patients veulent bénéficier de l'AMM avec un autre prestataire de services, ou en téléphonant au numéro 1-800 mis en place par le gouvernement, je ne m'occuperais pas d'eux et resterais disponible pour les patients désireux de poursuivre le travail avec moi.

Dans la situation actuelle, je n'ai aucune garantie que, dans ma pratique médicale, si je m'en tiens à ma conscience, à ce qui me paraît le mieux pour eux, en leur fournissant les soins qui conviennent et en m'attaquant à leur détresse psychologique, je ne serai pas pénalisée. J'ai le sentiment que cette menace qui pèse actuellement sur moi est au détriment de mes patients.

Le sénateur Cotter : Je vous remercie toutes deux de vos exposés. Mes questions s'adressent à la docteure Tang et s'inscrivent dans le prolongement de celles du sénateur Dalphond. Si j'ai bien compris ce que vous expliquez dans votre mémoire, vous voudriez voir adopter par le fédéral une mesure législative, et vous proposez que ce soit dans le Code criminel, qui aurait essentiellement pour objectif de protéger la liberté de conscience des médecins qui auraient argué de cette liberté dans des cas de ce genre, et dont la responsabilité pourrait éventuellement être mise en cause par les systèmes de santé provinciaux, ou par les ordres de médecins et de chirurgiens. Ai-je bien compris votre propos?

Dre Tang : Oui. C'est bien cela. On peut lire dans le préambule du projet de loi C-14 « que chacun [donc les médecins] jouit de la liberté de conscience. » Les médecins ne pourraient donc être contraints de participer à la prestation de services d'AMM. Il s'avère toutefois que, en Ontario, l'Ordre des médecins et des chirurgiens a trouvé le moyen de porter

Senator Cotter: That leads me to a couple of questions. First, why wouldn't you be taking this up with the college of physicians and surgeons? Second, if it were achieved at the federal level by a piece of legislation that immunized doctors of conscience, would I understand that, though you would choose not to deliver the service or do the referrals, you would be supportive of MAID being available to people in your province?

Dr. Tang: Whether MAID is available in the province or not is not my decision to make. This is something that the Supreme Court justices have decided was necessary for society, and I don't have a say in that. The only say that I have is whether I choose to participate in this or not, and I wish to have my freedom of conscience protected so that I can do my work without penalty.

We have brought this up with the College of Physicians and Surgeons of Ontario, and the reason why I'm appealing to you today is because the Court of Appeal for Ontario ruled in favour of the college's policy for an effective referral, stating that this was necessary to provide the service. However, this is false. For no other medical procedure does it fall upon the shoulders of physicians to find access to that particular medical procedure. Access to medical procedures should rightly fall within the jurisdiction of the provincial government, who actually has the resources available to provide services to patients, and not to individual doctors. There is no reason that we need to require physicians to be implicated in this process against their will. If they wish to do it, that's fine. However, there are many pathways of being able to access MAID without coercing physicians who are unwilling to participate in this.

Senator Cotter: It seems to me, then, you are accepting the Supreme Court decision. You may not personally agree with it, but you're accepting the decision that MAID is now a legally available option for people, but you're not accepting the Ontario Court of Appeal decision with respect to the question of conscience?

Dr. Tang: If you are asking my opinion personally, I feel that when the Supreme Court justices ruled on the *Carter* decision, the government should have had the responsibility to use the notwithstanding clause to overturn that ruling. In 1993, the reason that the Supreme Court ruled against Sue Rodriguez, was because they had serious concerns about the effect of decriminalizing euthanasia and physician-assisted suicide on the vulnerable population. I think when the *Carter* decision was made, we did not fully appreciate the effects this would have on the lives of people who are vulnerable. For that I am very sorry, and I wish I could turn back the clock. Seeing that I can't — and

atteinte à ce droit et notre liberté de conscience n'est plus garantie intégralement.

Le sénateur Cotter : Cela me mène à vous poser quelques questions. Tout d'abord, pourquoi ne pas soumettre ce problème à l'Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario? Ensuite, si nous devons, au niveau fédéral, adopter un texte de loi protégeant la liberté de conscience des médecins, pourrais-je m'attendre, si vous choisissiez de ne pas assurer cette prestation ou de transférer le dossier d'un patient à un collègue, à ce que vous appuyiez l'accès des personnes de votre province à l'AMM?

Dre Tang : Il ne m'appartient pas de décider si l'AMM doit être disponible ou non dans la province. Ce sont les juges de la Cour suprême qui ont décidé que c'est une nécessité pour la société, et je n'ai pas mon mot à dire sur cette question. La seule décision que j'ai à prendre est de fournir ou non la prestation de services d'AMM, et je souhaite que, ce faisant, ma liberté de conscience soit protégée pour me permettre de faire mon travail sans crainte d'être pénalisée.

Nous avons soulevé cette question auprès de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et, si j'en appelle à vous aujourd'hui, c'est parce que la Cour d'appel de l'Ontario a validé la politique de l'ordre d'aiguillage efficace, en précisant qu'il est nécessaire de fournir ce service. C'est toutefois faux. Il n'incombe, dans aucune autre procédure médicale, aux médecins de trouver l'accès à cette procédure médicale particulière. L'accès à des procédures médicales devrait, à juste titre, relever du gouvernement provincial, car c'est actuellement lui qui dispose des moyens pour fournir des services aux patients. Ce n'est pas la tâche des médecins. Il n'y a pas de raison pour exiger des médecins qu'ils s'impliquent dans ce processus contre leur gré. S'ils sont prêts à le faire, c'est très bien. Nombreuses sont les façons d'accéder à l'AMM sans qu'il soit nécessaire d'obliger des médecins à y participer lorsqu'il ne le veulent pas.

Le sénateur Cotter : Il me semble donc que vous acceptez la décision de la Cour suprême. Peut-être n'êtes-vous pas d'accord, mais vous reconnaissez que l'AMM est dorénavant une option à laquelle les patients ont accès de façon légitime. Toutefois, vous n'acceptez pas la décision de la Cour d'appel de l'Ontario concernant la liberté de conscience. Est-ce bien cela?

Dre Tang : Si vous me demandez ce que j'en pense, je suis d'avis que les juges de la Cour suprême, dans l'arrêt *Carter*, auraient dû invoquer la clause dérogatoire pour infirmer cette décision. Lorsque la Cour suprême a donné tort à Sue Rodriguez, en 1993, c'était parce qu'elle avait des inquiétudes sérieuses sur les conséquences de la décriminalisation de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté sur la population vulnérable. Il me semble que lorsque l'arrêt *Carter* a été rendu, nous ne mesurions pas pleinement les répercussions qu'il pourrait avoir sur la vie des personnes vulnérables. Cela, je le regrette. J'aimerais pouvoir faire machine arrière. Comme je ne le peux pas, et que je

I don't think the government is willing to make any changes right now — I have to learn to work within the system, unfortunately, and I'm trying very hard to be able to do my job to save the lives of my patients.

Given this is the system in which we are working, I think it would be a very Canadian thing to be able to respect both sides of an issue where people have come to the polar opposite conclusions, where some people feel that providing death to their patients on demand is actually harmful and detrimental, and for other people like myself where I would like to be able to offer another response to my patients' suffering without ending their lives.

[Translation]

Senator Dupuis: Dr. Tang, I'd like to follow on from the responses you just gave Senator Cotter. You say that physicians' freedom of conscience, physicians' beliefs about life in general, must take precedence over a person's capacity to decide for himself. You add that you want to be able to decide what's best for your patients. Does that mean you want to have the option of deciding yourself what's best for your patient, even if that's not what he wants?

[English]

Dr. Tang: Senator, I think, as the Canadian Medical Association has written, it is a false dichotomy to pit the rights of autonomy of a patient with the rights of freedom of conscience of physicians. I do not force my medical treatment on my patients and I am not forcing them to come to see me in my office, but my job as a psychiatrist is to be able to give hope to my patients and to save their lives. They are quite capable of disagreeing with me, and if that is the case, they have access to medical assistance in dying as the laws of the land have now permitted it. But what I disagree with is the fact that our state can compel me to do something that I feel is harmful to my patients, whether my patients disagree with that or not.

In a country where we really encourage diversity and respecting the opinions of others, I think there is a way in which the people who want MAID can have that decision respected while also respecting my ability to practise medicine according to my conscience.

[Translation]

Senator Dupuis: You say your patients are free to consult you or not. I don't know what region of the country you live in, but I can tell you that people in Quebec don't have the luxury of saying that, if they don't like their psychiatrist, they can choose another one.

ne crois pas que le gouvernement veuille le faire maintenant, je n'ai malheureusement d'autre choix que d'apprendre à travailler dans le cadre du système, et j'essaie très fort de faire mon travail de mon mieux pour sauver les vies de mes patients.

Étant donné la nature du système dans lequel nous travaillons, il me semble que respecter les deux camps serait une « approche très canadienne » face à un problème dans lequel ces deux camps sont parvenus à des conclusions diamétralement opposées, puisque certains sont d'avis qu'offrir sur demande l'aide médicale à mourir à leurs patients serait néfaste et nuisible, alors que d'autres, comme moi, aimeraient pouvoir offrir une autre réponse à leurs patients sans mettre fin à leurs vies.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Docteur Tang, j'aimerais faire suite aux réponses que vous venez de donner au sénateur Cotter. Vous dites que la liberté de conscience des médecins, donc les croyances des médecins sur la vie en général, doit prévaloir sur la capacité d'une personne à décider pour elle-même. Vous ajoutez que vous voulez être en mesure de décider ce qui est le mieux pour vos patients. Est-ce à dire que vous voulez avoir la possibilité de décider vous-même de ce qui est le mieux pour votre patient, même si cela s'oppose à sa volonté?

[Traduction]

Dre Tang : Madame la sénatrice, je suis d'avis, comme l'a écrit l'Association médicale canadienne, qu'opposer les droits à l'autonomie des patients aux droits à la liberté de conscience des médecins est une fausse dichotomie. Je n'impose pas mes traitements médicaux à mes patients et je ne les oblige pas à venir me voir dans mon bureau, mais mon travail de psychiatre est de m'efforcer de leur insuffler de l'espoir et de sauver leurs vies. Ils sont parfaitement capables de ne pas être d'accord avec moi, et si c'est le cas, ils ont accès à l'aide médicale à mourir comme les législations canadiennes le permettent maintenant. Ce à quoi je m'oppose est que l'État puisse m'obliger à faire quelque chose qui, à mon avis, est nuisible pour mes patients, que ceux-ci soient ou non d'accord avec moi.

J'estime que, dans un pays dans lequel nous favorisons réellement la diversité et le respect des opinions d'autrui, il devrait y avoir une façon de permettre aux gens voulant bénéficier de l'AMM d'accéder à ces prestations tout en respectant ma volonté de pratiquer la médecine selon ma conscience.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Vous dites que vos patients ont la liberté de vous consulter ou non. Je ne sais pas dans quelle région du pays vous vivez, mais je peux vous dire qu'au Québec, les gens n'ont pas le luxe de dire que, s'ils n'aiment pas leur psychiatre, ils sont en mesure d'en choisir un autre.

Do you acknowledge that there's a significant power differential in the relationship between psychiatrist and patient?

[English]

Dr. Tang: There is always a power differential between a doctor and a patient. However, the role of the physician is to be able to practice their craft to the best of their ability, using all of the tools they have in their toolkit to address the suffering of their patients. For myself, I do not agree that providing death to my patients upon demand is for their good when I have multiple other tools that I could use. The most concerning thing about Bill C-7 is that patients have the right to access MAID without even having accessed or tried any other standard medical procedure. It is their right to decline that treatment, but they may still have their lives ended despite not having received any proper medical care or still having many of their psychosocial determinants of health, such as financial supports, home health and adequate accessible housing, not available to them.

[Translation]

Senator Boisvenu: Dr. Tang makes a very interesting argument. Ultimately, you practise medicine within a legal framework recognized by the Canadian Constitution, of which the Canadian Charter of Rights and Freedoms is a part. The Charter acknowledges that Canadians have a right, a right that is exercised between them and their attending physician. When you say your moral duty tells you not to perform this medical act, you indirectly violate the Canadian Constitution, which first acknowledges that your patient has that right. You therefore refuse to meet your patient's needs, don't you?

[English]

Dr. Tang: I think that question was directed at me, senator.

It is not my job to be able to provide them access to medical assistance in dying. That is the responsibility of the government that provides medical care. I am not blocking their access to medical assistance in dying when there are other ways in which they are able to access that service. Their rights are not —

[Translation]

Senator Boisvenu: Doctor, you understand that we're conducting a purely semantic debate here. You're ultimately saying that this act is incompatible with suicide prevention. Is that correct?

[English]

Dr. Tang: Correct. It's very hard to prevent suicide when you're asked to facilitate it.

Reconnaissez-vous qu'il y a un rapport de pouvoir important dans la relation entre le médecin psychiatre et le patient?

[Traduction]

Dre Tang : Il y a toujours un déséquilibre entre les pouvoirs d'un médecin et ceux de son patient. Le rôle du médecin est toutefois de pratiquer son art au mieux de ses moyens, en recourant à tous les outils dont il dispose pour lutter contre la souffrance de ses patients. Quant à moi, je ne partage pas l'opinion voulant que provoquer la mort de mes patients sur demande soit pour leur bien quand je dispose de nombreux autres outils. Ce qui me préoccupe le plus avec ce projet de loi C-7 est que les patients peuvent accéder à l'AMM sans même avoir eu recours à d'autres procédures médicales standards ou les avoir essayées. Ils ont le droit de refuser ce traitement, mais ils peuvent encore mettre fin à leur vie sans avoir bénéficié de soins médicaux adaptés à leur cas où sans avoir pu bénéficier de nombreux autres déterminants psychologiques de la santé, comme les soutiens financiers, les soins à domicile et des logements accessibles adaptés à leurs besoins.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : C'est un débat très intéressant que la Dre Tang amène. Dans le fond, vous pratiquez la médecine dans un cadre légal reconnu par la Constitution canadienne, dont fait partie la Charte canadienne des droits et libertés. Cette Charte canadienne des droits et libertés reconnaît aux Canadiens un droit, un droit pratiqué entre eux et leur médecin traitant. Lorsque vous affirmez que votre devoir moral vous dit de ne pas pratiquer cet acte médical, vous allez indirectement à l'encontre de la Constitution canadienne, qui reconnaît d'abord ce droit-là à votre patient. Vous refusez donc de répondre à ses besoins, n'est-ce pas?

[Traduction]

Dre Tang : Je crois que c'est à moi que cette question s'adressait, monsieur le sénateur.

Mon travail n'est pas de leur donner accès à l'aide médicale à mourir. C'est la responsabilité du gouvernement qui fournit les soins médicaux. Je n'entrave pas l'accès à l'aide médicale à mourir puisqu'il y a d'autres façons d'accéder à ce service. Leurs droits ne sont pas...

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Docteur, vous comprenez qu'on tient ici un débat purement sémantique. Dans le fond, vous dites que cette loi est incompatible avec la prévention du suicide; est-ce exact?

[Traduction]

Dre Tang : C'est exact. Il est très difficile d'empêcher le suicide quand on vous demande de le faciliter.

[Translation]

Senator Boisvenu: So if you say it's incompatible, are you basing your judgment on your perception or on scientific studies that have shown that the right to medical assistance in dying has had a negative impact on suicide? Is there a scientific study showing that there has been an increase in suicide since 2016, the year Canada passed this legislation?

[English]

Dr. Tang: I think it would be premature to be able to comment on the effect that the legalization of euthanasia has had in Canada, given we have not even reached the five-year mark to review the process. If you look at other states, and I believe it was in Oregon, there was an increase in suicides after physician-assisted suicide was legalized. This was because of the phenomenon of suicide contagion. The media actually —

[Translation]

Senator Boisvenu: I understand, but Oregon's legal framework is different from Canada's. So we have to compare apples to apples. In the past five years, have we identified any patients that have committed suicide as a result of the passage of Canadian legislation on medical assistance in dying in 2016?

[English]

Dr. Tang: I'm not sure I understand your question. Have there been patients who have committed suicide because —

[Translation]

Senator Boisvenu: Yes, since that's your assertion. You say this act is incompatible with suicide prevention. Consequently, if it has been incompatible since 2016, does that mean there has been an increase in suicides as a result of the act?

[English]

Dr. Tang: Bill C-14 was supposed to be for patients who were at their end of life or whose deaths were reasonably foreseeable. It would not be accurate to try to extrapolate from those conditions to having a bill that would allow patients who do not meet the criteria for a reasonably foreseeable death to access medical aid in dying. One of the fundamental things in suicide prevention is to prevent ready access to lethal means.

In practical terms, and I'm speaking from my experience as a clinical psychiatrist who deals with this every day in my practice, it makes sure patients don't have access to a loaded gun, stockpiles of medication or nooses with which they can hang themselves at home. Regarding medical assistance in

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Donc, si vous dites qu'elle est incompatible, basez-vous votre jugement sur votre perception ou sur des études scientifiques qui ont démontré que le droit à l'aide médicale à mourir a eu un impact négatif sur le suicide? Y a-t-il une étude scientifique qui montre qu'il y a eu une augmentation des suicides depuis 2016, année où le Canada a adopté une telle loi?

[Traduction]

Dre Tang : Je crois qu'il est trop tôt pour pouvoir commenter les effets de la légalisation de l'euthanasie au Canada. Il faudrait qu'elle soit en vigueur depuis cinq ans pour permettre de procéder à un examen. Si vous examinez ce qui s'est passé dans d'autres États, je crois savoir que, en Oregon, on a enregistré une hausse des suicides après la légalisation du suicide médicalement assisté. Il y aurait eu un effet de mimétisme poussant au suicide...

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Je comprends, mais le cadre légal de l'Oregon est différent de celui du Canada, donc il faut comparer des pommes avec des pommes. Depuis cinq ans, a-t-on identifié des patients qui se sont suicidés à cause de l'adoption de la Loi canadienne sur l'aide médicale à mourir en 2016?

[Traduction]

Dre Tang : Je ne suis pas sûre de bien comprendre votre question. Des patients se sont-ils suicidés parce que...

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Oui, puisque c'est l'affirmation que vous faites. Vous dites que cette loi est incompatible avec la prévention du suicide. Donc, si elle est incompatible depuis 2016, cela veut-il dire qu'il y a eu une augmentation des suicides à cause de la loi?

[Traduction]

Dre Tang : Les dispositions du projet de loi C-14 devaient s'appliquer aux patients en fin de vie ou dont le décès était raisonnablement prévisible. On aurait tort d'élargir ces dispositions avec un projet de loi permettant aux patients ne respectant pas le critère de décès raisonnablement prévisible d'accéder à l'aide médicale à mourir. L'un des éléments fondamentaux dans la lutte contre le suicide est d'empêcher l'accès facile à des moyens létaux.

Concrètement, mon expérience de psychiatre clinicienne, qui traite tous les jours de ces questions dans l'exercice de mon métier, m'a bien montré qu'il faut veiller à ce que les patients n'aient pas accès à un pistolet chargé, à des piles de médicaments ou encore à des cordes pour se pendre chez eux. En

dying, what we are saying is this is a pathway where you could access a way to end your life.

Dr. Dembo: I will be brief. The question came up regarding evidence on MAID and suicide contagion and I want to be clear that, having reviewed a great deal of the literature that does exist on this topic, as well as in my clinical experience seeing patients and assessing MAID, I do not see any evidence of that.

Senator Boyer: My question is for Dr. Dembo, and you had briefly spoken on this earlier, but I'd like to explore it a bit more. Bill C-7 proposes an additional safeguard requiring that patients be informed of all alternative treatment options. As a psychiatrist who works with vulnerable patients, how do you believe doctors should perceive the role and the implementation of the safeguard? Should the recommendations on alternative treatment options change according to the specific circumstances of the patient and the socio-economic realities that they face?

Dr. Dembo: Thank you for the question. What perplexes me about that aspect of the bill is already, even without Bill C-7, we do inform patients of all reasonable treatment options and end-of-life options, including palliative care. That's part of our duty already, whether someone is at the end of life or not. As for the second part of your question, I believe that which treatments and psychosocial interventions are going to be offered to which patients will depend on the patient, their illness and their circumstances.

Senator Boyer: Thank you very much.

Senator Keating: Dr. Tang, I'm really trying to understand what it is you're asking here. The act provides for the freedom of conscience for you as a physician to not provide the service. I'm not sure you understand that the right to die is a constitutionally recognized right in a patient, and the people who provide the service for that is the medical profession. You are protected in that you do not have to provide the service, but are you actually asking that the Criminal Code be amended to make it a crime for you to even refer a patient to someone else if you don't want to provide the service; is that what you're suggesting?

Dr. Tang: Certainly, in Ontario, the reason we have concerns about this is that we are expected to make a referral to medical assistance in dying if requested.

ce qui concerne l'aide médicale à mourir, nous disons qu'il s'agit là d'une disposition permettant d'accéder à une façon de mettre fin à ses jours.

Dre Dembo : Je serai brève. Puisque nous avons abordé la question de savoir si la pratique de l'AMM pourrait s'accompagner d'une hausse du nombre de suicides, je tiens à réagir à cette hypothèse. J'ai procédé à une revue détaillée de la littérature sur le sujet. Celle-ci, tout comme mon expérience clinique auprès des patients et lors des évaluations de l'AMM, ne m'a permis de relever aucun élément de preuve en ce sens.

La sénatrice Boyer : Docteure Dembo, vous avez déjà évoqué brièvement ce sujet, mais j'aimerais que nous l'approfondissions un peu. Le projet de loi C-7 propose une mesure de sauvegarde additionnelle en exigeant que le patient soit informé des autres traitements possibles. Comment la psychiatre que vous êtes, qui travaillez avec des patients vulnérables, croit-elle que les médecins devraient interpréter ce rôle et la mise en œuvre de cette mesure de sauvegarde? Faudrait-il que les recommandations sur les autres solutions de traitement soient fonction de l'état d'un patient donné et des réalités socioéconomiques qu'il affronte?

Dre Dembo : Je vous remercie de cette question. Cet aspect du projet de loi C-7 me rend perplexe parce que, même sans ce texte législatif, nous informons déjà les patients de toutes les possibilités de traitements raisonnables et des solutions qui s'offrent à eux pour leur fin de vie, y compris les soins palliatifs. Cela fait déjà partie de nos obligations, qu'une personne soit rendue ou non à la fin de sa vie. Quant à la seconde partie de votre question, je suis d'avis que les traitements et les interventions psychologiques qui seront offerts aux patients doivent dépendre de sa personnalité, de sa maladie et des conditions dans lesquelles il se trouve.

La sénatrice Boyer : Je vous remercie.

La sénatrice Keating : Docteure Tang, j'essaie sincèrement de comprendre ce que vous nous demandez ici. La loi assure votre liberté de conscience de médecin en vous autorisant à ne pas appliquer vous-même l'AMM. Je ne sais pas si vous comprenez bien que le droit à mourir est reconnu par la Constitution et que c'est aux médecins qu'il incombe de fournir cette aide. Vous bénéficiez déjà d'une protection puisque vous n'êtes pas tenue de fournir ce type de service, mais vous nous demandez de modifier le Code criminel pour que l'aiguillage d'un patient vers un autre médecin devienne un acte criminel quand vous ne voulez pas fournir ce service vous-même. Est-ce bien ce que vous voulez?

Dre Tang : C'est exact, car, en Ontario, ce qui nous inquiète est que nous sommes tenus d'aiguiller un patient vers un médecin pratiquant l'aide médicale à mourir s'il nous en fait la demande.

Senator Keating: Referral is a normal thing in a doctor's life, is it not? If everyone in your profession were to refuse to provide a referral — I'm not taking about providing the service — who would ensure that patient's right to MAID was guaranteed? This is not provided by the guy on the street or the government or the social services department. It's assisted death, and it's a recognized right of your patient, so if you don't want to provide it, you're already protected. Are you actually asking that it be a criminal offence for you to have to refer a patient? That's my question.

Dr. Tang: I think you need to understand the moral implications of what a referral is. We do not make referrals for our patient to services that we believe to be harmful, and the College of Physicians and Surgeons has a policy to say that we do not make referrals for things like female genital mutilation because it is recognized that that is a harmful procedure.

Senator Keating: That is not a constitutionally recognized right of your patient. The only question I'm asking — and I understand what a referral is; I've had plenty of experience myself — is whether you are suggesting that it be a crime for you to have to refer? That's the only question I'm asking.

Dr. Tang: The reason I'm proposing this is because you need to understand that there are moral implications that affect the freedom of conscience of physicians. I believe that it is wrong to coerce someone into engaging in an action that they feel is morally reprehensible. I hope that you understand that.

Senator Keating: What I understand is that you're recommending that it be a criminal offence to ask you to refer a patient to someone else. Thank you for the answer.

The Chair: Senators, I'm going to ask for your indulgence. There may be some who have other commitments and may not be able to stay, but there are two senators who would like a second round and I'm agreeing to give that to them.

Senator Dalphond: My question is in line with Senator Keating's question, but to assist our witness. Dr. Tang, if you were a Jehovah's Witness and you were against blood transfusions, and you were a doctor and one of your patients needed a blood transfusion, would you refuse to refer them to a colleague to provide a blood transfusion?

La sénatrice Keating : Aiguiller un patient vers un autre médecin n'est-il pas courant dans la pratique de la médecine? Si tous les membres de votre profession refusaient de le faire, qui veillerait au respect des droits du patient à l'AMM? Ce ne pourrait être un quidam, ni le gouvernement, ni le ministère des Services sociaux. Il s'agit là de l'aide médicale à mourir qui est un droit reconnu de votre patient, et vous êtes déjà protégée si vous ne voulez pas intervenir vous-même. Nous demandez-vous vraiment de légiférer qu'aiguiller un patient ayant demandé l'AMM devienne un acte criminel? C'est ce que je vous demande.

Dre Tang : Je crois qu'il faut que vous compreniez bien les implications morales de l'aiguillage d'un patient. Nous n'adressons pas nos patients à des services qui, à nos yeux, leur seraient nuisibles et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario s'est doté d'une politique qui nous interdit d'aiguiller, par exemple, des patientes vers des services de mutilation des organes génitaux, puisque tout le monde convient que cela leur serait préjudiciable.

La sénatrice Keating : La mutilation des organes génitaux de la femme n'est certainement pas une pratique reconnue par la Constitution. La seule question que je vous pose, et je sais fort bien ce qu'implique l'aiguillage d'un patient, car j'ai une vaste expérience en la matière, est de savoir si vous estimez effectivement que, dans ce contexte, l'obligation d'aiguiller un patient vous impose de poser un acte criminel? C'est la seule question que je vous pose.

Dre Tang : La raison pour laquelle je propose cela est qu'il y a là des répercussions morales qui touchent à la liberté de conscience des médecins, et c'est ce que je veux que vous saisissez bien. Je crois qu'on aurait tort de contraindre quelqu'un à s'adonner à un acte qu'il juge moralement répréhensible. J'espère que vous comprenez.

La sénatrice Keating : Ce que je comprends est que vous recommandez que le fait d'aiguiller un patient dans ce type de cas constitue un acte criminel. Je vous remercie de cette réponse.

La présidente : Mesdames et messieurs les sénateurs, je vais vous demander de faire preuve d'indulgence. Il se peut que certains d'entre vous aient d'autres engagements et ne puissent rester, mais deux de vos collègues aimeraient une seconde série de questions et je leur ai donné mon accord.

Le sénateur Dalphond : Ma question s'inscrit dans le prolongement de celle de la sénatrice Keating. Permettez-moi, docteur Tang, de vous poser la même question dans un autre contexte. Si vous étiez membre des Témoins de Jéhovah et que vous vous opposiez aux transfusions sanguines, alors qu'un de vos patients a besoin d'une transfusion, refuseriez-vous de l'adresser à un collègue qui pratique les transfusions?

Dr. Tang: Usually when we are providing medical services, we err on the side of life. In that particular situation, we would be erring in the best interests of the patient to have a blood transfusion.

Senator Dalphond: But it is not a matter of conscience anymore? Even if you are a Jehovah's Witness and you are opposed to blood transfusions, you would have to refer it. I don't follow your logic, I'm sorry.

Dr. Tang: Sorry, if I was a Jehovah's Witness, which I am not —

Senator Dalphond: No. I am asking you if the same principle would be applicable to what you're supporting now, because you are opposed to MAID and you don't want to speak about it with a patient. So if I am a Jehovah's Witness doctor and I am opposed to blood transfusions as part of my faith, I essentially believe it should not be done. Therefore, I would not speak with my patients about it, even if it's one of the options that is available to the patient.

Dr. Tang: Well, I think you're sort of comparing apples and oranges right now. In the terms of a blood transfusion, that would be in the service of protecting life and saving a life. In medical ethics, that is usually the concept that trumps other considerations. However, in medical assistance in dying, you are actually ending a life. I think that's a different distinction to make.

Senator Dalphond: Thank you.

[Translation]

Senator Carignan: Ultimately,... Going back to Dr. Tang's remarks, this is a religious issue. Is your position based on your religious beliefs?

[English]

Dr. Tang: The question is not based on religious belief, it is based on conscience, what one believes to be the right thing to do. For many physicians, directly and intentionally ending the life of a patient, especially when they have not had other treatments provided, is not good medical care.

[Translation]

Senator Carignan: Perfect. I thought I was helping you, because there are two constitutional rights that may be at cross-purposes, but that's fine. Thank you.

Dre Tang : En règle générale, lorsque nous dispensons des soins médicaux, nous privilégions la vie. Dans ce cas particulier, nous aurions tort, car la transfusion sanguine serait dans l'intérêt du patient.

Le sénateur Dalphond : Mais n'est-ce plus là une question de liberté de conscience? Même si vous étiez membre des Témoins de Jéhovah et que vous soyez opposée aux transfusions sanguines, vous devriez procéder à l'aiguillage du patient. Je suis navré, mais je ne saisis pas votre logique.

Dre Tang : Je vous prie de m'excuser, si j'étais témoin de Jéhovah, ce que je ne suis pas...

Le sénateur Dalphond : Non. Comme vous êtes opposée à l'AMM et que vous ne voulez pas en parler avec un patient, je vous demande si le même principe que celui que vous défendez maintenant devrait s'appliquer dans d'autres cas. Si, par exemple, je suis à la fois médecin et témoin de Jéhovah, et que ma foi me fait rejeter les transfusions sanguines, j'estimerai, en simplifiant, qu'il ne faut pas en faire. Je n'en parlerai donc pas avec mon patient, même si c'est l'une des solutions qui s'offrent à lui.

Dre Tang : Eh bien, je crois que vous comparez là des pommes et des oranges. Une transfusion sanguine vise à protéger et à sauver la vie. En éthique médicale, c'est habituellement le concept qui l'emporte sur les autres considérations. Toutefois, dans le cas de l'aide médicale à mourir, vous mettez fin à la vie. Je trouve que nous sommes là dans un tout autre registre.

Le sénateur Dalphond : Je vous remercie.

[Français]

Le sénateur Carignan : Au fond... Je reviens aux propos de la Dre Tang. C'est une question de religion. Votre position est-elle basée sur vos croyances religieuses?

[Traduction]

Dre Tang : Ce n'est pas une question de conviction religieuse. C'en est une de conscience, de ce qu'une personne juge bien de faire. Pour de nombreux médecins, mettre fin à la vie d'un patient, directement et intentionnellement, en particulier quand on ne lui a pas offert d'autres traitements, ne peut s'assimiler à de bons soins médicaux.

[Français]

Le sénateur Carignan : Parfait. Je pensais vous aider, parce qu'il y a deux droits constitutionnels qui peuvent s'opposer, mais c'est très bien. Je vous remercie.

[English]

The Chair: Honourable senators, thank you so much for all your patience. You have all given so much to this already and it's hard to believe it's only Tuesday. But I have some good news for you, tomorrow we will finish at 4:30 after we hear from the Health Minister. Thank you for your patience. I will see you tomorrow. Unfortunately, we will start at 9:30 tomorrow morning to fit everything in.

Senator Cotter: Thank you, Dr. Dembo and Dr. Tang.

The Chair: This was a very active and important panel, Dr. Tang and Dr. Dembo, and both of you excel with what you do. We appreciate all the work you have done. Thank you very much.

(The committee adjourned.)

[Traduction]

La présidente : Chers collègues, je vous remercie tous infiniment de votre patience. Nous avons tous déjà consacré beaucoup de temps à cette question et il est difficile de croire que nous ne sommes que mardi. J'ai cependant de bonnes nouvelles pour vous, demain nos travaux prendront fin à 16 h 30, soit après la comparution de la ministre de la Santé. Encore merci de votre patience et à demain. Malheureusement, il nous faudra, toujours demain, débiter nos travaux à 9 h 30 pour nous acquitter de tout ce que nous aurons à faire.

Le sénateur Cotter : Merci à vous, docteurs Dembo et Tang.

La présidente : Nous avons eu aujourd'hui, grâce à vous, docteurs Dembo et Tang, une séance de travail très animée et fort intéressante. Vous avez toutes deux eu des arguments percutants. Nous vous savons gré de tout le travail que vous faites. Encore merci beaucoup à vous deux.

(La séance est levée.)
