

**EVIDENCE**

OTTAWA, Wednesday, November 25, 2020

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met with videoconference this day at 9:30 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. I am Mobina Jaffer, a senator from British Columbia, and I have the pleasure of chairing this committee. Today we are conducting another hybrid meeting. Thank you again, senators, for all your patience as we adapt to this new way of holding our meetings.

[*Translation*]

Before starting, I'd like to give you a few useful suggestions. Don't forget that when you're speaking, you should be on the same channel as the language you're speaking. If you experience technical difficulties, including with interpretation, please tell the chair or the clerk and we'll try our best to solve the problem.

[*English*]

Please note that we may need to suspend during these times, as we need to ensure that all members are able to participate fully.

Senators, I know that most of you have questions, but from time to time, some of you may decide to give more time to the others. So I ask that if you are not going to ask a question, please let the clerk know.

Please know that we may need to suspend during these times as we need to ensure that all members are able to participate fully if there is a problem in interpretation or other technical problems.

Senators, I know that most members will want to ask questions. So I am again saying to you, please, if you're not going to ask a question, let the clerk know. Otherwise, I will call all members for questions.

If you are not a member of the committee, please signal to the clerk if you have a question, and I will try my best to accommodate you.

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le mercredi 25 novembre 2020

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd'hui, à 9 h 30 (HE), par 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 et sénatrices, je déclare la séance ouverte. Je suis Mobina Jaffer, sénatrice de la Colombie-Britannique, et j'ai le plaisir de présider le comité. Nous tenons aujourd'hui une autre séance hybride. Je vous remercie encore une fois, messieurs les sénateurs et mesdames les sénatrices, de votre patience tandis que nous nous adaptons à cette nouvelle façon de tenir nos séances.

[*Français*]

Avant de commencer, j'aimerais vous faire part de quelques 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*]

Sachez que nous devons peut-être suspendre la séance, vu les circonstances, pour nous assurer que tous les membres puissent pleinement participer.

Chers collègues, je sais que la plupart d'entre vous ont des questions, mais que vous décidez parfois de donner plus de temps de parole aux autres. Je vous demande donc d'aviser le greffier si vous ne comptez pas poser de questions.

Nous devons peut-être suspendre la séance dans certains cas pour nous assurer que tous les membres puissent pleinement participer, par exemple s'il y a un problème avec l'interprétation ou d'autres problèmes techniques.

Sénateurs et sénatrices, je sais que la plupart d'entre vous ont des questions à poser. Donc, je le répète, je vous demanderais, si vous ne comptez pas poser de questions, d'aviser le greffier. Dans le cas contraire, je donnerai la parole à tous les membres.

Pour ceux qui ne sont pas membres du comité, vous pouvez aviser le greffier si vous avez une question, et je ferai de mon mieux pour que vous puissiez la poser.

Senators, we will allow four minutes for questions and answers, so please make sure that you do not ask a question when you have a few seconds left. I also humbly ask you to please keep your preambles short so that we are able to hear from the witnesses.

We will now welcome our first panel today. From the Evangelical Fellowship of Canada, Julia Beazley, Director, Public Policy; from the Christian Legal Fellowship, Derek Ross, Executive Director and General Counsel; from the Canadian Conference of Catholic Bishops, The Most Reverend William McGrattan, Roman Catholic Bishop of Calgary and Member of the Canadian Conference of Catholic Bishops' Executive Committee; from the Christian Medical and Dental Association of Canada, Laurence Worthen, Executive Director.

To all of our panellists, I want to say to you that for us, the committee, it is a real honour to receive you this morning. I can assure you that we are looking forward to your presentations.

[*Translation*]

I'd like to take a few minutes to introduce the members of the committee who will be attending today's meeting: deputy chair, Senator Batters, deputy chair, Senator Campbell, Senator Boisvenu, Senator Carignan, spokesperson for the bill, Senator Cotter, Senator Dalphond, Senator Dupuis, Senator Keating, Senator Kutcher, Senator Petitclerc, sponsor of the bill, Senator Gold, Senator Martin and Senator Pate.

[*English*]

We are really looking forward to hearing from you. We will start with the first panel and Director Julie Beazley. She has presented many times to us, so she is no stranger to our committee. Ms. Beazley.

**Julia Beazley, Director, Public Policy, The Evangelical Fellowship of Canada:** Thank you, senators. Good morning. We appreciate the opportunity to participate in this study of Bill C-7.

The Evangelical Fellowship of Canada is the national association of evangelical Christians, providing a national forum for Canada's 4 million evangelicals. We approach this issue out of respect for human life and dignity, and care for those who are vulnerable. These principles, rooted in our faith, are also reflected in Canadian law and public policy. We remain firmly opposed to hastened death, but offer recommendations to minimize the harm and risk to vulnerable Canadians.

Chers collègues, vous n'aurez que quatre minutes pour poser vos questions et écouter la réponse, je vous demanderais donc de ne pas poser de questions s'il ne vous reste que quelques secondes. Je vous demanderais aussi humblement de ne faire que de courts préambules, afin que nous puissions écouter ce que les témoins ont à dire.

Nous accueillons maintenant notre premier groupe d'aujourd'hui : Mme Julia Beazley, directrice, Politique publique de l'Alliance évangélique du Canada; Me Derek Ross, directeur exécutif et avocat général de l'Alliance des chrétiens en droit; Mgr William McGrattan, évêque catholique romain de Calgary et membre du Bureau de direction, Conférence des évêques catholiques du Canada; et M. Laurence Worthen, directeur général de l'Association des médecins et dentistes chrétiens du Canada.

À tous nos témoins, je tiens à dire que c'est un véritable honneur pour nous, les membres du comité, de vous accueillir ce matin. Je peux vous assurer que nous sommes impatients d'écouter vos exposés.

[*Français*]

Je voudrais prendre quelques minutes pour vous présenter les membres du comité qui participent à la réunion d'aujourd'hui : la vice-présidente, la sénatrice Batters, le vice-président, le sénateur Campbell, le sénateur Boisvenu, le sénateur Carignan, porte-parole du projet de loi, le sénateur Cotter, le sénateur Dalphond, la sénatrice Dupuis, la sénatrice Keating, le sénateur Kutcher, la sénatrice Petitclerc, marraine du projet de loi, le sénateur Gold, la sénatrice Martin et la sénatrice Pate.

[*Traduction*]

Nous avons vraiment hâte d'écouter vos commentaires. Nous allons commencer par Mme Beazley. Elle a témoigné de nombreuses fois devant nous, alors elle sait comment fonctionne notre comité. Allez-y, madame Beazley.

**Julia Beazley, directrice, Politique publique, Alliance évangélique du Canada :** Merci, honorables sénateurs et sénatrices. Nous vous sommes reconnaissants de cette occasion de participer à votre étude sur le projet de loi C-7.

L'Alliance évangélique du Canada est l'association nationale des chrétiens évangéliques. Nous offrons une tribune nationale aux quatre millions de chrétiens évangéliques du Canada. Notre approche quant à cette question est fondée sur le respect de la vie humaine et de la dignité ainsi que sur la protection des personnes vulnérables. Ces principes, qui sont ancrés dans notre foi, se reflètent aussi dans les lois et les politiques publiques canadiennes. Nous demeurons fermement opposés à l'accélération de la mort. Cependant, nous voulons offrir des recommandations afin de réduire au minimum les préjudices et les risques auxquels s'exposent les Canadiens et Canadiennes vulnérables.

Bill C-7 proposes watershed changes to law, medicine and society. They are being proposed when we have yet to make real progress in ensuring high-quality palliative care for all Canadians, and when procedural problems with the existing regime have been identified but not yet addressed.

We urge you to reflect carefully on the implications of this bill and, respectfully, to consider the following amendments:

Reintroduce an end-of-life requirement to replace “reasonably foreseeable” death. Removing the end-of-life requirement would mean that a person with a disability could be eligible for hastened death because of their disability. This would put them outside of the protections offered to other Canadians, on the basis of their disability. This is discriminatory and violates the equality rights of Canadians with disabilities. It suggests that a life with chronic illness or disability is not worth living. We must reject that notion unequivocally. Every national disability organization opposes this change. The government can and should introduce an alternative, unambiguous end-of-life criterion for MAID.

Maintain the specific exclusion of mental illness and add provisions on concurrent mental illness. In any given year, one in five Canadians will experience a mental health problem or illness. Yet, over 1.6 million Canadians report unmet mental health care needs each year. The bill should require that those whose request for MAID may be related to a concurrent, underlying mental illness receive a mental health assessment to help the patient and the practitioner better understand the factors underlying the desire for MAID, and allow for a more informed decision about treatment.

Maintain key safeguards for those whose death is foreseeable. These are part of the stringent limits scrupulously monitored and enforced to minimize the inherent risks described in the *Carter* decision. Removing these safeguards increases the risk of wrongful death.

Maintain the 10-day reflection period. If this safeguard were removed, a person’s life could be ended the same day they make the request. Health Canada’s report on MAID in 2019 found that 263 people withdrew their requests for MAID, over half because they had changed their minds. The current law already allows for the reflection period to be waived if the person is likely to lose

Le projet de loi C-7 propose des changements critiques dans les domaines du droit, de la médecine et de la société. Ces changements sont proposés alors que nous ne pouvons même pas offrir à tous les Canadiens et Canadiennes des soins palliatifs de haute qualité, et alors que des problèmes procéduraux cernés dans le régime actuel n’ont même pas encore été corrigés.

Nous vous implorons de réfléchir soigneusement aux conséquences de ce projet de loi et nous vous demandons, respectueusement, de prendre en considération les modifications suivantes :

Réintroduire l’exigence de fin de vie pour remplacer le critère de la mort « raisonnablement prévisible ». Sans l’exigence de fin de vie, une personne handicapée pourrait être admissible à la mort accélérée en raison de son handicap. Ces personnes, à cause de leur handicap, ne bénéficieront pas des protections dont jouissent les autres Canadiens et Canadiennes. Cela est discriminatoire et viole les droits à l’équité des Canadiennes et Canadiens handicapés. Cela laisse même entendre qu’il ne vaut pas la peine de vivre avec une maladie chronique ou un handicap. Nous devons rejeter sans équivoque cette notion. Toutes les organisations de personnes handicapées au pays s’opposent à cette modification. Le gouvernement peut et devrait introduire un critère d’admissibilité de rechange, dépourvu de toute ambiguïté, à l’AMM.

Maintenir l’exclusion précise visant les personnes atteintes de maladie mentale, et ajouter des dispositions sur les troubles mentaux concomitants. Chaque année, un Canadien sur cinq souffrira d’un trouble mental ou d’une maladie mentale. Pourtant, plus de 1,6 million de Canadiens et Canadiennes affirment chaque année qu’ils ne reçoivent pas les soins en matière de santé mentale dont ils ont besoin. Le projet de loi devrait prévoir que, lorsqu’une personne qui demande l’AMM a peut-être un trouble concomitant, la maladie mentale sous-jacente fasse l’objet d’une évaluation de santé mentale pour aider le patient et le médecin et infirmier praticien à mieux comprendre les facteurs pour lesquels il y a eu une demande d’AMM, ce qui permettra aussi de prendre une décision plus éclairée à propos du traitement.

Maintenir les mesures de sauvegarde clés pour les personnes dont le décès est prévisible. Ces mesures s’inscrivent dans les limites les plus strictes, qui sont minutieusement surveillées et appliquées afin de réduire au minimum les risques inhérents qui ont été décrits dans l’arrêt *Carter*. Sans ces mesures de sauvegarde, le risque de décès injustifié augmente.

Maintenir la période de réflexion de 10 jours. Si cette mesure de sauvegarde est abrogée, on pourrait mettre fin à la vie d’une personne le jour même où elle en fait la demande. Selon un rapport sur l’AMM publié en 2019 par Santé Canada, 263 personnes ont retiré leur demande d’AMM, dont plus de la moitié parce qu’elles avaient changé d’idée. La loi en vigueur permet déjà de renoncer à cette période de réflexion si la

their capacity or if death seems imminent. This change, then, seems both unnecessary and dangerous.

Remove the waiver of final consent. Of those people who changed their minds about MAID in 2019, one in five withdrew their request immediately before MAID was to be carried out. The safeguard that a person be able to consent at the time of hastened death is crucial and should remain in place. It is not a proportionate response to remove this safeguard from all patients whose deaths are reasonably foreseeable, as a response to exceptional circumstances. A very tightly worded exception applied only under specific circumstances would be more proportionate.

Delete the provision that reduces the number and independence of witnesses. This would maintain the essential function of independent witnesses to ensure a patient's decision for hastened death is a free, unforced decision made without any sense of pressure.

Extend the new safeguards proposed for those whose death is not foreseeable to those whose death is. These safeguards include seeing a medical practitioner who has expertise in the condition causing their suffering, being informed of and giving serious consideration to means available to relieve their suffering, and offered consultations with those who provide those services. However, many of these supports are not readily available. It is unconscionable that we would make it easier to access hastened death in Canada than it is to receive quality palliative care or mental health care, or for individuals living with disability to access the supports they need to live on an equal basis with other Canadians.

Finally, we ask you to add specific, meaningful conscience protection for health care workers and institutions. We have heard from health care workers that they are increasingly feeling pressured to participate in MAID, against their deeply held beliefs. If eligibility for MAID expands to include patients who are no longer able to consent or who are not dying, there will be even more medical professionals who feel they cannot end a patient's life in those particular circumstances. This current lack of protection should be rectified in Bill C-7. Thank you.

**The Chair:** Thank you very much. We appreciate hearing from you and we've heard you. May we go to the next witness, Mr. Derek Ross from the Christian Legal Fellowship.

personne risque probablement de perdre ses facultés ou si son décès est imminent. Cette modification, alors, semble à la fois inutile et dangereuse.

Supprimer la disposition sur la renonciation au consentement final. Parmi ceux qui ont changé d'idée à propos de l'AMM en 2019, une personne sur cinq avait retiré son consentement immédiatement avant qu'elle ne reçoive l'AMM. La mesure de sauvegarde qui prévoit qu'une personne doit pouvoir donner son consentement au moment de la mort accélérée est cruciale et devrait être préservée. Le fait d'abroger cette mesure de sauvegarde pour tous les patients dont la mort est raisonnablement prévisible serait une réaction démesurée à des circonstances exceptionnelles. Il serait plus judicieux d'introduire une exclusion dont le libellé très ciblé s'appliquerait seulement dans des circonstances précises.

Supprimer la disposition visant à réduire le nombre et l'indépendance des témoins. Ainsi, nous conservons la fonction essentielle des témoins indépendants qui veillent à ce que la décision d'un patient de recevoir l'AMM a été faite librement et sans contrainte.

Étendre les nouvelles mesures de sauvegarde proposées pour les personnes dont le décès n'est pas raisonnablement prévisible à celles dont le décès l'est, y compris l'obligation de consulter un médecin ou infirmier praticien qui possède une expertise en ce qui concerne l'affection à l'origine des souffrances, de s'assurer que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances et qu'elle y a bien réfléchi et de fournir des consultations avec les prestataires. Toutefois, bon nombre de ces ressources ne sont pas facilement accessibles. Il est inconcevable que nous facilitions l'accès à la mort accélérée au Canada au lieu d'améliorer l'accès à des soins palliatifs de qualité ou à des soins de santé mentale ou, pour les personnes handicapées, aux ressources dont elles ont besoin pour vivre sur le même pied que les autres Canadiens et Canadiennes.

Enfin, nous vous demandons d'ajouter des dispositions précises et concrètes protégeant la liberté de conscience des travailleurs et des organisations dans le domaine de la santé. Nous avons entendu des travailleurs de la santé qui se sentent de plus en plus contraints de participer au processus d'AMM, même si cela va à l'encontre de leurs croyances profondes. Si l'accessibilité à l'AMM s'étend aux patients qui ne peuvent plus donner leur consentement ou qui ne sont pas mourants, alors il y aura encore plus de professionnels de la santé qui jugeront qu'ils ne peuvent pas mettre fin à la vie d'un patient dans ces circonstances. Il faudrait corriger cette absence de mesures de protection dans le projet de loi C-7. Merci.

**La présidente :** Merci beaucoup. Nous vous remercions de votre témoignage, et soyez sûre que nous vous avons écoutée. Nous allons passer au prochain témoin, Me Derek Ross, de l'Alliance des chrétiens en droit.

**Derek Ross, Executive Director and General Counsel, Christian Legal Fellowship:** Thank you so much. Good morning, senators. It's a privilege to be with you. Thank you for the work you are doing here today and thank you for the opportunity to present today on behalf of Christian Legal Fellowship. CLF is a national legal association with a membership of over 700 lawyers, law professors and law students from across Canada. CLF intervened at all three levels of court in *Carter*, and we also intervened in the *Truchon* case.

We are deeply concerned about the implications of expanding MAID outside the end-of-life context. We are concerned that the more our laws expand MAID, the more we normalize the idea that ending one's life is an appropriate response to ending one's suffering. That is part of the reason why MAID was limited in the first place — to ensure that it did not become a general solution to suffering or a substitute for suicide.

One hundred and forty lawyers and law students recently signed an open letter emphasizing these concerns. As that letter stated:

If this Bill passes, Canadian law will explicitly single out life with an illness or disability as the only kind of existence which justifies state-sponsored termination.

Senators, our law must never entrench the idea, even implicitly, that life with a disability is somehow an inferior existence. Undoubtedly, that was never the intent of Bill C-7. But we are concerned that that is its effect, and so amendments are needed.

These points have been eloquently made by many within disability communities. I will not repeat them here. I also appreciate that there are differing views on this subject and the overarching issues surrounding the bill, so let me say a few things on some issues where I hope we can find consensus, whatever our views on MAID, whatever points of disagreement there may be about this bill overall.

One thing that we would encourage the Senate to look at very closely is the very troubling findings of the United Nations Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities. I know you've been looking at that already. I will say 19 months have passed since that report. To the best of our knowledge, there has yet to be any response from the government, including within Bill C-7. This is so, despite Bill C-7's preamble, which

**Derek Ross, directeur exécutif et avocat général, Alliance des chrétiens en droit :** Merci beaucoup. Bonjour, honorables sénateurs et sénatrices. C'est un privilège d'être parmi vous. Je vous remercie du travail que vous accomplissez aujourd'hui, et je vous remercie de me donner l'occasion aujourd'hui de témoigner au nom de l'Alliance des chrétiens en droit. L'ACD est une association juridique nationale regroupant plus de 700 avocats, professeurs et étudiants en droit d'un bout à l'autre du Canada. L'ACD est intervenue devant les trois paliers du système judiciaire dans l'arrêt *Carter*, et nous sommes aussi intervenus dans l'affaire *Truchon*.

Nous sommes grandement préoccupés par les conséquences que pourrait avoir l'élargissement de l'AMM à l'extérieur du contexte de fin de vie. Nous sommes très préoccupés par l'idée que plus nos lois élargissent l'accès à l'AMM, plus nous banalisons la notion qu'il est approprié de mettre fin à sa vie pour abrégé ses souffrances. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'accès à l'AMM était restreinte en premier lieu : pour éviter que cela ne devienne une solution générale pour mettre fin à la souffrance ou une solution de rechange au suicide.

Cent quarante avocats et étudiants en droit ont récemment signé une lettre ouverte mettant en relief ces préoccupations. Comme cela est écrit dans la lettre :

Si ce projet de loi est adopté, le droit canadien désignera explicitement la vie avec une maladie ou un handicap comme la seule sorte d'existence qui justifie une cessation financée par l'État.

Honorables sénateurs et sénatrices, le droit canadien ne doit jamais consacrer l'idée, même implicitement que la vie avec un handicap est de quelque façon que ce soit inférieure. Cela n'a bien sûr jamais été l'intention du projet de loi C-7, mais nous sommes préoccupés par le fait que cela pourrait être une conséquence du projet de loi, et c'est pourquoi des amendements sont nécessaires.

De nombreuses personnes dans les communautés de personnes handicapées ont soulevé avec éloquence ces points, et je ne veux pas les répéter ici. Je comprends également qu'il y a différents points de vue sur le sujet et sur les questions fondamentales entourant le projet de loi, alors je vais me limiter aux quelques points sur lesquels j'espère que nous pourrions atteindre un consensus, peu importe notre position sur l'AMM et peu importe nos désaccords en ce qui concerne ce projet de loi en général.

Entre autres, nous voulons encourager le Sénat à examiner de très près les conclusions très dérangeantes de la rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées. Je sais que vous avez déjà commencé à vous y intéresser. Je veux souligner que 19 mois se sont écoulés depuis la publication de ce rapport, et à notre connaissance, le

clearly reiterates Canada's obligations under the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

Those words require meaningful action. So Bill C-7 should, at the very least, mandate an independent review of the Special Rapporteur's concerns and recommendations. As we explain in our brief, we need better monitoring and oversight of MAID in Canada.

We also need to ensure that MAID is not resorted to before all reasonable treatment options have been made accessible to patients. We are currently failing in this regard.

Canada's *First Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada, 2019*, issued earlier this year, indicates that at least 87 patients who died by MAID in 2018 alone required disability support services but did not receive them. In addition, at least 91 patients died by MAID who needed, but did not receive, palliative care.

We're talking a lot about the *Truchon* decision, but we have to remember that decision was premised on the judge's conclusion that medical assistance in dying in Canada is "a strict and rigorous process that, in itself, displays no obvious weakness."

But this latest data, much of which has only come to light since that decision, suggests otherwise. Sadly, there are weaknesses in our system, especially as it relates to elder Canadians, as events of this past year have laid bare.

These issues need to be addressed, and CLF has recommended a number of amendments in our brief to do so. Priority needs to be placed on addressing these flaws in our current regime, rather than expanding it in ways that were not even contemplated in *Truchon*, such as allowing advance requests and removing other important safeguards.

Thankfully, senators, these are issues that you, as our house of sober second thought, have the legitimacy, authority and mandate to examine. We thank you for the careful work you are doing here. We want to support you in it because it is critically important. We urge you to improve this law in the ways we have suggested in our brief. Thank you.

**The Chair:** Thank you very much, Mr. Ross.

gouvernement n'y a toujours pas réagi, y compris dans le projet de loi C-7, et cela, malgré le fait que le préambule du projet de loi C-7 réitère très clairement les obligations du Canada en vertu de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies.

Nous devons donner suite concrètement à ces mots. C'est pourquoi le projet de loi devrait, à tout le moins, prévoir un examen indépendant des préoccupations et des recommandations de la rapporteuse spéciale. Comme nous l'expliquons dans notre mémoire, l'AMM doit être mieux encadrée et mieux supervisée au Canada.

Nous devons aussi veiller à ce que toutes les options de traitement raisonnables aient été offertes aux patients avant que l'AMM soit une option, ce que nous n'arrivons pas à faire présentement.

Selon le *Premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada, 2019* publié plus tôt cette année, au moins 87 patients qui ont reçu l'AMM en 2018 avaient besoin de services de soutien aux personnes handicapées, mais ne les ont jamais reçus. De plus, au moins 91 patients qui ont reçu l'AMM avaient besoin de soins palliatifs, mais n'en ont pas reçu.

La décision *Truchon* a fait couler beaucoup d'encre, mais nous devons garder à l'esprit que cette décision était fondée sur la conclusion de la juge selon laquelle l'aide médicale à mourir au Canada constitue « un processus strict et rigoureux qui, en lui-même, ne présente pas de faiblesse évidente ».

Cependant, les dernières données, dont une grande partie sont survenues seulement après la décision, montrent le contraire. Malheureusement, il y a des faiblesses dans notre système, en particulier en ce qui concerne les personnes âgées du Canada, comme nous avons pu le constater à cause des événements de cette année.

Ces questions doivent être réglées, et l'ACD recommande à cette fin un certain nombre d'amendements dans son mémoire. En priorité, il faut corriger les lacunes dans notre régime actuel, plutôt que d'étendre l'AMM de façons qui n'avaient même pas été effleurées dans la décision *Truchon*, par exemple en autorisant les demandes anticipées ou en supprimant des mesures de sauvegarde importantes.

Heureusement, honorables sénateur et sénatrices, le Sénat, qui est le lieu d'un second examen objectif, a la légitimité, l'autorité et le mandat d'examiner ces questions, et nous vous remercions du travail que vous accomplissez avec soin. Nous voulons vous soutenir dans vos efforts, parce qu'il s'agit d'un enjeu extrêmement important. Nous vous implorons de tenir compte des recommandations formulées dans notre mémoire pour améliorer cette loi. Merci.

**La présidente :** Merci beaucoup, maître Ross.

We will now hear from Bishop William McGrattan.

**The Most Reverend William McGrattan, Roman Catholic Bishop of Calgary and Member of the Canadian Conference of Catholic Bishops' Executive Committee, Canadian Conference of Catholic Bishops:** Good morning, and thank you, senators. On behalf of the Catholic Bishops of Canada, I wish to thank you for this opportunity to participate in these very important discussions. I'm also appreciative of the extra efforts we are taking in order to have these discussions in these most difficult times.

As the Catholic Church, we have joined with other religious leaders to make our opposition known to the expansion of Bill C-7 and medical assistance in dying. I know that many of you have read that report.

As Catholic bishops, we still remain deeply concerned about the provisions that are enclosed in Bill C-7 — especially, as has been mentioned, the devastating impact it will have on many disabled and marginalized Canadians.

Living with a disability creates a host of challenges, including access to proper housing, mobility, access to health care, employment and a far greater propensity to live in poverty compared to those who do not have disabilities. These unjust conditions continue to increase the suffering of many who live with such conditions. In spite of these, we are now prepared to offer those with disabilities, our fellow Canadians, further assistance — not in living, but assistance in committing suicide.

We ask: How can this be justified morally? Instead of assistance to commit suicide, should we not be redoubling our efforts to assist people, to allow them to live full lives and to be connected to their communities? Among other things, euthanasia remains as a failure on the part of us, as human beings, to have the commitment and ingenuity to face human suffering and to offer alternatives.

It is equally concerning that the voices of the disability community in Canada have largely been ignored. We hold out Canada as a community and country of inclusion.

The Council of Canadians with Disabilities and other disabilities groups have expressed their concern. We think that the removal of the criterion of reasonable foreseeability of natural death will further expand the bill and affect this community.

La parole va maintenant à Mgr William McGrattan.

**Son Excellence Mgr William McGrattan, évêque catholique romain de Calgary et membre du Bureau de direction, Conférence des évêques catholiques du Canada :** Bonjour, et merci, honorables sénateurs et sénatrices. Au nom des évêques catholiques du Canada, je tiens à vous remercier de me donner l'occasion de participer à ces discussions très importantes. Je suis aussi reconnaissant des efforts supplémentaires qui ont été faits afin que nous puissions tenir ces discussions en cette période des plus difficiles.

En tant que représentants de l'Église catholique, nous nous sommes associés à d'autres chefs religieux pour exprimer notre opposition à l'élargissement de l'aide médicale à mourir prévu dans le projet de loi C-7. Je sais que beaucoup d'entre vous ont lu le rapport.

En tant qu'évêques catholiques, nous demeurons très préoccupés par les dispositions du projet de loi C-7, et en particulier par les impacts dévastateurs qu'elles vont avoir — comme cela a déjà été mentionné — sur un grand nombre de Canadiennes et Canadiens handicapés et marginalisés.

Vivre avec un handicap amène son lot de difficultés en ce qui concerne, par exemple, l'accès à un logement adéquat, les déplacements, l'accès aux soins de santé et les emplois. De plus, le risque de vivre dans des conditions de pauvreté est beaucoup plus grand chez les personnes handicapées que chez les autres. Ces conditions injustes ne font qu'empirer la souffrance du grand nombre de personnes qui vivent avec un handicap. Et maintenant, en dépit de ces conditions injustes, nous nous apprêtons à offrir aux personnes handicapées, à nos frères et sœurs canadiens et canadiennes, une nouvelle forme d'aide... mais pour les aider non pas à vivre, mais bien à se suicider.

Nous demandons : comment peut-on justifier cela, moralement? Au lieu d'aider ces personnes à se suicider, ne devrait-on pas redoubler d'efforts, pour les soutenir, pour les aider à vivre des vies épanouies et à appartenir à leur collectivité? L'euthanasie, entre autres choses, montre que nous, en tant qu'humains, avons failli à notre engagement de combattre avec ingéniosité la souffrance humaine et d'offrir d'autres solutions.

Un fait est tout aussi préoccupant : on a pour l'essentiel fait fi des voix de la communauté des personnes handicapées au Canada, alors que nous croyons que le Canada devrait être une communauté et un pays inclusif.

Le Conseil des Canadiens avec déficiences et d'autres groupes de personnes handicapées ont fait valoir leurs préoccupations. Nous croyons que le retrait du critère de la mort naturelle raisonnablement prévisible élargira la portée du projet de loi et aura un impact sur cette communauté.

We also note that the warnings of the United Nations Special Rapporteur, as has been mentioned in relationship to MAID, have gone unaddressed. I call to mind what they reported: There are worrisome claims about persons with disabilities in institutions being pressured to seek medical assistance in dying, and practitioners not formally reporting cases involving persons with disabilities.

Yes, it is true that some individuals have expressed some support for this bill. Yet the creation and expansion of euthanasia is not simply a matter of individual choice, but it is a deep and significant social act. We consider that amending the Criminal Code and allowing such illicit killing of innocent life is not something that we, as Christians, can stand with.

Good and praiseworthy laws cannot be constructed simply on popular opinion or simply circumstances of individuals, no matter how emotive and compelling. We need to realize that, instead, our laws need to be constructed on sound moral principles — principles that guarantee the protection of all peoples, and especially the most vulnerable and those who are marginalized, because every person has dignity and every person has this gift.

It is likewise concerning to us that the government has claimed a strong consensus in favour of this, when in fact, the most recent polls conducted by Cardus and Angus Reid indicate that 68% of Canadians were disturbed about the UN report and the lack of critical safeguards for people with disabilities. Sixty-three per cent of Canadians fear the expansion of MAID will continue to lead people with disabilities — those who have certain feelings — to be pressured into choosing death instead of allowing them to, in a sense, be a burden to others.

In conclusion, though, I would like to end on a positive note. I would like to point out that palliative care, which has not been fully available in our country, is an alternative and something the Canadian government should address with broader legislation. When sufficient emotional and psychological supports are given to people, truly they can choose the medical care options that allow them to experience dignity rather than choosing the tragic failure of suicide.

The Canadian Bishops are likewise concerned that not all health care professionals in Canada have been provided with this type of protection. We encourage these discussions. We ask you, the legislators, those who are involved in the Senate, to respond to these most pressing needs. I thank you for this opportunity.

Nous voulons aussi souligner que les avertissements de la rapporteuse spéciale des Nations Unies — qui ont été mentionnés par rapport à l'AMM — ont été complètement occultés. Je veux évoquer ce qui a été rapporté : il y a des témoignages inquiétants à propos de personnes handicapées, en établissement, qui subissent des pressions afin qu'elles demandent l'aide médicale à mourir, et les médecins et les infirmiers praticiens ne signalent pas officiellement les cas où il s'agit d'une personne handicapée.

Même s'il est vrai que certaines personnes ont exprimé leur appui envers ce projet de loi, la création et l'élargissement de l'accès à l'euthanasie ne sont pas simplement une question de choix personnel; c'est un choix social important et lourd de sens. En tant que chrétiens, nous ne pouvons pas appuyer une telle modification au Code criminel qui permettrait de mettre fin illicitement à une vie innocente.

On ne peut élaborer des lois qui soient louables et justes en se fiant simplement à l'opinion populaire ou aux circonstances de certaines personnes, même si elles sont touchantes et impérieuses. Nous devons plutôt prendre conscience du fait que nous devons fonder nos lois sur des principes moraux sains, des principes qui assurent que tous sont protégés, en particulier les personnes les plus vulnérables et les personnes marginalisées, parce que tous ont droit à la dignité, et tous ont droit à ce don.

Nous trouvons aussi préoccupant de constater que le gouvernement prétend qu'il y a un vaste consensus favorable, alors qu'en vérité les plus récents sondages menés par Cardus et Angus Reid montrent que 68 % des Canadiens ont été troublés par le rapport des Nations Unies et l'absence de mesures de sauvegarde cruciales pour les personnes handicapées. En tout, 63 % des Canadiens craignent que l'élargissement de l'AMM accentuera les pressions sur les personnes handicapées — et les personnes qui éprouvent certains sentiments — pour qu'elles choisissent la mort plutôt que d'être, d'une certaine façon, un fardeau pour les autres.

Malgré tout, je veux conclure sur un point positif. Je veux souligner que les soins palliatifs, qui ne sont pas offerts pleinement au Canada, constituent une solution de rechange sur laquelle le gouvernement devrait miser dans un projet de loi plus large. Si les gens ont accès à du soutien émotionnel et psychologique suffisant, alors ils pourront choisir les options de soins médicaux qui leur permettront de vivre dans la dignité au lieu de choisir tragiquement cette solution qui n'en est pas une, le suicide.

Les évêques canadiens se préoccupent aussi du fait que ce ne sont pas tous les professionnels de la santé au Canada qui ont accès aux protections pertinentes, et nous appuyons les discussions à ce sujet. Nous vous demandons, à vous, les législateurs qui œuvrent au Sénat d'intervenir par rapport à ces besoins très pressants. Je vous remercie de m'avoir permis de témoigner.

**The Chair:** Thank you very much for your presentation. We will now hear from the Christian Medical and Dental Association of Canada, Laurence Worthen.

**Laurence Worthen, Executive Director, Christian Medical and Dental Association of Canada:** I would like to thank you for this opportunity to present our thoughts on Bill C-7. Christian Medical and Dental Association of Canada represents 1,600 members across Canada. The expansion of MAID is a serious concern for all our members because they are worried about their vulnerable patients.

It's common for people who find out they will have a long-term disability due to an accident or illness to want to end their lives. Part of our physician's role is to ensure the patient has intensive rehabilitation and counselling support to give them hope that life is worth living.

There are many factors that stand in the way of the patient making a constructive transition. There is a lack of adequate health and social service supports, the societal stigma that comes with disability, and the challenge of having to overcome barriers to access services. You only have to venture down any Canadian street with a friend in a wheelchair to know what we mean.

We live in an ableist society, which has emphasized looks, having an able body, independence and autonomy as absolute values. In contrast, we believe that every person has intrinsic worth, given by God, which cannot be taken away by circumstances, disease or disability.

In order to understand the potential impact of expanding euthanasia, it's helpful to look at the results of the *First Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada, 2019*. This report cites all the sources of suffering provided by the 5,631 people who died in 2019 via MAID: 13.7% gave loneliness and isolation as the reason for their suffering; 53% gave loss of dignity; 34% gave as their reason that they were a burden on their family; 82% listed loss of ability to engage in meaningful activities; and 56.4% listed inadequate pain control or a fear of it.

We can imagine that similar reasons will be given in the 2021 report if Bill C-7 is passed, and this should concern us. Loneliness and isolation can be the result of an unwillingness to include persons with disabilities. Loss of dignity can come from society's able-bodied bias. Fear of being a burden on one's family is a common worry for people who are seriously ill.

**La présidente :** Merci beaucoup de votre exposé. Nous allons maintenant écouter M. Laurence Worthen de l'Association des médecins et dentistes chrétiens du Canada.

**Laurence Worthen, directeur général, Association des médecins et dentistes chrétiens du Canada :** Merci de me donner l'occasion de vous présenter notre avis sur le projet de loi C-7. L'Association des médecins et dentistes chrétiens du Canada représente 1 600 membres d'un bout à l'autre du Canada. L'élargissement de l'AMM constitue une préoccupation sérieuse pour tous nos membres, qui se soucient du bien-être de leurs patients vulnérables.

Il n'est pas rare pour une personne qui apprend qu'elle sera handicapée à vie en raison d'un accident ou d'une maladie de vouloir mettre fin à ses jours. En tant que médecins, notre rôle est aussi de veiller à ce que les patients aient accès à des traitements de réadaptation intensifs et à des services de counseling afin de leur redonner de l'espoir et le goût de vivre.

Il y a plusieurs facteurs qui peuvent empêcher un patient de réaliser cette transition constructive, comme le manque de ressources en matière de services sociaux et de soins de santé, la stigmatisation sociale des personnes handicapées et la difficulté de surmonter les obstacles qui bloquent l'accès aux services. Si vous voulez un exemple concret, vous n'avez qu'à vous promener dans n'importe quelle rue canadienne avec un ami en fauteuil roulant.

Nous vivons dans une société capacitiste, dans laquelle l'apparence, un corps physiquement apte, l'indépendance et l'autonomie sont des valeurs absolues. Cependant, nous croyons que toute personne possède une valeur intrinsèque qui lui est donnée par Dieu et qui ne peut pas lui être enlevée, que ce soit par la maladie, un handicap ou quoi que ce soit d'autre.

Certains résultats aidant à mieux comprendre les conséquences potentielles de l'élargissement de l'euthanasie se trouvent dans le *Premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada, 2019*. Ce rapport donne toutes les sources de souffrances mentionnées par les 5 631 personnes qui ont reçu l'AMM en 2019 : pour 13,7 %, la nature de la souffrance était l'isolement ou la solitude; pour 53 %, c'était la perte de dignité; pour 34 %, c'était la charge perçue sur la famille; pour 82 %, c'était la perte de la capacité à s'engager dans des activités significatives de la vie; et pour 56,4 %, c'était le contrôle insuffisant de la douleur ou des inquiétudes au sujet de la douleur.

Nous pouvons nous attendre à ce que des raisons similaires soient données dans le rapport de 2021 si le projet de loi C-7 est adopté, et cela devrait nous préoccuper. L'isolement ou la solitude peut découler d'une réticence à intégrer les personnes handicapées dans la société. La perte de la dignité peut découler d'un préjugé capacitiste dans la société. La crainte d'être une charge pour la famille est aussi très répandue chez les personnes gravement malades.

If a person does not have a family who can support them, then should this become a reason to die? Finding meaning within limitations of activities requires the right care and counselling. A comprehensive palliative care program can alleviate the fear of pain.

These results, applied to persons with disabilities, make us wonder: Will people choose MAID in the future because society has failed them? The MAID protocol looks for competency, grievous and irremediable illness, disease or disability, and lack of coercion. The cry for euthanasia can be a disguised cry for help. I know this personally because my own father went through this struggle at the end of his life. I was there to help him through that so he would not be alone. However, I am haunted by those who are in a similar circumstance and have no one to help them. Simply offering inadequate services is not enough. We must show that we care.

Now our members are willing to play this role. During the recent outbreak of COVID-19, one of our members willingly quarantined himself and his wife so they could both provide daily support to the residents of their nursing home. He provided medical services while his wife spent time with the lonely residents whose families were not able to visit them. But sadly, the same physician has considered retiring early because of the lack of proper conscience protection.

Especially in light of Bill C-7, there must be provision in legislation that health care workers should be able to opt out of all forms of participation in MAID. The Office of the Parliamentary Budget Officer estimates this bill will add 1,200 additional people to the projected 6,465 deaths in 2021 by MAID, for a total of 7,665 people.

What if some of the people who will die in 2021 had the love, support, counselling and other services that they needed? We will never know how many could have adjusted to their circumstances, found hope, and discovered a life worth living. As a society, do we affirm their feeling that their life has no value by administering MAID, or do we fight to give them hope to save their lives? Our answer to that question will determine the type of Canada we wish to live in. Thank you.

**The Chair:** Thank you very much for your presentation. Thank you to all the panellists.

Senators, please identify which witness you want to answer your question. Please do not say “all” because you know there is not enough time, and I don’t want to be in the uncomfortable position to choose.

Si une personne n’a pas de famille pour l’épauler, cela veut-il dire qu’elle devrait mourir? Ces personnes ont besoin de soins et d’un counselling adéquats pour trouver un sens à leur vie, malgré leurs nouvelles limites. Un programme de soins palliatifs exhaustif peut atténuer la crainte de souffrir.

À la lumière de ces résultats, en ce qui concerne les personnes handicapées, nous nous demandons si les personnes vont choisir l’AMM parce que la société les a laissés tomber. Le protocole de l’AMM établit qu’une personne doit être compétente, affectée de problèmes de santé ou d’un handicap graves et irrémédiables et que son choix ne doit pas être fait sous la contrainte, mais une demande d’euthanasie peut aussi être un appel à l’aide déguisé. Je le sais, parce que je l’ai personnellement vécu avec mon père, qui a traversé cette épreuve vers la fin de sa vie. J’étais là pour l’aider, afin qu’il ne soit pas seul. Malgré tout, je sais qu’il y a d’autres personnes qui sont dans des circonstances similaires, mais qui n’ont personne pour les aider, et cette idée me hante. Ce n’est pas suffisant d’offrir des services inadéquats. Nous devons montrer à ces personnes qu’elles ont de l’importance pour nous.

Nos membres sont prêts à remplir ce rôle. Récemment, pendant la flambée de COVID-19, l’un de nos membres et son épouse se sont volontairement mis en quarantaine pour offrir un soutien quotidien aux résidents de leur centre d’hébergement. Pendant que lui fournissait des services médicaux, son épouse passait du temps avec les résidents qui se sentaient seuls, parce que leur famille ne pouvait pas les visiter. Malheureusement, ce médecin songe à prendre une retraite anticipée, parce qu’il n’y a pas de mesures suffisantes qui protègent sa liberté de conscience.

Tout particulièrement à cause du projet de loi C-7, il doit y avoir des dispositions dans la loi faisant en sorte que les travailleurs de la santé puissent renoncer à participer à toutes les formes d’AMM. Le Bureau du directeur parlementaire du budget estime que ce projet de loi fera en sorte que 1 200 personnes s’ajouteront aux 6 465 décès prévus en 2021 dans le cadre de l’AMM, pour un total de 7 665 personnes.

Mais qu’en serait-il si ces personnes qui vont mourir en 2021 avaient l’amour, le soutien, les conseils et d’autres services dont ils ont besoin? Nous ne saurons jamais combien de personnes auraient pu s’adapter à leur nouvelle situation, retrouver espoir et reprendre goût à la vie. Comme société, devons-nous les conforter dans leurs croyances que leur vie n’a pas de valeur en leur donnant l’AMM, ou devons-nous nous battre pour leur redonner espoir et sauver leur vie? La réponse à cette question déterminera le Canada dans lequel nous voulons vivre. Merci.

**La présidente :** Merci beaucoup de nous avoir présenté votre exposé. Merci à tous les témoins.

Honorables sénateurs et sénatrices, veuillez préciser à quel témoin vous posez votre question. S’il vous plaît, ne dites pas « à tous », parce que vous savez que nous n’avons pas assez de temps. Ne me donnez pas la tâche embarrassante de choisir.

[Translation]

**Senator Petitelerc:** I have a question, and although I would have liked to have an answer from each of the groups, choices will have to be made.

In fact, each of our witnesses here today — and witnesses at other meetings we have held — have spoken out rather strongly on behalf of disabled people. I cannot help but look back and recall that Bill C-7 came about as a result of the efforts of people like Jean Truchon, Nicole Gladu and Julia Lamb. These people, because of their unbearable and irreversible suffering, fought hard to tell us that they had the right to decide, the right to autonomy, the right to self-determination and the right to end their lives in dignity. The court has ruled in their favour every time. Their struggle signals that we have come to the end of decades of medical, social and moral paternalism.

My question is as follows: There are over 6 million disabled people in Canada, all different, and I find it rather troubling when people claim the right to speak on their behalf. I am therefore going to simply ask you under whose authority you are doing so, with what kind of expertise and, in particular, following what sort of consultation.

I'm sorry, Madam Chair, I don't know who might be able to answer this question. Could someone answer these specific questions?

[English]

**Mr. Ross:** Thank you for your very thoughtful question, senator. To be clear, today I do not purport to be speaking on behalf of the entire disability community or, frankly, any community other than Christian Legal Fellowship. I am here to reiterate the concerns that we've heard from many voices within the disability community.

As you say, it is not a homogenous block, there are different voices, but many voices within the disability community have expressed a deep concern. We have listened to those, we participated in round tables hosted by Inclusion Canada and the Council of Canadians with Disabilities, and other groups as well. We're here simply to put forward to you, from a legal perspective, the fact that the United Nations Special Rapporteur has told our government that they are failing and lagging behind in meeting their obligations under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. That is something that needs to be looked at closely and carefully.

[Français]

**La sénatrice Petitelerc :** J'ai une question et j'aurais aimé avoir une réponse de chacun des groupes, mais il faudra choisir.

En fait, chacun de nos témoins aujourd'hui — et dans d'autres réunions que nous avons eues — a fait des affirmations assez fortes au nom des personnes handicapées. Je ne peux pas m'empêcher de retourner en arrière et de penser que, derrière le projet de loi C-7, il ne faut pas oublier les individus, il ne faut pas oublier Jean Truchon, Nicole Gladu et Julia Lamb. Ces individus, en raison de souffrances intolérables et irréversibles, se sont battus pour nous dire qu'ils avaient le droit de décider, le droit à l'autonomie, le droit à l'autodétermination et le droit à une fin de vie dans la dignité. Chaque fois, la cour leur a donné raison. Avec ce mouvement, nous voyons la fin de décennies de paternalisme médical, social et moral.

Ma question est la suivante : il y a plus de 6 millions de personnes handicapées au Canada, qui sont toutes différentes, et je trouve assez troublant qu'on se donne le droit de parler en leur nom. Je vous demanderais donc bien simplement en quelle autorité vous le faites, avec quelle expertise et, surtout, après quel type de consultation.

Je suis désolée, madame la présidente, je ne sais pas qui pourrait répondre à cette question. Quelqu'un peut-il se manifester pour répondre précisément à ces questions?

[Traduction]

**Me Ross :** Merci beaucoup, madame la sénatrice. C'est une question très réfléchie. Pour être clair, je ne prétends pas aujourd'hui m'exprimer au nom de toute la communauté des personnes handicapées, ni même au nom de n'importe quelle autre communauté que celle de l'Alliance des chrétiens en droit. Je suis ici pour réitérer les préoccupations lancées par de nombreuses personnes de la communauté des personnes handicapées.

Comme vous le dites, nous ne représentons pas un bloc homogène; il y a des opinions différentes, mais de nombreuses voix au sein de la communauté des personnes handicapées se disent très préoccupées. Nous les avons écoutées, et nous avons participé aux tables rondes organisées par Inclusion Canada et le Conseil des Canadiens avec déficiences ainsi que d'autres groupes. Si nous sommes ici devant vous, c'est simplement pour faire valoir, d'un point de vue juridique, le fait que la rapporteuse spéciale des Nations Unies a dit à notre gouvernement qu'il avait manqué à son devoir et qu'il accusait du retard par rapport aux autres en ce qui concerne ses obligations en vertu de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. C'est quelque chose qu'il faut étudier soigneusement et avec attention.

Also, the Christian Legal Fellowship intervened in the *Truchon* case, and you have noted the very difficult and challenging situation faced by the plaintiffs. Both those plaintiffs, Mr. Truchon and Ms. Gladu, sought MAID in part because they were concerned about the lack of support they would receive in an institutional setting.

So again, we step back and say, regardless of what our views are around MAID, autonomy and these issues, can't we agree that more needs to be done to ensure that whatever one's personal philosophy, no one is ever forced to choose MAID because we have not done everything we can to ensure that adequate supports are in place. That is what we are advocating for. The court cannot do that. That is Parliament's role because Parliament and you, our Senate, are able to assess things through a different lens, with a different institutional capacity than the court, and that is the role you have taken up today.

**Bishop McGrattan:** To follow up with what Derek said, we have participated with many in the disability community, and so simply want to share with you that their concern is something we have heard and we think is valid for the Senate also.

Having been involved in Catholic health care and health care throughout Canada, you hear these concerns that people want to have the opportunity to be protected and to have a sanctuary, to allow for natural death to occur with the support of family, and trained professionals to look after their pain management. This is also from the lived experience of Catholic social work and Catholic health care that we're making this intervention as well.

[Translation]

**Senator Carignan:** My question is mainly for Mr. Ross, and it's about a suggestion in the brief about establishing an independent monitoring organization. Could you provide a little more information about this suggestion, about its rationale and the role this organization might play?

Also, I can't remember whether it's in your brief or another, but I read somewhere that the government's decision not to appeal the *Truchon* decision was being challenged. Can you explain why?

[English]

**Mr. Ross:** Thank you, senator, for those thoughtful questions. With respect to the need for oversight, that is something we raised in our brief. As I'm sure you are all aware, the Government of Quebec has implemented and created a Quebec

De plus, l'Alliance des chrétiens en droit est intervenue dans l'affaire *Truchon*, et comme vous l'avez dit, les plaignants dans cette affaire vivaient une situation extrêmement difficile et pénible. Les deux plaignants, M. Truchon et Mme Gladu, ont demandé l'AMM en partie parce qu'ils se préoccupaient du fait qu'ils n'auraient pas accès à suffisamment de soutien s'ils étaient en établissement.

Donc, encore une fois, nous prenons du recul pour dire — peu importe notre avis sur l'AMM, l'autonomie et les autres questions — ne pouvons-nous pas nous entendre sur le fait qu'il faut faire plus d'efforts pour veiller, peu importe notre philosophie, à ce que personne n'ait jamais à choisir l'AMM sans que nous ayons d'abord tout fait pour que les ressources adéquates soient en place? Voilà ce que nous défendons. Mais ce devoir revient au Parlement, pas aux tribunaux, parce que seul le Parlement et vous, le Sénat, pouvez examiner ces questions en adoptant un point de vue différent. Votre capacité institutionnelle diffère de celle du tribunal, et c'est ce rôle que vous êtes appelés à jouer aujourd'hui.

**Mgr McGrattan :** Pour poursuivre sur la lancée de Me Ross, nous nous sommes beaucoup engagés auprès de la communauté des personnes handicapées, et je voulais seulement vous faire part des préoccupations que nous avons entendues, et que le Sénat devrait entendre aussi, selon nous.

Vous entendez ce genre de préoccupations quand vous œuvrez dans des établissements de santé catholiques ou dans le domaine de la santé au Canada : les gens veulent que ce soit possible de les protéger. Ils veulent pouvoir trouver un refuge, où ils pourront rendre l'âme naturellement avec le soutien de leur famille et avec l'aide de professionnels qualifiés pour soulager leur douleur. C'est ce que nous avons constaté directement dans le cadre de notre travail social catholique et de nos soins de santé catholiques : c'est ce genre d'interventions que nous faisons.

[Français]

**Le sénateur Carignan :** Ma question s'adresse principalement à Me Ross et elle porte sur une suggestion du mémoire par rapport à la création d'un organisme indépendant de surveillance. Est-ce que vous pourriez préciser un peu cette suggestion, les raisons d'être et le rôle que cet organisme pourrait tenir?

De plus, je ne sais plus si c'est dans votre mémoire ou dans un autre, mais j'ai lu que l'on remettait en question la décision du gouvernement de ne pas porter en appel la décision *Truchon*. Pourriez-vous nous expliquer pourquoi?

[Traduction]

**Me Ross :** Merci de poser ces questions très pertinentes, monsieur le sénateur. Nous avons bien souligné le besoin d'un organisme de surveillance dans notre mémoire. Je suis sûr que vous le savez tous déjà, mais le gouvernement du Québec a mis

end-of-life commission to review cases of MAID, to collect data, to ensure the law is being complied with and to review the implementation of MAID at a provincial level.

That body has really provided us the most thorough information that we have about MAID in Canada. Quebec's end-of-life commission, from 2015 to 2018, identified at least 62 cases in Quebec which did not fully comply with federal or provincial law.

We don't really have a body doing that at a federal level, and so we don't know necessarily what's happening in other provinces. It's a bit of a patchwork. We have regulatory bodies. We have coroners in Ontario. The Office of the Chief Coroner of Ontario reviewed 2,000 cases and stated they "demonstrated compliance concerns with both the Criminal Code and regulatory body policy expectations, some of which have recurred over time."

So the bodies that are looking at this are identifying concerns. What's unclear is what's being done about it. Who is investigating these further? Are these merely minor technical violations? We don't have a lot of information, at least not that's publicly available. That's precisely the point. There is so much we don't know about why people are requesting MAID, whether they are being given the supports they need and even whether their deaths are being carried out in accordance with the law.

One thing we're urging is that the federal government ensures there is a consistent framework across the country to ensure that these are being looked at, that recommendations are being made to the Minister of Health and to all of you as parliamentarians, so we know what's happening on the ground.

One thing we suggested is the creation of an ombudsperson, someone who can investigate these things so that questionable cases of MAID can be looked at more closely, and so that you, our senators and Parliament, can really be aware from a policy perspective of what is happening.

You also asked a second question, senator, if I may quickly address it, about the government's decision not to appeal *Truchon* and why that was concerning to us. This is obviously an issue of national importance. We are here today because, whatever anyone's view of MAID, we recognize how significant this is, and it impacts the everyday lives of so many people across the country. To effect such a transformational change, based solely on the reasons of one judge, in our view, is concerning. With all respect to the court, those reasons have not

sur pied une commission sur les soins de fin de vie dont le mandat est d'examiner les dossiers d'AMM, de recueillir des données, de veiller à l'application de la loi et d'examiner la mise en œuvre de l'AMM à l'échelon provincial.

C'est cet organisme qui nous a fourni l'information la plus exhaustive que nous avons sur l'AMM au Canada. De 2015 à 2018, la Commission sur les soins de fin de vie du Québec a relevé 62 cas dans la province où les lois fédérales ou provinciales n'avaient pas été entièrement respectées.

Nous n'avons pas un tel organisme à l'échelon fédéral, alors nous ne savons pas vraiment ce qui se passe dans les autres provinces. Notre système est un peu dépareillé. Nous avons des organismes de réglementation. Nous avons des coroners en Ontario. Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a examiné 2 000 dossiers, et il a déclaré que l'examen avait « révélé quelques préoccupations, parfois récurrentes, en ce qui concerne la conformité aux dispositions du Code criminel et aux attentes de l'organisme de réglementation ».

Mais même si les organismes de réglementation relèvent des préoccupations dans leurs examens, on ne voit pas clairement quelles sont les mesures prises en réaction. Y a-t-il quelqu'un qui examine ces préoccupations en détail? S'agit-il simplement de violations techniques mineures? Nous n'avons pas beaucoup d'information, ou du moins, il n'y a pas beaucoup d'information accessible ou publique. Et c'est exactement le problème. Il y a tellement de choses que nous ne savons pas à propos des raisons pour lesquelles les gens demandent l'AAM. Nous ne savons pas s'ils ont accès à l'aide dont ils ont besoin ni même si l'AMM est administrée en conformité avec la loi.

Une chose que nous recommandons vivement au gouvernement fédéral est de s'assurer qu'il y ait un cadre uniforme à l'échelle du pays pour faire en sorte que ces préoccupations soient examinées. Nous vous implorons de présenter ces recommandations à la ministre de la Santé ainsi qu'à vous tous, les parlementaires, afin que nous puissions savoir ce qui se passe sur le terrain.

Une autre de nos recommandations est la nomination d'un ombudsman qui sera chargé d'enquêter sur ce genre de préoccupations et d'examiner de près les dossiers d'AMM qui pourraient être conformes. Ainsi, vous, les sénateurs et le Parlement, pourrez vraiment savoir, d'un point de vue stratégique, ce qui se passe.

Vous avez posé une autre question, monsieur le sénateur, et j'aimerais y répondre rapidement. C'était à propos de la décision du gouvernement de ne pas interjeter appel de la décision *Truchon*. Je vais vous expliquer pourquoi cela nous a préoccupés, parce que c'est évidemment une question d'importance nationale. Si nous sommes ici aujourd'hui, peu importe notre avis sur l'AMM, c'est que nous reconnaissons l'importance du dossier ainsi que ses répercussions sur la vie quotidienne d'un si grand nombre de gens au pays. Nous

been reviewed or assessed by the Supreme Court, not even by an appellate court. There are concerns with some of the reasoning that was employed. The way the Quebec court framed the purpose of the law, in our view, was unduly narrow and that shaped the entire analysis. We have further analysis on why we feel the reasoning in that decision was inadequate. But that aside, we feel it should have been appealed.

**Senator Batters:** First of all, to Derek Ross from the Christian Legal Fellowship, given your large group did significant legal work on this topic, could you explain to us why excluding mental illness as a sole condition for assisted suicide in Bill C-7 actually prevents discrimination? Also, Mr. Ross, do you believe that special safeguards and the exclusion of MAID for mental illness is important and legally valid?

**Mr. Ross:** Thank you, Senator Batters. That's a very important question. I know that the exclusion of mental illness as an eligibility criterion has been a focal point, importantly so, of discussion at this committee.

I will say I understand why people view this as discriminatory on its face, but I think at the same time, we have to recognize that any distinction, any limitation, any parameter, that the government would place on MAID would be seen as discriminatory, as arbitrary. There will always be — when you have to make an exception to the Criminal Code — parameters that are placed around that exception. In fact, the Supreme Court of Canada required as much. The quote was that the court contemplated MAID as a “stringently limited, carefully monitored system of exceptions.”

MAID is the exception to the rule in the Criminal Code which prohibits consensual homicide. So I think, to answer your question, it really begs another question: Isn't any boundary placed around MAID arguably discriminatory and arbitrary because it will always exclude someone's situation? But Parliament has to be granted leeway in this regard. Otherwise it would need to make MAID available to all forms of suffering, and then MAID would very clearly be indistinguishable from suicide.

So the question is not just whether a particular exclusion is discriminatory. As many of you know, under the Constitution, under the Charter, we have section 1, and it allows certain

trouvons préoccupant qu'il ait été décidé de transformer ainsi le droit en se fondant sur les motifs d'une seule juge. Avec tout le respect que je dois à ce tribunal, la Cour suprême, ni même une cour d'appel, n'a pas examiné ni évalué ces motifs. Certains ont exprimé des préoccupations quant au raisonnement dans cette décision. Nous sommes d'avis que la Cour du Québec a interprété l'objet de la loi de façon indûment restrictive, et que cela a entaché toute son analyse. Nous avons réalisé une analyse plus poussée montrant pourquoi, selon nous, les motifs de cette décision étaient inadéquats. Quoi qu'il en soit, nous croyons que la décision aurait tout de même dû être portée en appel.

**La sénatrice Batters :** Je vais m'adresser tout d'abord à Me Ross, de l'Alliance des chrétiens en droit. Compte tenu du fait que vous représentez une grande organisation qui a énormément travaillé du côté juridique sur ce sujet, peut-être pourriez-vous nous expliquer pourquoi le fait d'exclure les personnes dont la seule affection est une maladie mentale de l'admissibilité au suicide assisté, comme le prévoit le projet de loi C-7, permet en vérité de prévenir la discrimination? Aussi, maître Ross, croyez-vous que les mesures de sauvegarde spéciales et l'exclusion de l'AMM visant la maladie mentale sont importantes et juridiquement valides?

**Me Ross :** Merci, madame la sénatrice. Vous posez une question très importante. Je sais que l'exclusion visant la maladie mentale, en tant que critère d'admissibilité, a été l'un des points centraux, et à juste titre, des discussions du comité.

Je dirais que je comprends pourquoi les gens jugent que cette exclusion est discriminatoire, à première vue, mais je crois, parallèlement, que nous devons reconnaître que toute distinction, toute limite, tout paramètre que le gouvernement mettrait en place par rapport à l'AMM seraient perçus comme étant discriminatoires ou arbitraires. Il doit toujours y avoir — quand vous mettez en place une exception à l'application du Code criminel — des paramètres pour encadrer cette exception. D'ailleurs, la Cour suprême du Canada l'exige. Pour la citer, la Cour suprême a convenu que l'AMM devait être « un régime assorti d'exceptions, rigoureusement circonscrit et surveillé attentivement ».

L'AMM est l'exception à la règle dans le Code criminel qui interdit le suicide assisté. Je crois donc, pour répondre à votre question, que cela soulève une autre question : pourrait-on dire que toute restriction à l'accès à l'AMM serait discriminatoire ou arbitraire parce que cela aurait toujours pour effet d'exclure les personnes dans certaines situations? Mais il faut que le Parlement ait une marge de manœuvre, sans quoi il faudrait rendre l'AMM accessible pour n'importe quelle forme de souffrances, et dans ce cas, l'AMM deviendrait pratiquement indifférenciable du suicide.

Donc, il ne faut pas se demander uniquement si une exclusion particulière est discriminatoire. Comme beaucoup d'entre vous le savent, en vertu de la Constitution, en vertu de la Charte,

limitations to be placed on our rights and freedoms. So the question is: Is this provision discriminatory in a way that cannot be justified in a free and democratic society? And there Parliament is granted leeway to assess the complexities of these issues.

You heard already, I believe, from the Minister of Justice just how complex this issue is. There's a deep divide. There is a lack of consensus. There is a real concern that providing death as a solution to mental illness completely transforms psychiatry, and turns it on its head in terms of its goals of providing and offering hope and healing to these situations.

**Senator Batters:** Thank you. I thought it was important that Mr. Worthen addressed in his opening comment that, last year in 2019, there were 5,631 — I believe he said — assisted suicide deaths in Canada. That's a lot more already than the regular suicide rate of 4,000 a year generally in Canada. That's considerably more.

If I could get a quick answer from Bishop William McGrattan, could he please tell us why he believes that conscience protections for medical practitioners are even more important in Bill C-7 than in Bill C-14, since with the new bill, assisted suicide is provided for those whose death is not reasonably foreseeable?

**Bishop McGrattan:** I believe that practitioners need to be able to have not only the protection but also the freedom to exercise the gifts they have in terms of their professional lives, and to make sure that their consciences are directing them in the providing of those services. If in some ways a law begins to limit that, we also begin to see that it becomes discriminatory towards their professional lives. So I wonder, as was argued, every time we make exceptions or we allow for certain exceptions, this is sometimes interpreted as an infringement on other people's rights. I think we lose a sense of the common good. This is what we're trying to establish here. Is it good for all in Canada?

I want to just say that we're trying to promote that in ways that will allow for freedom and allow for that to be expressed in a common way throughout our Canadian society, without impacting on certain groups or individuals who are practising their profession.

l'article premier permet une restriction de nos droits et libertés, dans certaines circonstances. Donc, la question qui demeure est : est-ce que cette disposition est discriminatoire d'une façon qu'elle ne puisse être justifiée dans le cadre d'une société libre et démocratique? C'est dans ce cadre que le Parlement dispose d'une certaine marge de manœuvre pour examiner les détails de ces questions.

Je crois que le ministre de la Justice vous a déjà dit à quel point ce dossier est complexe. Les opinions sont extrêmement partagées, et il n'y a aucun consensus. Il y a des préoccupations très concrètes selon lesquelles le fait que la mort devienne une solution aux problèmes de santé mentale transformera complètement la psychiatrie, en plus d'aller à contre-courant de son objectif, qui est de fournir et d'offrir de l'espoir et des soins aux gens dans cette situation.

**La sénatrice Batters :** Merci. M. Worthen a dit quelque chose d'important dans sa déclaration préliminaire : l'année dernière, en 2019, je crois qu'il a dit qu'il y a eu 5 631 décès par suicide assisté au Canada. Cela dépasse déjà le taux moyen de suicide de 4 000 décès par année au Canada. C'est même beaucoup plus.

Rapidement, peut-être que Mgr William McGrattan pourrait nous dire, s'il vous plaît, pourquoi il croit que les mesures protégeant la liberté de conscience des médecins et infirmiers praticiens sont encore plus importantes dans le cadre du projet de loi C-7 que dans le projet de loi C-14, compte tenu du fait que, dans ce nouveau projet de loi, les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible sont admissibles au suicide assisté.

**Mgr McGrattan :** Je crois qu'il faut protéger non seulement la liberté de conscience des médecins et infirmiers praticiens, mais aussi leur droit d'utiliser leurs dons comme ils le veulent dans leur vie professionnelle, et qu'il faut aussi s'assurer qu'ils puissent suivre leur conscience lorsqu'ils offrent ces services. Si une loi commence à restreindre cela d'une façon ou d'une autre, cela veut dire que cette loi est en train de devenir discriminatoire par rapport à leur vie professionnelle. Si, comme cela a été avancé plus tôt, chaque fois que nous créons une exclusion ou que nous permettons une exception, cela peut être interprété comme une atteinte aux droits de certaines personnes, je me dis que nous perdons de vue le bien commun. Voilà ce que nous essayons de mettre en lumière ici. Est-ce que cela est bon pour l'ensemble du Canada?

Tout ce que je veux dire, c'est que nous voulons que cela soit envisagé d'une façon qui respectera la liberté et d'une façon qui sera uniforme pour toute la société canadienne, sans qu'il y ait de conséquences pour un groupe ou des personnes professionnelles en particulier.

[Translation]

**Senator Dalphond:** My question is for Mr. Worthen, of the Christian Medical and Dental Association of Canada. You referred to conscience protection and are asking that the act provide an option for refusing. I would like you to give a more detailed explanation of your perception of things. Do you feel that the law forces you to provide medical assistance in dying?

[English]

**Mr. Worthen:** Thank you very much, senator, for the question. Canada is alone amongst all the countries that have legalized euthanasia, in that it does not provide robust conscience protection for health care professionals. I was involved with the government in the passage of the original amendments to the Criminal Code, and we lobbied for robust conscience protection. What we got was a clause that states that nothing in these sections could be construed as requiring someone to provide or assist in the provision of MAID.

The problem we have in Canada, which is unlike any other jurisdiction that has legalized euthanasia, is that the criminal law is a federal responsibility while health care is a provincial responsibility.

Our doctors have fallen between the cracks here. On the one hand, we have a clause in the Criminal Code that is questionable in terms of its strengths under the provisions of the division of powers, and we have been thrown into the provincial jurisdiction where at least two provinces have required that we participate.

What we're asking for is that we be given full, complete conscience protection. It may be that the only way to do that at the national level is to make it a provision of the Criminal Code that no one can be coerced to participate in euthanasia at any stage against their will, and that could have a criminal sanction involved. That would be the one way to ensure there was protection all across Canada.

Right now in many jurisdictions we have doctors who are retiring early; we have doctors who have given up working in palliative care; we have doctors who have changed the focus of their practice. We attempted to challenge this in court in Ontario and were unsuccessful there. We simply are asking Parliament to recognize that when you make a change like this to the Criminal Code, you are perhaps unintentionally putting many conscientious doctors at risk, and not just Christian doctors but Muslim, Sikh, doctors of no particular faith. All of those folks

[Français]

**Le sénateur Dalphond :** Ma question est pour M. Worthen, de l'Association des médecins et dentistes chrétiens du Canada. Vous avez fait référence à la liberté de conscience et vous demandez que la loi prévoit une option de refuser. J'aimerais que vous expliquiez davantage votre perception des choses. Selon vous, la loi vous oblige-t-elle à fournir l'aide médicale à mourir?

[Traduction]

**M. Worthen :** Merci beaucoup de la question, madame la sénatrice. Parmi les pays qui ont légalisé l'euthanasie, le Canada est le seul qui n'a pas mis en place de mesures robustes pour protéger la liberté de conscience des professionnels de la santé. Je suis intervenu auprès du gouvernement lors de l'adoption des premières modifications apportées au Code criminel, et nous avons demandé qu'il y ait des mesures robustes pour protéger la liberté de conscience. En réponse, on nous a donné une disposition qui dit que rien dans le projet de loi ne peut être interprété comme exigeant d'une personne qu'elle fournisse ou aide à la prestation de l'AMM.

Le problème que nous avons au Canada, contrairement à tout autre pays qui a légalisé l'euthanasie, c'est que le droit criminel relève de la compétence fédérale, alors que la santé relève de la compétence provinciale.

Nos médecins tombent entre les mailles du filet. D'un côté, nous avons une disposition dans le Code criminel dont l'applicabilité est douteuse, compte tenu des dispositions sur la division des pouvoirs, et d'un autre côté, on nous a demandé d'intervenir à l'échelon provincial; au moins deux provinces nous ont demandé d'intervenir.

Ce que nous demandons, c'est la mise en place de mesures complètes et exhaustives pour protéger la liberté de conscience. Probablement que la seule façon de faire cela à l'échelle nationale serait de créer une disposition dans le Code criminel selon laquelle personne ne peut être forcé contre son gré de participer à n'importe quelle étape du processus d'euthanasie. Il pourrait aussi y avoir une sanction pénale en cas de contravention. Ce serait la seule façon de faire en sorte qu'il y ait cette protection dans tout le Canada.

Actuellement, dans bon nombre de régions, des médecins ont décidé de prendre une retraite anticipée; des médecins abandonnent leur carrière en soins palliatifs; des médecins décident d'opter pour une autre spécialisation. Nous avons fait une tentative de contestation devant un tribunal de l'Ontario, sans résultat. Nous demandons simplement au Parlement de reconnaître que, lorsque vous changez le Code criminel de cette façon, vous exposez peut-être involontairement de nombreux médecins consciencieux à un risque. Je parle non pas uniquement de médecins chrétiens, mais aussi de médecins musulmans ou sikhs, ou de médecins qui n'appartiennent à

are put in jeopardy because they are unable to provide, assist in the provision, refer for or provide assistance.

We are prepared to support our patients no matter what their decisions are. We're not trying to impose our views on our patients. We simply ask that we not be required to participate in something that only a few years ago was illegal and is totally against our convictions. The whole conviction of Hippocratic medicine for 2,500 years is that physicians should not harm patients. Thank you.

[Translation]

**Senator Dalphond:** My question is whether you would like us to create a specific criminal offence to make it mandatory to provide care or to make information about the existence of another option available?

[English]

**Mr. Worthen:** No. Our doctors are quite comfortable providing information about the existence of another option, and many provinces, like Alberta, have developed means for patients to be able to access that without a referral.

We're quite comfortable with the provision of information. We're quite comfortable with providing the patient and their physician information on the patient, the chart. There's a whole range of things we're prepared to do, but what we're simply asking is that we not be required to participate.

Current advocates are telling us now that there is an ethical obligation to tell the patient they qualify. That would mean that if you diagnosed a patient with quadriplegia or paraplegia, the next thing you would have to tell them is, "I have to tell you that you qualify for euthanasia." That's how absurd it is getting. We are just simply asking for protection.

It could also happen by legislation in the provinces. We have lobbied the provinces, and provincial governments are reluctant to get into this area, with the exception of Manitoba. The one way to solve this would be a clause in the Criminal Code saying no one can be forced to participate against their will.

**Senator Kutcher:** My first question is for Bishop William McGrattan. Thank you for reminding us how important the proper use of language is in striving to address these complex issues.

Recognizing we no longer use the stigmatizing phrase "commit suicide," I would ask you to share with us what you consider to be the similarities and differences between death

aucune religion en particulier. Tous ces médecins se retrouvent dans une situation précaire, parce qu'on ne leur permet pas de fournir ou d'aider à fournir de l'aide ou d'aiguiller.

Nous sommes prêts à soutenir nos patients, peu importe leurs décisions. Nous ne voulons pas leur imposer notre point de vue. Nous demandons simplement de ne pas être obligés de participer à quelque chose qui, il n'y a que quelques années, était illégal et qui va complètement à l'encontre de nos convictions. Le serment d'Hippocrate, vieux de 2 500 ans, est que nous ne devons jamais faire de mal à un patient. Merci.

[Français]

**Le sénateur Dalphond :** Ma question est la suivante : voulez-vous que nous créions une infraction criminelle spécifique, pour forcer à offrir un soin ou à donner de l'information au sujet de l'existence d'une autre option?

[Traduction]

**M. Worthen :** Non. Nos médecins n'ont aucun problème à fournir de l'information sur l'existence d'une autre option, et beaucoup de provinces, dont l'Alberta, se sont dotées d'un moyen pour que les patients puissent avoir accès à cela sans aiguillage.

Nous n'avons pas de problème pour ce qui est de donner de l'information. Nous trouvons tout à fait correct de fournir aux patients et à leur médecin l'information sur le patient, leur dossier. Il y a tout un éventail de choses que nous sommes prêts à faire. Ce que nous voulons, simplement, c'est que nous ne soyons pas forcés de participer.

Actuellement, les militants nous disent qu'il y a une obligation éthique selon laquelle nous devons dire aux patients s'ils sont admissibles. Cela veut dire que si on donne à un patient un diagnostic de quadriplégie ou de paraplégie, alors la prochaine chose qu'on devra leur dire, c'est : « Je dois vous dire que vous êtes admissible à l'euthanasie. » Vous voyez l'absurdité. Nous demandons simplement d'être protégés.

Cela pourrait aussi être fait par l'intermédiaire d'une loi provinciale. Nous avons fait du lobbying auprès des provinces, mais les gouvernements provinciaux sont réticents à s'aventurer dans ce domaine, à l'exception du gouvernement manitobain. Une façon de régler le problème serait d'ajouter une disposition au Code criminel selon laquelle personne ne peut être forcé de participer contre son gré.

**Le sénateur Kutcher :** Ma première question s'adresse à Mgr William McGrattan. Merci de nous rappeler l'importance d'utiliser les bons mots lorsque nous examinons des questions délicates.

J'aimerais vous demander, en soulignant que nous n'utilisons plus l'expression stigmatisante « se suicider », de nous faire part des similitudes et des différences qui existent, selon vous, entre

occurring as a result of suicide and death as a result of MAID. When you're answering us, could you please consider the pitfalls of the logical fallacy of false equivalencies as you provide your answer?

**Bishop McGrattan:** Thank you for that question. What I would understand, senator, as the distinction between suicide and medical assistance in dying, is that medical assistance in dying is now, through this law, allowing someone not to be criminally charged who is assisting someone in that act. Suicide is a decision that an individual is choosing to make, and maybe because of their circumstances they feel that this is the only choice they have. Sometimes it's caused by circumstances such as mental illness, sometimes because of their life condition. We don't know, so we try to be very understanding in those particular situations and not to judge.

However, when it's premeditated, where it's a decision where someone is taking deliberation, is taking counsel, is taking steps to make that informed decision, there is what we call a "deliberate attempt" to make this decision. If they're unable to do it and they are now requiring someone else who is now going to be coerced, as Larry Worthen mentioned, to be part of that particular type of act, then we are concerned that it goes against the fundamental conscience and beliefs of certain individuals, whether they be nurses or doctors. There are some family members who do not necessarily agree with that type of decision a loved one is making as well.

**Senator Kutcher:** You've gone away from the question into family members and their decision-making as opposed to the person's autonomous decision-making. I wonder if you could go back. You still have not answered the question about the difference between death as a result of suicide and death as a result of MAID.

**Bishop McGrattan:** Death is ultimately an act and something that God, in some ways, has in store for each of us. All of us are facing death at some point. Sometimes it comes tragically, and sometimes it comes because people make decisions.

**Senator Kutcher:** With all due respect, bishop, that's the not answering my question. I'm sorry, I don't mean to be difficult.

You have raised an important distinction. People use "suicide" when they're talking about MAID, and you used that phrase. I'm asking if you could help us understand what the differences are between suicide and MAID, and the similarities as well.

la mort par suicide et la mort par l'AMM. Dans votre réponse, pourriez-vous tenir compte des pièges, comme les raisonnements fallacieux ou les fausses équivalences.

**Mgr McGrattan :** Merci de cette question. De mon point de vue, monsieur le sénateur, la différence entre le suicide et l'aide médicale à mourir tient au fait que, actuellement, sous le régime de cette loi, la personne qui aide quelqu'un à se suicider dans le cadre de l'aide médicale à mourir ne peut pas être accusée d'un acte criminel. Le suicide est une décision qu'une personne prend, peut-être parce que, dans sa situation, elle croit que c'est le seul choix qui lui reste. Parfois, cela tient à une maladie mentale, ou alors à ses conditions de vie. Nous ne pouvons être certains, alors nous essayons d'être très compréhensifs et de ne pas juger dans ce genre de situation.

Cependant, quand il s'agit d'un acte prémédité, quand une personne, dans son processus décisionnel obtient de l'information pour peser le pour et le contre, demande des conseils et prend des dispositions pour prendre une décision éclairée, dans ce cas, on dit qu'il y a une « tentative délibérée » de prendre cette décision. Si une personne dans cette situation ne peut pas le faire elle-même et qu'elle demande à quelqu'un d'autre de l'aider, et que cette personne va en conséquence être forcée, comme M. Worthen l'a dit, de prendre part à cet acte, nous nous disons que cela va contre la conscience et les croyances fondamentales de certaines personnes, que ce soit des infirmiers ou des médecins, et nous trouvons cela préoccupant. Il y a aussi des membres de la famille qui ne vont pas nécessairement être d'accord avec la décision que leur proche a prise.

**Le sénateur Kutcher :** Vous vous êtes éloigné de la question en parlant des membres de la famille et de leur processus décisionnel au lieu de la décision indépendante de la personne. J'aimerais que vous reveniez en arrière. Vous n'avez toujours pas répondu à ma question sur la différence entre la mort par suicide et la mort par l'AMM.

**Mgr McGrattan :** La mort, au bout du compte, est un fait que Dieu réserve à chacun d'entre nous. Nous devons tous, un jour ou l'autre, affronter la mort. Parfois, c'est à cause d'un accident tragique, et d'autres fois, c'est à la suite d'une décision personnelle.

**Le sénateur Kutcher :** Avec tout le respect que je vous dois, monseigneur, vous ne répondez pas à ma question. Je suis désolé, je ne veux pas me montrer difficile.

Vous avez établi une distinction importante. Les gens utilisent le mot « suicide » quand ils parlent de l'AMM. Vous-même avez utilisé ce mot. J'aimerais que vous nous aidiez à comprendre la différence entre le suicide et l'AMM ainsi que leurs similitudes.

**Bishop McGrattan:** The similarities would be the fact that suicide is an act that a person takes upon themselves to end their life. Suicide, medical assistance in dying, would also be understood as someone taking that decision to end their life.

**Senator Kutcher:** And the differences would be what?

**Bishop McGrattan:** And the difference is that medical assistance in dying requires someone else to assist them in taking that particular act in their life. Not themselves individually, but they require someone else to assist them.

**Senator Martin:** Thank you to all of the witnesses for your testimony. This is a very difficult discussion, and I know how important this is.

My question is for Mr. Derek Ross. You mentioned that the Christian Legal Fellowship intervened in the *Truchon* case, and that this bill goes beyond what that decision perhaps requires of Parliament. I'm wondering, in your opinion, if advanced requests or the removal of safeguards were in any way implicated in this decision. As a committee, we're hearing from various witnesses about the lack of data and evidence, of the need to develop standards, the complexities of what we're dealing with.

We're under the gun with this timeline. I'm just listening to all of you speak, and I share some of those concerns, and I'm hearing others that I hadn't considered.

Would you speak specifically to the *Truchon* decision and the requirement of Parliament, in your opinion?

**Mr. Ross:** Thank you, Senator Martin, for that question. In *Truchon*, the important language is in paragraph 16. Paragraph 16 of that decision makes the parameters of that decision clear. There the court made it very clear that the only question that the court was deciding was on the constitutionality of the reasonably foreseeable natural death requirement.

The court specifically said that the court was not going to be answering and would not address questions related to things such as medical instructions given ahead of time, a.k.a., advance requests. The court went out of its way to say that was not going to be addressed in its reasons.

We have disagreement about the reasonably foreseeable death requirement, but that aside, the December 18 deadline has nothing to do with advance requests. Parliament — this Senate — is under no obligation to make any changes to the

**Mgr McGrattan :** Les similitudes tiendraient au fait que le suicide est l'acte d'une personne qui décide par elle-même de mettre fin à sa vie. Cette interprétation vaut aussi pour le suicide... l'aide médicale à mourir, où une personne décide de mettre fin à sa vie.

**Le sénateur Kutcher :** Et quelles seraient les différences?

**Mgr McGrattan :** La différence serait que, dans l'aide médicale à mourir, une autre personne doit en aider une autre dans l'acte de mettre fin à ses jours. La personne n'est pas seule; elle a besoin de quelqu'un l'aide.

**La sénatrice Martin :** Merci à tous les témoins de vos témoignages. Je sais que c'est une discussion très importante, mais vraiment difficile.

Ma question s'adresse à M. Derek Ross. Vous avez mentionné que l'Alliance des chrétiens en droit était intervenue dans l'affaire *Truchon*, et que ce projet de loi dépassait peut-être ce que cette décision exige du Parlement. Je me demandais si, selon vous, les demandes anticipées et l'annulation des mesures de sauvegarde sont, d'une façon ou d'une autre, prises en considération dans la décision. Un certain nombre de témoins ont dit au comité qu'il y avait un manque d'information et de données probantes, qu'il était nécessaire d'élaborer des normes. Ils ont aussi souligné à quel point les aspects de la question étaient complexes.

Nous sommes pressés par le temps. Je partage certaines des préoccupations dont je vous ai écouté parler, et d'après ce que je vois, il y en a d'autres qui ne sont même pas prises en considération.

Pourriez-vous formuler précisément des commentaires sur la décision *Truchon* et sur ce qui est exigé du Parlement, selon vous?

**Me Ross :** Merci de cette question, sénatrice Martin. La partie importante du libellé de la décision *Truchon* se trouve au paragraphe 16. C'est au paragraphe 16 que sont clairement établis les paramètres de la décision. La Cour a énoncé très clairement que la seule question qu'elle tranchait était celle de la constitutionnalité du critère de la mort naturelle raisonnablement prévisible.

La Cour a énoncé explicitement qu'elle n'allait pas trancher ni examiner les questions relatives aux instructions médicales données à l'avance, c'est-à-dire les demandes anticipées. Le tribunal a pris la peine de dire qu'il n'allait pas examiner ces questions dans ses motifs.

Nous ne sommes pas d'accord avec le critère de la mort raisonnablement prévisible, mais à part cela, la date limite du 18 décembre n'a rien à voir avec les demandes anticipées. Le Parlement — le Sénat — n'est certainement pas tenu de changer quoi que ce soit par rapport aux exigences en matière de

advance request requirement, to the witness requirement or to the waiting period court requirement as a result of *Truchon*.

I think it's really important, because again, we have to look at what *Truchon* was based on. One of the things the court said — one of the safeguards that the court relied on in making the finding that medical assistance in dying was a strict regime — was the safeguard that a patient remains competent until the very end. That was in paragraph 273 of the decision. With this change in Bill C-7, by removing the final consent requirement, we're taking that safeguard out.

So one of the foundations upon which *Truchon* was based is now being removed, because we are no longer requiring that a patient be competent until the very end, in certain circumstances. As Ms. Beazley noted, that's problematic because data tell us that patients do change their minds, even after making a written request for MAID. That is why the Council of Canadian Academies said that advance requests are problematic, because a physician can never be certain, once a patient loses capacity, if their wish is still to receive medical assistance in dying.

The same applies with the reflection period. Those 10 days do allow some space for patients to change their minds. As we've seen, hundreds of patients have taken advantage of that to change their minds.

In the interests of autonomy and ensuring the decision is truly one that reflects the wishes of the patient, these safeguards are so necessary to maintain. So for those reasons, we think they shouldn't be part of Bill C-7 at all if the true intent of Bill C-7 is to address *Truchon*.

**Senator Cotter:** I think my questions are for Mr. Worthen and Bishop McGrattan.

Mr. Worthen, my understanding of the concern you identified with respect to people with disabilities and people with vulnerabilities is that we should really address their needs in a meaningful way so they can be full participants in society, so that they won't unnecessarily, unwisely or perhaps immorally choose MAID to end their lives. I think that's a fair characterization of what you said.

Here is my concern: I think the sentence should have stopped at, "We should address the needs of those with disabilities." It feels to me as though you're using "people with disabilities and vulnerabilities" as an instrumental argument in your opposition to MAID, and that the foundational question of the legitimate needs of people with disabilities is not your central argument,

demande anticipée, de témoin ou de période d'attente à la suite de la décision *Truchon*.

Je crois que c'est très important de le dire, parce que, encore une fois, il faut tenir compte du fondement de la décision *Truchon*. L'une des choses que le tribunal a dites — l'une des mesures de sauvegarde sur lesquelles le tribunal s'est appuyé pour conclure que l'aide médicale à mourir devait être un régime circonscrit — était que, par mesure de sauvegarde, le patient reste apte jusqu'à la toute fin. C'est au paragraphe 273 de la décision. Le projet de loi C-7, en éliminant l'exigence du consentement final, annule cette mesure de sauvegarde.

Donc, l'un des principes sur lesquels la décision *Truchon* était fondée pourrait être éliminé, puisqu'on n'exige plus que le patient soit apte jusqu'à la toute fin, dans certaines circonstances. Comme Mme Beazley l'a fait remarquer, cela pose problème, parce que les données montrent que les patients peuvent effectivement changer d'avis, même après avoir déposé une demande écrite d'AMM. C'est pour cette raison que le Conseil des académies canadiennes est d'avis que les demandes anticipées représentent un problème, parce que si un patient n'est plus apte, le médecin ne pourra jamais être sûr s'il souhaite toujours recevoir l'aide médicale à mourir.

Le même principe s'applique à la période de réflexion. Il y a effectivement des patients qui changent d'idée au cours de cette période de 10 jours. Comme nous l'avons entendu, il y a des centaines de patients qui ont changé d'idée au cours de cette période.

Pour protéger l'autonomie des patients et pour veiller à ce que la décision reflète bel et bien leurs souhaits, il est absolument essentiel que ces mesures de sauvegarde soient maintenues. C'est pour ces raisons que nous croyons que ces dispositions ne devraient pas faire partie du projet de loi C-7, si son véritable objectif est de donner suite à la décision *Truchon*.

**Le sénateur Cotter :** Je crois que je vais adresser mes questions à M. Worthen et à Mgr McGrattan.

Monsieur Worthen, si j'ai bien compris les préoccupations que vous avez cernées à propos des personnes handicapées et des personnes vulnérables, vous dites que ce que nous devrions vraiment faire, c'est répondre à leurs besoins concrètement afin que ces personnes puissent participer pleinement à la société et ainsi éviter qu'elles ne choisissent pas inutilement, sans réfléchir et peut-être même de façon contraire à la morale de demander l'AMM pour mettre fin à leur vie. Je crois avoir bien résumé ce que vous avez dit.

Voici ce qui me préoccupe : je crois qu'il faudrait s'arrêter à « Nous devrions répondre aux besoins des personnes handicapées ». J'ai l'impression que vous utilisez les « personnes handicapées et les personnes vulnérables » comme pierre angulaire de votre argument contre l'AMM et que votre argument principal ne tient pas compte de la question

but your central argument to use it to discourage us from adopting the framework that's under consideration.

I would like you to respond to that.

Maybe I can ask my second question of Bishop McGrattan. You also made reference in your remarks to marginalized Canadians and identified the vulnerabilities and risks to them. If we were able to address fully the people with disabilities and vulnerabilities — the people you identified — would you then be supportive of the MAID regime?

**Mr. Worthen:** Thank you very much for the very thoughtful question, senator. I'll respond to it this way: My concern in terms of the courts dealing with this issue is that we have examples — Gloria Taylor might be a good example — of a person who is independent, has wanted MAID in the context of an environment where MAID was illegal, has thought about it for a long period of time and has supports. In a sense, when the Canadian public thinks about MAID, they think about people like Gloria Taylor.

What we're trying to articulate, based on our clinical experience, is that most people are not like Gloria Taylor. Most people are ambiguous; have ambiguous feelings about this. Most people may or may not have the support, and they may or may not have psychiatric illness at the same time. In most cases, these things are very, very messy.

A good example of this would be some research I did in a recent case in Bridgewater, where a wife went to court to try to keep her husband from accessing MAID. When we actually looked into the affidavits in the court case, we realized there was previous history for the patient and concerns about how psychiatric illness was affecting him.

So our doctors are simply trying to say that when you're looking at the one side — the very prominent examples that come to a court case — you also need to be looking at all the hidden people who are out there, who are potential victims. Our view is that if you are thinking about the common good and about society being integrated whole, you can't necessarily give one person their wish if it means that other people are going to — that there's going to be wrongful death.

Our concern is that we need to be looking at all Canadians, not just the people who have the wherewithal to come to court. Our approach would be that this should not be expanded because the risks to vulnerable Canadians are too great.

fondamentale des besoins légitimes des personnes handicapées. Plutôt, vous utilisez les personnes handicapées dans votre argument principal pour nous convaincre de ne pas adopter le cadre à l'étude.

J'aimerais que vous répondiez à cela, s'il vous plaît.

Ma deuxième question s'adresse probablement à Mgr McGrattan. Dans vos commentaires, vous avez parlé des Canadiens et Canadiennes marginalisés et avez relevé les vulnérabilités et les risques auxquels ils s'exposent. Si nous pouvions répondre pleinement aux besoins des personnes handicapées et vulnérables — les personnes dont vous avez parlé — seriez-vous prêt à appuyer le régime d'AMM?

**M. Worthen :** Merci beaucoup de votre question très réfléchie, monsieur le sénateur. Je répondrai ainsi : ce qui me préoccupe, par rapport aux décisions judiciaires sur cette question, c'est que nous avons des exemples — le cas de Gloria Taylor serait un bon exemple — de personnes qui sont indépendantes et qui voulaient l'AMM dans un contexte où cela était illégal. Ces personnes ont réfléchi longuement, et avaient accès à du soutien. D'une certaine façon, quand le public canadien envisage l'AMM, il pense à des gens comme Gloria Taylor.

Ce que nous essayons d'expliquer, c'est que, à la lumière de notre expérience clinique, la plupart des gens ne sont pas comme Gloria Taylor : ils sont incertains. Ils ne savent pas comment ils se sentent. La plupart ont du soutien, et d'autres non. Certains peuvent aussi avoir un trouble concomitant de maladie mentale. Dans la plupart des cas, les choses sont très très loin d'être claires.

Pour vous donner un bon exemple, j'ai récemment fait des recherches sur un cas récent à Bridgewater : l'épouse d'un homme qui voulait demander l'AMM s'est rendue devant les tribunaux pour l'en empêcher. Nous avons consulté les affidavits dans cette affaire judiciaire, et nous avons constaté que ce patient avait des antécédents, et qu'il y avait des préoccupations quant à la façon dont sa maladie psychiatrique l'affectait.

Donc, tout ce que nos médecins essaient de dire, c'est que quand vous regardez d'un côté — les exemples très médiatisés dans les affaires judiciaires —, vous devez aussi prendre en considération toutes les autres personnes invisibles, qui peuvent être des victimes. Notre position est que pour le bien commun et l'intégration de la société, vous ne pouvez pas nécessairement accéder au souhait d'une personne, si cela risque de mener d'autres à une mort injustifiée.

Voilà notre préoccupation : vous devez prendre en considération tous les Canadiens et Canadiennes, et pas seulement ceux qui ont les moyens de porter leur cause devant les tribunaux. Selon nous, l'AMM ne devrait pas être élargie, parce que le risque serait trop grand pour les Canadiens et Canadiennes vulnérables.

I hope that's a clarification of where we're coming from with our argument. We want to bring to light all those people who cannot speak for themselves, who will be negatively impacted if we open this Pandora's box.

**Bishop McGrattan:** Did you want a response, Senator Cotter?

**Senator Cotter:** I sure would, bishop, but maybe can you be part of the second round. I'll get back on the list, and I won't even ask the question; you'll just be able to respond, if that's okay.

**Bishop McGrattan:** Sure. Thank you.

**The Chair:** Senator Cotter, I will let the bishop answer now, because there isn't much of a second round. Bishop, if you could very quickly answer.

**Bishop McGrattan:** Senator Cotter, you identified the potentiality that all of these situations, dealing with people with disabilities, would be addressed through proper channels, and if that were true, would I, in that case, agree with MAID? I would say no. I see MAID as hastening death. I'm trying to make the argument that there are certain social conditions that affect people that also contribute to that particular type of framework, such that they feel they need to hasten their death and would then choose medical assistance in dying.

But the Catholic Church has opposed medical assistance in dying as a way of hastening a person's death, even though the courts have recognized this as a choice — a freedom — that individuals in such situations with irremediable suffering and foreseeable death have the option to make. But we would still be opposed to medical assistance in dying.

**Senator Cotter:** Thank you.

[*Translation*]

**Senator Boisvenu:** As I was saying earlier, it's a very difficult debate about each person's moral values. Based on what I have heard in the evidence, I don't believe that access to medical assistance in dying promotes suicide, but do think that refusing medical assistance in dying with dignity does promote suicide.

Sonia Blanchette, who murdered her three children and was sentenced to life imprisonment, could not live for 25 years with the remorse she felt because of what she had done. She starved herself to death by refusing to eat for two weeks. Hélène L., who was about to turn 70 years old, after spending decades with an incurable disease and with only a few years to live, starved herself to death over two weeks because she was denied medical

J'espère que cela éclaircit pourquoi nous avançons cet argument. Nous voulons jeter la lumière sur toutes ces personnes qui ne peuvent pas s'exprimer et qui en subiront les conséquences si nous ouvrons cette boîte de Pandore.

**Mgr McGrattan :** Voulez-vous une autre réponse, sénateur Cotter?

**Le sénateur Cotter :** J'aimerais vraiment que Mgr McGrattan réponde, mais cela attendra peut-être le deuxième tour. J'aimerais être remis sur la liste. Je ne vais même pas poser la question, je veux seulement pouvoir obtenir une réponse, si cela ne pose pas problème.

**Mgr McGrattan :** Bien sûr. Merci.

**La présidente :** Je vais laisser Mgr McGrattan répondre tout de suite, sénateur Cotter, puisqu'il n'y aura pas vraiment de deuxième tour. Monseigneur, je vous prierais de répondre rapidement.

**Mgr McGrattan :** Sénateur Cotter, vous avez soulevé la possibilité que toutes ces situations que vivent les personnes handicapées puissent être atténuées si les bons moyens sont utilisés, et vous voulez savoir si, dans ce cas, j'appuierais l'AMM. Je dois dire que non. Pour moi, l'AMM est une façon d'accélérer la mort. Le message que je veux faire valoir est que, pour certaines personnes, des conditions sociales jouent un rôle dans ce contexte et font que ces personnes ont l'impression qu'elles doivent accélérer leur mort, et c'est pourquoi elles choisissent l'aide médicale à mourir.

Mais l'Église catholique s'est toujours opposée à l'aide médicale à mourir pour accélérer le décès d'une personne, même lorsque les tribunaux ont établi qu'il s'agit d'un choix — d'une liberté — que peuvent prendre les personnes qui sont dans une situation de souffrance irrémédiable et dont la mort est prévisible. Malgré tout, nous nous opposons toujours à l'aide médicale à mourir.

**Le sénateur Cotter :** Merci.

[*Français*]

**Le sénateur Boisvenu :** Comme je le disais tantôt, c'est un débat très difficile qui se situe au niveau des valeurs morales qui sont propres à chacun. À écouter les témoignages, je crois que l'accès à l'aide médicale à mourir ne fait pas la promotion du suicide, mais le refus de l'aide médicale à mourir dignement fait la promotion du suicide.

Sonia Blanchette, qui a assassiné ses trois enfants et qui a été condamnée à la prison à vie, ne pouvait pas vivre pendant 25 ans avec les remords provoqués par les gestes qu'elle avait posés. Elle s'est donné la mort en jeûnant pendant 15 jours. Hélène L., à la veille de ses 70 ans, après avoir passé des décennies atteinte d'une maladie incurable et alors qu'il ne lui restait que quelques années à vivre, s'est donné la mort après 15 jours de jeûne parce

assistance in dying. In 2019, Jacques Campeau killed himself after being denied medical assistance in dying several times.

Bishop McGrattan, is it more moral to allow human beings who have been cast aside by medicine to commit suicide, or to allow human beings to have the assistance of medicine in dying humanely and with dignity?

[English]

**Bishop McGrattan:** I agree that every individual should have the opportunity to experience the dignity of their human condition by experiencing support and care — through a medical as well as a community and a spiritual care — to allow for natural death to occur. To be part of, to hasten and to take that stance, I think that sometimes people feel that there are no other alternatives. Therefore, they feel that this choice is something that they must have.

[Translation]

**Senator Boisvenu:** When alleviating suffering for someone with an incurable disease amounts to administering so much morphine that the person is no longer aware of their soul, their heart or even their life, isn't that also a form of suicide?

[English]

**Bishop McGrattan:** You need to make a distinction here, senator, that in many ways medical assistance in pain management sometimes allows a patient not to be fully conscious. But that is something to relieve suffering and pain. I think we have to make some distinctions with regard to the act and the intention. The giving of that morphine and that medication is to assist and give comfort. It's not to cause death.

I think there is a need to make a distinction about the administering of that type of medicine and those two types of intentions.

[Translation]

**Senator Boisvenu:** Bishop, have you ever accompanied someone dying of cancer at the end of their life, when the administration of morphine shortens their life?

[English]

**Bishop McGrattan:** I have. As a matter of fact, I've had the opportunity to assist my father who was dying of cancer and had palliative care at home with nurses, with a doctor who would come, and those particular types of medication. They were explained to us as allowing for his suffering to be alleviated through this medication, even though there were times when full conscious discussion with my father was not possible.

qu'on lui refusait l'aide médicale à mourir. Jacques Campeau, en 2019, s'est donné la mort après avoir essayé plusieurs refus d'aide médicale à mourir.

Monseigneur, qu'est-ce qui est le plus moral, laisser des êtres humains abandonnés par la médecine disposer de leur vie, ou permettre à des êtres humains d'être accompagnés par la médecine vers une mort digne et humaine?

[Traduction]

**Mgr McGrattan :** Je suis d'accord pour dire que tous devraient avoir accès à du soutien et à des soins pour vivre leur vie dans la dignité, qu'il s'agisse de soutien ou de soins médicaux, communautaires ou spirituels, et pour que leur vie puisse se terminer naturellement. Participer... accélérer ou accepter... je crois que certaines personnes ont l'impression qu'il n'y a pas d'autres solutions, et qu'elles croient donc qu'elles doivent avoir ce choix.

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Lorsque l'atténuation des souffrances d'une personne aux prises avec une maladie incurable consiste à lui administrer des doses de morphine au point où elle n'a plus conscience de son âme, de son cœur et de sa vie, n'est-ce pas aussi une forme de suicide?

[Traduction]

**Mgr McGrattan :** Il y a une distinction à faire ici, monsieur le sénateur. De nombreuses façons, l'atténuation médicale des souffrances fait en sorte que le patient n'est pas pleinement conscient. Mais cela est fait pour soulager sa souffrance et sa douleur. Je crois qu'il faut distinguer l'acte et l'intention. L'acte de donner de la morphine ou un médicament a pour but d'aider et de soulager : ce n'est pas de causer la mort.

Je crois qu'il faut faire la distinction entre l'administration de ce genre de traitement, et ces deux intentions différentes.

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Monseigneur, est-ce que vous avez déjà accompagné des cancéreux en fin de vie, quand les doses de morphine abrègent leur vie?

[Traduction]

**Mgr McGrattan :** Oui. De fait, j'ai accompagné mon père qui était atteint du cancer et qui recevait des soins palliatifs à domicile, administrés par du personnel infirmier, et un médecin qui venait lui donner des médicaments. Ils nous ont expliqué que les médicaments permettaient de soulager sa souffrance, même si cela voulait dire qu'il y avait des moments où il n'était pas pleinement conscient et où on ne pouvait pas discuter avec lui.

However, I do believe, and I have experienced it personally, I've realized that it's a privilege to be there at the moment when a person is passing, for loved ones not to also have that opportunity and for patients to know that care and support. That's where we are trying to, in a sense; balance the need for the accompaniment of those who are experiencing this natural process of dying, and not to hasten.

**The Chair:** Thank you very much, bishop.

**Senator Keating:** Thank you to all the presenters. I think that you have provided some advice that is helpful to us.

My question is for Bishop McGrattan. It was going to be identical to that of Senator Cotter's, but bishop, I would like to take you down a different road. The question I have follows a lot of other constitutional rights that are granted in the health care area to Canadians. I never expected you to say that all things being okay, all palliative care and services being okay, that you would agree with MAID. I didn't expect that.

One of the things that we do agree on is likely the abysmal state, and the differences between the provinces and territories when it comes to palliative care, care for the disabled, the mentally ill and the disenfranchised. But each time I pose that issue to the federal government, they tell me that the implementation of these services are jurisdictional; they belong with the provinces and the territories, so it's really none of our concern.

The issue of proper care has been an issue for a very long time, and many witnesses have brought up the disfranchisement of the poor and the destitute as an issue in MAID, which I don't disagree with. But I feel that, in light of the long struggle over equalities among people and among jurisdictions, that any amelioration of that state of affairs is almost utopian.

Maybe this is not a fair question, but do you think there is anything that could be done to ameliorate that situation?

**Bishop McGrattan:** Thank you, Senator Keating. Yes, it is a very fundamental question. I think it goes to the root of what we are trying to discuss here, this gift of human dignity. But it is also protected in a social community, and individuals within our society often find themselves in disadvantaged situations, whether that be housing, employment and also in terms of medical care.

I am also the bishop liaison for all of Catholic health care across Canada, so I have been part of these discussions for the last 12 years. Listening to the different jurisdictions and

Malgré tout, je crois sincèrement, parce que je l'ai personnellement vécu... j'ai réalisé que c'était un privilège d'accompagner une personne dans ses derniers moments, pour les proches, mais aussi pour les patients, afin qu'ils puissent ressentir que quelqu'un les soutient et s'occupe d'eux. C'est ce que nous voulons, d'une certaine façon : pouvoir répondre de façon équilibrée aux besoins de ceux qui sont en train de mourir naturellement, et ne pas accélérer le processus.

**La présidente :** Merci beaucoup, monseigneur.

**La sénatrice Keating :** Merci à tous les témoins. Je crois que vos conseils nous seront utiles.

Ma question s'adresse à Mgr McGrattan. Je comptais poser la même question que le sénateur Cotter, alors, monseigneur, je vais aller dans une autre direction. Ma question s'inscrit dans le grand nombre de droits constitutionnels en matière de santé qui sont garantis aux Canadiens. Je n'ai jamais cru que vous accepteriez l'AMM, même si tout le reste était correct, même si on offrait de bons soins palliatifs et de bons services. Ce n'est pas quelque chose à quoi je m'attendais de votre part.

L'une des choses sur lesquelles nous nous entendons probablement, c'est l'état désastreux des soins palliatifs, des soins pour les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladie mentale et les personnes marginalisées, sans parler de l'écart qui existe entre chaque province et territoire. Malgré tout, chaque fois que je porte ce problème à l'attention du gouvernement, on me répond que la mise en œuvre de ces services relève de la compétence provinciale ou territoriale, et que cela ne concerne pas le fédéral.

Cela fait très longtemps qu'on parle des soins adéquats, et de nombreux témoins ont parlé du fait que la marginalisation des personnes pauvres et démunies posait un problème dans le cadre de l'AMM, et je ne peux pas dire qu'ils ont tort. Cependant, j'ai l'impression, compte tenu de tout le temps que nous avons passé à chercher à assurer une équité entre les gens et entre les provinces et territoires, qu'il est presque utopique de croire que la situation va s'améliorer de quelque façon que ce soit.

Je ne sais pas si je devrais vous poser cette question, mais croyez-vous qu'il y a quoi que ce soit que nous puissions faire pour améliorer la situation?

**Mgr McGrattan :** Merci, sénatrice Keating. Oui, vous posez une question très fondamentale. Je crois que vous allez au cœur de la discussion d'aujourd'hui... ce cadeau qu'est la dignité humaine. Mais même si cela est protégé dans la société, de nombreuses personnes se retrouvent dans des situations défavorables, que ce soit par rapport au logement, à l'emploi ou aux soins médicaux.

J'assure aussi la liaison entre les évêques pour tous les soins de santé catholiques d'un bout à l'autre du Canada, et à ce titre, je participe à ces discussions depuis les 12 dernières années. J'ai

sometimes hearing what has been said, is the patchwork and unfortunate situation in the delivery of health care, and that certain areas and certain individuals are not receiving proper health care.

Here in Alberta, there is an initiative with regard to Palliative Care Matters. Oftentimes, those who are delivering health care can provide solutions, and that creativity and ingenuity that I talked about, as sustaining the gift of our dignity as human beings. It may be utopian, but I do believe in the spirit and in the goodwill of people, that we have a sense of wanting to care for the most vulnerable. We just have to have the resolve and the resources, and allow people who have that particular desire and care for others — whether they be doctors, nurses, health care workers — that they have the certain structures and supports to deliver that care.

Know that I have been part of these discussions and try to encourage the various jurisdictions, in all of the provinces representing health care across Canada, to continue to be present to the most vulnerable in our society. That's our call in terms of Catholic health care.

**The Chair:** Thank you, bishop.

[*Translation*]

**Senator Dupuis:** Two witnesses spoke to us about persons with disabilities as if these cases were special or citizens who were being pampered in terms of material conditions.

I have a question for Mr. Worthen. In your response to Senator Kutcher, am I correct in understanding that you are against giving medical assistance in dying to a person who is disabled because it would deprive other vulnerable people from receiving care? I find that highly problematic. Have I understood you correctly?

[*English*]

**Mr. Worthen:** Thank you for the question. No, I'm not suggesting that other people would be deprived of care. What I'm suggesting is that we have to understand that once we move away from euthanasia being an end-of-life proposal, to something for a person who doesn't have to be at end of life, then we open up the floodgates, as it were, for all persons with disabilities to access euthanasia. So if we allow it for one, then it is practically impossible for us to create a legal mechanism that would then protect other vulnerable people who might decide to do this because of lack of support.

écouté ce que disent les diverses régions administratives, et on dénonce parfois cette approche parcellaire et la situation difficile quant à la fourniture des soins de santé; dans certaines régions, il y a des gens qui ne reçoivent pas les soins appropriés.

Ici en Alberta, il y a une initiative nommée L'importance des soins palliatifs. Souvent, les fournisseurs de soins de santé sont ceux qui peuvent fournir des solutions, et avec la créativité et l'ingéniosité dont j'ai parlé, nous pouvons préserver ce cadeau qu'est la dignité humaine. Je suis peut-être un utopiste, mais je crois sincèrement en la bonté et en la volonté des gens; je crois que nous voulons prendre soin des personnes les plus vulnérables. Il nous faut simplement la détermination et les ressources, et faire en sorte que les personnes qui ont la vocation de prendre soin des autres — je parle des médecins, du personnel infirmier et des travailleurs de la santé — ont accès à des structures et à de l'aide pour cela.

Soyez assurés que j'ai participé à ces discussions et que j'ai essayé d'encourager les diverses administrations, dans tous les secteurs de la santé des provinces d'un bout à l'autre du Canada, à continuer de s'occuper des personnes les plus vulnérables de notre société. C'est la mission des soins de santé catholiques.

**La présidente :** Merci, monseigneur.

[*Français*]

**La sénatrice Dupuis :** Deux témoins nous ont parlé de personnes avec des handicaps comme si c'était des cas exceptionnels ou des citoyens choyés dans leurs conditions matérielles.

J'ai une question pour M. Worthen. J'ai cru comprendre, dans votre réponse au sénateur Kutcher, que vous vous opposiez à donner l'aide médicale à mourir à une personne qui a un handicap en disant que cela a pour conséquence de priver de soins d'autres personnes vulnérables. Je trouve cela très problématique. Est-ce que je vous ai bien compris?

[*Traduction*]

**M. Worthen :** Merci de la question. Non, je ne voulais pas dire que d'autres personnes pourraient être privées de soins. Ce que je voulais dire, c'est qu'il faut comprendre que, dès que nous cessons de considérer l'euthanasie comme une solution de fin de vie pour l'envisager comme une solution accessible à une personne qui n'est pas en fin de vie, cela peut ouvrir les vannes — disons-le ainsi — pour que toutes les personnes handicapées puissent avoir accès à l'euthanasie. Donc, si nous le permettons pour une personne, ce sera pratiquement impossible pour nous de créer un mécanisme juridique protégeant les autres personnes vulnérables qui pourraient choisir cela parce qu'elles n'ont pas accès à du soutien.

[Translation]

**Senator Dupuis:** If I have understood you correctly, Bishop McGrattan, you are saying that your beliefs are why the Catholic church would refuse medical assistance in dying as a matter of principle.

Are you aware of what has been happening in Quebec, and developed on the basis of discussions held from 2010 to the present day, and of the realities involved? There is an entire body of evidence and experiences. Are you aware of these experiences?

[English]

**Bishop McGrattan:** Senator, I can honestly say no, because at the present time there is an absence of any representatives from the Province of Quebec sitting on the national Catholic Health Alliance of Canada. The only knowledge I have is from discussions with my brother bishops from Quebec, and their experience is what you are sharing. I don't have first-hand knowledge in my role supporting Catholic health care across Canada, but I do have secondary knowledge in terms of discussions with the bishops of Quebec and their experience of what has taken place.

**Senator Dupuis:** Thank you.

**The Chair:** We will have a short question from Senator Kutcher. That will be our last witness.

**Senator Kutcher:** This is for Dr. Worthen. You told us that physicians would be compelled to provide MAID. I'm not aware as a physician myself that professional codes of ethics actually do compel physicians to do so.

Could you help clarify my confusion for me, please?

**Mr. Worthen:** First of all, Dr. Kutcher, I'm not a doctor. To clarify, I work for doctors. But I am familiar with the requirements of all the provincial standards.

The phrase I used was, "participate in." For instance, in Nova Scotia, which I'm familiar with and I know you're familiar with, the provincial college requires that doctors make an effective referral for euthanasia. That's a formal referral that's been required by the College of Physicians and Surgeons.

Bishop McGrattan will tell you that, for Catholics, that's formal cooperation in evil. Catholics cannot do that, and neither can evangelicals, Muslims and other religious groups.

[Français]

**La sénatrice Dupuis :** Si je vous comprends bien, monseigneur McGrattan, vous dites que vos croyances amènent l'Église catholique à une position de principe où l'on refuse l'aide médicale à mourir.

Êtes-vous au courant de l'expérience québécoise, qui a été développée à partir de discussions menées de 2010 jusqu'à maintenant, et sur les réalités que cela comporte? Il existe une espèce de corpus de preuves et d'expériences. Est-ce que vous êtes au courant de ces expériences?

[Traduction]

**Mgr McGrattan :** Je dois vous répondre sincèrement que non, madame la sénatrice, parce qu'actuellement, nous n'avons aucun représentant du Québec à l'Alliance catholique canadienne de la santé. La seule information dont je dispose me provient de discussions que j'ai avec mes confrères évêques du Québec, et leur expérience correspond à ce que vous dites. Je n'ai pas de connaissance directe à cet égard dans mon rôle pour soutenir les soins de santé catholiques au Canada, mais j'ai une certaine connaissance indirecte, parce que j'ai discuté avec des évêques du Québec à propos de ce qui s'est passé et de ce qu'ils ont vécu.

**La sénatrice Dupuis :** Merci.

**La présidente :** Nous passons au sénateur Kutcher pour une courte question. Ce sera notre dernier intervenant.

**Le sénateur Kutcher :** Ma question s'adresse au Dr Worthen. Vous nous avez dit que les médecins seraient tenus de donner l'AMM. Je suis moi-même médecin, et à ma connaissance, les codes de déontologie professionnelle ne contraignent pas les médecins à faire cela.

Pourriez-vous préciser votre pensée, s'il vous plaît?

**M. Worthen :** Avant toute chose, docteur Kutcher, je ne suis pas médecin. Je tiens à le préciser : je travaille pour des médecins. Malgré tout, je connais bien les exigences relatives aux normes de toutes les provinces.

Le mot que j'ai utilisé est « participer ». Par exemple, en Nouvelle-Écosse, une province que je connais bien, tout comme vous, j'en suis sûr, le collège provincial exige que les médecins aiguillent efficacement les patients vers l'euthanasie. Le College of Physicians and Surgeons exige que les médecins fassent cet aiguillage officiel.

Mgr McGrattan vous le dira, mais pour les catholiques, il s'agit d'une coopération officielle avec le mal. Ce n'est pas une chose que peuvent faire les catholiques, les évangélistes, les musulmans ou des membres d'autres groupes religieux.

In addition to that, proponents of euthanasia, another notable one who also lives in Halifax, have said that it's an ethical responsibility for physicians to tell their patients that they qualify for MAID when the physician believes they do.

If Bill C-7 is passed, that would put us in the situation where our doctors would be required to tell patients who recently became quadriplegic or paraplegic that they qualify for MAID. That's something our doctors cannot do. The word is "participate." There are other things, like psychiatric assessments, other ways.

For instance, we have a situation in two medical schools in Canada where, in the admissions process, MAID questions were asked. I'm sure you're familiar with, Dr. Kutcher, the way that admission processes occur now. There are actors, and the applicants are required to go through a scenario to see how they will react. One scenario was a patient requesting MAID and asking the applicant if they would provide them with a referral.

There are already, in the acceptance of this, concerns about admission. There are concerns about requirements in medical education. There are concerns about being required to make formal referrals, as is required in Nova Scotia. There are concerns about being required to participate in psychiatric assessments. There's a major concern that, essentially, doctors will be required to tell patients when they qualify.

MAID is being treated within the medical system as just another procedure. For us, it's a procedure that requires us to do something that goes completely against our beliefs, our values and our intentions as Hippocratic physicians that this is what is best for the patient.

Christians get accused of imposing our values on others. In this case, the proponents are imposing their values on us. We simply want to be able to practise medicine, as Bishop McGrattan said, in what we consider to be the best interests of our patients, and not be required to do anything that is going to harm them or jeopardize people who are vulnerable.

**Senator Kutcher:** Thank you for pointing out that it isn't the physician's role to decide what is best for the patient, but to provide information so that the patient can decide what is best for themselves.

**Mr. Worthen:** Yes, that's a good point. But I think there is a certain moral agency on the part of the physician. The physician should not be in a position where they are required to participate once the patient makes the decision.

**Senator Kutcher:** Thank you. If I have a minute —

En outre, des défenseurs de l'euthanasie — notamment l'un d'entre eux qui vit à Halifax — soutiennent que les médecins ont la responsabilité morale de dire à leurs patients qu'ils sont admissibles à l'AMM si le médecin croit que c'est le cas.

Si le projet de loi C-7 est adopté, nous serons dans une situation où les médecins devront dire à une personne qui devient quadriplégique ou paraplégique qu'elle est admissible à l'AMM. Ce n'est pas une chose que nos médecins peuvent faire. Le mot clé est « participer ». Il y a d'autres choses que nous pouvons faire, comme des évaluations psychiatriques, d'autres solutions.

Par exemple, il y a deux écoles de médecine au Canada où, dans le processus d'admission, des questions sur l'AMM ont été posées. Je suis sûr que vous connaissez, docteur Kutcher, le processus actuel d'admission. Cela se fait avec des acteurs, et les candidats suivent un scénario, et on évalue leur réaction. Dans un scénario, un patient demandait l'AMM, et on demandait au candidat s'il allait aiguiller le patient vers l'AMM.

En acceptant l'AMM, cela crée des préoccupations dès l'admission. Il y a des préoccupations à propos des exigences liées à l'enseignement médical. Il y a des préoccupations entourant le fait que les médecins seront officiellement tenus d'aiguiller les patients, comme c'est le cas en Nouvelle-Écosse. Il y a des préoccupations quant à la participation obligatoire aux évaluations psychiatriques. Il y a une très grande préoccupation parce que, essentiellement, les médecins seront obligés de dire à leurs patients qu'ils sont admissibles.

Dans le système médical, l'AMM est traitée comme n'importe quelle autre procédure, mais pour nous, cette procédure nous oblige à faire quelque chose qui va complètement contre nos croyances, contre nos valeurs et contre nos buts en tant que médecins qui ont prêté le serment d'Hippocrate de faire ce qui est le mieux pour notre patient.

On accuse parfois les chrétiens d'imposer leurs valeurs, mais dans ce cas, ce sont les défenseurs de l'AMM qui nous imposent leurs valeurs. Nous voulons simplement pouvoir pratiquer la médecine, comme Mgr McGrattan l'a dit, de la façon qui, selon nous, est dans le meilleur intérêt de nos patients, sans être obligés de faire quoi que ce soit qui pourrait leur porter préjudice ou mettre en danger les personnes vulnérables.

**Le sénateur Kutcher :** Je vous remercie d'avoir souligné que ce n'est pas au médecin de décider ce qui est le mieux pour le patient; il est là pour fournir de l'information afin que le patient puisse décider de la meilleure solution pour lui.

**M. Worthen :** Oui, c'est un bon point. Mais je crois que les médecins sont tout de même investis d'un devoir moral. On ne doit pas mettre les médecins dans une position où ils sont obligés de participer à cela une fois que le patient prend la décision.

**Le sénateur Kutcher :** Merci. S'il me reste une minute...

**The Chair:** No, you don't have a minute. I just wanted to make sure you had completed.

I want to thank all of you for appearing this morning. I feel really bad because the senators had important questions, and you were making such important contributions, and I had to cut off this important conversation.

Please, I want you to know that I do not see this as our only exchange. You have all submitted briefs, which we will read carefully, and then if there's anything in particular you want answered, you can still submit something further.

You've come here at very short notice. That is not something we do not appreciate. We appreciate it very much, the fact that you've come at extremely short notice.

We feel privileged to have heard from you this morning. So thank you very much for being here. We will now wait for the next panel, senators. Thank you.

To all the panellists, I want to thank you very much for being here this morning to meet the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs while we are studying this very important Bill C-7.

I want to assure you that we really want to hear from you, so I will introduce the panellists to you all. The first panellist is Canadian Council of Imams, Refaat Mohamed, President. The second panel is the Association for Reformed Political Action Canada, André Schutten, Director of Law and Public Policy. The third panellist is the United Church of Canada, Reverend Daniel Hayward, and the last panel is Living with Dignity, Alexander King. We will start hearing from the first panellist. *As-salamu alaikum*, Mr. Mohamed, and you have five minutes to speak.

**Refaat Mohamed, President, Canadian Council of Imams:** *Wa alaikum assalaam*. Thank you so much, good morning everyone, good morning to our senators and all the group on this discussion. On behalf of the Canadian Council of Imams, and on behalf of the Muslim community, I am privileged to join you in this meeting for this important discussion.

We are convinced that a robust palliative care system available to all Canadians is a much more effective response to suffering, and to protecting the sacred dignity of the human person. We are very concerned that expanded MAID will lead to some people with health issues, like depression or other issues, choosing death rather than dealing with the underlying causes of their conditions.

**La présidente :** Non, vous n'avez pas une minute. Je voulais seulement m'assurer que vous aviez terminé.

Je veux remercier tous ceux qui ont témoigné ce matin. Je suis vraiment désolée, parce que les sénateurs et sénatrices avaient des questions très importantes, et vous avez soulevé des points vraiment importants, mais je n'ai d'autre choix que de couper court à cette conversation très importante.

Soyez cependant assurés que, pour nous, notre discussion ne s'arrête pas là. Vous avez tous présenté des mémoires, et nous les lirons attentivement. S'il y a aussi d'autres points auxquels vous voulez répondre, vous pouvez toujours déposer de l'information supplémentaire.

Vous vous êtes tous rendus disponibles très rapidement, et ne croyez pas que nous n'en sommes pas reconnaissants. Nous vous en remercions énormément.

Cela a été un privilège pour nous d'écouter vos témoignages ce matin. Donc, merci beaucoup d'avoir été parmi nous. Honorables sénateurs et sénatrices, nous attendons maintenant d'accueillir le prochain groupe. Merci.

À tous les témoins, merci beaucoup d'être avec nous ce matin pour témoigner devant le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, dans le cadre de notre examen du projet de loi C-7, un projet de loi fort important.

Vous pouvez être certains que nous sommes impatients d'entendre ce que vous avez à dire. Je vais présenter les témoins : premièrement, M. Refaat Mohamed, président du Conseil canadien des imams; deuxièmement, M. André Schutten, directeur du droit et des politiques de l'Association for Reformed Political Action Canada; troisièmement, M. Daniel Hayward, président, Comité théologie et relations interconfessionnelles et interreligieuses de l'Église Unie du Canada; et finalement, M. Alexander King de l'organisme Vivre dans la Dignité. Nous allons commencer par le premier témoin. *As-salamu alaikum*, monsieur Mohamed. Vous avez cinq minutes.

**Refaat Mohamed, président, Conseil canadien des imams :** *Wa alaikum assalaam*. Merci beaucoup. Bonjour à tous, et bonjour aux sénateurs et sénatrices et à tous ceux qui prennent part à cette discussion. C'est un privilège pour moi de participer à la séance d'aujourd'hui pour discuter, au nom du Conseil canadien des imams et de la communauté musulmane, d'un sujet si important.

Nous avons la conviction que le système très robuste de soins palliatifs au Canada constitue une solution beaucoup plus efficace pour soulager la souffrance et pour protéger notre dignité sacrée en tant qu'être humain. Nous nous préoccupons grandement de la possibilité que l'élargissement de l'AMM poussera certaines personnes souffrant de problèmes de santé, par exemple de dépression, à choisir la mort plutôt que d'essayer de traiter les causes sous-jacentes de leur affection.

We are greatly fearful that expanded MAID will lead to people with disabilities, or those who are elderly, feeling more pressure to choose death in order to avoid being a burden on others. We are deeply worried that the health care system will start to ignore long-term care and chronic disease in the elderly as MAID becomes more available.

It perplexes our collective minds that we have come so far as a society, yet at the same time, have so seriously regressed in the manner that we treat the weak, the ill and the marginalized. We, as Muslims, side by side with our friends and faith leaders of Canadian society, remain inalterably opposed to euthanasia and assisted suicide, the intentional killing of human beings, euphemistically being called “medical assistance in dying,” but which is more accurately and tragically nothing less than murder, as was recognized by the Criminal Code of Canada prior to the passing of Bill C-14 in June 2016.

With our world-renowned health care system now endorsing euthanasia as a solution to human suffering, we will be undermining the creativity and resolve that is needed to confront some of the most complex cases of care.

We must embrace those who suffer and offer exceptional care to those who are confronting illness and death. Palliative care administered with unwavering compassion, generosity, and skill expresses the best of who we are as Canadians. Rather than withdrawing from those who are not far from leaving us, we must embrace them even more tightly, helping them to find meaning up to the last moments of life. This is how we build compassionate communities.

In Islam, the sanctity of life is of utmost importance when considering various ethical dilemmas. There is inherent belief in the value of life, in and of itself, for all human beings. God Almighty says, “And do not kill yourselves [or one another]. Indeed, Allah is to you Ever Merciful.” (Quran 4:29) and also he says, “And whoever saves one — it is as if he had saved mankind entirely.” (Quran 5:32). And he also said that whoever kills anyone or helps someone to die, it is as if he has killed mankind entirely.

In conclusion, in the presence of human pain, suffering and loneliness, we need to respond as a society with profound solidarity and extraordinary care. It is via the deep acknowledgement of the beauty and dignity of human life; let the death of anyone be natural and not with external interference. Let Almighty God decide for us the time we will leave or stay, and let's do our part in helping to the last breath. Thank you on behalf of the Canadian Council of Imams and the Muslim community.

Nous craignons énormément que l'élargissement de l'AMM poussera des personnes handicapées — ainsi que des aînés — à choisir la mort parce qu'ils ne veulent pas devenir un fardeau pour les autres. Nous craignons énormément que le système de soins de santé va favoriser l'AMM au détriment des soins de longue durée et du traitement des maladies chroniques chez les personnes âgées.

Nous sommes tous perplexes en constatant que, même si la société a beaucoup évolué, nous avons tout de même grandement reculé dans la façon dont nous traitons les personnes vulnérables, malades ou marginalisées. Nous, musulmans, aux côtés de nos camarades et chefs religieux de la société canadienne, demeurons farouchement opposés à l'euthanasie et au suicide assisté : le meurtre intentionnel d'un autre être humain, même si on appelle cela « l'aide médicale à mourir » par euphémisme, n'est littéralement et tragiquement rien de moins qu'un meurtre, comme le définissait le Code criminel avant l'adoption du projet de loi C-14 en juin 2016.

Si notre système de santé de renommée mondiale appuie maintenant l'euthanasie comme solution à la souffrance humaine, alors nous minons la créativité et la volonté nécessaires pour trouver des solutions aux cas médicaux les plus complexes.

Nous devons épauler les personnes qui souffrent et offrir des soins exceptionnels à ceux qui regardent la mort et la maladie dans les yeux. Nous, Canadiens, donnons le meilleur de nous-mêmes quand nous fournissons des soins palliatifs avec compétence ainsi qu'une compassion et une générosité inébranlables. Au lieu de laisser seuls à eux-mêmes les gens qui vont bientôt quitter ce monde, nous devrions les soutenir encore plus étroitement, pour les aider à trouver un sens dans les derniers moments de leur vie. C'est de cette façon qu'on bâtit une communauté humanitaire.

Dans l'islam, le caractère sacré de la vie prime les dilemmes éthiques. Nous croyons fermement que la vie de chaque être humain, intrinsèquement, a de la valeur. Dieu tout-puissant dit : « Et ne vous tuez pas vous-mêmes. Allah, en vérité, est Miséricordieux envers vous » (Coran 4:29). Il dit aussi : « Et quiconque lui fait don de la vie, c'est comme s'il faisait don de la vie à tous les hommes » (Coran 5:32). Il dit aussi que quiconque tuerait une personne ou l'aide à mourir, c'est comme s'il avait tué tous les hommes.

En conclusion, devant la douleur, la souffrance et la solitude humaines, nous devons réagir, en tant que société, en faisant preuve d'une grande solidarité et d'une compassion extraordinaire. Nous devons reconnaître profondément la beauté et la dignité de la vie humaine : la mort de quiconque doit être naturelle et ne doit pas être causée par des forces extérieures. Laissez Dieu tout-puissant décider de notre fin et faisons notre part pour aider les personnes jusqu'à ce qu'elles rendent leur dernier souffle. Je vous remercie au nom du Conseil canadien des imams et au nom de la communauté musulmane.

**The Chair:** We will go to Mr. Schutten.

**André Schutten, Director of Law and Public Policy, Association for Reformed Political Action Canada:** Good morning, honourable senators. Thank you so much for this opportunity to present on this topic of fundamental importance. My name is André Schutten, I am a constitutional lawyer, a disability rights advocate and Director of Law and Public Policy with the Association for Reformed Political Action Canada.

Bill C-7, if passed, will greatly expand assisted suicide in Canada to those who are not dying. This is a remarkable change to a law that is not yet five years old and has not yet been legislatively reviewed by Parliament. There is just one job for the civil government to do, one reason for it to exist, which is to maintain and enforce laws that provide equal protection for the lives of its citizens, so that all citizens can have equal opportunity to flourish. Expanding assisted suicide to those who are not dying undermines this ideal. In the *Carter* case, both the trial court and the Supreme Court of Canada admit that, and I'm quoting:

The risks inherent in permitting physician-assisted death can be identified and very substantially minimized through a carefully designed system imposing stringent limits that are scrupulously monitored and enforced.

Even so, with this statement, both the trial judge and the Supreme Court justices actually admit implicitly that innocent people could die. The risks are inherent they say, and though these risks could be minimized, they cannot be eliminated. The trial judge admitted that none of the other legalized systems has achieved perfection when it comes to risk. The trial judge examined much evidence on foreign experiences with legalized assisted suicide, and found lack of compliance with safeguards in Oregon, the Netherlands and Belgium, and difficulties with the evidence on the impact of vulnerable people in the Netherlands and Oregon, and also found that people suffering depression slipped through the approval process, if only in "highly isolated cases."

That's court evidence, findings of fact, that people who should not have been killed were killed — that people who are suffering from depression were euthanized. These patients were sick, and the doctor, instead of treating the depression, killed their patient. Section 15 of the Charter protects every individual's right to the equal protection and equal benefit of the law without discrimination. And the equal benefit of the law is not found in

**La présidente :** C'est maintenant au tour de M. Schutten.

**André Schutten, directeur du droit et des politiques publiques, Association for Reformed Political Action Canada :** Bonjour, honorables sénateurs et sénatrices. Merci beaucoup de me donner l'occasion de m'exprimer sur cette question fondamentalement importante. Je m'appelle André Schutten. Je suis avocat constitutionnaliste, militant pour les droits des personnes handicapées et directeur du droit et des politiques publiques de l'Association for Reformed Political Action Canada.

L'adoption du projet de loi C-7 aurait pour effet d'élargir grandement l'accès au suicide assisté pour les gens au Canada qui ne sont pas mourants. Il s'agit d'une modification énorme d'une loi qui n'est même pas en vigueur depuis cinq ans et qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen législatif par le Parlement. Un gouvernement civil n'a qu'un seul travail, n'a qu'une seule raison d'être : maintenir et appliquer les lois et protéger de façon égale la vie de ses citoyens, afin que tous puissent s'épanouir équitablement, mais le fait d'étendre l'accès au suicide assisté pour ceux qui ne sont pas mourants va à l'encontre de cet idéal. Dans l'arrêt *Carter*, autant le tribunal de première instance que la Cour suprême du Canada ont admis, et je cite :

[L]es risques inhérents à l'autorisation de l'aide médicale à mourir peuvent être reconnus et réduits considérablement dans un régime soigneusement conçu, qui impose des limites strictes scrupuleusement surveillées et appliquées.

Malgré tout, dans cette déclaration, les juges du tribunal de première instance et de la Cour suprême du Canada admettent implicitement que, dans les faits, des gens innocents pourraient mourir. Les risques sont inhérents, selon eux, et même s'il est possible de les atténuer, ils ne peuvent pas être éliminés complètement. La juge de première instance a admis qu'aucun autre de ces systèmes légalisés n'était parvenu à éliminer parfaitement les risques. La juge de première instance a examiné de nombreux éléments de preuve sur ce qui se faisait à l'étranger par rapport au suicide assisté légal, et elle a conclu qu'il y avait un manque de conformité avec les mesures de sauvegarde en Oregon, aux Pays-Bas et en Belgique et qu'il y avait des problèmes avec les données probantes sur l'impact du suicide assisté sur les personnes vulnérables aux Pays-Bas et en Oregon. Elle a aussi conclu que les personnes souffrant de dépression pouvaient passer à travers les mailles du système d'autorisation, même si ce n'est que dans des « cas très rares ».

Il y a donc des éléments de preuve au tribunal et des conclusions de fait montrant qu'on a assassiné des gens qui n'auraient pas dû mourir. On a euthanasié des gens qui souffraient de dépression. Ces patients étaient malades, et le médecin, au lieu de soigner leur dépression, a assassiné son patient. L'article 15 de la Charte dit que tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de

having equal access to assisted suicide. If we accept that line of reasoning, then this would also require corresponding obligations on health care professionals never to prevent people making that choice. In other words, society, or the civil government at the very least, would have a duty to not interfere in a suicide attempt. That's clearly wrong-headed.

Instead, the equal benefit of the law interest ought to be understood as having equal access to the full protection of human life in law. That's the benefit offered by the Criminal Code — the full and equal protection of every human life regardless of disability.

If Parliament chooses to expand assisted suicide beyond the end-of-life context, the additional risk to those with disabilities lies not in their capacity to make an autonomous decision, but in society's prejudicial reaction to a request for death from an individual with disabilities. The risk is created by our tendency as society to automatically support such a request, based on an assumption that the lives of individuals with disabilities are less valuable.

Again, if there is one role for the state, it is to protect equally in law the lives of all of its citizens from harm by other people. And where some citizens are more vulnerable, that role of the civil government should be amplified not minimized. It is my opinion that Bill C-7 violates section 15 of the Charter, not because it is not permissive enough, but because Bill C-7 devalues an entire community of Canadians, removing the full and equal protection of their lives from the Criminal Code. Thank you.

**The Chair:** Thank you very much.

We will go now to Reverend Hayward.

**Daniel Hayward, Reverend, the United Church of Canada:** Thank you, senators, for inviting me to speak to you today. I chair the Theology and Inter-Church Inter-Faith Committee of The United Church of Canada.

The United Church of Canada adopted a statement in 2017 which examines the issue of medical assistance in dying in the context of our theology and faith tradition. Knowing that people participating in the United Church communities of faith would be faced with their loved ones choosing MAID, or with considering this option themselves, we stated that God's people are called to embrace those struggling with difficult decisions. The choice of assisted death must be a free and informed choice by an individual who, with the support and accompaniment of others, where the church seeks to hold together both individual

toute discrimination, mais le fait d'avoir droit au même bénéfice de la loi ne veut pas dire avoir un accès égal au suicide assisté. Si nous acceptons ce raisonnement, alors cela suppose que les professionnels de la santé seront tenus, logiquement, de ne jamais empêcher quelqu'un de faire ce choix. En d'autres mots, la société, ou du moins le gouvernement civil, aurait le devoir de ne jamais interférer avec une tentative de suicide, ce qui est clairement insensé.

Plutôt, le droit au même bénéfice de la loi devrait s'entendre du fait d'avoir un accès égal à la protection de la vie humaine en droit. C'est le bénéfice conféré par le Code criminel : la protection complète et égale pour tous, indépendamment de tout handicap, de la vie humaine.

Si le Parlement décide d'élargir le suicide assisté au-delà du contexte de fin de vie, le risque additionnel auquel s'exposent les personnes handicapées est lié non pas à leur capacité de prendre une décision autonome, mais bien à l'attitude préjudiciable de la société envers une personne handicapée qui demande de mourir. Le risque découle de notre tendance, en tant que société, d'accepter automatiquement une telle demande, parce que nous tenons pour acquis que la vie des personnes handicapées a moins de valeur.

Encore une fois, si l'État a un rôle à jouer, c'est celui de protéger également la vie de tous ses citoyens, contre ceux qui leur feraient du mal, et lorsqu'il s'agit des citoyens les plus vulnérables, le rôle du gouvernement civil ne devrait être que plus grand. À mon avis, le projet de loi C-7 va à l'encontre de l'article 15 de la Charte, pas parce qu'il n'est pas assez permissif, mais parce que le projet de loi C-7 dévalorise toute une communauté de Canadiens, en leur enlevant la protection complète et égale à leur vie dont ils devraient bénéficier sous le régime du Code criminel. Merci.

**La présidente :** Merci beaucoup.

La parole va maintenant au révérend Hayward.

**Daniel Hayward, ministre du culte, Église Unie du Canada :** Merci, honorables sénateurs et sénatrices, de m'avoir invité à témoigner devant vous aujourd'hui. Je suis le président du Comité théologie et relations interconfessionnelles et interreligieuses de l'Église Unie du Canada

En 2017, l'Église Unie du Canada a adopté une déclaration portant sur la question de l'aide médicale à mourir au regard de notre contexte théologique et de nos traditions religieuses. Sachant fort bien que les membres des communautés religieuses de l'Église Unie du Canada devront faire face à la possibilité que leurs proches demandent l'AMM ou qu'eux-mêmes songent à la demander, nous avons déclaré que les enfants de Dieu doivent épauler ceux qui doivent affronter des décisions difficiles. Le choix de demander la mort assistée doit être fait librement et en connaissance de cause. Avec l'appui et l'accompagnement d'autrui, et avec l'Église cherchant à maintenir l'indépendance

moral agency and life in community, sees this as one option among many and not as the only choice.

We also stated that the church shares the valid concerns of disabled people about distortions and abuses, however subtle, that may be used to pressure patients. Such duress and lack of access to palliative and hospice care can negate the concept of informed consent to assist death that the legislation requires. As well, the right to medical assistance in dying for some patients may jeopardize others, particularly disabled people whose agency has been diminished by society.

The framework laid out in our original statement has guided our thinking on Bill C-7. I wish to look briefly at each of the bill's major provisions and our approach to them.

First, the removal of the provision requiring a reasonably foreseeable natural death for eligibility for MAID. Removing this end-of-life criterion will expand MAID so it is not only for those who are dying, but for those who have a disability. This raises a serious concern for many disabled people that a message is sent that they are not needed and their gifts are not valued. The removal of this requirement would treat the suffering of disabled people differently from other groups in society, with the state signalling that disabled people, unlike others, have no hope and are irremediable. Essentially, the failure of MAID legislation to include reasonably foreseeable natural death criterion would significantly discriminate against disabled people. Such a requirement is justifiable as protecting the equality of disabled Canadians.

Second, the specification that persons whose sole underlying medical condition is a mental illness are not eligible for MAID. We support this provision, as our statement emphasized that MAID must not be a means to remove people from society because they are seen as a liability, nor must hopelessness resulting from the stigma of disability be exploited. Both of these assertions are particularly relevant for questions of MAID in relation to mental health. We also ask, as a church: How can access to resources be improved for people with mental illness?

Third, allowance for use of advance directives made by a person prior to loss of their capacity to consent to MAID. Such a change in the MAID regime treats the life of one group, disabled

morale de chacun ainsi que la vie communautaire, la personne doit considérer l'AMM comme étant un choix parmi d'autres, et non comme son seul choix.

Nous avons aussi déclaré que l'Église partage les préoccupations valides qu'ont exprimées les personnes handicapées au sujet des idées déformées et des abus qui pourraient, même subtilement, exercer des pressions sur les patients. En situation de contrainte ou en l'absence d'accès aux soins palliatifs, il ne peut y avoir de consentement éclairé à la mort assistée au sens de la loi. De plus, le droit à l'aide médicale à mourir pour certains patients peut créer un danger pour les autres, en particulier les personnes handicapées dont la capacité d'agir est inhibée par la société.

Le cadre établi dans notre déclaration initiale a servi à orienter notre position sur le projet de loi C-7. J'aimerais examiner brièvement chacune des principales dispositions du projet de loi, puis je vous ferai part de notre opinion à leur sujet.

Premièrement, l'élimination de la disposition exigeant que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible comme critère d'admissibilité à l'AMM. Si on retire le critère de la fin de vie, l'accès à l'AMM est élargi de façon à ce que non seulement elle soit accessible aux personnes mourantes, mais aussi aux personnes handicapées. Cela soulève de graves préoccupations pour bon nombre de personnes handicapées, qui ont l'impression que cela veut dire qu'elles ne sont pas nécessaires et que leurs dons n'ont aucune valeur. Le retrait de cette exigence reviendrait à considérer la souffrance des personnes handicapées comme étant différente de celle des autres groupes dans la société; l'État signifierait que les personnes handicapées, contrairement aux autres, n'ont pas d'espoir et que leurs souffrances sont irrémédiables. Essentiellement, le défaut de la loi sur l'AMM d'inclure le critère de la mort naturelle raisonnablement prévisible aurait un effet hautement discriminatoire sur les personnes handicapées. L'existence de ce critère est justifiée, car il protège le droit à l'égalité des personnes handicapées canadiennes.

Deuxièmement, la disposition selon laquelle les personnes dont la seule affection est une maladie mentale ne sont pas admissibles à l'AMM. Nous soutenons cette disposition, et nous insistons, dans notre déclaration, sur le fait que l'AMM ne doit pas être une façon d'éliminer les gens dans la société qui sont perçus comme étant peu utiles. Nous avons aussi insisté sur le fait qu'il ne faut pas exploiter le désespoir découlant de la stigmatisation des personnes handicapées. Ces deux affirmations sont particulièrement pertinentes à l'égard des questions de santé mentale dans le contexte de l'AMM. Nous demandons aussi, en tant qu'Église, comment pourrait-on accroître l'accès aux ressources pour les personnes atteintes de maladie mentale?

Troisièmement, l'autorisation de présenter une demande anticipée pour remplacer le consentement à l'AMM dans le cas d'une personne qui perdrait ses facultés. Un tel changement dans

people, as not worth living. We told the parliamentary committee holding hearings on the original legislation that advance directives raised profound questions of personal responsibility, regardless of whether the action of assisted dying is supported by directions.

There is the potential of unconscious or more blatant coercion. The difficult reality of dementia-related illnesses, often raised as a justification for advance directives, would be better addressed through improved options for care.

The church is committed to holding intention, both individual agency and our covenant to each other in both living and dying, and protection and care of the most vulnerable, leading us to oppose this provision of Bill C-7.

**The Chair:** We will go to the last panellist for this panel, Mr. King.

**Alexander King, Chair of the Board (Interim), Living with Dignity:** Good morning. As chair of the board of Living with Dignity, I am grateful to have this opportunity to share our views on Bill C-7. Living with Dignity was founded in 2010 and is a network of more than 5,000 concerned citizens. I want to make it clear that we have no political or religious affiliation.

First, we too are very concerned about the removal of the end-of-life criteria. This was put forward as the most important safeguard to protect the vulnerable. However, Bill C-7 as drafted goes further by removing and amending certain safeguards, even though this is not needed to comply with the *Gladu Truchon* decision. Why remove safeguards which were deemed so necessary a few years ago without first analyzing their impact? This analysis is something which would have taken place early next year in the review mandated in section 10 of Bill C-14.

Currently, a written request for MAID must be signed by the person requesting it in front of two independent witnesses. This was deemed necessary to protect vulnerable people from undue pressure, but in Bill C-7, only one witness is required. Current federal law requires a 10-day delay between requesting MAID and it's being administered. Again, this was held up as a safeguard to allow a patient a period of reflection after such a life-altering, indeed a life-ending, decision. Now in Bill C-7 it's gone.

le régime d'AMM revient à dire que la vie d'un groupe, celui des personnes handicapées, n'a pas de valeur. Nous avons dit au comité parlementaire chargé d'examiner le premier projet de loi que les demandes anticipées soulèvent de profondes questions quant à la responsabilité personnelle, peu importe si le fait de donner l'AMM donne suite à cette demande.

Il y a le risque de contraintes inconscientes ou même évidentes. Même si on utilise souvent la situation pénible des personnes atteintes de démence ou de maladies connexes pour justifier l'autorisation des demandes anticipées, il serait préférable de fournir à ces personnes de meilleures options de soins.

L'Église s'est engagée à honorer sa mission à l'égard de la capacité d'agir de chacun et du lien qui nous unit dans la vie et dans la mort, et de protéger et de prendre soin des personnes les plus vulnérables, et c'est pourquoi nous nous opposons à cette disposition du projet de loi C-7.

**La présidente :** Nous allons passer au dernier témoin de ce groupe, M. King.

**Alexander King, président du conseil d'administration (par intérim), Vivre dans la Dignité :** Bonjour. En tant que président du conseil d'administration de Vivre dans la Dignité, je suis reconnaissant de pouvoir être ici afin de vous faire part de nos commentaires sur le projet de loi C-7. Vivre dans la Dignité a été fondé en 2010. Il s'agit d'un réseau de plus de 5 000 citoyens intéressés. Je veux qu'il soit clair que nous ne sommes affiliés à aucun groupe politique ou religieux.

Tout d'abord, nous sommes aussi très préoccupés du retrait du critère de la fin de vie. Ce critère a été énoncé comme étant la mesure de sauvegarde la plus importante pour protéger les personnes vulnérables. Cependant, le libellé actuel du projet de loi C-7 dépasse la décision *Gladu et Truchon* en éliminant ou en modifiant inutilement certaines mesures de sauvegarde. Pourquoi veut-on éliminer des mesures de sauvegarde qui étaient réputées nécessaires il n'y a que quelques années, sans d'abord avoir analysé leur impact? D'ailleurs, une telle analyse aurait eu lieu dans l'examen prévu l'année prochaine en vertu de l'article 10 du projet de loi C-14.

Actuellement, une demande écrite d'AMM doit être signée par la personne qui fait la demande devant deux témoins indépendants. Cette exigence était réputée nécessaire pour protéger les personnes vulnérables en cas de contrainte induite, mais le projet de loi C-7 n'exige qu'un seul témoin. En vertu de la loi fédérale en vigueur, il y a un délai obligatoire de 10 jours entre le dépôt de la demande d'AMM et la prestation. Encore une fois, il s'agissait d'une mesure de sauvegarde faisant en sorte que le patient ait une période de réflexion après avoir pris une décision qui allait changer sa vie, ou plutôt y mettre fin. Dans le projet de loi C-7, cette mesure de sauvegarde disparaît.

Then there is the issue of final consent to MAID, which must be given immediately before it is administered. This strikes me as something basic and it is indeed standard practice before undergoing any operation requiring general anesthetic. Yet, on the basis that some people who requested MAID may no longer be able to consent to it once it is to be administered, this safeguard has been removed in Bill C-7, leaving vulnerable people hugely at risk of MAID against their consent.

Not only that, Bill C-7 states that even “involuntary words, sounds or gestures” in the face of MAID being administered “do not constitute a demonstration of refusal or resistance . . . .”

So if I say yes to MAID but then change my mind once faced with it being administered, and if I say no or try to resist physically, it could be construed with impunity as not constituting a refusal of MAID. We have sadly already witnessed such situations in Quebec. Indeed, two doctors admitted in public hearing that in such a situation they simply sedated the patient before administering MAID.

There is the issue of the 90-day time frame before receiving MAID for people not at the end of life, as long as you have been informed of other options. Rather than an arbitrary time frame — and clearly 90 days is too short when average wait times to see a specialist are around 140 days — surely it’s about having access to and actually trying alternatives before resorting to death as a solution. We need to help people to live before we help them to die.

Sometimes it’s not even medical care that’s needed. It can be adequate accommodation, as I believe some physically disabled people have testified. We want this bill to make sure that MAID cannot be proposed to vulnerable patients, or even listed as an option, or we’ll end up with a twisted logic of offering suicidal people death instead of help.

Anti-euthanasia groups were mocked back in 2015 and 2016 for opposing the introduction of these laws and for warning of a slippery slope. We have strict safeguards to protect the vulnerable, we were told. Well, here we are a few years later witnessing the removal of those safeguards one by one: end of life only, gone; 10-day wait period, gone; two independent witnesses, gone; final consent, gone. This new bill, if not

Ensuite, il y a la question du consentement final à l’AMM, que la personne doit donner tout juste avant de recevoir l’aide médicale à mourir. À mon avis, cela va de soi, et c’est même une norme de pratique pour toute opération qui suppose une anesthésie générale. Cependant, parce qu’il est possible qu’une personne qui a demandé l’AMM ne puisse plus y consentir au moment de la recevoir, le projet de loi C-7 prévoit de retirer cette mesure de sauvegarde, ce qui exposerait les personnes vulnérables au risque énorme de recevoir l’AMM alors qu’elles n’y consentent pas.

D’ailleurs, le projet de loi C-7 énonce même qu’il « est entendu que des paroles, des sons ou des gestes involontaires [...] » en réponse à la prestation de l’AMM « ne constituent pas une manifestation de refus ou de résistance [...] ».

Si je demande l’aide médicale à mourir, mais que je change d’idée au moment où on va me la donner, et que j’essaie, par exemple, de résister physiquement, cela pourrait être considéré en toute impunité comme ne constituant pas un refus à l’AMM. Ce genre de cas s’est malheureusement déjà vu au Québec : deux médecins ont admis, lors d’une audience publique, qu’ils avaient simplement endormi leur patient avant d’administrer l’AMM.

Je veux aussi aborder la question du délai de 90 jours avant l’administration de l’AMM pour les personnes qui ne sont pas en fin de vie et qui ont reçu de l’information sur leurs autres options. Au lieu de prévoir un délai arbitraire — et je dirai que 90 jours, c’est clairement trop court, étant donné que le temps d’attente moyen pour voir un spécialiste est environ de 140 jours —, il serait certainement préférable de donner l’accès à d’autres solutions et de les mettre à l’essai avant d’envisager la mort comme solution. Nous devons aider les gens à vivre avant de les aider à mourir.

Parfois, ce ne sont même pas des soins médicaux dont la personne a besoin. Elle a parfois seulement besoin de mesures d’adaptation, comme en ont témoigné, je crois, certaines personnes handicapées physiquement. Nous voulons que ce projet de loi fasse en sorte que l’AMM ne puisse pas être proposée aux personnes vulnérables, même parmi d’autres options, sans quoi nous nous retrouvons dans une situation tordue où on offre la mort aux personnes suicidaires au lieu de les aider.

Les groupes anti-euthanasie ont été ridiculisés en 2015 et en 2016 parce qu’ils s’opposaient à l’adoption de ces lois et parce qu’ils nous ont mis en garde contre cette pente glissante. On nous a assuré qu’il y avait des mesures de sauvegarde pour protéger des personnes vulnérables. D’accord, mais à présent, quelques années plus tard, ces mesures de sauvegarde sont retirées l’une après l’autre : le critère de la fin de vie, éliminé; la période d’attente de 10 jours, éliminée; les deux témoins indépendants, éliminés; le consentement final, éliminé. En

amended, risks putting millions of vulnerable people further at risk.

Finally, there is not enough in the bill to protect the conscience rights of medical professionals. When I'm sick or injured, I go to the doctor for their professional opinion. I cannot demand they offer me a certain treatment. They have to offer what they consider to be in my best interest. Yet, with Bill C-7, I can require that they kill me. This seems a bit of a stretch from normal medical practice. There are those who do not want to partake in the deliberate killing of their patients either directly or by referring them to someone who will. We feel their conscience rights must be respected and the language about this in the bill strengthened considerably. Thank you very much.

[Translation]

I can answer questions in French or English. Thank you.

**The Chair:** Thank you very much for your presentation, Mr. King.

[English]

We will now go to questions. Senators, may I please ask that you refer to the panellist you want the question answered by, because it's very difficult for me to then direct the question and I don't want to be left in that position. We will start with the first question going to the sponsor of the bill, Senator Petitclerc.

**Senator Petitclerc:** Thank you to our witnesses for being here on such short notice and sharing their opinions. I have no questions for now. I will see if I have some later. Thank you.

[Translation]

**Senator Carignan:** My question is for Mr. Mohamed. You are the only person to have mentioned the palliative care system, which doesn't exist, or at least is inadequate. Could you tell us about your experience with the palliative care system and its shortcomings? We know that there are gaps, and that the system is inadequate, but could you perhaps tell us about some palliative care shortcomings, like regional disparities or the shortage of beds?

[English]

**Mr. Mohamed:** Thank you so much for the questions. As mentioned in my presentation, we are completely against Bill C-7. We are opposing this because we see that as being unfair to interfere in the life of any individual, supporting them to choose to have physician assisted dying. As faith leaders, we

adoptant ce projet de loi sans modifications, on expose des millions de personnes vulnérables à un risque encore plus grand.

Enfin, les dispositions du projet de loi ne seront pas suffisantes pour protéger la liberté de conscience des professionnels de la santé. Si je suis malade ou blessé, je consulte mon médecin pour obtenir son opinion professionnelle. Je ne peux pas exiger qu'il me donne un traitement ou un autre. Les médecins doivent offrir ce qui est, selon eux, dans l'intérêt supérieur de leurs patients. Mais, sous le régime du projet de loi C-7, je vais pouvoir lui demander de me tuer. Cela semble très différent des pratiques médicales habituelles. Certains professionnels ne veulent pas participer à la mort délibérée de leurs patients, que ce soit directement ou en les aiguillant vers la personne qui s'en chargera. Nous croyons que la liberté de conscience des professionnels doit être respectée, et que le libellé du projet de loi à cet égard devrait être considérablement renforcé. Merci.

[Français]

Je pourrai répondre aux questions en français ou en anglais. Merci.

**La présidente :** Monsieur King, merci beaucoup pour votre présentation.

[Traduction]

Nous allons passer aux questions. Honorables sénateurs et sénatrices, je vais vous demander de préciser à qui vous posez votre question, parce que c'est très difficile pour moi de diriger votre question autrement, et que je ne veux pas être obligée de m'en charger. La première intervenante est la marraine du projet de loi, la sénatrice Petitclerc.

**La sénatrice Petitclerc :** Merci à nos témoins de s'être rendus disponibles au pied levé et de nous avoir fait part de leurs opinions. Je n'ai pas de questions pour le moment, mais peut-être que j'en aurai plus tard. Merci.

[Français]

**Le sénateur Carignan :** Ma question s'adresse à M. Mohamed. Vous êtes le seul à avoir parlé du réseau de soins palliatifs qui est inexistant, ou en tout cas qui est insuffisant. Pourriez-vous nous parler de votre expérience du réseau de soins palliatifs et de ses lacunes? On sait qu'il y a des lacunes, que le réseau est insuffisant, mais peut-être pourriez-vous nous parler des lacunes dans les soins palliatifs, des disparités régionales ainsi que du nombre de lits manquants, par exemple?

[Traduction]

**M. Mohamed :** Merci beaucoup de vos questions. Comme je l'ai dit dans mon exposé, nous nous opposons complètement au projet de loi C-7. Nous nous y opposons parce que nous croyons qu'il est injuste d'interférer dans la vie de quiconque ou de les soutenir dans leur choix de demander que leur médecin leur

all agree that this is something that is not an option for a person to choose to end his life or the life of others. This is something that is contradicting the principles of our faith as well as the dignity of human beings, if we talk logically. We cannot decide for anyone.

So the care that should be given to and supported for every single Canadian, every person and human being in this world, is something that is a “must” on the shoulders of everyone in a position — whether it is in a medical field or in a political field. We are all supposed to help and support one another in this battle of life in different ways. Palliative care is something that is considerable in every society and every government. In Canada we are one of the best systems when it comes to health care. That’s why we continue to support the dignity of human beings to the last moment.

[*Translation*]

**Senator Carignan:** Thank you.

[*English*]

**Senator Batters:** My questions are to Mr. Schutten from ARPAC. Given your significant legal expertise and work on this topic — I note you have a Masters in Constitutional Law from Osgoode Hall — could you please explain to us why, in your view, excluding mental illness as a sole condition for assisted suicide in Bill C-7 would pass constitutional muster? Also, do you believe that special safeguards and the exclusion of MAID for mental illness is important and legally valid? Thank you.

**Mr. Schutten:** Thank you very much for the question. I believe that excluding mental illness as a sole condition for receiving MAID, medical assistance in dying, would be constitutional but it’s not unconstitutional to have that exclusion there. I believe that’s true for two reasons. The first is because we have to properly understand what is the good or the service — the benefit that the Criminal Code provides. It’s not a right to assisted suicide or assisted death. That’s not the good that is being offered through the Criminal Code. Rather, the good is the equal protection of human life, and medical assistance in dying is an exception of exceptions. It’s supposed to be very narrow because we don’t want a society where we give licence to many different people to end the lives of other human beings.

donne la mort. En tant que chefs religieux, nous nous entendons pour dire qu’une personne ne devrait jamais avoir le choix de mettre fin à sa vie ou de mettre fin à la vie d’une autre. Cela va à l’encontre des principes de notre religion et de la dignité humaine, d’un point de vue logique. Ce n’est une décision pour personne.

En conséquence, des soins et du soutien doivent être offerts à tous les Canadiens et à toutes les Canadiennes, à toute personne et à tout être humain sur terre. Pour les gens dans cette situation, c’est une responsabilité qu’ils « doivent » assumer, que ce soit en santé ou en politique. Nous sommes tous censés nous aider et nous soutenir les uns les autres, alors que nous tentons de diverses façons d’affronter la vie. Les soins palliatifs constituent un service essentiel dans toute société et pour tous les gouvernements. Au Canada, nous avons l’un des meilleurs systèmes de santé, et c’est pourquoi nous devons continuer de soutenir la dignité humaine jusque dans les derniers moments de la vie.

[*Français*]

**Le sénateur Carignan :** Merci.

[*Traduction*]

**La sénatrice Batters :** Mes questions s’adressent à M. Schutten, de l’ARPAC. En vous appuyant sur votre grande expertise juridique et votre travail sur cette question — j’ai remarqué que vous aviez une maîtrise en droit constitutionnel de la faculté de droit Osgoode Hall —, pourriez-vous nous expliquer pourquoi, selon vous, l’exclusion visant les personnes dont la seule affection est une maladie mentale prévue dans le projet de loi C-7 survivrait à une contestation constitutionnelle? Aussi, croyez-vous qu’il est important que nous ayons des mesures de sauvegarde spéciales et une exclusion à l’AMM pour les personnes atteintes de maladie mentale, et est-ce que cela est valide en droit? Merci.

**M. Schutten :** Merci beaucoup de la question. À mon avis, l’exclusion selon laquelle les personnes dont la seule affection est une maladie mentale ne sont pas admissibles à l’AMM, l’aide médicale à mourir, est constitutionnelle. Il n’est pas non plus inconstitutionnel que cette exclusion soit dans le projet de loi. Je crois qu’il y a deux raisons : premièrement, il faut bien comprendre quel est le bien ou le service en question, c’est-à-dire le bénéfice offert dans le Code criminel. Il ne s’agit pas du droit au suicide ou à la mort assistée. Ce n’est pas le bien qui est offert par l’intermédiaire du Code criminel. Plutôt, le bien est la protection égale de la vie humaine, et l’aide médicale à mourir constitue la plus haute des exceptions. Le régime est censé être extrêmement circonscrit, parce que nous ne voulons pas d’une société où plein de gens sont autorisés à mettre un terme à la vie d’autres êtres humains.

Even if you reject that argument, we still know that the *Truchon* decision and the *Carter* decision leave room for Parliament to not allow for assisted suicide, or MAID, for people with mental illness because — and I'm looking at the *Truchon* decision in paragraphs 654 and 659 for example, in both those paragraphs — the trial judge repeatedly says that it's because of the limitations of the physical condition of the individual that they're unable to complete their own suicide or unable to end their own life in a way that doesn't increase their suffering.

It's for that reason that the *Truchon* decision expands assisted suicide, medical aid in dying. That's true for Gloria Taylor, from the *Carter* case. It's true for Kay Carter, Sue Rodriguez, Jean Truchon and Nicole Gladu. It's their physical limitations; that's the reason why medical assistance in dying was made available. So where it's only for mental illness, we shouldn't be expanding that, and I don't think a ruling from the Supreme Court of Canada would require that.

**Senator Batters:** Thank you. It is unfortunate that we see 4,000 Canadians a year die by their own hand, by suicide. As you pointed out, 95% of those people, data has been shown to prove that it is as a result of mental illness.

I note in your brief that just came in this morning, your section entitled The 90-day Waiting Period is not what you think. Can you explain that contention and the straightforward amendment you are proposing to fix this?

**Mr. Schutten:** Thank you again. It's unclear. It's messy and muddled in Bill C-7 as to when exactly the 90-day waiting period begins. The language of the bill is very ambiguous.

Does it start when the doctor first encounters this patient and processes in his or her own mind, "I think this patient might be eligible for MAID?" Is that when the 90-day process begins? Or is it going to be when the patient first starts musing about medical assistance in dying, whether or not that's perhaps an option for them? Or is it when the patient makes a formal request?

I think that is because it's so muddled; we need clarification and guidance here. Doctors who are providers of medical assistance in dying need guidance from you, the legislators. The easiest change would be to make sure and add a clarification that the 90-day waiting period begins when there's a formal, written, witnessed request from the patient for medical assistance in dying.

I strongly believe that that request has to come from the patient on their own initiative. There's a power imbalance between physicians and patients. When physicians are leading

Même si vous rejetez cet argument, nous savons malgré tout que la décision *Truchon* et l'arrêt *Carter* donnent au Parlement une marge de manœuvre pour interdire le suicide assisté, ou l'AMM, dans le cas de personnes atteintes d'une maladie mentale. Je vais donner la décision *Truchon* en exemple, dans laquelle, aux paragraphes 654 et 659, la juge de première instance a dit plus d'une fois que c'est à cause de leur condition physique propre que les personnes concernées ne pouvaient pas se suicider ou mettre fin à leurs jours d'une façon qui n'augmenterait pas leurs souffrances.

C'est pour cette raison que la décision *Truchon* élargit l'accès au suicide assisté, à l'aide médicale à mourir. Cela vaut aussi pour Gloria Taylor, dans l'arrêt *Carter*. C'est aussi vrai en ce qui concerne Kay Carter, Sue Rodriguez, Jean Truchon et Nicole Gladu. C'est à cause de leur condition physique qu'on leur a donné accès à l'aide médicale à mourir. Nous ne devrions donc pas élargir l'accès aux personnes dont la seule affection est une maladie mentale, et je doute que la Cour suprême du Canada rende jamais une décision en ce sens.

**La sénatrice Batters :** Merci. Une autre tragédie est que, chaque année, 4 000 Canadiens se donnent la mort en se suicidant. Comme vous l'avez dit, les données montrent que 95 % de ces personnes souffraient d'une maladie mentale.

Nous avons reçu votre mémoire ce matin, et j'ai remarqué que, dans une section, on avance que nous nous trompons en ce qui concerne la période d'attente de 90 jours. Pouvez-vous nous expliquer cet argument, ainsi que la modification très simple que vous proposez pour corriger le problème?

**M. Schutten :** Merci à nouveau. Le problème, c'est le manque de clarté. En ce qui a trait au début exact de la période de 90 jours, le projet de loi C-7 est confus et brouillé. Le libellé du projet de loi est très ambigu.

Est-ce que cette période commence dès le moment où le médecin rencontre le patient et se dit, dans son esprit « Je crois que ce patient est admissible à l'AMM »? Est-ce que le délai de 90 jours commence à ce moment-là, ou est-ce plutôt quand le patient commence à s'interroger au sujet de l'aide médicale à mourir, qu'il soit ou non admissible? Ou alors, est-ce que le délai commence quand le patient fait officiellement la demande?

Je crois que nous avons besoin de clarifications et d'une orientation, parce que c'est très confus. Les médecins prestataires de l'aide médicale à mourir ont besoin que les législateurs, vous, leur donnent des directives. La modification la plus simple consiste à s'assurer que le projet de loi précise clairement que le délai de 90 jours commence lorsque le patient dépose par écrit une demande officielle d'aide médicale à mourir.

Je crois fermement que c'est le patient, de sa propre initiative, qui doit amorcer le processus. Il y a un déséquilibre des forces entre les médecins et leurs patients. Quand c'est le médecin qui

the conversation, bringing this up as an option for them, that has a profound impact on the patient. We have to allow the patient to bring up this idea themselves.

**Senator Batters:** Thank you.

**Mr. Schutten:** Thank you for your question.

[*Translation*]

**Senator Dalphond:** My question is for Mr. King, who spoke at length about physicians' freedom of conscience. An examination of the decision rendered by three Ontario Divisional Court judges, which was afterwards confirmed by the Court of Appeal for Ontario, shows that it pertained to directives issued by the College of Physicians and Surgeons of Ontario. The three appeal court judges wrote the following, and I quote:

[*English*]

Physicians perform a positive role for the patients as gatekeepers to health care services, and are subject to the obligation of non-abandonment, as well as duplication, to put the interests of their patient ahead of their own. The policy seeks to ensure that religious and consensual objections of physicians do not become a barrier to health care for patients who seek health care services to which particular physicians may object.

[*Translation*]

You clearly disagree with this decision. Is your view that the physician's decision is more important than the patient's?

[*English*]

**Mr. King:** The issue with that ruling — and I'm not a trained lawyer. I'm not even based in Ontario, so forgive me for any inconsistencies in my answer. The problem with that ruling is that it defines "killing" as care, first of all. And, yes, while physicians are gatekeepers, they are gatekeepers to offer what is considered to be in the best interests of patients. I don't think any law can force someone to consider killing a patient as in their best interests. There can be debate on the issue, but to force someone to do that seems wholly disingenuous under the law.

**Senator Dalphond:** Nobody is asking that doctors perform an act they are opposed to, like killing somebody. They are told, however, that they should be offering all the information required about the services that are available to the patient who is asking questions.

mène la conversation et qui propose une telle solution, cela a un effet profond sur le patient. Nous devons permettre aux patients d'avancer cette idée par eux-mêmes.

**La sénatrice Batters :** Merci.

**M. Schutten :** Merci de la question.

[*Français*]

**Le sénateur Dalphond :** Ma question s'adresse à M. King, qui a beaucoup parlé de la liberté de conscience des médecins. Lorsqu'on regarde la décision rendue par trois juges de la Cour divisionnaire de l'Ontario, qui a ensuite été confirmée par la Cour d'appel de l'Ontario, on voit que celle-ci portait sur les directives émises par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Les trois juges de la Cour d'appel ont écrit ceci, et je cite :

[*Traduction*]

Les médecins jouent un rôle positif pour leurs patients à titre de gardiens des services de santé. Ils sont soumis à l'obligation de non-abandon, ainsi qu'à l'obligation de duplication et de faire passer les intérêts de leurs patients avant les leurs. La politique a pour but de garantir que les religions et les objections consensuelles des médecins ne constituent pas un obstacle aux soins de santé pour les patients qui demandent des services auxquels certains médecins pourraient s'opposer.

[*Français*]

Vous n'êtes visiblement pas d'accord avec cette décision. Vous pensez que ce n'est pas le choix du patient qui est important, mais celui du médecin?

[*Traduction*]

**M. King :** Le problème, avec cette décision — je ne suis pas un avocat qualifié, et je ne vis pas en Ontario, alors vous m'excuserez si jamais ma réponse est incohérente —, est qu'elle définit un « meurtre » comme étant un soin, pour commencer. Effectivement, oui, les médecins sont des gardiens, des gardiens qui doivent offrir ce qui est, à leur avis, dans l'intérêt supérieur de leur patient. Je ne crois pas qu'une loi, peu importe laquelle, peut forcer qui que ce soit à envisager que tuer son patient est dans son intérêt. Nous pouvons débattre de la question, mais je crois qu'il serait vraiment fallacieux de dire que, sous le régime d'une loi, on peut forcer quelqu'un à commettre un tel acte.

**Le sénateur Dalphond :** Personne ne demande aux médecins de commettre un acte auquel ils s'opposent, comme enlever la vie à une personne. On leur dit, cependant, qu'ils devraient donner toute l'information nécessaire à propos des services auxquels le patient qui pose la question est admissible.

**Mr. King:** Sure, I understand. I don't think we need to get so technical about this. We are all human beings. We have experience of dealing with vulnerable people. I can give a couple of examples.

Someone who is struggling with alcoholism, we don't offer them a beer. If they're a friend of yours — I don't know if anyone has had that experience of a family member struggling with an alcohol addiction. Even if someone in your family is going on a diet, you don't offer them a chocolate bar. If someone is vulnerable, it's very valid to feel your struggles with life. It's understandable, surely, for people who are facing extreme vulnerability to, at times, have this feeling they would rather die. In those situations, one doesn't offer them —

**Senator Dalphond:** Doctor knows best. Thank you. I think my time is up.

**Senator Cotter:** My question is for André. I have two questions. I'm not as quick as Senator Batters, and I haven't read your brief yet, but I would like to get a bit of clarification at the beginning. You made an observation about the scope and responsibility of government as you were beginning to speak about the Criminal Code, and I wonder if you could repeat that, if you don't mind, as briefly as you could.

The second question is a more substantial one. As I understand it, your submission comes from a rich faith perspective, which I respect, but also the ARPA is pretty articulate in its statement about the need for a separation between church and state.

I would benefit from your explanation or description of how one wrestles with this question on secular grounds, recognizing that there are significant moral dimensions to this, but without deference to faith perspectives, which we've heard a good deal about.

Could you speak to that? Help me to understand the degree to which I should embrace your arguments, recognizing that they are moral, but also driven very much by the strength of your organization's Christian faith.

**Mr. Schutten:** Thank you very much, senator. I appreciate both comments.

On the scope of government, my opening comment was merely that. If there is one very important, maybe even the most important task of the civil government, it is to protect the life of its citizens. That's its most basic calling or responsibility. It has many other tasks for sure, but that would be its most basic one — tying that to section 15 of the Charter where we know that every individual and every citizen has the right to the equal

**M. King :** Oui, je comprends. Je comprends qu'il soit nécessaire de s'attacher autant aux détails techniques. Nous sommes tous humains. Nous avons de l'expérience dans les services aux personnes vulnérables. Je peux vous donner deux ou trois exemples.

Prenez un alcoolique : vous ne lui offririez pas une bière si c'est l'un de vos amis... Je ne sais pas si quiconque ici sait ce que c'est d'avoir un membre de sa famille qui a des problèmes d'alcoolisme. Prenons seulement l'exemple d'un proche qui est au régime; vous ne lui offririez pas une barre de chocolat. Dans le cas d'une personne vulnérable... il est tout à fait normal de ressentir des problèmes dans sa vie. C'est donc envisageable qu'une personne qui affronte des difficultés extrêmes ait parfois, sûrement, le sentiment que la mort serait préférable. Vous n'offririez pas à ces personnes...

**Le sénateur Dalphond :** Je crois que les médecins savent ce qu'il y a de mieux. Merci. Je pense que mon temps est écoulé.

**Le sénateur Cotter :** Ma question s'adresse à M. Schutten. J'ai deux questions. Je ne suis pas aussi rapide que la sénatrice Batters, et je n'ai pas encore lu votre mémoire, mais j'aimerais avoir quelques éclaircissements au départ. Vous avez fait une observation sur la portée et la responsabilité du pouvoir gouvernemental, lorsque vous avez commencé à parler du Code criminel, et je me demandais si vous pouviez répéter, si cela ne vous dérange pas, aussi rapidement que vous le pouvez.

Ma deuxième question est plus étoffée. Si je ne me trompe, vos commentaires sont fondés sur une riche tradition religieuse, ce que je respecte, mais d'un autre côté, l'ARPA explique avec éloquence, dans sa déclaration, pourquoi il est nécessaire de séparer l'Église et l'État.

Je crois que cela me serait utile si vous m'expliquiez ou me décriviez comment on peut examiner cette question d'un point de vue séculier, tout en reconnaissant qu'il y a une grande dimension morale, mais sans devoir s'en remettre aux principes religieux, qui ont souvent été mentionnés.

Pourriez-vous faire des commentaires là-dessus? Aidez-moi à comprendre dans quelle mesure je devrais accepter vos arguments, parce que même si je reconnais qu'il y a une composante morale, je sais qu'ils sont surtout fondés sur la force des convictions chrétiennes de votre organisation.

**M. Schutten :** Merci, monsieur le sénateur. Je comprends vos deux commentaires.

Je crois avoir tout dit dans ma déclaration préliminaire sur la portée du pouvoir gouvernemental. S'il y a un devoir très important — peut-être même le plus important — d'un gouvernement civil, c'est bien de protéger la vie de ses citoyens. C'est sa vocation et sa responsabilité la plus élémentaire. Bien sûr, il est investi de nombreuses autres tâches, mais celle-là serait la plus élémentaire... cela touche aussi l'article 15 de la

benefit and protection of the law. Then I would say, if that's the basic task of the civil government, to protect every human life as best it can through the Criminal Code, then we have to make sure that's equally done for everyone, regardless of ability or disability.

To your second question on the separation of church and state, yes, we would agree. The reformed Christian tradition that I come out of has wrestled with this question for hundreds of years — for the last 500 years anyway. We say, yes, the institution of the church has different responsibilities than the institution of the state. There's a separation of the institutions. It doesn't mean that those two institutions can't dialogue very much like the way Parliament and the Supreme Court dialogue about issues. In an analogous way, the church and the state can also dialogue.

With that said, take this panel, for example. We have a witness from the Muslim community, a witness from the progressive Christian community, a witness from a more Conservative Christian community, and we have a witness from a secular perspective, all four of which agree that there are considerable public policy reasons, out of a common belief that the individual, whether they have disabilities or not, is a person with dignity who needs to be treated with respect, and whose life needs to be protected. So I don't think that's a position unique to the Christian faith; it's a position that's across the board.

I'm not a doctor; I'm a lawyer. Certainly in the testimony we've heard from the medical community, there are many doctors whose objection is not so much, "Because of this religious commitment I can't do this." I think it's grounded in, "I need to serve and bless my patient the best way I can. In this moment, a request for assisted suicide or request for MAID is not what's best for this patient." We do that all the time.

So if we say, "No, that's not respecting the autonomy of the patient," we're not consistent. I don't think anyone who says, "Well, that doesn't respect the autonomy of the patient," I don't think we're always consistent on that, because if it was a suicidal teenager who said, "I want out; I'm done with this," we wouldn't respect the autonomy of that patient, and for good reason. I think we just need to see why, and apply that equally across the board. I hope that helps, senator.

**Senator Cotter:** It does.

Mr. Schutten, one of my frustrations — and I mentioned this with respect to witnesses in the panel before you — is the championing of this value perspective when it's linked to MAID. I just don't see enough of that presence of that value perspective,

Charte, qui dit que toutes les personnes et tous les citoyens ont le droit à la même protection et au même bénéfice de la loi. Donc, je dirais que, si la tâche la plus élémentaire d'un gouvernement civil est de protéger toutes les vies humaines du mieux qu'il le peut, par l'intermédiaire du Code criminel, alors il doit s'assurer que cela est fait également pour tous, peu importe leurs capacités ou leur handicap.

En réponse à votre deuxième question sur la séparation de l'Église et de l'État, je suis d'accord, oui. Je suis un chrétien réformiste, et cela fait des centaines d'années que cette tradition tente de répondre à cette question... du moins, depuis les 500 dernières années. Nous admettons que l'institution religieuse a des responsabilités différentes de l'institution de l'État. Il y a une séparation des institutions. Cela ne veut pas dire que ces deux institutions ne peuvent pas dialoguer, tout comme le font le Parlement et la Cour suprême à propos de certaines questions. De façon similaire, l'Église et l'État peuvent aussi discuter.

Cela dit, prenez le groupe de témoins actuel, par exemple. Nous avons un témoin de la communauté musulmane, un témoin d'une communauté chrétienne progressiste, un témoin d'une communauté chrétienne plus conservatrice, et il y a un témoin qui présente un point de vue séculier, mais tous les quatre nous nous entendons pour dire — parce que nous avons une croyance commune sur l'importance des personnes, handicapées ou non — qu'il y a énormément de raisons de politique publique pour lesquelles la dignité humaine doit être traitée avec respect et que la vie doit être protégée. Donc, je ne crois pas qu'il s'agit d'un point de vue unique à la foi chrétienne; nous semblons tous avoir ce point de vue.

Je ne suis pas médecin. Je suis avocat. Il ressort clairement des témoignages de la communauté médicale que j'ai entendus que, pour beaucoup de médecins, le problème n'est pas tant « Mes convictions religieuses m'empêchent de faire ceci », que « Je dois servir et bénir mon patient au mieux de mes capacités. En ce moment, une demande de suicide assisté ou d'AMM n'est pas ce qu'il y a de mieux pour ce patient. » Cela se voit tout le temps.

Donc, ce ne serait pas cohérent de dire « Non, nous ne respectons pas l'autonomie du patient de cette façon ». Je ne crois pas que quiconque dise « Eh bien, nous ne respectons pas l'autonomie du patient de cette façon ». Je crois que nous ne sommes pas toujours cohérents, parce que si c'est un adolescent suicidaire qui dit : « C'est assez, je veux en finir », nous ne respecterions pas l'autonomie du patient, et à juste titre, dans ce cas. Je crois qu'il faut simplement comprendre les raisons, et les appliquer uniformément et globalement. J'espère avoir répondu à votre question, monsieur le sénateur.

**Le sénateur Cotter :** Oui.

Monsieur Schutten, ce qui me frustre — et j'en ai parlé aux témoins du groupe précédent —, c'est la défense de cette approche fondée sur la valeur quand il s'agit de l'AMM. Quand il s'agit d'un autre sujet que de la mort assistée, on ne défend

short of the question of assisted death. Maybe you've come and spoken when the Senate is concerned about poverty and injustice and vulnerability. But it strikes me that the concerns for people with disabilities, people who are vulnerable, are used as leverage instrumentally to advance your cause that medical assistance in dying should be rejected. Can you respond to that?

**Mr. Schutten:** I appreciate your honesty, senator.

**Senator Cotter:** I'd appreciate yours on this as well.

**Mr. Schutten:** Yes, absolutely. I can only speak for my religious community that I grew up in and still reside in, and the community that I live in and work in. It is one that has a high value for disability rights across the board. Every summer, speaking personally, I volunteer at a summer camp for men and women with mental disabilities. I'm paired up with two men with Down's syndrome. I've been doing that for 15 years. The church community that I'm a part of runs without any civil government money or support. Out of our own pockets we run five different homes in this province alone for people with exceptional needs and disabilities. The people in my religious community have long provided, through diaconal donations, Sunday after Sunday, for people who are needy, who have financial needs and so on.

Bringing that back to your original question about separation of church and state, while we certainly see a role for the civil government to also provide a social safety net, we put our money where our mouth is, and with our own institution of the church also do that. We don't just say with our votes and with our voice, "Oh, civil government, do more here, here and here." We say, "We're willing to do it as well ourselves, with our own money, with our own hands, with our own time." I think we're doing the best we can.

Perhaps that lends perspective.

[*Translation*]

**Senator Dupuis:** My first question is for Imam Mohamed and my second for Mr. Schutten.

Mr. Mohammed, after stating your opposition to medical assistance in dying and having described it as murder, you ended your presentation by saying, "Let Almighty God decide for us the time we will leave or stay."

presque jamais cette valeur. Peut-être avez-vous témoigné devant le Sénat à propos de la pauvreté, de l'injustice ou des personnes vulnérables, mais j'ai réellement l'impression que cette préoccupation visant les personnes handicapées, les personnes vulnérables, est utilisée de façon instrumentale pour défendre votre cause, soit que l'aide médicale à mourir soit rejetée. Je vous demanderais de réagir à cela.

**M. Schutten :** Merci de votre honnêteté, monsieur le sénateur.

**Le sénateur Cotter :** Et je vous saurais gré d'être aussi honnête.

**M. Schutten :** Oui, bien sûr. Je peux seulement parler au nom de ma communauté religieuse, dans laquelle j'ai grandi et à laquelle j'appartiens encore, et au nom de ma communauté personnelle et professionnelle. Notre communauté accorde énormément de valeur à l'ensemble des droits de personnes handicapées. En ce qui me concerne, chaque été, je fais du bénévolat dans un camp d'été pour les hommes et les femmes ayant une incapacité mentale. Je suis jumelé avec deux hommes atteints de trisomie 21. C'est quelque chose que je fais depuis 15 ans. Ma communauté religieuse œuvre sans soutien ni ressources du gouvernement civil. Nous finançons avec notre propre argent cinq foyers dans notre province seulement, pour les personnes qui ont des besoins spéciaux ou des handicaps. Depuis longtemps, grâce à des dons diaconaux, chaque dimanche, les gens de ma communauté religieuse aident les personnes dans le besoin qui ont des difficultés financières ou autres.

Pour revenir à votre question originale sur la séparation de l'Église et de l'État, nous croyons bien sûr que le rôle du gouvernement civil est de fournir un filet de sécurité sociale, et c'est aussi ce que nous faisons. Nous joignons le geste à la parole. Nous ne faisons pas que demander — en votant ou directement — « Eh, les membres du gouvernement civil, faites-en plus ici et là ». Nous disons : « Nous sommes prêts à le faire nous-mêmes, avec notre propre argent, de nos propres mains et avec notre propre temps. » Je crois que nous faisons de notre mieux.

J'espère que cela vous donne une autre perspective.

[*Français*]

**La sénatrice Dupuis :** Je remercie tous les témoins d'être ici aujourd'hui. Ma première question s'adresse à l'imam Mohamed et ma deuxième à M. Schutten.

Monsieur Mohamed, après avoir exprimé votre opposition à l'aide médicale à mourir et l'avoir qualifiée de meurtre, vous avez terminé votre présentation en disant : « Laissez Dieu décider de notre fin. »

If you are saying that medical assistance in dying, as we know it, and as it has been practised in Quebec for a certain number of years and is permitted under federal law, is murder, and that we can't allow people to choose, even if they are experiencing intolerable suffering, to put an end to their suffering, what do you think of the current situation in which it is up to the physician to decide whether or not to administer, outside of medical assistance in dying, terminal sedation that puts an end to the patient's life? How would you describe this action? Do you believe that it's murder?

[English]

**Mr. Mohamed:** Thank you very much, senator, for your question. I understood your point, which is that the medical field doctors and physicians who actually decide whether or not to give assistance to somebody to die, how can we call this a murder?

Definitely we value the work that our medical physicians do to support and help, and to relieve the pain of the patients within Canadian societies. It is always our job to help those in need.

We understand that we are created and that we will be tested in our life, whether it is with sickness or troubles in different ways of life, and that we have to deal with those things that we are facing. The solution of going to die or supporting someone to die is not the solution. We are actually in demand to support people to live, with all ways of support in different ways. And the people in the medical field are the ones who are treating patients, and never choose an option to let them go. Rather, in a state of giving them the needed medication, and supporting them mentally and physically and all that is needed to help relieve the pain that they face, instead of giving them the option of MAID.

[Translation]

**Senator Dupuis:** With respect, Imam, that was not my question. My question is: How would you describe the unilateral decision of a doctor to end the patient's life by administering terminal sedation outside of the framework of medical assistance in dying? Would you describe this as murder as well?

[English]

**Mr. Mohamed:** The choices for people to live are not the choices of other ones to let them go. So we still do not agree, even if the person is in pain, and he's requesting. Anyone who has a difficult time or pain will request to get relieved. He will even say, "Let me go."

Si vous dites que l'aide médicale à mourir, telle que nous la connaissons, telle qu'elle est pratiquée au Québec depuis un certain nombre d'années et telle qu'elle est permise dans la loi fédérale, est un meurtre et que nous ne pouvons pas laisser les gens choisir, même s'ils éprouvent des souffrances intolérables, de vouloir mettre un terme à ces souffrances, comment jugez-vous la situation actuelle, où c'est la décision du médecin d'administrer, en dehors de l'aide médicale à mourir, une sédation terminale qui met un terme à la vie de son patient? Comment qualifiez-vous ce geste? Est-ce un meurtre, selon vous?

[Traduction]

**M. Mohamed :** Merci beaucoup, madame la sénatrice, de la question. Je comprends votre argument. Vous dites que, dans le domaine médical, ce sont les médecins qui décident, dans les faits, s'il faut ou non aider une personne à mourir, alors comment peut-on qualifier cela de meurtre?

Nous accordons énormément de valeur à nos médecins dans les sociétés canadiennes qui soutiennent et qui aident leurs patients et qui soulagent leur douleur. C'est toujours notre travail d'aider ceux qui en ont besoin.

Nous savons que nous sommes créés et que nous serons mis à l'épreuve dans notre vie, que ce soit par la maladie ou par d'autres problèmes de la vie, et que nous devons affronter ce genre de choses, mais mourir ou aider quelqu'un d'autre à mourir n'est pas la solution. Honnêtement, on nous demande d'aider les gens à vivre, de multiples façons et en employant toutes sortes de solutions. Les personnes dans le domaine médical, ceux qui traitent les patients, ne choisissent jamais de les laisser tomber. Plutôt, si le patient a besoin d'un médicament, il faut soutenir physiquement et mentalement cette personne et lui donner tout ce dont elle a besoin pour soulager ses souffrances, au lieu de lui donner l'option de demander l'AMM.

[Français]

**La sénatrice Dupuis :** Avec tout le respect que je vous dois, monsieur l'imam, ce n'est pas ma question. Ma question est : comment qualifiez-vous la décision unilatérale d'un médecin de mettre un terme à la vie de son patient en lui administrant une sédation terminale en dehors du cadre de l'aide médicale à mourir? Est-ce que vous qualifiez cela également de meurtre?

[Traduction]

**M. Mohamed :** Les personnes ont des choix qui leur permettent de vivre; ils n'ont pas l'option de demander à quelqu'un d'autre de les laisser partir. Donc, nous nous opposerons, même si la personne souffre, à ce genre de demande. N'importe qui traversant une période difficile ou souffrant demandera d'être soulagé. Peut-être même qu'il va demander : « Laissez-moi partir ».

We believe that this will be a kind of killing the person. It will be a kind of murdering him by letting him go or supporting him, assisting him to death. So yes, we still call that a murder. If somebody will be taking his life, not in the natural time that God will give him, this is definitely a murder.

[Translation]

**The Chair:** Have you finished, Senator Dupuis?

**Senator Dupuis:** My second question is for Mr. Schutten. Mr. Schutten, you described the religious organizations appearing here today as relatively progressive, less progressive and more conservative. To clarify for the members of our committee, could you tell us which are considered more progressive and which more conservative?

[English]

**Mr. Schutten:** I'm sorry, I wouldn't know where my friend the imam is at, as far as being on a spectrum of progressive or conservative. Probably not even a very helpful label. The only place where I applied it was to the two Christian organizations, where I think generally, loosely applied, the label "conservative" has been applied to my faith tradition, and that the label "progressive" has been applied to the United Church of Canada tradition. I'm not a big fan of using labels to separate and distinguish people, but I made that mention just to show the diversity of views on this panel, where all of us have raised substantial concerns about Bill C-7.

**Senator Kutcher:** My question is to Reverend Hayward. Severe, intractable and incurable conditions are often co-morbid with a mental disorder. [Technical difficulties] co-morbid state while excluding people who have a mental disorder as to [Technical difficulties] as their sole condition.

You voiced your support for that exclusion. Can you help us understand how to think about what seems, prima facie, to be a contradictory situation made permissible for people who have a mental disorder plus another medical disorder? Thank you.

**Reverend Hayward:** Thank you for your question, senator. In my statement, when I talked about the specification in the bill that persons with sole underlying medical conditions of mental illness not being eligible for MAID, I was relying on it being the sole underlying medical condition.

It is common that mental illness also be a factor in a person's condition, along with other conditions. This has been highlighted in the MAID literature dealing particularly with Belgium and the

Nous croyons que cela revient à un meurtre. Ce serait un genre de meurtre de laisser cette personne partir ou de l'aider à mourir. Donc, oui, pour nous, c'est toujours un meurtre. Si une personne prend la vie d'une autre avant que Dieu ne la ramène à lui, alors c'est sans conteste un meurtre.

[Français]

**La présidente :** Avez-vous terminé, sénatrice Dupuis?

**La sénatrice Dupuis :** Ma seconde question s'adresse à M. Schutten. Monsieur Schutten, vous nous avez présenté les organisations religieuses qui comparaissent présentement comme étant relativement progressistes, moins progressistes et plus conservatrices. Pour éclairer les membres de notre comité, pourriez-vous nous dire quelles sont celles qui sont considérées comme plus progressistes ou plus conservatrices?

[Traduction]

**M. Schutten :** Je suis désolé, mais je ne saurais pas dire où se situe mon collègue imam sur le continuum entre progressiste et conservateur. À dire vrai, ce n'est probablement pas très pratique comme étiquette. Je l'ai seulement utilisée pour décrire les deux organisations chrétiennes, parce que je crois que, en général et de façon peu rigoureuse, on nous a apposé l'étiquette de « conservateur », en ce qui concerne notre tradition religieuse. En contrepartie, l'Église Unie du Canada a été étiquetée comme étant « progressiste ». Je ne suis pas vraiment en faveur d'utiliser des étiquettes pour séparer et distinguer les gens; j'ai seulement mentionné cela pour souligner que même si notre groupe a plusieurs points de vue, nous avons tous d'importantes préoccupations quant au projet de loi C-7.

**Le sénateur Kutcher :** Ma question s'adresse au révérend Hayward. Dans les cas de maladies graves, intraitables et incurables, il y a souvent un trouble mental concomitant. [Difficultés techniques] comorbidité, tout en excluant les personnes dont la maladie mentale [Difficultés techniques] est la seule affection.

Vous avez dit que vous êtes en faveur de cette exclusion. Pouvez-vous nous aider à comprendre ce qui semble, à première vue, une contradiction, si les gens qui ont des troubles psychologiques en plus d'une autre maladie quelconque sont admissibles? Merci.

**Révérend Hayward :** Merci de la question, monsieur le sénateur. Dans ma déclaration, quand j'ai parlé de l'exclusion dans le projet de loi selon laquelle les personnes dont la seule affection est une maladie mentale ne sont pas admissibles à l'AMM, je parlais uniquement des cas où il s'agissait vraiment de la seule affection.

Il n'est pas rare que la maladie mentale soit une composante de l'affection d'une personne, et qu'il y ait d'autres affections. Cela a été mis en relief dans la littérature sur l'AMM qui porte

Netherlands about complex combinations of the conditions. So if people have a condition which will cause a natural death unrelated to the mental condition, would MAID be permissible in that case? Presumably so.

I think, as a church, we are more concerned about the resources being available for people with mental illness. We have a concern, throughout the statements we've made, about MAID not being the only option available to people, but one option among many.

**Senator Kutcher:** Thank you. I don't think anybody that I've ever spoken to would in any way contradict your observation that there is inadequate access to effective mental health care in Canada. But I'm still confused about this contradiction. Mental disorder in a person who also has a different condition could be the sole factor driving that decision-making and yet it's okay for that and not okay for others. Help me to square that circle.

**Reverend Hayward:** Here, one of the things we are trying to get at is the concept of what makes for a life that's worth living. Disability or, in the context of your question, mental illness cannot be the sole factor driving the decision for MAID or the sole factor driving whether a life is considered worth living.

We have a concern about what society's concept of the good life is, and this is also reflected in our language around advanced directives, that people with disabilities, including mental ones, live abundant lives, to use the biblical language. Their lives have dignity in God's eyes. They are of value and this is not an argument in itself for MAID.

**Senator Pate:** I apologize if you've covered this. Please, Madam Chair, if I ask something that's already been covered, just let me know. I was dumped off for a little bit of time.

**The Chair:** You had technical difficulties. Don't worry. Ask again.

**Senator Pate:** I'm very curious, based on what each of you have said, about what kind of amendments you would recommend for this bill. In particular, I would also be interested in whether any of you have looked at the situation of those in institutions, and especially those in prisons, and the application of MAID to those individuals.

**Mr. Schutten:** Is there any order in which you'd like us to answer, Madam Chair?

en particulier sur le Belgique et les Pays-Bas, à propos des combinaisons complexes d'affections. Donc, une personne qui serait atteinte d'une affection qui entraînerait une mort naturelle, sans être liée à une maladie mentale, serait-elle admissible à l'AMM? Je dirais que oui.

Je crois que, comme Église, nous nous préoccupons davantage de savoir qu'il y a des ressources offertes aux personnes atteintes de maladie mentale. Notre préoccupation, comme nous l'avons dit tout au long de nos commentaires, est qu'il ne faut pas que l'AMM soit la seule option offerte à ces personnes, mais que ce soit une option parmi beaucoup d'autres.

**Le sénateur Kutcher :** Merci. Je ne crois pas avoir jamais parlé à quiconque qui contredirait votre observation selon laquelle l'accès à des soins de santé mentale efficaces est inégal au Canada. Cependant, je ne comprends pas toujours la contradiction. Une personne qui a une maladie mentale en plus d'une autre affection est admissible, même si sa maladie mentale pourrait être le seul facteur qui la pousse à vouloir cela. Les autres qui ont seulement une maladie mentale ne sont pas admissibles. Pouvez-vous m'aider à rétablir la logique?

**Révérénd Hayward :** Dans ce contexte, un message que nous essayons de faire passer est le fait que certaines choses font en sorte que la vie mérite d'être vécue. Un handicap ou, pour revenir à votre question, une maladie mentale ne peut être le seul facteur déterminant de la décision de demander l'AMM ou le seul facteur sur lequel s'appuie une personne pour décider si sa vie mérite d'être vécue.

Nous avons des préoccupations par rapport à la conception sociale de ce qu'est une bonne vie. Cela se reflète aussi dans la formulation entourant les demandes anticipées : les personnes handicapées, y compris les personnes atteintes de maladie mentale, peuvent vivre leur vie en plénitude, pour reprendre l'expression biblique. Leur vie a de la dignité aux yeux de Dieu. Leur vie a de la valeur, et cela milite contre le recours à l'AMM.

**La sénatrice Pate :** Je suis désolée si cela a déjà été demandé... Madame la présidente, si je pose une question qui a déjà été posée, faites-le moi savoir, s'il vous plaît. Ma connexion a été coupée un petit moment.

**La présidente :** Vous avez eu des difficultés techniques. Ce n'est pas grave. Posez de nouveau votre question.

**La sénatrice Pate :** Je serais très intéressée de savoir, compte tenu de ce que chacun d'entre vous avez dit, quels amendements au projet de loi vous recommanderiez. J'aimerais surtout savoir si l'un ou plusieurs d'entre vous avez examiné la situation des personnes en établissement, en particulier dans les prisons. Vous êtes-vous intéressés au régime d'AMM pour ces personnes?

**M. Schutten :** Voulez-vous que nous répondions dans un ordre particulier, madame la présidente?

**The Chair:** Senator Pate, can you please direct your question to a particular person? Otherwise we don't have the time.

**Senator Pate:** That's great. Thank you very much. Let's start with Mr. Schutten and then Mr. King and then if we have time to proceed with Imam Refaat and Reverend Hayward.

**Mr. Schutten:** Thank you, senator. I think there's a number of different amendments that should be added to Bill C-7 to improve safeguards, like reinstating the 10-day waiting period. If we take that out, it will cost lives. There's evidence before this committee and other places where people have changed their minds during that 10-day waiting period. Without it, those people wouldn't be with us any longer today.

I think we need to give guidance. The legislature, the Parliament, has to give guidance to MAID providers as to which of the two tracks — the fast track or slow track — a patient should be on. The way to do that would be to define or give guidance around what makes somebody's death reasonably foreseeable.

The Bloc Québécois member of the Justice Committee proposed a 12-month guidance for that at the Justice Committee. That was turned down there. There's no reason why this committee couldn't add it.

I think we need more clarity around the 90-day waiting period. In fact, it's not initiated until a written, formal request is made that has been witnessed. Also, to your second question, there was a report which I believe is referenced in the submissions of the Christian Legal Fellowship. It's not in ours. They presented in the previous panel, and in their submissions they make reference to a report from Corrections Canada where MAID has been provided in prison. It's raised all kinds of concerns where people who have been incarcerated are requesting MAID and receiving it. That is a questionable practice at best. It should be investigated. That report is worthy of review by this committee.

**Mr. King:** I would agree with the amendments mentioned by Mr. Schutten. I agree we need to put back the 10-day delay. The issue of final consent, I think that needs to be put back in.

I agree as well on the issue of the 90-day time frame. It's really important that we don't just state that someone has to be informed of other options. Those other options actually need to be made available and accessible before offering MAID. The

**La présidente :** Sénatrice Pate, pouvez-vous adresser votre question à une personne en particulier? Autrement, nous n'aurons pas suffisamment de temps.

**La sénatrice Pate :** Sans problème. Merci beaucoup. Commençons avec M. Schutten, puis avec M. King. Puis, s'il nous reste du temps, avec l'imam Refaat et le révérend Hayward.

**M. Schutten :** Merci, madame la sénatrice. Je crois qu'il y a plus d'un amendement que nous aimerions voir apporter au projet de loi C-7 pour améliorer les mesures de sauvegarde. Il faudrait par exemple rétablir la période d'attente de 10 jours. Son retrait va coûter la vie à certaines personnes. Il y a des données probantes, dont certaines ont été présentées au comité et à d'autres instances, montrant que les gens ont changé d'idée pendant ce délai de 10 jours. Sans cette période, ces personnes ne seraient plus avec nous aujourd'hui.

Je crois qu'il faut des directives. L'assemblée législative, le Parlement, doit donner des directives aux fournisseurs de l'AMM afin qu'ils puissent déterminer laquelle des deux voies — la voie rapide ou la voie lente — convient à un patient, et la façon de faire cela, c'est de donner des définitions ou des directives quant à ce qui rend une mort raisonnablement prévisible.

Le député du Bloc Québécois qui siège au comité de la justice a proposé des directives en vue de prévoir une période de 12 mois au comité de la justice, mais sa proposition a été rejetée. Je ne vois cependant pas pourquoi votre comité ne pourrait pas ajouter cela.

Je crois que nous avons besoin d'éclaircissements au sujet de la période d'attente de 90 jours. Dans les faits, la période ne commence pas jusqu'à ce que soit déposée par écrit une demande officielle devant témoin. Aussi, pour répondre à votre deuxième question, je crois qu'il y a eu un rapport... je crois qu'il est mentionné dans le mémoire de l'Alliance des chrétiens en droit. Ce n'est pas dans le nôtre. Il y avait un représentant de l'Alliance dans le groupe précédent, et dans son mémoire, on mentionne un rapport du Service correctionnel du Canada indiquant que l'AMM avait été donnée en prison. Le fait qu'un détenu peut demander l'AMM et la recevoir a soulevé toutes sortes de préoccupations. Ce serait une pratique douteuse dans le meilleur des cas. Il faudrait qu'il y ait une enquête là-dessus. Je crois que ce rapport mérite d'être examiné par votre comité.

**M. King :** Je serais d'accord avec les amendements proposés par M. Schutten. Je suis d'accord avec le fait qu'il faut rétablir le délai de 10 jours. Je crois aussi qu'il faut rétablir le consentement final.

Je suis d'accord avec la question du délai de 90 jours. C'est très important de ne pas se contenter de dire qu'il faut qu'une personne soit informée de toutes les options. Il faut que ces autres options soient véritablement offertes et accessibles avant de proposer l'AMM. Il faut consacrer dans le projet de loi le

basic principle of offering support to live, before we offer a support to die, needs to be enshrined in this bill.

**Senator Pate:** Mr. King, sorry to interrupt. How would you do that? How would you see that being done? Would you be talking about national guidelines, national standards, cost-sharing agreements? How would you see that being done? Sorry to interrupt you.

**Mr. King:** I'm just going to have to put my hand up and say I'm not a legal expert on that.

**Mr. Schutten:** I would have to get that as another question. I just missed the tail end of what you said, Mr. King, with that follow-up question from Senator Pate. I'll defer to Madam Chair on this.

**Senator Pate:** I was asking whether you would see the need for national guidelines or standards to be incorporated, and how would you do that in this legislation?

**Mr. Schutten:** A lot has been said about palliative care. It's one of the big challenges with our federalism arrangement, with palliative care being administered by the provinces. This is a criminal law bill for Parliament to pass. But just changing the language in the Criminal Code that says MAID cannot be provided unless these other supports have been meaningfully offered, made available — that guidance right there puts a lot of onus on MAID assessors, providers and the rest of the medical system to make sure that those things are available. That's proper pressure from the Parliament to those who provide this service, in air quotes, to make sure that these other services are available through help and palliative care and so on. I think that would be enough in the Criminal Code to encourage the provinces to prioritize palliative medicine.

**The Chair:** Thank you very much, Senator Pate.

Senators, we have come to the end of this session. I want to thank all the panellists for presenting today. You can see there has been a lot of questions and discussion for us still to carry on with. I want to once again thank you for coming on such short notice, and we look forward to working with you in the future.

**Senator Cotter:** I want to thank the panellists.

**The Chair:** Yes, thank you very much, panellists. We appreciate you being here.

principe élémentaire selon lequel il faut offrir du soutien pour vivre avant d'offrir du soutien pour mourir.

**La sénatrice Pate :** Je suis désolée de vous interrompre, monsieur King, mais comment pourrions-nous y parvenir? Comment cela serait-il possible, selon vous? Devrions-nous adopter des lignes directrices nationales, des normes nationales ou des accords de partage des coûts? Que feriez-vous pour y arriver? Désolée de vous avoir interrompu.

**M. King :** Je vais devoir passer mon tour, parce que je ne suis pas un expert juridique.

**M. Schutten :** Il faudrait qu'on repose la question. La fin de ce que vous avez dit m'a échappé, monsieur King, et la question complémentaire de la sénatrice Pate. Je vais m'en remettre à la présidente.

**La sénatrice Pate :** Je voulais savoir si, selon vous, il faudrait prévoir les lignes directrices nationales ou des normes nationales, et comment cela pourrait être mis en place dans le cadre du projet de loi.

**M. Schutten :** Beaucoup de choses ont été dites sur les soins palliatifs. Je crois que l'une des principales difficultés, dans le système du fédéralisme, c'est que les soins palliatifs sont gérés par les provinces. Il s'agit d'un projet de loi en droit pénal, et, il appartient au Parlement de l'adopter. Mais le seul fait de modifier le libellé du Code criminel pour faire en sorte que l'AMM ne puisse être offerte à moins que d'autres soutiens aient été offerts concrètement et rendus accessibles — avec ce genre de directives, on s'assure qu'il incombe aux évaluateurs et prestataires de l'AMM ainsi qu'au reste du système de santé de veiller à ce que ces soutiens soient accessibles. C'est le Parlement qui exerce, à juste titre, la pression sur les fournisseurs de ce — entre guillemets — service, pour s'assurer que les autres services soient accessibles, en offrant aux patients de l'aide, des soins palliatifs et ainsi de suite. Je crois qu'ajouter cela au Code criminel serait suffisant pour encourager les provinces à accorder la priorité aux soins palliatifs.

**La présidente :** Merci beaucoup, sénatrice Pate.

Honorables sénateurs et sénatrices, nous arrivons à la fin de notre temps avec ce groupe. Je tiens à remercier tous les témoins d'avoir témoigné aujourd'hui. Comme vous pouvez le voir, nous avons encore beaucoup de questions et de discussions devant nous. Je tiens encore une fois à vous remercier de vous être rendus disponibles au pied levé, et nous sommes impatients de travailler avec vous dans l'avenir.

**Le sénateur Cotter :** Merci aux témoins.

**La présidente :** Oui, merci beaucoup, messieurs. Merci d'avoir été parmi nous.

Thank you to the panellists who have joined us today. We know you came at short notice, and we are honoured that you have taken this time to come to the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs and share your point of view on this extremely important legislation. Bill C-7 really changes a lot in our society.

I will introduce the panellists. From the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada, Fleur-Ange Lefebvre, Executive Director and Chief Executive Officer; and Louise Auger, Director, Professional Affairs. From the Canadian Unitarian Council, Vyda Ng, Executive Director.

Thank you for being here. You have five minutes per organization. Please go ahead.

**Fleur-Ange Lefebvre, Executive Director and Chief Executive Officer, Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada:** Thank you for the opportunity to meet with you today regarding Bill C-7. My name is Fleur-Ange Lefebvre. I am the CEO of the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada. I am not a physician myself, and I'm one of two official spokespersons for our organization, the other one being Dr. Scott McLeod, who is our president.

FMRAC represents the 13 provincial and territorial medical regulatory authorities across Canada. They are the ones with the delegated statutory authority to regulate physicians, and they do so in the best interests of public safety. Our mission is to advance medical regulation on behalf of the public through collaboration, common standards and best practices.

Our interest today is to ensure the effective regulation of MAID on behalf of the patients served by the medical regulatory authorities and the physicians they regulate. As we did in 2015-16, FMRAC and its members support the need for a consistent approach to MAID across the country. To achieve this, I'm sure we will all agree there must be clarity of legislation. The language cannot allow for divergent interpretations or uncertainty. Patients, families, the public, physicians, other health care professionals and law enforcement must all share the same understanding of the legislation.

On the issue of reasonably foreseeable death, we support the provisions in Bill C-7 that consider eligibility for MAID for individuals whose natural death is not reasonably foreseeable. If further legislated safeguards are considered necessary to protect vulnerable populations, we submit that such safeguards must not compromise patient autonomy.

Je veux remercier les témoins qui se joignent à nous aujourd'hui. Nous savons que vous vous êtes rendus disponibles à court préavis, et nous sommes honorés que vous ayez pris le temps de venir participer à cette séance du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles pour témoigner à propos de ce projet de loi extrêmement important. Le projet de loi C-7 pourrait changer beaucoup de choses dans notre société.

Je vais présenter les témoins : Mme Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction de la Fédération des ordres des médecins du Canada, Mme Louise Auger, directrice, Affaires professionnelles et Mme Vyda Ng, directrice générale du Conseil unitarien du Canada.

Merci d'être avec nous. Chaque organisation disposera de cinq minutes. Allez-y.

**Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction, Fédération des ordres des médecins du Canada :** Je vous remercie de m'avoir invitée à témoigner aujourd'hui à propos du projet de loi C-7. Je m'appelle Fleur-Ange Lefebvre. Je suis la directrice générale et chef de la direction de la Fédération des ordres des médecins du Canada. Je ne suis pas médecin moi-même, mais je suis l'un des deux représentants de notre organisation; l'autre est le Dr Scott McLeod, notre président.

La FOMC représente 13 ordres de médecins provinciaux et territoriaux à l'échelle du Canada. Ces ordres ont le pouvoir législatif délégué de réglementer le travail de médecin, ce qu'ils font dans l'intérêt supérieur de la sécurité publique. Notre mission est de faire progresser la réglementation de la profession de médecin pour le bien du public en misant sur la collaboration, sur des normes uniformes et sur des pratiques exemplaires.

Si nous sommes ici aujourd'hui, c'est pour veiller, au nom des patients relevant des ordres médicaux et de leurs médecins, que l'AMM soit encadrée par une réglementation efficace. Comme nous l'avons fait en 2015-2016, la FOMC et ses membres croient qu'une approche uniforme d'AMM doit être adoptée à l'échelle du pays. À cette fin, je suis sûre que vous serez tous d'accord pour dire que la loi doit être claire. Le libellé ne doit laisser aucune place à des interprétations divergentes ou à des incertitudes. Les patients, leur famille, le public, les médecins et les autres professionnels de la santé et les organismes d'application de la loi doivent tous avoir la même interprétation de la loi.

En ce qui concerne la question de la mort raisonnablement prévisible, nous soutenons la disposition dans le projet de loi C-7 qui étend l'admissibilité à l'AMM aux personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. Si des mesures de sauvegarde additionnelles sont nécessaires pour protéger les populations vulnérables, alors nous croyons que ces mesures de sauvegarde ne doivent pas miner l'autonomie des patients.

As regards mental illness, it is not within FMRAC's mandate to comment on broad societal issues such as the proposed specification that persons whose sole underlying medical condition is a mental illness are not eligible for MAID. However, in our opinion, the relevant section of Bill C-7 gives rise to some regulatory concerns.

First, there is a lack of clarity. "Mental illness" is not a precise medical term. In medical terms, "illness" refers to the patient's individual experience with a disease. If the intention is to exclude eligibility for patients whose sole condition is psychiatric disease, then the regulation of this provision could be linked with the internationally accepted standards described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, commonly known as DSM. Currently, we're on Version 5.

With that said, the DSM-5 includes other conditions, such as neurologic disorders, that may not be intended for exclusion. The committee may wish to consult the Canadian Psychiatric Association. As I indicated, I'm not a physician, so I cannot speak to further details on this matter.

Second, we feel there are logistical concerns. Although they may be few, there may be patients who meet all the existing eligibility criteria for MAID, whose sole diagnosis is of psychiatric disease. There is no guidance as to what will happen to the eligibility of these patients upon passage of Bill C-7.

We have a few more concerns and comments. We support the adoption of specific language in the act to make it clear that the role of the physician in informing patients of the availability of MAID is not considered counselling for MAID. FMRAC maintains that issues related to physician conscience remain matters of provincial and territorial jurisdiction. We submit that the responsibility to direct physicians as to their responsibilities vis-à-vis patients requesting MAID, when conflicted by conscience, should remain with the physician's respective medical regulatory authority. FMRAC notes that the duty to make an effective referral, which is set out in the professional standards of many of its regulatory authority members, has been tested and supported in the courts.

In regard to consent and administration, FMRAC supports clarifying the legislation in a manner that expressly permits patients to consent to either or both modes of administration, enabling clinicians to intervene should a patient's attempt at self-administration not be successful.

Pour ce qui est de la santé mentale, la FOMC n'a pas comme mandat de commenter ce genre de grandes questions de société, comme la proposition d'exclure les personnes dont la seule affection est une maladie mentale de l'admissibilité à l'AMM. Malgré tout, nous croyons que ces dispositions dans le projet de loi C-7 soulèvent quelques préoccupations en matière de réglementation.

Premièrement, il y a le manque de clarté. La « maladie mentale » n'est pas un terme médical précis. En médecine, « maladie » peut s'entendre de l'expérience individuelle d'un patient qui souffre d'une affection. Si l'intention est de faire en sorte que les patients dont la seule affection est une maladie psychiatrique ne soient pas admissibles à l'AMM, alors il faudrait peut-être relier cette disposition réglementaire aux normes internationalement reconnues décrites dans la cinquième version du DSM, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Cela dit, le DSM-5 comprend d'autres affections, comme les troubles neurologiques, qui ne devraient peut-être pas être visés par une exclusion. Il serait peut-être utile que votre comité consulte l'Association des psychiatres du Canada. Comme je l'ai dit, je ne suis pas médecin, alors je ne veux pas m'aventurer plus loin sur le sujet.

Deuxièmement, nous croyons qu'il y a des problèmes logistiques. Même s'ils peuvent être rares, il peut y avoir des patients qui satisfont à tous les critères d'admissibilité à l'AMM, alors que leur seul diagnostic est celui d'une maladie mentale. Il n'y a aucune directive quant à ce qui adviendra de l'admissibilité de ces patients à l'entrée en vigueur du projet de loi C-7.

Nous avons quelques autres préoccupations et commentaires. Nous soutenons l'utilisation d'une formulation précise dans la loi afin qu'il soit clair que le rôle du médecin est d'informer ses patients de l'existence de l'AMM, et que cela ne suppose pas de la recommander. La FOMC maintient que la question de la liberté de conscience des médecins devrait continuer de relever de la compétence provinciale et territoriale. Nous croyons que la responsabilité d'orienter les médecins dans leurs responsabilités vis-à-vis des patients qui demandent l'AMM, lorsqu'il y a une objection de conscience, devrait toujours incomber à l'ordre auquel le médecin appartient. La FOMC souligne que le devoir d'aiguiller efficacement le patient, devoir prévu dans les normes professionnelles de bon nombre de ces ordres, a été maintenu par les tribunaux à la suite de contestations.

Pour ce qui est du consentement et de l'administration, la FOMC croit qu'il faudrait clarifier la loi de façon à ce qu'il soit expressément permis aux patients de consentir à l'un ou l'autre des deux modes d'administration, afin que les médecins cliniciens puissent intervenir dans les cas de tentative individuelle qui ne réussissent pas.

We support the inclusion of clear and comprehensive safeguards, and the proposed inclusion of language that allows for the delivery of MAID to a patient who has lost capacity after having been found eligible and provided consent to receive MAID. We seek clarification and confirmation that this applies both to patients whose natural death is reasonably foreseeable, and to patients whose natural death is not reasonably foreseeable. Once again, the term “reasonably foreseeable” remains too vague to be understood or applied by the medical profession, and too ambiguous to be regulated effectively. A clear consensus definition would be a valuable addition.

Patients must be informed of the means available to relieve their suffering, including, where appropriate: counselling; mental health and disability support services; community services and palliative care; and they have to have been offered consultations with relevant professionals who provide those services or that care.

FMRAC and its members strongly support the legislative goal to have a consistent approach to MAID across the country and across patient groups, and will continue to work together with governments at the federal and respective provincial and territorial levels to achieve this. We will be providing more comments in our written submissions in the next few days. Thank you very much.

**The Chair:** Thank you very much.

**Vyda Ng, Executive Director, Canadian Unitarian Council:** Thank you for the opportunity to speak before this public hearing. The Canadian Unitarian Council has long been an advocate for the right to choice in dying. We are a liberal faith community which believes that the right to decide the time and manner of one’s death, in specific circumstances, is a human right. We appeared as intervenors before the B.C. Supreme Court in 2011 and before the Supreme Court of Canada in 2014.

We do support the proposed changes introduced by Bill C-7 and acknowledge that a lot of work has been done in consulting with the public and in drafting the changes. We urge the government to meet the December deadline. We also urge the government to address the needs and constitutional rights of those living with mental illness, and those of mature minors, and to put the time and care into investigating, clarifying and defining these issues.

Nous soutenons l’ajout de mesures de sauvegarde claires et exhaustives ainsi que l’ajout proposé de dispositions qui permettraient l’administration de l’AMM à un patient qui n’est plus apte à donner son consentement après avoir, au préalable, été jugé admissible et donné son consentement. Nous aimerions qu’il soit clair et confirmé que cela s’applique autant aux patients dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible qu’aux patients dont la mort naturelle n’est pas raisonnablement prévisible. Encore une fois, l’expression « raisonnablement prévisible » est trop vague pour être comprise ou appliquée dans un contexte médical, en plus d’être trop ambiguë pour être efficace dans un contexte réglementaire. Il serait très utile d’ajouter une définition claire et consensuelle.

Les patients doivent être informés des moyens dont ils disposent pour soulager leurs souffrances, y compris, lorsque cela est approprié, des services de counselling, des services de soutien en santé mentale et pour les personnes handicapées, des services dans la collectivité et des soins palliatifs. Il faut aussi leur offrir des consultations avec des professionnels qui fournissent ces services ou ces soins.

La FOMC et ses membres soutiennent avec force l’objectif législatif d’assortir l’AMM d’une approche uniforme à l’échelle du pays et entre les groupes de patients, et nous continuerons de travailler en collaboration avec le gouvernement fédéral et chaque gouvernement provincial et territorial à cette fin. Nous allons fournir plus de commentaires dans nos observations écrites au cours des prochains jours. Merci beaucoup.

**La présidente :** Merci beaucoup.

**Vyda Ng, directrice générale, Conseil unitarien du Canada :** Je vous remercie de me donner l’occasion de prendre la parole dans le cadre de cette audience publique. Le Conseil unitarien du Canada défend depuis longtemps le droit de choisir de mourir. Nous sommes un groupe confessionnel libéral qui croit que le droit de décider de l’heure de son décès et de la façon de mourir, dans des circonstances particulières, est un droit de la personne. Nous avons comparu comme intervenants devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique en 2011 et la Cour suprême du Canada en 2014.

Nous sommes favorables aux changements proposés dans le projet de loi C-7 et reconnaissons que beaucoup de travail a été fait dans le cadre des consultations avec le public et de la rédaction des changements. Nous pressons le gouvernement de respecter l’échéancier de décembre. Nous l’invitons aussi à tenir compte des besoins et des droits constitutionnels des personnes aux prises avec une maladie mentale et de ceux de mineurs matures, et de consacrer le temps et l’attention nécessaires pour clarifier et définir ces enjeux et faire des recherches sur ceux-ci.

Like Judge Baudouin, we believe that each case must be assessed on an individual basis, with the ability of the person to understand and consent being the main factor. Appropriate legal and medical safeguards, of course, also need to be in place.

During this time of the pandemic, our health care systems are burdened and stretched. We urge the government to find ways to provide the resources needed to make sure that those who want to access medical assistance in dying are able to do so, especially for those living in remote and under-resourced communities.

In addition, the review of MAID should not be delayed any longer. We urge the government to ensure that resources are made available to undertake this review, and to continue consulting with those groups, individuals and appropriate parties for input into the review.

We believe that living with dignity is a human right; dying with dignity is similarly a human right. There is no dignity in living with extreme pain and suffering. The 2015 legislation and the current proposed changes put Canada well on the way to ensuring that our citizens and residents have access to this basic medical assistance.

Thank you.

**The Chair:** Thank you very much for your presentation.

I have a question for you, Ms. Ng. You are talking about the review of the issues you spoke about. How do you see the review? What is the structure of the review?

**Ms. Ng:** I think this committee modelled a very good process in the beginning. The committee undertook a lot of consultation with community groups and I think that the process of consultation should continue with current groups, individuals and people with lived experiences. We have a lot of people advocating for this bill and for these changes. We also have people who have a lot of moral and ethical concerns about the bill. I think all those opinions should be taken into account.

The original, preliminary review did provide good information, and it also found holes in the legislation. The key piece is to consult with the people who have been giving a lot of time and thought to this.

**The Chair:** Thank you very much. We will now go on to the questions and the first question is from the sponsor of the bill, Senator Petitclerc.

À l'instar de la juge Baudouin, nous croyons que chaque cas doit faire l'objet d'une évaluation individuelle, la capacité de la personne de comprendre et de consentir étant le principal facteur. Des mesures de sauvegarde juridiques et médicales appropriées doivent bien sûr être en place.

À ce moment-ci de la pandémie, nos systèmes de soins de santé sont accablés et très sollicités. Nous pressons le gouvernement de trouver le moyen de fournir les ressources nécessaires afin de s'assurer que ceux qui veulent accéder à l'aide médicale à mourir peuvent le faire, tout particulièrement les personnes qui vivent dans des collectivités éloignées et en manque de ressources.

De plus, l'examen de l'AMM ne devrait pas être retardé davantage. Nous invitons le gouvernement à s'assurer que les ressources permettant d'entreprendre cet examen sont rendues disponibles et de continuer de consulter ces groupes, ces personnes et les parties compétentes afin d'obtenir des commentaires relativement à l'examen.

Nous croyons que le fait de vivre dans la dignité est un droit de la personne; le fait de mourir dans la dignité en est aussi un. Il n'y a aucune dignité dans le fait de vivre avec des douleurs et des souffrances extrêmes. La loi de 2015 et les changements proposés actuels ont bien préparé le Canada pour qu'il puisse s'assurer que nos citoyens et nos résidents ont accès à cette aide médicale élémentaire.

Merci.

**La présidente :** Merci beaucoup de votre exposé.

J'ai une question pour vous, madame Ng. Vous parlez de l'examen des enjeux que vous avez soulevés. Comment voyez-vous cet examen? Quelle en est la structure?

**Mme Ng :** Je crois que le comité s'est inspiré d'un très bon processus au départ. Il a entrepris beaucoup de consultations avec des groupes communautaires, et je crois que le processus de consultation devrait se poursuivre avec les groupes actuels, les personnes et les gens qui ont une expérience vécue. Beaucoup de gens se portent à la défense de ce projet de loi et de ces changements. Il y a aussi des gens qui ont beaucoup de préoccupations morales et éthiques au sujet du projet de loi. Je crois que toutes ces opinions devraient être prises en considération.

L'examen préliminaire original a permis de dégager de bons renseignements ainsi que des lacunes dans la loi. L'essentiel consiste à consulter les gens qui ont consacré beaucoup de temps et de réflexion à cet examen.

**La présidente :** Merci beaucoup. Nous passons maintenant aux questions, et la première est celle de la marraine du projet de loi, la sénatrice Petitclerc.

[Translation]

**Senator Petitiere:** I would like to thank our witnesses for being with us today to help us explore the issues involved in this very important bill.

My questions are for you, Ms. Lefebvre. I would like you to help us clarify a number of points. As we know, the provincial and territorial medical regulatory bodies established policies and guidelines four years ago.

How do you think Bill C-7 would affect these policies and guidelines? What challenges would arise from the bill? How can we prepare ourselves for them?

Some review committees were established to ensure that everything would comply with medical assistance in dying best practices. Can you tell us what we might learn from these committee meetings?

**Ms. Lefebvre:** The policies and guidelines will indeed adjust to the new version of the act, which is mainly about access. The guidelines are nevertheless pretty complete. It's simply a matter of making the required changes so that physicians can work within the framework of the act.

As for its impact, the medical regulatory authorities have already begun to work on that. As you know, the Collège des médecins du Québec is has a head start on everyone else because of the *Truchon* decision.

The review committees and reports, however, are not governed by the medical regulatory authorities. All professional regulatory bodies in Canada have a complaints system. If there is a problem, a complaint is filed with the authority and the usual steps are taken. There are no major changes.

Some jurisdictions report somewhat more frequently, and some reports are probably more complete than others, but on average, across the country, the level of satisfaction with respect to these requirements and these reports, as described in the act, is rather positive.

**Senator Petitiere:** Thank you; your answer is very helpful.

[English]

**Senator Batters:** My question is to the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada. The UN Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, regarding the lack of protocol to:

[Français]

**La sénatrice Petitiere :** Merci beaucoup à nos témoins d'être avec nous aujourd'hui pour nous aider dans nos réflexions sur ce projet de loi très important.

Mes questions s'adressent à vous, madame Lefebvre. J'aimerais que vous nous aidiez à préciser quelques points. Comme on le sait, les organismes de réglementation médicale provinciaux et territoriaux ont établi depuis quatre ans des politiques et des lignes directrices.

Selon vous, quel sera l'impact du projet de loi C-7 sur ces politiques et ces lignes directrices? Quels seront les défis qu'apportera le projet de loi? Comment peut-on se préparer à tout cela?

Des comités de révision ont été créés pour s'assurer que tout se passait conformément aux meilleures pratiques ayant trait à l'aide médicale à mourir. J'aimerais que vous nous disiez ce qu'on apprend lors des réunions de ces comités.

**Mme Lefebvre :** En effet, les politiques et lignes directrices vont s'adapter à la nouvelle version de la loi. Cette nouvelle loi s'intéresse surtout à l'accès. Les lignes directrices sont quand même assez complètes. Il s'agit tout simplement d'apporter les changements nécessaires afin que les médecins travaillent dans le cadre de cette loi.

Pour ce qui est de l'impact, les ordres de médecin ont déjà commencé à travailler là-dessus. Comme vous le savez, le Collège des médecins du Québec est pas mal en avance sur tout le monde en vertu de la décision *Truchon*.

Les rapports et les comités de révision, quant à eux, ne relèvent pas des ordres de médecins. Tous les ordres professionnels au Canada ont un système de plaintes. Donc, s'il y a un problème, une plainte sera portée à l'ordre, et l'ordre entamera les démarches habituelles. Il n'y a pas de grands changements.

Certaines juridictions obtiennent des rapports un peu plus fréquemment, et certains rapports sont probablement un peu plus complets que d'autres, mais en moyenne, à travers le pays, on est plutôt satisfait par rapport à ces exigences et à ces rapports tels qu'ils sont décrits dans la loi.

**La sénatrice Petitiere :** Merci, votre réponse m'aide beaucoup.

[Traduction]

**La sénatrice Batters :** Ma question s'adresse à la Fédération des ordres des médecins du Canada. La Rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées s'est penchée sur le manque de protocole pour :

. . . demonstrate that persons with disabilities have been provided with viable alternatives when eligible for assisted dying.

She had received:

. . . worrisome claims about persons with disabilities in institutions being pressured to seek medical assistance in dying, and practitioners not formally reporting cases involving persons with disabilities.

In your view, could you tell us what impact will the passing of Bill C-7, in its current form, have on Canada's reputation as an international leader in human rights generally, and more particularly for the rights of people with disabilities?

**Ms. Lefebvre:** Thank you for the question, Senator Batters. That's a new one for me. We did have a lot of discussion about that at the January meeting convened by the three federal ministers. There were a lot of stakeholder groups representing vulnerable populations. We believe that the law must include the safeguards to ensure this is done with informed consent. We would not have any comment about that.

The job of our members is to regulate practising physicians. One of the tests that they have when they approach a patient is to ask that patient if they consent to having medical assistance in dying. Other safeguards surrounding the day-to-day life of vulnerable patients and other vulnerable populations must be built into the law. It would not be something that we would have direct input into, unfortunately.

**Senator Batters:** Earlier this morning we heard — and I'm not sure whether you were listening — from an organization called ARPA. They spoke about the 90-day waiting period and how, in their view, it's really necessary that there be a more specific time frame put into this particular legislation, about exactly when that 90-day waiting period starts, because there could be a considerable amount of ambiguity to that — that perhaps the 90-day waiting period would start considerably earlier than the actual request for assisted dying. Would you support an amendment that would provide more clarification as to when that 90-day waiting period is to start?

**Ms. Lefebvre:** We would support any amendment that adds clarity in this piece of legislation. We found that when the federal government is put up against a timeline that is not of its own doing, you may end up with legislation that is not as clear as one would have wished. Be it the 90-day waiting period or be it anything else, clarity is really important here. What we want is physician A, physician B and physician C interpreting the

... démontrer que les personnes handicapées ont reçu des solutions de rechange viables lorsqu'elles sont admissibles à l'aide médicale à mourir.

Elle avait reçu :

... des plaintes inquiétantes concernant des personnes handicapées dans des institutions qui subissent des pressions pour obtenir de l'aide médicale à mourir, et des praticiens qui ne signalent pas officiellement les cas impliquant des personnes handicapées.

À votre avis, quelles conséquences l'adoption du projet de loi C-7, sous sa forme actuelle, aura-t-elle sur la réputation du Canada en tant que chef de file international dans le domaine des droits de la personne de façon générale, et plus particulièrement pour les droits des personnes handicapées?

**Mme Lefebvre :** Merci de poser la question, madame la sénatrice Batters. C'est nouveau pour moi. Nous avons beaucoup discuté de cette question lors de la réunion de janvier organisée par les trois ministres fédéraux. Beaucoup de groupes d'intervenants étaient là pour représenter les populations vulnérables. Nous croyons que la loi doit inclure les mesures de sauvegarde pour veiller à ce que cela soit fait avec le consentement éclairé. Nous n'aurions pas de commentaires à ce sujet.

Le travail de nos membres consiste à réglementer la pratique des médecins. Un des tests qu'ils utilisent lorsqu'ils approchent un patient consiste à demander au patient s'il consent à recevoir l'aide médicale à mourir. D'autres mesures de protection entourant la vie quotidienne des patients vulnérables et d'autres populations vulnérables doivent être intégrées dans la loi. Ce n'est pas quelque chose à quoi nous pourrions contribuer directement, malheureusement.

**La sénatrice Batters :** Plus tôt ce matin, nous avons entendu — et je ne sais pas si vous écoutiez — une personne de l'organisation appelée l'ARPA. Elle a parlé de la période d'attente de 90 jours et de la façon dont, à son avis, il est vraiment nécessaire d'enclôser dans cette loi particulière un échéancier plus précis pour savoir à quel moment exactement cette période d'attente de 90 jours commence, parce que cela pourrait donner lieu à de nombreuses ambiguïtés — que la période d'attente de 90 jours commencerait peut-être beaucoup plus tôt que la demande réelle d'aide à mourir. Seriez-vous en faveur d'un amendement qui apporterait des précisions quant au moment où la période d'attente de 90 jours doit commencer?

**Mme Lefebvre :** Nous serions favorables à tout amendement qui apporte des précisions dans ce texte de loi. Nous avons constaté que, lorsque le gouvernement fédéral se fait imposer un délai qui n'est pas le sien, il se peut que vous vous retrouviez avec un texte de loi qui n'est pas aussi clair que ce qu'on aurait espéré. Qu'il s'agisse de la période d'attente de 90 jours ou de quoi que ce soit d'autre, la clarté est vraiment importante. Nous

legislation in the same way, and the same when they are talking to the patients, the families and the health care institutions.

You have to understand that we were invited yesterday afternoon to do this. We have members all over the country and they are not in the same time zone. We have received some additional comments, and some of them relate to the 90-day waiting period. We didn't have time to build this into today, but it's going to be built in through our submission that we will make later this week. People are seeking clarification about that, and people are worried that it's a delaying tactic. We have to be very careful about that. We will put that into our written submission, if that's okay with you.

**Senator Batters:** That's okay. I certainly understand about time frames because I am from Saskatchewan, so I have adjust to that time frame every so often. And in Saskatchewan we don't change, so that's new for us. Thanks you.

**Ms. Lefebvre:** The B.C. registrar was one of the first to respond.

[Translation]

**Senator Dalphond:** My question is for Ms. Lefebvre. You mentioned that your organization has no opinion with respect to the exclusion or inclusion of mental illness, but you said that the term was not defined and you suggested a definition. Could you tell us more about this?

**Ms. Lefebvre:** As I mentioned, I'm not a doctor. In my comments, I was referring to a well-known American reference work, the DSM — the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. It establishes international standards for psychiatrists and others who provide care for people with neurological disorders. That's why I suggest you contact the Canadian Psychiatric Association which could provide you with all kinds of useful information. What's still required is enough clarification to ensure everyone can interpret the act in the same way. That's what we're aiming at. Several areas would benefit from further clarification.

**Senator Dalphond:** Your organization is similar to the Federation of Law Societies of Canada.

**Ms. Lefebvre:** Exactly.

voulons que le médecin A, le médecin B et le médecin C interprètent la loi de la même façon, et il en va de même lorsqu'ils parlent aux patients, aux familles et aux établissements de soins de santé.

Vous devez comprendre que nous avons été invités hier après-midi exactement pour cela. Nous comptons des membres partout au pays, et ils ne se trouvent pas dans le même fuseau horaire. Nous avons reçu quelques commentaires supplémentaires, et certains d'entre eux concernent la période d'attente de 90 jours. Nous n'avons pas eu le temps d'intégrer cela dans l'exposé d'aujourd'hui, mais ce sera fait dans le mémoire que nous rédigerons plus tard cette semaine. Les gens demandent des éclaircissements à ce sujet et ils s'inquiètent du fait que cela puisse être une tactique pour retarder les choses. Nous devons nous montrer très prudents à ce sujet. Nous intégrerons cela dans notre mémoire écrit, si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

**La sénatrice Batters :** C'est d'accord. Je comprends certainement les délais, parce que je viens de la Saskatchewan, et je dois m'adapter à ce délai de temps en temps. Et en Saskatchewan, il n'y a pas de changement, donc c'est nouveau pour nous. Merci.

**Mme Lefebvre :** Le greffe de la Colombie-Britannique a été le premier à répondre.

[Français]

**Le sénateur Dalphond :** Ma question est pour Mme Lefebvre. Vous avez exprimé l'idée que votre organisation n'a pas d'opinion relativement à l'exclusion ou à l'inclusion des maladies mentales, mais vous avez dit que c'était un terme non défini et vous avez suggéré une définition. Je vous demanderais de parler davantage de cet aspect.

**Mme Lefebvre :** Comme je vous l'ai dit, je ne suis pas médecin. Dans mes commentaires, je fais référence à un document américain bien connu, soit le DSM — le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Il s'agit d'un document qui établit des normes à l'échelle internationale pour les psychiatres et les gens qui s'occupent de gens ayant des maladies d'ordre neurologique. Cela explique pourquoi je vous suggère de vous adresser à l'Association des psychiatres du Canada, qui pourra vous donner une multitude de bons renseignements. Il s'agit encore de clarifier les choses au point où tout le monde interprète la loi de la même manière. C'est ce que nous visons. Il y a plusieurs points sur lesquels on aurait avantage à mettre les choses plus au clair.

**Le sénateur Dalphond :** Votre organisation est un peu comme la Fédération des ordres professionnels de juristes du Canada.

**Mme Lefebvre :** Exactement.

**Senator Dalphond:** You have no direct regulatory power, but you work with those who do.

**Ms. Lefebvre:** We have no regulatory power and we really have no power over our members; it has to be an agreed arrangement and a collective approach.

**Senator Dalphond:** All right. Thank you.

**Senator Dupuis:** I have a question for Ms. Lefebvre. In my opinion, you've done a very good job of explaining that the clearer the act is, the easier it will be to have consistent interpretation and implementation everywhere in Canada. You described the expression "reasonably foreseeable" as being an overly vague concept that is impossible to regulate. Given that the Baudouin decision invalidated these terms in the *Truchon* case, and eliminated the requirement that death be reasonably foreseeable, could you tell me, if you have a position on the matter, whether you agree with this decision or feel that it would be better to avoid ever referring to those terms, and not adopt vague and ambiguous terms?

**Ms. Lefebvre:** Basically, these are terms that have been bothering us for a long time. I travel a lot and I'm often in touch with other international medical regulatory bodies, particularly in the United States and England. We have asked if they could help us define the expression "reasonably foreseeable." After all, as soon as I was born, my death was "reasonably foreseeable." I know I'm being a bit vague, but we really need to be able to tell physicians: "You've got a patient who is dying, a patient who is requesting a medical procedure paid for by the state, namely a medical procedure to which the patient should have access." We need to do something about the expression "reasonably foreseeable." We discussed it at our meeting in January and we agreed to eliminate this requirement. However, my reading of Bill C-7 shows that there will be two categories: one category of patients for whom death is reasonably foreseeable and another category of patients for whom death is not. If the expression is to remain in the act, then it needs to be defined.

**Senator Dupuis:** Thank you very much; that's exactly what I wanted to know.

[English]

**Senator Pate:** Thank you to the witnesses. I'm presuming you are aware of the issues being raised by disability groups around the concerns, particularly in light of what has happened during the pandemic and the exposure of inadequate social, economic, health, housing and other supports for individuals.

**Le sénateur Dalphond :** Vous n'avez pas de pouvoir réglementaire direct, mais vous faites de la collaboration avec ceux qui l'ont.

**Mme Lefebvre :** Nous n'avons pas de pouvoir réglementaire et nous n'avons vraiment aucun pouvoir auprès de nos membres; il faut que ce soit une entente et une approche collective.

**Le sénateur Dalphond :** Bien. Merci.

**La sénatrice Dupuis :** Ma question est pour Mme Lefebvre. Vous avez, à mon avis, très bien expliqué que, plus la loi est claire, plus cela permettra d'en faire une interprétation cohérente et une mise en œuvre tout aussi cohérente partout au Canada. Vous avez parlé de l'expression « raisonnablement prévisible » comme d'un concept trop vague qui ne peut être régulé. Puisque le jugement Baudouin a invalidé ces termes dans la décision *Truchon*, et qu'on a éliminé cette exigence que la mort soit raisonnablement prévisible, pourriez-vous me dire, si vous avez une position, si vous êtes d'accord avec cette décision ou si vous êtes d'avis qu'il vaudrait mieux ne pas du tout faire de référence à ces termes-là, plutôt que d'adopter des termes vagues et ambigus?

**Mme Lefebvre :** Dans le fond, ce sont des termes qui nous tracassent depuis longtemps. Je voyage beaucoup et je communique souvent avec d'autres ordres de médecins à l'international, surtout aux États-Unis et en Angleterre. Nous leur avons demandé s'ils pouvaient nous aider à définir les termes « raisonnablement prévisible ». Dans le fond, au moment où je suis née, ma mort est « raisonnablement prévisible ». C'est un peu flou de ma part, mais il faut quand même pouvoir dire aux médecins : « Vous avez un patient mourant, un patient qui exige quelque chose qui est un acte médical payé par l'État, soit un acte médical auquel le patient devrait avoir accès. » Il faut jouer avec l'expression « raisonnablement prévisible ». Nous en avons discuté lors de notre rencontre en janvier et nous avons convenu d'éliminer cette exigence. Ma lecture du projet de loi C-7 indique cependant qu'il y aura deux catégories : une catégorie de patients pour qui la mort est raisonnablement prévisible et une autre catégorie de patients pour qui la mort ne l'est pas. Si cette expression reste dans la loi, il faut qu'il y ait une définition.

**La sénatrice Dupuis :** Merci beaucoup, c'était exactement le sens de ma question.

[Traduction]

**La sénatrice Pate :** Je remercie les témoins. Je présume que vous êtes au courant des questions soulevées par des groupes de personnes handicapées concernant les préoccupations, particulièrement à la lumière de ce qui s'est produit durant la pandémie et de l'exposition à des mesures de soutien inadéquates sur les plans social et économique et sur les plans de la santé et du logement ainsi qu'à d'autres mesures de soutien pour les personnes.

Particularly in light of your response just now to Senator Dupuis's question, I'm curious how that would frame this issue for you in terms of the positions doctors would be in, and the fact that people with disabilities are indicating that they are fearful that this will amount to them essentially not having the array of options that otherwise could be available to them, and which might otherwise influence them to not access MAID — and what kind of position that puts doctors in.

**Ms. Lefebvre:** It could put doctors in a difficult position; it puts me in an interesting position.

This is a societal issue, and we do not have an opinion on what constitutes societal issues; that's up to governments to deal with. However, in this context, physicians are bound to obey the law and the regulations set by the respective medical regulatory authorities. If a physician, at any point, has any concerns that a patient is not consenting to have medical assistance in dying, the physician has to report it and act accordingly.

When you have a patient who is perfectly able to provide consent but has external pressure, I think that's where the safeguards in the law have to be brought to bear. I don't think anybody has a crystal ball with respect to patient A or patient B, and that's where it has to be really, really tight and really explicit.

**Senator Pate:** I don't want to put words in your mouth, but I think you have already said that you don't think it is sufficiently explicit at this stage.

Do you have recommendations for amendments that you would propose?

**Ms. Lefebvre:** Again, it's not something we normally do. We normally indicate that our members are involved in having to provide guidance to physicians who may decide they are going to provide MAID, and right now, we feel there are parts of the legislation that are not very clear. For instance, we would not come up with a definition of "reasonably foreseeable." We need others who are experts in the area to do so. Our job, through our members, is to regulate the practising doctor.

**Senator Pate:** Thank you.

Would anyone else like to comment on that?

**Ms. Ng:** Thank you. Mental health is not an area of our expertise either, but I would have no disagreement with what Ms. Lefebvre has been saying. There need to be safeguards and careful examinations of the rights of people living with mental illness and disabilities. The core piece is the ability to understand

Pour réagir tout particulièrement à la réponse que vous venez de fournir à la question de la sénatrice Dupuis, je suis curieuse de savoir comment cela encadrerait cette question pour vous, à savoir la position dans laquelle les médecins se trouveraient, et le fait que des personnes handicapées disent qu'elles craignent essentiellement de ne pas disposer de l'éventail des options qui leur seraient autrement offertes et que cela pourrait autrement les inciter à ne pas accéder à l'AMM... et dans quel type de position cela met les médecins.

**Mme Lefebvre :** Cela pourrait mettre les médecins dans une position difficile; cela me met dans une position intéressante.

C'est un enjeu de société, et nous n'avons pas d'avis sur ce qui constitue des enjeux de société; les gouvernements doivent les aborder. Toutefois, dans ce contexte, les médecins doivent obéir à la loi et aux règlements établis par les ordres de médecins respectifs. Si, à un moment donné, un médecin se préoccupe du fait qu'un patient ne consent pas à recevoir l'aide médicale à mourir, le médecin doit le signaler et agir en conséquence.

Lorsque vous avez un patient qui est parfaitement apte à fournir un consentement, mais qui subit des pressions externes, je crois que c'est là que doivent intervenir les mesures de protection dans la loi. Je ne crois pas que quiconque ait une boule de cristal par rapport à un patient A ou à un patient B, et c'est là que les mesures de protection doivent être vraiment précises et explicites.

**La sénatrice Pate :** Je ne veux pas vous mettre des mots dans la bouche, mais je crois que vous avez déjà dit que vous estimez que ce n'est pas suffisamment explicite en ce moment.

Avez-vous des recommandations concernant des amendements que vous aimeriez proposer?

**Mme Lefebvre :** Encore une fois, ce n'est pas quelque chose que nous faisons habituellement. De façon générale, nous disons que nos membres jouent un rôle pour ce qui est de fournir une orientation aux médecins qui peuvent décider qu'ils fourniront l'AMM, et en ce moment, nous estimons que certaines parties de la loi ne sont pas très claires. Par exemple, nous n'avons pas pu élaborer une définition de ce qui est « raisonnablement prévisible ». Nous avons besoin d'autres personnes qui sont des experts dans le domaine pour le faire. Notre travail par l'entremise de nos membres consiste à réglementer les médecins en exercice.

**La sénatrice Pate :** Merci.

Y a-t-il quelqu'un d'autre qui aimerait commenter la question?

**Mme Ng :** Merci. La santé mentale n'est pas non plus un de nos domaines d'expertise, mais je ne suis pas en désaccord avec ce que Mme Lefebvre vient de dire. Il doit y avoir des mesures de protection et des examens attentifs des droits des personnes qui vivent avec une maladie mentale et un handicap. L'élément

and consent. We must make sure there are scenarios to safeguard individual rights, and that we don't lump people into a category of people living with mental health issues or people living with disabilities, because there are such a spectrum and differences in terms of people living with those situations.

It bears really long and careful consultation again with mental health advocacy groups and people with disabilities. It's not a situation where we can come to a snap decision by March of next year. I would urge again the undertaking of consultation.

**The Chair:** Thank you.

[Translation]

**Senator Keating:** We have heard some witnesses say that the mere fact of having to assign a patient to receive medical assistance in dying is an infringement of their conscience rights and basically flouts their obligation to meet the constitutional rights of their patients.

I know that you're not a doctor, but I'd like to hear what you yourself think about the physician's role, and once again I'm not referring to the administration of medical assistance in dying, because physicians are already protected by a provision. I'm simply speaking about entrusting patients to someone else.

**Ms. Lefebvre:** My personal opinion is of no interest today. I'm here to represent the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada. Canada's physicians are there to provide care to patients. With the adoption of the bill on medical assistance in dying, as I was saying earlier, medical assistance in dying becomes a medical procedure paid for by the state. Accordingly, patients need to have access to this medical procedure.

Physicians who conscientiously object still need to act in the best interests of the patient, and for me, that's the end of the discussion. Requirements are imposed by their respective professional organizations and they need to comply with them. The patient is the priority.

**Senator Keating:** I asked because, contrary to the witnesses who gave evidence, I've had many discussions with physicians who provide medical assistance in dying in New Brunswick and I would say that's the majority opinion. In fact, 100% of the doctors I spoke with told me that, apart from any considerations of conscience rights, they felt it was absolutely their responsibility to provide medical assistance in dying, particularly in regions where services are less accessible than elsewhere. Those I spoke with saw it as their responsibility, except perhaps in matters of freedom of conscience and other related factors.

central est la capacité de comprendre et de consentir. Nous devons prévoir des scénarios pour protéger les droits individuels et ne pas regrouper des gens dans une catégorie de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de personnes en situation de handicap, parce que le spectre et les différences chez les personnes qui vivent ces situations sont immenses.

Il convient encore une fois de mener des consultations étendues et prudentes auprès de groupes de défense des droits en santé mentale et de personnes en situation de handicap. Ce n'est pas une situation où vous pouvez prendre une décision soudaine d'ici à mars prochain. Je vous presserais encore une fois d'entreprendre la consultation.

**La présidente :** Merci.

[Français]

**La sénatrice Keating :** Nous avons entendu des témoins nous dire que le seul fait d'avoir à confier un patient pour recevoir l'aide médicale à mourir est une atteinte à leur liberté de conscience et, essentiellement, ils font fi de leur obligation de répondre aux droits constitutionnels de leurs patients.

Je sais que vous n'êtes pas médecin, mais j'aimerais connaître votre propre réflexion sur le rôle du médecin et, ici, je ne parle pas de l'administration de l'aide médicale à mourir, car les médecins sont déjà protégés par une disposition à cet effet. Je parle simplement du fait de confier les patients à quelqu'un d'autre.

**Mme Lefebvre :** Mon opinion personnelle ne vaut rien aujourd'hui. Je suis ici pour représenter la Fédération des ordres des médecins du Canada. Les médecins du Canada sont là pour fournir des soins aux patients. Avec l'adoption du projet de loi sur l'aide médicale à mourir, comme je le mentionnais plus tôt, l'aide médicale à mourir devient un acte médical payé par l'État. Donc, les patients doivent avoir accès à cet acte médical.

Si un médecin a une objection de conscience, il doit agir au mieux des intérêts du patient ou de la patiente, et pour moi, c'est là où se termine la discussion. Il y a des exigences imposées par leur ordre professionnel et il faudrait qu'ils les suivent. Le patient est la priorité.

**La sénatrice Keating :** La raison pour laquelle je le demande, c'est que, contrairement aux témoins qui se sont présentés, j'ai eu beaucoup de discussions avec des médecins qui fournissent l'aide médicale à mourir chez nous, et je vous dirais que c'était l'opinion de la majorité. En fait, c'était l'opinion de 100 % des médecins à qui j'ai parlé qui m'ont dit que, mis à part toute liberté de conscience, ils estiment que leur responsabilité absolue est de fournir l'aide médicale à mourir, surtout dans les régions où les services sont moins accessibles qu'ailleurs. Ceux à qui j'ai parlé voient cela comme leur responsabilité, mis à part la liberté de conscience et les autres éléments qui en découlent.

What has been suggested to us is truly extreme, insofar as not only do some not want to provide medical assistance in dying, but do not want to have to entrust their patients to anyone else. I know that they have already lost a case on this issue.

**Ms. Lefebvre:** I'd like to add that no doctor is ever required to provide medical assistance in dying. Not ever.

**Senator Keating:** I know.

[English]

**Senator Kutcher:** I have two questions, one for each of the witnesses. I will try to be brief.

My first is to the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada. We don't want to have substantial differences among the various jurisdictions in medical regulations related to MAID. Is there ongoing discussion on harmonizing MAID regulations across Canada, and if so, what role does FMRAC play in those discussions? Also, are you of the opinion that any regulatory changes, if Bill C-7 becomes law, will become nationally harmonized?

**Ms. Lefebvre:** Thank you.

At the level of our organization — at the FMRAC level — as I said, we are not a regulatory authority, nor do we have authority over our members. We develop frameworks. We did one at the end of 2015 on medical assistance in dying. We call it physician-assisted death, because we are dealing only with licensed physicians.

What we do is outline the points that each regulatory authority in each province or territory should address as they provide guidance to physicians. Then we go on and provide them with some sample wording. That has been very well received.

Right now, the regulations and guidance provided by the MRAs across the country are way more similar than not. With the passage of Bill C-7 — I was speaking in French before, but this is the same thing — it is more an access issue. What has changed predominantly in Bill C-7 is access, and that will have to be incorporated. It will reflect the law; it can only reflect the law and reflect general, good medical practice. That is what will happen. And we will achieve consistency in that, I think, very quickly.

**Senator Kutcher:** Thank you very much.

La suggestion qui nous est faite est vraiment extrême, dans la mesure où non seulement certains ne veulent pas fournir l'aide médicale à mourir, mais ils ne veulent pas avoir à confier leurs patients. Je sais qu'ils ont déjà perdu une cause à ce sujet.

**Mme Lefebvre :** J'aimerais ajouter que le médecin n'est pas obligé de fournir l'aide médicale à mourir. Jamais.

**La sénatrice Keating :** Je le sais.

[Traduction]

**Le sénateur Kutcher :** J'ai deux questions, une pour chaque témoin. Je tenterai d'être bref.

Ma première s'adresse à la Fédération des ordres des médecins du Canada. Nous ne voulons pas qu'il y ait des différences importantes entre les diverses administrations concernant les règlements médicaux liés à l'AMM. Y a-t-il une discussion continue sur l'harmonisation de la réglementation liée à l'AMM dans l'ensemble du Canada, et le cas échéant, quel rôle la Fédération des ordres des médecins du Canada joue-t-elle dans ces discussions? De plus, croyez-vous que tout changement réglementaire, si le projet de loi C-7 est adopté, sera harmonisé à l'échelle nationale?

**Mme Lefebvre :** Merci.

À l'échelon de notre organisation — de la Fédération des ordres des médecins du Canada — comme je l'ai dit, nous ne sommes pas un ordre de médecins et nous n'avons pas de pouvoir sur nos membres. Nous élaborons des cadres. Nous avons élaboré un à la fin de 2015 sur l'aide médicale à mourir. Nous la désignons comme l'aide d'un médecin pour mourir, parce que nous nous occupons uniquement des médecins autorisés.

Ce que nous faisons, c'est écrire les points que chaque ordre des médecins de chaque province ou territoire devrait examiner lorsqu'il fournit de l'orientation aux médecins. Puis, nous leur fournissons quelques formulations types. Celles-ci ont été très bien accueillies.

En ce moment, les règlements et l'orientation fournis par les ordres de médecins dans l'ensemble du pays se ressemblent beaucoup plus que le contraire. Avec l'adoption du projet de loi C-7 — je parlais en français plus tôt, mais c'est la même chose — c'est davantage une question d'accès. Ce qui a changé principalement dans le projet de loi C-7, c'est l'accès, et cela devra être incorporé. Cela reflétera la loi; cela ne peut refléter que la loi et les bonnes pratiques médicales générales. C'est ce qui se passera. Et je crois que nous arriverons à atteindre une cohérence très rapidement.

**Le sénateur Kutcher :** Merci beaucoup.

My second question is for Ms. Ng. In your opinion, is it the competent person who has the right and responsibility to decide on requesting MAID or not, and as part of that decision-making process, do they also have the right to receive information about MAID as an option from their physician?

**Ms. Ng:** Yes, definitely. Any person in circumstances where they are considering MAID has the right to access all the information that they need to make informed decisions.

MAID is not something that everybody would choose, and I think it's only in situations where they feel there is no other option that they would actually even consider going in that direction, of exploring that option. The person needs to be fully informed, absolutely able to make their own decision. The supports around that person also need a way to ensure that there is no undue pressure and that the decision that person makes is absolutely their own. They need to have available all the options.

**Senator Kutcher:** Thank you for that. Would it be your opinion that, if a physician chooses, on whatever grounds, not to inform a person who is intractably suffering that MAID is an option, that would be contravening the right of the patient in the full information about their treatment and care?

**Ms. Ng:** That would be a conundrum because the patient wouldn't know that MAID is an option, but it would be the duty of the physician and the medical care personnel to make sure that person has access to the information. There needs to be another layer to make sure that information is provided, especially if the physician themselves is battling with their conscience about whether or not to offer that option.

**Senator Kutcher:** I'm trying to get at whether the physician's own opinion should contravene the patient's rights for information.

**Ms. Ng:** The physician's duty of care is to the patient, so their own opinion should not enter into it.

**Senator Kutcher:** Thank you.

**Senator Cotter:** Thank you for your presentations.

I have two questions for Ms. Lefebvre, if I might. The first one builds on Senator Batters' observation about your organization's concerns about greater clarity and, particularly, the issue of reasonable foreseeability. It's a word that lawyers use and work with a lot, but we tend to be not all that clear on it, so you may have a point.

Ma deuxième question d'adresse à Mme Ng. À votre avis, est-ce la personne compétente qui a le droit et la responsabilité de décider s'il convient ou non de demander l'AMM, et dans le cadre de ce processus décisionnel, a-t-elle aussi le droit de recevoir de l'information au sujet de l'AMM en tant qu'option pour son médecin?

**Mme Ng :** Oui, absolument. Toute personne qui envisage l'AMM a le droit d'accéder à tous les renseignements dont elle a besoin pour prendre des décisions éclairées.

L'AMM n'est pas quelque chose que tout le monde choisirait, et je crois que c'est seulement dans des situations où les personnes sentent qu'il n'y a pas d'autres options qu'elles envisageraient même d'aller dans cette direction, d'explorer cette option. La personne doit être complètement renseignée, absolument en mesure de prendre sa propre décision. Ceux qui offrent du soutien à cette personne doivent aussi pouvoir s'assurer qu'elle ne subit pas de pressions indues et que la décision qu'elle prend est entièrement la sienne. Elle doit avoir toutes les options à sa disposition.

**Le sénateur Kutcher :** Merci. Croyez-vous que, si un médecin choisit, peu importe les raisons pour lesquelles il le fait, de ne pas informer une personne qui a de grandes souffrances que l'AMM est une option, cela contreviendrait aux droits du patient d'obtenir les renseignements complets au sujet de son traitement et de ses soins?

**Mme Ng :** Ce serait un dilemme, parce que le patient ne saurait pas que l'AMM est une option, mais il incomberait au médecin et au personnel de soins de santé de s'assurer que la personne a accès à l'information. Il doit y avoir une autre couche pour qu'on s'assure que cette information est fournie, tout particulièrement si le médecin lui-même se débat avec sa conscience par rapport au fait d'offrir ou non cette option.

**Le sénateur Kutcher :** J'essaie de comprendre si la propre opinion du médecin contreviendrait aux droits à l'information du patient.

**Mme Ng :** Le devoir de diligence du médecin est envers le patient, donc son propre avis ne devrait pas en faire partie.

**Le sénateur Kutcher :** Merci.

**Le sénateur Cotter :** Merci de vos exposés.

J'ai deux questions pour Mme Lefebvre, si je le peux. La première fait fond sur l'observation de la sénatrice Batters concernant les préoccupations de votre organisation au sujet d'une plus grande clarté et, tout particulièrement, de la question de la prévisibilité raisonnable. C'est une expression que les avocats utilisent et avec laquelle ils travaillent beaucoup, mais nous ne nous entendons pas tous clairement là-dessus, donc vous avez peut-être raison.

We did hear suggestions that one option might be to define a specific time frame, which has the attraction of clarity. It tends to be a pretty rough and ready sort of choice, and may not be very flexible or precise, but I was interested in whether a defined time frame for the question around reasonable foreseeability of death is something your organization would be in support of or be concerned about?

I have a second question I'll ask after.

**Ms. Lefebvre:** Thank you, Senator Cotter. We have not actually gone down that road too far. I think that what you have in a population of patients who are seeking medical assistance in dying, or at least want more information about medical assistance in dying — while I'm on that topic, I want to say that we need to make it clear that when a physician is providing information to the patient that they are not actually counselling them toward MAID. That's a really important clarification.

I think that, because the patient population requesting this medical act is very different and diverse, having a single point in time is not going to do the job, and that's where we need to discuss this with the experts who are used to dealing with patients who are living with that medical condition.

**Senator Cotter:** Thank you. My second question you were, in some ways, anticipating. You had observed the issue around protecting, within reasonable limits, doctors' freedom of conscience in not delivering medical assistance in dying but, at the same time, the expectation they provide referrals. That's in place in most provinces. We've heard some discussion about that in the discussion of conscience.

You indicated this is a matter that is delegated through provincial legislation to colleges of physicians and surgeons. It strikes me, though, that this is the sort of thing that ought to be nationally consistent, even though I understand the point about provincial jurisdiction. My question is whether or not your organization agrees with the value of consistency so that, not so much just doctors, but patients, depending on the jurisdiction they are in, what province or territory, will know what they are entitled to expect from their doctors. Also whether, as a dimension of that, your national organization provides something like, as Senator Dalphond noted, the Federation of Law Societies of Canada, which was the architect of a model code of conduct for lawyers? Do you have a model position on this that has been shared with provincial colleges of physicians and surgeons?

**Ms. Lefebvre:** We do have our document — our framework from 2015 — but the issue of medical regulatory authorities is that they are established in law. It's not the same around the

Nous avons entendu des suggestions, à savoir qu'une option pourrait consister à définir un délai particulier, ce qui a le mérite d'être clair. C'est un type de choix généralement assez difficile et rapide, et il n'est peut-être pas très flexible ou précis, mais j'aimerais savoir si un échéancier défini concernant la question de la prévisibilité raisonnable de la mort est quelque chose que votre organisation appuierait ou dont elle se préoccuperait?

Je poserai ensuite une deuxième question.

**Mme Lefebvre :** Merci, monsieur Cotter. Nous n'avons en fait pas examiné cette question de manière approfondie. Je crois que ce que vous voyez dans une population de patients qui demandent l'aide médicale à mourir, ou à tout le moins, qui veulent obtenir des renseignements au sujet de l'aide médicale à mourir... pendant que j'y suis, je veux dire que nous devons énoncer clairement que, lorsqu'un médecin fournit des renseignements au patient, il ne lui conseille pas réellement de recevoir l'AMM. C'est une clarification très importante.

Je pense que, comme la population de patients qui demandent cet acte médical est très différente et diversifiée, le fait d'avoir un seul repère dans le temps ne suffira pas, et c'est pourquoi nous devons discuter de cela avec les experts qui ont l'habitude de traiter avec des patients qui vivent avec ce problème de santé.

**Le sénateur Cotter :** Merci. Vous anticipez, d'une certaine façon, ma deuxième question. Vous aviez remarqué la question concernant la protection, dans les limites raisonnables, de la liberté de conscience des médecins en ne fournissant pas l'aide médicale à mourir, mais en même temps, l'attente qu'ils fournissent des aiguillages. C'est en place dans la plupart des provinces. Nous avons entendu certaines discussions à ce sujet dans le débat sur la conscience.

Vous avez mentionné que c'est une affaire qui est déléguée par l'intermédiaire de la législation provinciale aux collèges de médecins et de chirurgiens. Il me semble toutefois que c'est le genre de choses qui devraient être uniformes à l'échelon national, même si je comprends l'argument évoqué au sujet de la compétence provinciale. Ma question consiste à savoir si votre organisation convient ou non de la valeur de l'uniformité, de sorte que pas seulement les médecins, mais aussi les patients, selon l'administration dans laquelle ils se trouvent, dans quelle province ou quel territoire, sachent à quoi ils ont le droit de s'attendre de leur médecin. Il s'agit aussi de savoir, comme dimension de cette question, si votre organisation nationale prévoit quelque chose comme, ainsi que l'a mentionné le sénateur Dalphond, la Fédération des ordres professionnels de juristes du Canada, qui était l'architecte d'un code de conduite modèle pour les avocats? Avez-vous une position modèle sur la question qui a été communiquée aux collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens?

**Mme Lefebvre :** Nous avons notre document — notre cadre de 2015 — mais le problème avec les ordres de médecins, c'est qu'ils sont établis dans la loi. Prenons une question aussi simple

country. For an issue as simple as English-language proficiency testing for people trained outside of Canada, we are a dog's breakfast. You would think we could test, but not all legislation or jurisdictions allow these positions to be tested for language proficiency. That's a small example of how different pieces of legislation can have an impact on what you can do.

Would we like national consistency? Absolutely. As I said, we are more consistent than not, but do we have the power to enforce national consistency? Not with professional and trade regulations being the responsibility of each province and territory.

**Senator Cotter:** But do you have a model position for consideration by colleges of physicians and surgeons on this question of conscience, or a duty to refer?

**Ms. Lefebvre:** I will ask Ms. Auger to look that up. She crafted that document with our advisory group on physician-assisted death, and I will ask her to look into that while we deal with other questions, and maybe we can deal with that later. I can't remember the entire content of the document. I could look at it but would lose face contact with you.

[*Translation*]

**Senator Carignan:** I missed part of your presentation, but it's still useful to have the physician's point of view, particularly from your federation.

I was reading some documentation about Quebec which mentioned that in the 2015-2020 plan, the Department of health and social services was aiming at a rate of approximately one palliative care bed per 10,000 population.

This rate appears to have increased — in Quebec at least — in recent years. Based on your experience, is this a realistic rate? What do you know about the number of palliative care beds across Canada in the various regions?

**Ms. Lefebvre:** We have no opinion on this subject. Our members are responsible for regulating physicians and not for the healthcare system. We often hear that there is not enough access, not enough palliative care beds, and not enough information shared with patients. One of the things we request is that for all information supplied to patients who require medical assistance in dying, we explain the options, whether palliative care, social care, etc. Having said that, I do not, unfortunately, know the healthcare system well enough, particularly in Quebec, to comment on the number of beds.

que les tests de compétences linguistiques en anglais pour les gens formés à l'extérieur du Canada; c'est de la bouillie pour les chats. Vous pourriez penser que nous administrerions des tests, mais ce ne sont pas toutes les lois ni toutes les administrations qui permettent l'évaluation des compétences linguistiques pour ces postes. C'est un petit exemple pour montrer comment différents textes de loi peuvent influencer ce que vous faites.

Aimerions-nous avoir une uniformité à l'échelle nationale? Absolument. Comme je l'ai dit, nous faisons essentiellement preuve de cohérence, mais avons-nous le pouvoir de faire appliquer une uniformité nationale? Pas si les règlements professionnels et commerciaux sont la responsabilité de chaque province et territoire.

**Le sénateur Cotter :** Mais avez-vous une position modèle pour la prise en considération par les collèges de médecins et de chirurgiens de la question de la conscience ou de l'obligation de renvoyer le patient?

**Mme Lefebvre :** Je vais demander à Mme Auger de rechercher cette information. Elle a rédigé ce document avec notre groupe consultatif sur la mort avec l'assistance d'un médecin, et je vais lui demander de chercher cette information pendant que nous nous occupons d'autres questions, et nous pourrions peut-être y revenir plus tard. Je ne peux me rappeler tout le contenu du document. Je pourrais le regarder, mais je ne pourrais plus vous regarder en face.

[*Français*]

**Le sénateur Carignan :** J'ai manqué une partie de votre présentation, mais il est toujours intéressant d'avoir le point de vue des médecins, particulièrement de votre fédération.

Je lisais de la documentation touchant le Québec qui mentionnait que, dans le plan de 2015-2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux visait un taux approximatif d'un lit en soins palliatifs par 10 000 habitants.

Il semble que ce taux ait augmenté — au Québec, en tout cas — au cours des dernières années. Selon votre expérience, est-ce un taux réaliste? Est-ce ce que vous voyez du point de vue du nombre de lits en soins palliatifs à travers le Canada dans les différentes régions?

**Mme Lefebvre :** Nous n'avons pas d'opinion à ce sujet. Nos membres sont responsables de la réglementation des médecins, et non du système de soins de santé. On entend souvent dire qu'il n'y a pas assez d'accès, pas assez de lits en soins palliatifs et pas assez d'information partagée avec les patients. Voici l'une de nos demandes : que, parmi tous les renseignements fournis aux patients qui exigent l'aide médicale à mourir, on explique les options, soit les soins palliatifs, les soins sociaux, etc. Cela dit, malheureusement, je ne connais pas assez bien le système de soins de santé, surtout au Québec, pour faire des commentaires sur le nombre de lits.

**Senator Carignan:** On the the obligation to provide information, one witness suggested that not only should the requirement include providing information, but also offering treatment prior to any medical assistance in dying. What do you think of that?

**Ms. Lefebvre:** Offering palliative care treatment?

**Senator Carignan:** The witness suggested that we should not only be telling patients that certain types of treatment are available to care for or reduce pain caused by their disability or illness, but that they should also be offered treatment, in other words that the patient should not only be informed that the treatment exists, but that it be made available. I thought it was rather unrealistic given the quality of services, but I wanted to hear your opinion on that.

**Ms. Lefebvre:** It's essential to inform patients of everything possible to allow the patient to choose.

Patient autonomy is nevertheless extremely important. If a patient decides to try something else, if treatment is available, I believe they should. However, if the patient does not try to choose something else and the option is not available, then we're back to the initial question, which is to determine whether the patient will have access to medical assistance in dying.

**Senator Carignan:** How do your physicians manage the availability issue? It would be rather cruel to tell someone that a form of treatment was available, but that it would cost \$2 million per year, or to tell them that it's not available in their region for one reason or another.

I was having a discussion this morning with people who run a palliative care centre, and they told me that 53% of requests were turned down because of a shortage of available beds. This centre turns down 53% of requests because of a lack of beds.

How do your physicians deal with the situation with their patients prior to administering medical assistance in dying?

**Ms. Lefebvre:** The physicians do what they can. It's not our role to regulate the healthcare system. Generally speaking, physicians are better informed about whether or not care is available in their facilities. We don't have an opinion on this. We ask physicians to do what they can, to ensure that they provide the required information to patients, to try to do what the patients want, if it's possible and if the care is available. However, the main condition to be complied with is that the patient should be able to opt for another option if they wish.

**Senator Carignan:** The regulatory medical authorities are there to protect the public. Your federation brings together the professional medical authorities whose job is to protect the

**Le sénateur Carignan :** Pour ce qui est de l'obligation d'informer, un témoin nous a suggéré non seulement de donner de l'information, mais d'obliger à offrir le traitement avant toute aide médicale à mourir. Qu'est-ce que vous pensez de cela?

**Mme Lefebvre :** Offrir un traitement de soins palliatifs?

**Le sénateur Carignan :** Le témoin suggérait qu'on doit non seulement dire : « Voici, le traitement X existe pour soigner ou pour diminuer les douleurs causées par votre handicap ou votre maladie », mais qu'on doit offrir le traitement; qu'on doit non seulement informer le patient que le traitement existe, mais aussi le rendre disponible. Je trouvais cela un peu utopique, compte tenu de la qualité des services, mais je voulais avoir votre opinion là-dessus.

**Mme Lefebvre :** Il est primordial d'informer le patient de tout ce qui est possible afin que le patient puisse choisir.

L'autonomie du patient est quand même une chose très importante. Si le patient choisit d'essayer autre chose, si un traitement est disponible, je crois qu'il devrait l'essayer. Toutefois, si le patient ne choisit pas d'essayer autre chose, et que l'option n'est pas disponible, on revient à la question originale, à savoir si le patient aura accès à l'aide médicale à mourir.

**Le sénateur Carignan :** Comment vos médecins gèrent-ils la question de la disponibilité? Il est un peu cruel de dire à quelqu'un qu'un traitement serait disponible, mais qu'il coûte 2 millions de dollars par année, ou encore de lui dire qu'il n'est pas offert dans sa région, pour une raison ou une autre.

Je discutais ce matin avec les responsables d'un centre de soins palliatifs, et on me disait qu'on refusait 53 % des demandes, faute de lits disponibles. Ce centre refuse 53 % des demandes, faute de lits disponibles.

Comment vos médecins gèrent-ils cette situation avec leurs patients avant d'administrer l'aide médicale à mourir?

**Mme Lefebvre :** Les médecins font leur possible. Il ne nous appartient pas de réglementer le système de soins de santé. En général, les médecins sont mieux en mesure de savoir si les soins sont disponibles dans leur quartier ou non. Pour notre part, nous n'avons pas d'opinion en ce sens. On demande aux médecins de faire leur possible, de s'assurer qu'ils donnent les informations nécessaires aux patients, qu'ils tentent de faire ce que les patients désirent, si c'est possible et si les soins sont disponibles. Toutefois, la principale condition à respecter est que le patient puisse essayer une autre option s'il le désire.

**Le sénateur Carignan :** Les ordres de médecins ont pour mandat de protéger le public. Votre fédération regroupe les ordres professionnels de médecins qui ont pour mandat de

public. From this standpoint, are you not bothered by the shortage of services?

**Ms. Lefebvre:** I am personally upset by the situation. We all saw what happened in long-term care institutions with COVID.

Healthcare regulation in Canada has many facets. Our members' mandate is to regulate physicians who individually provide care to patients, and not to regulate the system. The physicians largely work within the system, and that is how care is provided. It's not up to us to do it, and so, unfortunately, I can't comment on it.

**Senator Petitclerc:** Thank you very much for your answer. I had a second question for Ms. Lefebvre, but Senator Carignan read my mind and asked it before me. It had to do with access to services and how physicians dealt with these kinds of situations. So I already have an answer to my question.

[English]

**The Chair:** I want to take this time to thank both of you. You mentioned, Ms. Lefebvre, that you didn't have much time, but you both still put it together, and we certainly appreciate that. Thank you very much to both of you for being here. We look forward to working with you in the future. Thank you.

**Ms. Lefebvre:** Our pleasure. Thank you.

**Ms. Ng:** Thank you for the opportunity.

**The Chair:** To the three panellists, thank you very much for being here today. It was a very quick turnaround for you to make these presentations to us, so we truly appreciate your making the presentation to the committee. We're looking forward to learning from you. We will start with Dr. Mona Gupta, Psychiatrist and Researcher, Associate Professor, Department of Psychiatry and Addictions, Université de Montréal. Dr. Gupta is no stranger to our committee, so welcome again.

We also have Jean-Pierre Ménard, lawyer; and also Jean-François Leroux, lawyer. Welcome to all three of you.

**Dr. Mona Gupta, Psychiatrist and Researcher, Associate Professor, Department of Psychiatry and Addictions, Université de Montréal, as an individual:** Thank you, members of the committee, for the opportunity to meet with you today. I'm a practising psychiatrist with over 20 years of clinical experience. As the chair pointed out, I'm associate professor at the Université de Montréal and a researcher in ethics. I also served on the Council of Canadian Academies working group on MAID for mental disorders as the sole underlying medical condition. I'm going to restrict my remarks to the question of

protéger le public. De ce point de vue, le fait que les services ne soient pas disponibles ne vous choque-t-il pas?

**Mme Lefebvre :** Personnellement, cette situation me choque. On a vu, avec la COVID, ce qui est arrivé dans les établissements de soins de longue durée.

La réglementation sur les soins de santé au Canada comporte plusieurs facettes. Le mandat de nos membres est de réglementer les médecins qui fournissent individuellement des soins aux patients. Ce n'est pas de réglementer le système. Les médecins travaillent, en grande partie, au sein du système, et c'est ainsi qu'ils procurent les soins. Ce n'est pas à nous de le faire, donc, malheureusement, je ne peux pas me prononcer.

**La sénatrice Petitclerc :** Merci beaucoup de votre réponse. J'avais une deuxième question pour Mme Lefebvre, mais le sénateur Carignan a lu dans mes pensées et l'a posée avant moi. Elle concernait l'accès à des services et la manière dont les médecins faisaient face à ce genre de situation. J'ai déjà une réponse à ma question.

[Traduction]

**La présidente :** Je veux prendre une minute pour vous remercier toutes les deux. Madame Lefebvre, vous avez dit que vous n'aviez pas beaucoup de temps, mais vous avez toutes deux organisé tout cela, et nous vous en sommes certainement reconnaissants. Merci beaucoup à vous deux d'avoir été ici. Nous espérons collaborer avec vous dans l'avenir. Merci.

**Mme Lefebvre :** Tout le plaisir est pour nous. Merci.

**Mme Ng :** Merci de nous avoir fourni l'occasion.

**La présidente :** Je remercie énormément les trois intervenants d'avoir été ici aujourd'hui. Vous avez dû réagir rapidement pour nous présenter ces exposés, et nous en sommes vraiment reconnaissants. Nous sommes impatients d'apprendre ce que vous nous montrerez. Nous allons commencer par la Dre Mona Gupta, psychiatre et chercheuse, professeure agrégée, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal. La Dre Gupta n'est pas étrangère à notre comité, donc je vous souhaite de nouveau la bienvenue.

Nous recevons aussi M. Jean-Pierre Ménard, avocat, ainsi que M. Jean-François Leroux, avocat. Bienvenue à vous trois.

**Dre Mona Gupta, psychiatre et chercheuse, professeure agrégée, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal, à titre personnel :** Je remercie les membres du comité de me donner l'occasion d'être ici aujourd'hui. J'exerce la psychiatrie depuis plus de 20 ans, et j'ai une expérience clinique. Comme l'a mentionné la présidente, je suis professeure agrégée à l'Université de Montréal et chercheuse en éthique. J'ai aussi fait partie du groupe de travail du Conseil des académies canadiennes sur l'AMM pour les troubles mentaux comme seul problème de santé sous-jacent. Je

MAID for persons with mental disorders, as this is my area of expertise. Given the time constraints, I'm going to speak about two specific issues that are frequently raised in the discussion of this topic: incurability and suicide.

The expressions mental illness and physical illness are convenient generalizations, but clinically there is no hard line between them. In the societal debate about MAID, physical illnesses are often characterized as being precise conditions with progressive decline, whose evolution is known with 100% certainty. This is true for some physical illnesses but not others. Mental illnesses, on the other hand, are characterized as ambiguous conditions for which the evolution is inherently unpredictable. This is true for some mental illnesses but not others.

I raise this point because the reasons the government has provided to exclude people with mental illnesses from requesting MAID — concerns about decision-making capacity, predictability and suicide — are not actually specific to mental illness. They can apply to people who have mental and physical illnesses at the same time, or to people who have only physical illnesses. I have elaborated on this point in my brief.

Let me illustrate by speaking specifically about incurability. The purpose of the incurability requirement is to avoid a situation in which a person receives MAID when her condition could have improved. However, once we are outside the end of life, we cannot have 100% certainty about the evolution of many illnesses, including physical ones. If we require 100% certainty about incurability and irreversibility, then many more conditions apart from mental illnesses will have to be excluded. If we are willing to accept that we cannot have 100% certainty, then we will have to define what is meant by incurability and irreversibility for a wide range of conditions.

Regarding the concerns about suicide, it is important to note that not all mental illnesses are associated with an increased risk of suicide, and that among those that are, not all persons affected will experience suicidal thinking. It's also important to remember that people with mental disorders make life-ending decisions about their care all the time, and they are permitted to do so. The central question is not whether the person has a mental disorder but whether there are reasons to believe she is not acting in her own interest.

vais limiter mes commentaires à la question de l'AMM pour les personnes aux prises avec un trouble mental, puisqu'il s'agit de mon domaine d'expertise. Vu les limites de temps, je vais parler de deux enjeux particuliers qui sont fréquemment soulevés dans la discussion sur ce sujet : l'incurabilité et le suicide.

Les expressions « maladie mentale » et « maladie physique » sont des généralisations commodes, mais sur le plan clinique, il n'y a pas de ligne franche entre les deux. Dans le débat sociétal entourant l'AMM, les maladies physiques sont souvent caractérisées comme des affections précises assorties d'un déclin progressif, dont on connaît l'évolution avec une certitude absolue. C'est vrai pour certaines maladies physiques, mais pas pour d'autres. Les maladies mentales, par ailleurs, sont caractérisées comme des affections ambiguës dont l'évolution est intrinsèquement imprévisible. C'est vrai pour certaines maladies mentales, mais pas pour d'autres.

Je soulève ce point, parce que les raisons pour lesquelles le gouvernement a prévu d'exclure les personnes aux prises avec des maladies mentales de la demande d'AMM — des préoccupations touchant la capacité décisionnelle, la prévisibilité et le suicide — ne sont en fait pas propres à la maladie mentale. Elles peuvent s'appliquer à des gens confrontés à une maladie mentale et physique en même temps ou à des personnes qui ont seulement une maladie physique. J'ai approfondi ce point dans mon mémoire.

Permettez-moi d'illustrer mon point en parlant précisément de l'incurabilité. Le but de l'exigence touchant l'incurabilité est d'éviter une situation où une personne reçoit l'AMM alors que son état aurait pu s'améliorer. Toutefois, lorsque nous nous situons à l'extérieur de la fin de vie, nous ne pouvons avoir une certitude absolue concernant l'évolution de nombreuses maladies, y compris des maladies physiques. Si nous exigeons une certitude absolue pour l'incurabilité et l'irréversibilité, alors beaucoup d'autres affections, mis à part les maladies mentales, devront être exclues. Si nous sommes prêts à accepter que nous ne pouvons pas avoir de certitude absolue, alors nous devons définir ce qu'on entend par incurabilité et irréversibilité pour un vaste éventail d'affections.

En ce qui concerne les préoccupations touchant le suicide, il est important de souligner que ce ne sont pas toutes les maladies mentales qui sont associées à un risque accru de suicide et que, parmi celles qui le sont, ce ne sont pas toutes les personnes touchées qui auront des idées suicidaires. Il importe aussi de se rappeler que les personnes aux prises avec un trouble mental prennent tout le temps des décisions visant à mettre fin à la vie concernant leurs soins, et elles ont le droit de le faire. La question centrale est non pas de savoir si la personne a un trouble mental, mais bien s'il y a des raisons de croire qu'elle n'agit pas dans son propre intérêt.

The Association des Médecins Psychiatres du Québec, the provincial association of psychiatrists, struck an advisory committee on MAID for mental disorders. Currently, I am chair of this committee. It is a committee that includes five psychiatrists with divergent views about MAID, as well as a patient partner and a family member. The committee has produced a discussion paper laying out an approach to assessing requests for MAID for mental disorders, which includes the consideration of the challenging issues of incurability, suicide, suffering and capacity. I can give some examples of how one could assess these issues with a patient during the question period. A copy of this report has been submitted to the committee. I hope the committee members will consult this document as part of your deliberations, as our work illustrates, above all, that professionals working with patients and families are able to come together and agree on practice standards for assisted dying for persons whose mental disorder is their sole underlying medical condition.

In conclusion, I do not think there is a way of distinguishing all cases of mental illness from the other clinical problems for which MAID is permitted, that can be defended clinically or ethically. As a result, what the exclusion clause will do is show it is acceptable to treat people with mental illnesses differently than others. The Association des Médecins Psychiatres du Québec does not accept this position. We believe that our patients must be entitled to exercise the same rights as all other persons. Thank you.

[Translation]

**Jean-Pierre Ménard, Lawyer, As an individual:** Madam chair, thank you for the invitation to comment on Bill C-7. I will very briefly summarize my presentation. A copy of the brief and of the summary statement were sent to you.

I'll begin with a brief discussion about principles. I had the privilege of being senior counsel to Mr. Truchon and Ms. Gladu before the Quebec Superior Court. It was the first time for litigation of this kind in court. My presentation will primarily be based on the decision reached in this matter, because Bill C-7 differs in some respects from the jurisprudence.

We agree with the substance of Bill C-7, which aims at easing and simplifying the process of submitting a request for medical assistance in dying, and in particular the removal of the reasonably foreseeable death waiting period requirement as a condition of eligibility. Its removal is a very positive step. Mr. Truchon and Ms. Gladu were very happy about it. However, the waiting period was not completely eliminated. It was rather

L'Association des médecins psychiatres du Québec, l'association provinciale des psychiatres, a formé un comité consultatif sur l'AMM pour les troubles mentaux. Actuellement, je suis présidente de ce comité, qui comprend cinq psychiatres aux vues opposées au sujet de l'AMM, ainsi qu'un partenaire patient et un membre de la famille. Le comité a produit un document de travail qui décrit une approche à l'égard de l'évaluation des demandes d'AMM pour les troubles mentaux, ce qui suppose la prise en considération des questions difficiles de l'incurabilité, du suicide, des souffrances et de la capacité. Je peux fournir certains exemples montrant comment une personne pourrait évaluer ces questions avec un patient durant la période de questions. Une copie de ce rapport a été soumise au comité. J'espère que les membres du comité consulteront ce document dans le cadre de leurs délibérations, car votre travail illustre, par-dessus tout, que les professionnels qui travaillent avec des patients et des familles sont en mesure de se réunir et de s'entendre sur des normes de pratique liées à l'aide à mourir pour les personnes dont le trouble mental est le seul problème de santé sous-jacent.

Pour terminer, je ne crois pas qu'il y ait un moyen de distinguer tous les cas de maladie mentale des autres problèmes cliniques pour lesquels l'AMM est autorisée, moyen qui puisse se défendre sur le plan clinique ou éthique. Par conséquent, ce que la disposition d'exclusion fera, c'est montrer qu'il est acceptable de traiter les personnes aux prises avec des maladies mentales différemment d'autres personnes. L'Association des médecins psychiatres du Québec n'accepte pas cette position. Nous croyons que nos patients doivent être autorisés à exercer les mêmes droits que toutes les autres personnes. Merci.

[Français]

**Me Jean-Pierre Ménard, avocat, à titre personnel :** Madame la présidente, je vous remercie de l'invitation de commenter le projet de loi C-7. Je vais résumer très succinctement ma présentation. Une copie du mémoire intégral et une copie du résumé de la déclaration vous ont été envoyées.

Tout d'abord, je vais vous parler un peu des principes. J'ai eu le privilège d'être l'avocat principal de M. Truchon et de Mme Gladu devant la Cour supérieure du Québec. C'était la première fois qu'un tel litige était présenté dans ce domaine. Ma présentation s'inspirera beaucoup du jugement que nous avons obtenu dans ce dossier, parce que le projet de loi C-7 comporte des écarts par rapport à ce que propose la jurisprudence.

Nous sommes d'accord avec l'essentiel des éléments du projet de loi C-7 qui visent à adoucir et à simplifier la présentation d'une demande d'aide médicale à mourir, particulièrement l'abrogation du délai de l'approbation de la mort raisonnablement prévisible comme condition d'obtention de l'acte. Le fait de retirer cet élément est très positif. M. Truchon et Mme Gladu étaient très heureux de ce retrait. Par contre, le

moved to a different spot in the process. It was made a criterion for distinguishing between people whose death is foreseeable and those whose death is not reasonably foreseeable.

I would argue that it is a dangerous principle because it creates two categories of citizens: those who can have straightforward access to medical assistance in dying and those who don't have the right to immediate access because of a series of formalities to be followed. It treats those whose death is not foreseeable as vulnerable, which is not the case. It doesn't factor in their circumstances. Judge Christine Baudouin referred to a very important factor in her decision. Physicians are capable of assessing each case in accordance with an established procedure for determining which patients have areas of vulnerability and which do not. It is therefore not a matter of establishing a general category of people with mental disabilities to exclude them from the act.

Once there are criteria for reasonably foreseeable death, it puts citizens on the same footing, shifting responsibility to physicians for determining the circumstances and deciding which patient requests should be acted upon. The 90-day waiting period attached to this is unacceptable; it's as if we wanted to punish people for having requested medical assistance in dying when most of them have been thinking about it for a long time. An additional 90 days of suffering is completely useless and pointless.

This also introduces clear discrimination against people with mental health problems, who are simply excluded from the process when most of the time people with mental illness are capable of freely consenting and deciding whether they wish to participate. Excluding them at the outset means opening the door to discrimination based on mental disability.

This visibly deviates from the principles stated by Judge Baudouin in her decision, which argued that reasonably foreseeable death was not a usable criterion. Furthermore, the bill was tabled in 2016. A series of representations to the government about this part of the act had been made at that time. We are now going through the same debate all over again. The criterion is still not defined, and it is as vague as it was before, creating groups that would not have the same rights to medical assistance in dying.

I'll end there. Basically, medical assistance in dying ought not to be conditional on anything other than the patient's condition. We must avoid creating groups with distinct rights and assorted formalities. I believe that Judge Baudouin's formulation is absolutely correct and that we should basically stick to it.

déjà n'a pas été supprimé complètement. Il a plutôt été déplacé ailleurs dans le déroulement des procédures. On en fait un critère de distinction pour orienter les personnes dont la mort est prévisible ou non raisonnablement prévisible.

Je vous soumets qu'il s'agit là d'un principe dangereux parce qu'il crée deux catégories de citoyens : ceux qui peuvent avoir un droit d'accès à l'aide médicale à mourir tout simplement et ceux qui n'ont pas ce droit d'accès immédiatement en raison d'une série de formalités à respecter. On considère un peu les gens dont la mort n'est pas prévisible comme des gens vulnérables, ce qui est faux. Cela ne tient pas compte de la situation des personnes. La juge Christine Baudouin a inclus dans son jugement un élément très important. Les médecins sont en mesure d'évaluer chaque cas selon une formule propre pour déterminer quels patients ont des pointes de vulnérabilité et lesquels n'en ont pas. Il n'est donc pas question de créer une catégorie générale de gens qui ont des troubles mentaux pour les exclure de la loi.

Il y a des critères liés à la mort raisonnablement prévisible et, à ce moment-là, les citoyens sont sur le même pied et c'est aux médecins de juger effectivement ce qui en est et à quels patients accorder la demande. Il y a un délai de 90 jours associé à cela qui est inacceptable; c'est comme si nous voulions punir ces gens d'avoir fait une demande d'aide médicale à mourir alors que, la plupart du temps, ils y pensent depuis un bon bout de temps. Quatre-vingt-dix jours de souffrance de plus, c'est tout à fait inutile et sans objet.

De plus, nous introduisons ici aussi une discrimination bien claire par rapport aux gens qui ont des problèmes de santé mentale. Nous les excluons tout simplement du processus, alors que, la plupart du temps, les gens qui ont une maladie mentale sont aptes à consentir et peuvent décider librement d'y participer. Les exclure d'emblée signifierait ouvrir la porte à une discrimination fondée sur le handicap mental.

On s'écarte visiblement des principes énoncés par la juge Baudouin dans sa décision, qui affirmait que la mort raisonnablement prévisible n'était pas un critère utilisable. D'ailleurs, on se rappelle que le projet de loi a été déposé en 2016. On avait fait alors une série de représentations au gouvernement par rapport à cette partie de la loi. Nous reprenons encore le même débat. Ce critère n'est pas plus défini, il est aussi flou qu'il était et il crée des groupes qui n'auront pas les mêmes droits par rapport à l'aide médicale à mourir.

Je vais arrêter mes commentaires ici. Essentiellement, l'aide médicale à mourir ne doit pas être conditionnelle à autre chose qu'à la condition propre du patient. Nous devons éviter de créer des groupes avec des droits distincts et des formalités diverses. Je pense que la formule de la juge Baudouin est tout à fait correcte et que nous devons essentiellement y adhérer.

**Jean-François Leroux, Lawyer, As an individual:** First of all, thank you for the invitation. It's true that the advance notice was rather short. I receive the invitation yesterday and was nevertheless able to put together a short presentation.

In January and February 2019, I had the privilege of being co-counsel in [Technical difficulties], a 31-day trial that stretched over two months, in the course of which the court heard 15 experts. Since the beginning of the Senate committee's work, some people have no doubt told you that the debate was restricted to the circumstances of the applicants. Without wishing to contradict them, this is not strictly correct. [Technical difficulties] the debate in the Gladu and Truchon cases extended well beyond the circumstances of the applicants. The court heard a great deal of evidence about the circumstances [Technical difficulties] of elderly people, intellectual disability, veterans, members of First Nations and of course [Technical difficulties].

My main point is that during the Gladu and Truchon trial, 15 experts were heard, including seven psychiatrists. We spent most of our time discussing suicide prevention and the distinctions between suicide and medical assistance in dying, and Judge Baudouin's extremely detailed ruling has often, as you know, been compared to a commission of inquiry. Over the past few years, Canada has had two such commissions of inquiry on the subject, the Carter case and the Gladu and Truchon case. In both instances, the courts reached very similar conclusions after hearing abundant evidence. On the one hand, that physicians were capable of assessing the capacity to consent, and on the other, in both the Carter and the Gladu and Truchon cases, that the absolute prohibition for people not at the end of life did not pass the test of constitutionality.

I submit that if Bill C-7 is adopted with the inclusion of the absolute prohibition for people suffering solely from mental health problems, then it is discriminatory. I would even go so far as to say that this prohibition, disconcertingly accepted so readily by the government, would not stand up to constitutional analysis. Judge Baudouin clearly demonstrated that the concept of population-based vulnerability could not be used to justify restrictions on medical assistance in dying, including mental health problems.

On this issue, she wrote in paragraph [252]:

Vulnerability ought not to be understood as a function of, or based on, a person's membership in a defined group, but rather assessed on a case-by-case basis...

She further wrote:

**Me Jean-François Leroux, avocat, à titre personnel :** D'abord, je vous remercie de l'invitation. Effectivement, le préavis était quand même court. J'ai reçu l'invitation hier et j'ai quand même préparé une petite présentation.

En janvier et février 2019, j'ai eu le privilège d'agir comme coprocurateur dans l'affaire [Difficultés techniques], un procès de 31 jours qui s'est échelonné sur deux mois au cours duquel le tribunal a pu entendre 15 experts. Certains ont dû vous dire, depuis le début des travaux du comité du Sénat, que le débat était restreint à la situation des demandeurs; sans vouloir les contredire, ce n'est pas tout à fait exact. [Difficultés techniques] le débat dans les affaires Gladu et Truchon a été beaucoup plus large que la situation des demandeurs. Le tribunal a pu entendre une preuve abondante sur la situation [Difficultés techniques] personnes âgées, déficience intellectuelle, anciens combattants, membres des Premières Nations et évidemment [Difficultés techniques].

L'essentiel de mon propos, c'est que, au cours du procès Gladu et Truchon, 15 experts ont été entendus, dont 7 psychiatres. Nous avons passé la grande majorité du temps à discuter de la prévention du suicide, des distinctions entre le phénomène du suicide et l'aide médicale à mourir et la juge Baudouin a, comme vous le savez, rendu un jugement très étoffé qui a souvent été comparé à une commission d'enquête. Au cours des dernières années, le Canada a bénéficié de deux formes de commission d'enquête sur le sujet, soit l'affaire Carter et l'affaire Gladu et Truchon. Dans les deux cas, après avoir entendu une preuve abondante, les tribunaux ont tiré des conclusions fort similaires. D'une part, les médecins sont en mesure d'évaluer l'aptitude à consentir et, d'autre part, on a convenu, tant dans l'affaire Carter que dans l'affaire Gladu et Truchon, que la prohibition absolue pour les personnes qui ne sont pas en fin de vie ne résistait pas au test de la constitutionnalité.

Je vous soumets que, si le projet de loi C-7 est adopté en incluant la prohibition absolue pour les personnes qui souffrent uniquement de problèmes de santé mentale, cette prohibition est discriminatoire. Je vous dirais même que cette prohibition, assumée nettement et de façon troublante par le gouvernement, ne résisterait pas davantage à l'analyse constitutionnelle. La juge Baudouin a clairement démontré que le concept de vulnérabilité populationnelle ne pouvait pas être évoqué pour justifier des restrictions à l'aide médicale à mourir, et ce, en incluant les problèmes de santé mentale.

À ce sujet, elle écrivait ceci au paragraphe [252] :

La vulnérabilité ne doit pas être comprise ni évaluée en fonction de l'appartenance d'une personne à un groupe défini, mais au cas par cas [...]

Elle écrivait aussi ceci :

Whereas according to the court, one cannot on the basis of the principle of wanting to protect some people from themselves or to socially affirm the inherent value of life, prohibit medical assistance in dying to an entire community of disabled people...

What we are doing is for people with mental health problems. That in fact is what Parliament is doing indirectly by seeking broad protection for certain groups.

Instead, the judge suggested introducing measures [Technical difficulties].

To conclude, as far as I am concerned, it is obvious that the criterion cannot stand up to analysis and I would refer to what Judge Baudouin said, which we could use as a basis for future debate on behalf of people with mental health problems.

Ten years after Bill C-14 was adopted, when the Senate had recommended removing the exclusion for people at the end of life, there was a legal challenge. I suggest that history will repeat itself if the criterion that excludes people with mental health issues is maintained.

[English]

**The Chair:** Thank you very much, Mr. Leroux. We appreciate your effort, and we will certainly read your submission.

We will now go to questions from senators.

[Translation]

**Senator Petitclerc:** I'd like to thank all the witnesses for their presentations. I have a question for Dr. Gupta.

In your introduction, you mentioned the discussion paper you were involved in, which was put together and distributed by the Association des Médecins Psychiatres du Québec. At the end of this paper, on page 47, it says, and I quote:

While psychiatrists are familiar with the issues discussed in this document, learning to apply them in practice is an urgent priority. A training program for those physicians who wish to be involved in these cases as assessors, providers,.... members, and future teachers must be developed and readily accessible.

What does the implementation of this kind of program mean? What does it involve? How long do you feel it could take and to what extent is it as important as your document would appear to be claiming?

Or, selon le Tribunal, on ne peut au nom du principe qui est de vouloir protéger certaines personnes contre elles-mêmes ou de vouloir affirmer socialement la valeur inhérente de la vie, prohiber l'aide médicale à mourir à toute une communauté de personnes handicapées [...]

Ce que nous faisons, c'est pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. En fait, c'est ce que fait indirectement le législateur en visant une protection diffuse de certains groupes.

La juge suggérait plutôt d'instaurer des mesures [Difficultés techniques].

En conclusion, en ce qui me concerne, il est évident que le critère ne pourra résister à l'analyse et je fais référence aux propos de la juge Baudouin, avec lesquels nous pouvons faire des parallèles importants sur un éventuel débat pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

Dix jours après l'adoption du projet de loi C-14, alors que le Sénat avait recommandé d'en retirer l'exclusion pour les gens en fin de vie, une contestation judiciaire a été déposée. Je vous soumetts que l'histoire se répétera si le critère visant à exclure les gens qui ont des problèmes de santé mentale est maintenu.

[Traduction]

**La présidente :** Merci beaucoup, monsieur Leroux. Nous vous remercions de votre effort et nous lirons certainement votre mémoire.

Passons maintenant aux questions des sénateurs.

[Français]

**La sénatrice Petitclerc :** Je remercie chacun des témoins de leur présentation. J'ai une question qui s'adresse à la Dre Gupta.

Dans votre introduction, vous avez parlé du document de réflexion qui a été distribué et auquel vous avez participé. Ce document a été rédigé par l'Association des médecins psychiatres du Québec. À la fin de ce document, à la page 47, on dit ceci, et je cite :

Bien que les psychiatres connaissent bien les questions discutées dans ce document, savoir comment les appliquer dans la pratique est une priorité urgente. On doit développer un programme de formation pour les médecins qui désirent s'engager dans ces cas à titre d'évaluateurs, de prestataires, de membres [...] de futurs professeurs, et rendre ce programme facilement accessible.

Que représente la mise sur pied de ce genre de programme? Qu'est-ce que cela implique? À votre avis, combien de temps cela pourrait-il prendre et à quel point est-ce aussi important que votre document semble le dire?

**Dr. Gupta:** Thank you, senator, for your question. The association is in fact now developing this type of training. It's expected that it will take months to create modules on every topic we wish to deal with. Various means could be made available to psychiatrists. There will of course be certain limits given the current context of the pandemic, but they could be offered in the form of webinars, and eventually as courses. We could draw inspiration from existing training programs in the Netherlands, which are three-day classroom courses with assignments, exams, etc. Even when psychiatrists are familiar with the concept, this gives them an opportunity to further enhance their knowledge and to have exchanges with other psychiatrists. In Quebec over the past five years, the importance of mentoring in this field of practice was acknowledged, because it enables those who provide the care and assess the requests to have discussions among themselves about best practices and about difficult cases. That's how skills can be improved and how a degree of harmonization in our practices can be achieved. Even though we may not have the same courses, there are variants. That's why these kinds of exchanges are important.

**Senator Petitclerc:** Thank you. That answers my question.

**Senator Carignan:** Welcome to the witnesses.

It's a privilege to have you among us to be able to hear what you have to say. Mr. Ménard, you're looking well; that's good news. My question is for Dr. Gupta and it's about the exclusion of mental illness. In the government's document, there is a reference to the fact that neurocognitive and neurodevelopmental diseases, and Alzheimer's, are not included. Based on your reading of the article, when mental illnesses in general are mentioned, do you have the impression that they are clearly excluded? Does it mean that a person suffering from Alzheimer's can request medical assistance in dying, irrespective of whether there might be subsequent physical problems?

**Dr. Gupta:** Thank you, senator, for the question. No, I would say that the expression "mental illness" is not clear. In standard psychiatric terminology, we speak of mental disorders. It's a very broad area. I can understand that the government would use the expression "mental illness" as a way of focusing on a more restricted group of patients, but without a list or explanation of what is included and what is excluded, I think this causes confusion. For example, in the Charter analysis document, it is mentioned that mental illnesses are mainly treated by psychiatrists. However, there is a great deal of overlap in patient treatment, whether by general practitioners, geriatricians or neurologists. A patient may have addiction problems... In fact,

**Dre Gupta :** Je vous remercie, madame la sénatrice, de la question. En fait, l'association est en train de concevoir une telle formation. On pense que cela prendra des mois pour créer des modules sur chaque sujet dont on veut traiter. Divers moyens pourraient être offerts aux psychiatres. Évidemment, il y a certaines limites dans le contexte actuel de la pandémie, mais cela pourrait être offert sous forme de webinaires, et éventuellement de cours. On pourrait s'inspirer des programmes de formation qui existent aux Pays-Bas offerts sous forme de cours de trois jours en présentiel avec des devoirs, des examens, etc. Même si le médecin connaît le concept, il a l'occasion de peaufiner ses connaissances et d'échanger avec les autres médecins. Au Québec, au cours des cinq dernières années, on a reconnu l'importance du mentorat dans ce domaine de pratique où les gens qui prodiguent les soins et qui évaluent les demandes peuvent échanger entre eux sur les meilleures pratiques et discuter des cas difficiles. C'est ainsi qu'on parvient à améliorer nos compétences et à assurer une certaine harmonisation dans nos pratiques. Même si on n'a pas les mêmes cours, il y a des variantes. C'est pour cette raison que ce genre d'échanges est important.

**La sénatrice Petitclerc :** Je vous remercie. Cela répond à ma question.

**Le sénateur Carignan :** Bienvenue aux témoins.

C'est un privilège de vous entendre et de vous avoir parmi nous. Maître Ménard, vous semblez en forme, c'est une bonne nouvelle. Ma question s'adresse à la Dre Gupta et porte sur l'exclusion de la maladie mentale. Dans le document du gouvernement, on fait référence au fait qu'on n'inclut pas les maladies neurocognitives et neurodéveloppementales et l'alzheimer. Lorsque vous lisez l'article, quand on parle de maladies mentales en général, est-ce qu'elles sont clairement exclues pour vous? Donc, une personne qui souffre d'alzheimer pourrait demander l'aide médicale à mourir, au-delà du fait que des problèmes physiques peuvent survenir par la suite?

**Dre Gupta :** Je vous remercie, sénateur, de la question. Non, je dirais que cette expression de « maladie mentale » n'est pas claire. Dans la terminologie standard en psychiatrie, on parle de troubles mentaux. Il s'agit d'une sphère assez vaste. Je comprends que le gouvernement utilise l'expression « maladie mentale » afin de viser un groupe de patients plus restreint, mais sans donner une telle liste ou expliquer ce qui est inclus et ce qui est exclu. Je pense que cela prête à confusion. Par exemple, dans le document d'analyse de la Charte, on dit que les maladies mentales sont principalement traitées par les psychiatres. Cependant, il y a beaucoup de chevauchements dans les patients qui sont traités, par exemple, par les omnipraticiens, les gériatres et les neurologues. Il est possible qu'un patient qui a des problèmes de toxicomanie... En fait, la grande majorité des patients sont traités par les omnipraticiens et les spécialistes en toxicomanie. Est-ce que cela veut dire qu'ils sont inclus ou est-ce qu'on considère qu'il s'agit d'une maladie et qu'ils sont

the vast majority of patients are treated by general practitioners and addiction specialists. Does this mean that they are included or is it considered an illness and they are excluded? I believe that there is real confusion in the expression “mental illness.”

**Senator Carignan:** Mr. Ménard, Do you have the impression that people suffering from mental illness are victims of discrimination at another level, given that their capacity to consent to care or medical assistance in dying will often decline earlier than their physical capacities? A person whose physical capacities decline, but whose brain remains intact, can still request medical assistance in dying. On the other hand, someone whose brain “shuts down” before there is any physical decline no longer has this ability. The criteria are stricter for those who lose their mental capacities before their physical capacities. This is discriminatory because of the different criteria. I believe that the problem could be solved through advance directives. I would like to hear your comments on this.

**Mr. Ménard:** It’s difficult to come up with a general categorization. What jurisprudence has taught us is that case-by-case decisions are needed. In each case, the impact of the illness on the individual is examined. Having a mental illness is not the end of the world. That’s why it cannot be a criterion for exclusion. For example, if it has been observed that the illness is impeding the capacity to consent, and that the person changes their mind several times a day and will not understand any explanations, it needs to be dealt with on a case-by-case basis. You may have two people with the same physical health characteristics, but in terms of mental health, one may be more capable than the other of reaching a decision and giving consent. If a person’s capacities have diminished, one needs to be more careful. Essentially, what we suggest in cases like that is that other assessments be obtained, a second opinion, to ensure that no mistakes are made. This prevents arbitrary decisions about people. It must not be forgotten that in countries where mental illness is accepted, a very small number of people nevertheless succeed in slipping through the cracks. In the vast majority of cases, they are not accepted immediately. For example, in the Netherlands, approximately 90% of people are not accepted on the basis of mental illness, and 10% gain access to medical assistance in dying. We might very well get the same results here. However, these people should not automatically be excluded from access to medical assistance in dying. Insofar as people are cognitively impaired to some degree, an assessment is required to determine whether they are capable of reaching a decision. Each needs to be determined case by case and a careful examination is required. I’m not sure whether I have properly answered your question..

**Senator Carignan:** Thank you.

exclus? Je pense qu’il y a une réelle confusion dans l’expression « maladie mentale ».

**Le sénateur Carignan :** Maître Ménard, avez-vous l’impression que les personnes qui souffrent de maladies mentales sont victimes de discrimination à un autre niveau, étant donné que, souvent, leurs capacités à consentir aux soins ou à l’aide médicale à mourir évolueront davantage que leurs capacités physiques? Une personne dont les capacités physiques diminuent, mais qui garde son cerveau intact possède toujours la capacité de demander l’aide médicale à mourir. Par contre, une personne dont le cerveau « décroche » avant de perdre ses capacités physiques n’a plus cette faculté. Les critères sont plus sévères pour la personne qui perd ses capacités mentales avant ses capacités physiques. Il y a un effet discriminatoire en raison des critères distincts. Selon moi, on pourrait résoudre ce problème grâce à des directives anticipées. J’aimerais vous entendre à ce sujet.

**Me Ménard :** C’est difficile de faire une catégorisation générale. Ce que nous enseigne la jurisprudence, c’est qu’on fait cela au cas par cas. Dans chacun des cas, on examine l’effet de la maladie sur la personne. Avoir une maladie mentale, ce n’est pas la fin du monde. C’est pour cette raison que cela ne peut pas être un critère d’exclusion. Par exemple, on constate que la maladie va nuire à la capacité à consentir, que la personne va changer d’idée plusieurs fois par jour, qu’elle ne comprendra pas ce qu’on explique. Cela reste du cas par cas. Vous pouvez avoir deux personnes avec les mêmes caractéristiques de santé physique, mais, pour ce qui est de la santé mentale, une personne peut être plus capable que l’autre de prendre une décision et de donner son consentement. Dans le cas d’une personne dont les capacités sont diminuées, il faut être plus prudent. Essentially, ce qu’on propose dans ces cas-là, c’est qu’on puisse obtenir d’autres évaluations, une deuxième opinion, pour s’assurer qu’on ne se trompe pas. Cela évite qu’on laisse les gens dans l’arbitraire. Il ne faut pas oublier que, dans les pays où la maladie mentale est acceptée, un tout petit nombre de personnes réussit quand même à passer à travers les mailles du filet pour avoir accès à l’aide médicale à mourir. Dans la grande majorité des cas, on ne les accepte pas tout de suite. Par exemple, aux Pays-Bas, environ 90 % des gens ne sont pas acceptés sur la base de la maladie mentale et 10 % ont accès à l’aide médicale à mourir. On pourrait très bien en arriver aux mêmes résultats ici. Toutefois, on ne doit pas exclure ces gens-là d’emblée de l’accès à l’aide médicale à mourir. Dans la mesure où les gens sont relativement hypothéqués sur le plan cognitif, on doit évaluer s’ils sont encore aptes à prendre une décision ou non. Chaque cas est un cas individuel qu’il faut examiner attentivement. Je ne sais pas si j’ai bien répondu à votre question.

**Le sénateur Carignan :** Je vous remercie.

**Senator Dalphond:** My question is for the two legal experts, Messrs. Ménard and Leroux.

By excluding an entire class of people, specifically people suffering only from a mental illness, the government is telling us that the act wishes to protect a group of vulnerable people, but what it does is automatically exclude case-by-case individual assessment because even if you're a member of a vulnerable class, it does not mean that you yourself are vulnerable.

**Mr. Ménard:** That's correct.

**Senator Dalphond:** You're repeating what Judge Baudouin said. Many senators are worried about the fact that it's a trial court decision that hasn't been appealed. I don't know whether you're familiar with the Supreme Court decision of last Friday in *Ontario (Attorney General) v. G*. But my reading of paragraphs 69 and 70 would lead me to conclude that not being entitled to an individual assessment is a violation of section 15.

**Mr. Ménard:** That's right.

**Senator Dalphond:** Would it be possible to have comments from both of you?

Take your time, and then take a minute and-a-half or two minutes each to answer.

**Mr. Ménard:** The Supreme Court is in line with what Judge Baudouin said, which is that all cases require an individual evaluation. It is misguided to collectivize the assessment of people. Each case needs to be assessed on its own merits. In this context, the Supreme Court's decision is along the same lines as the *Truchon* decision. I think that it's an important trend which will continue. This further weakens what is being proposed in Bill C-7, with the complete exclusion of mental illness.

**Mr. Leroux:** I would like to add that this is exactly the exercise that was done for *Truchon* and *Gladu*. The Attorney General of Canada's argument was based on emphasizing populational vulnerability to justify the reasonably foreseeable natural death criterion. That's why so many psychiatrists gave evidence to explain the concepts and their points of view with respect to populational vulnerability, which was rejected by Judge Baudouin. When I was preparing myself for the trial, I read all of the Senate and other debates. Ultimately, the then ministers of health and justice had justified the inclusion of the criterion to exclude mental health from medical assistance in dying. An attempt was then made to discriminate indirectly by adopting the natural death criterion. As this did not work with Judge Baudouin, we are now assuming discriminating and admitting that the goal is to exclude this population by labelling it as vulnerable, but what we have learned from Judge Baudouin

**Le sénateur Dalphond :** Ma question s'adresse aux deux juristes, soit MM. Ménard et Leroux.

En excluant toute une classe de gens, dont les personnes souffrant uniquement d'une maladie mentale, le gouvernement nous dit que la loi veut protéger un groupe de personnes vulnérables, mais cela exclut alors automatiquement l'évaluation individuelle au cas par cas parce que, même si vous êtes membre d'une classe vulnérable, cela ne signifie pas que vous êtes vous-même vulnérable.

**Me Ménard :** C'est exact.

**Le sénateur Dalphond :** Vous répétez ce qu'a dit le juge Baudouin. Beaucoup de sénateurs s'inquiètent du fait que c'est un jugement de première instance qui n'a pas été porté en appel. Je ne sais pas si vous avez pris connaissance du jugement de la Cour suprême rendu vendredi dernier dans l'affaire *Ontario (Procureur général) c. G*, mais ma lecture des paragraphes 69 et 70 m'amène à conclure que le défaut d'avoir une possibilité d'évaluation individuelle est une violation de l'article 15.

**Me Ménard :** C'est exact.

**Le sénateur Dalphond :** Je voudrais entendre vos commentaires à tous les deux, s'il vous plaît.

Donnez-vous un peu de temps, afin que vous disposiez chacun d'une minute et demie ou deux minutes pour répondre.

**Me Ménard :** La Cour suprême va dans le sens de ce qu'a dit le juge Baudouin, à savoir que tous ces cas nécessitent une évaluation individuelle. Nous faisons fausse route en collectivisant l'évaluation des personnes. Chaque cas doit être évalué selon son propre mérite. Dans ce contexte, la décision de la Cour suprême va dans le même sens que le jugement *Truchon*. Je pense que c'est une tendance lourde qui va rester. Cela fragilise d'autant plus ce que l'on se propose d'adopter avec le projet de loi C-7, avec l'exclusion complète de la maladie mentale.

**Me Leroux :** J'ajouterais pour ma part que c'est exactement l'exercice qu'on a fait dans l'affaire de *Truchon* et *Gladu*. L'argument du procureur général du Canada était d'évoquer la vulnérabilité populationnelle pour justifier le critère de la mort naturelle devenue raisonnablement prévisible. C'est la raison pour laquelle autant de psychiatres ont témoigné pour expliquer les concepts et leurs points de vue par rapport à la vulnérabilité populationnelle. C'est ce qui a été rejeté par le juge Baudouin. Lorsque je me suis préparé pour le procès, j'ai lu l'ensemble des débats qui avaient eu lieu notamment devant le Sénat. Ultiment, les ministres de la Santé et de la Justice de l'époque avaient justifié la présence du critère pour exclure la santé mentale de l'aide médicale à mourir. On a donc tenté de discriminer indirectement par l'adoption du critère de mort naturelle. Comme cela n'a pas fonctionné devant le juge Baudouin, on discrimine maintenant de façon assumée, on admet

is that this criterion can definitely not be used to limit access to medical assistance in dying. Individual assessments take primacy. I do not believe that there is anything to debate, and it is obvious to me that if the bill is adopted as is, it will be open to a constitutional attack. With good arguments, I'm certain it could happen, and the outcome would probably be successful.

**Senator Dalphond:** Thank you very much.

[English]

**Senator Martin:** Apologies for my late arrival. I didn't get to listen to your testimonies in full, so my questions are only for Dr. Gupta who responded to Senator Petitclerc. I had some questions about something you said.

It's related to the training modules that you said are being prepared and that due to the pandemic situation, there could be delays. You cited the Netherlands as an example of that training — and the Netherlands and Belgium are the only two jurisdictions that we've heard reference to — and it's a three-day course with an exam at the end.

Dr. Gupta, I'm having difficulty accepting that a three-day course with an exam would be sufficient to train professionals that are dealing with death and ending a life, considering how complex and how different from the Netherlands so many of the cases will be. Canada is a more diverse country, so when it comes to all the cultural sensitivities, the different ethnocultural groups we have across Canada and the rural and urban divide; as a country, we are complex and different.

I'm trying to understand how this would be sufficient and who is preparing this. Who is preparing these modules, and in what ways have you accounted for diversity and the kinds of considerations that we must have in Canada?

**Dr. Gupta:** Thank you for the question. You are absolutely right. It's excellent, actually, to raise these important considerations that should be integrated not only into training specialists concerning the practice of MAID, but concerning all of our practices now. We must be much more attentive to diversity inclusion than we have been up until now.

que le but est d'exclure cette population à laquelle on a attribué une étiquette de population vulnérable, mais les enseignements de la juge Baudouin nous prouvent qu'on ne peut absolument pas retenir ce critère pour limiter l'accès à l'aide médicale à mourir. C'est la primauté des évaluations individuelles. Pour moi, il n'y a aucun débat, et il me semble évident que, si le projet de loi est adopté tel quel, il prêtera le flanc à une attaque constitutionnelle. Avec une bonne argumentation, je suis certain que c'est quelque chose qui pourrait arriver, et probablement se conclure avec succès.

**Le sénateur Dalphond :** Merci beaucoup.

[Traduction]

**La sénatrice Martin :** Excusez-moi pour mon arrivée tardive. Je n'ai pas pu entendre vos témoignages en entier, alors mes questions s'adresseront uniquement à la Dre Gupta, qui a répondu à la sénatrice Petitclerc. J'avais quelques questions par rapport à une chose que vous avez dite.

C'est lié aux modules de formation qui sont en préparation, selon ce que vous avez dit, et au fait que, à cause de la pandémie, il pourrait y avoir des retards. Vous avez donné comme exemple de cette formation les Pays-Bas — les Pays-Bas et la Belgique sont les deux seules administrations dont nous avons entendu parler — et c'est un cours de trois jours qui culmine par un examen.

Docteure Gupta, j'ai du mal à accepter qu'un cours de trois jours suivi d'un examen soit suffisant pour former des professionnels qui doivent composer avec la mort et la fin de vie, compte tenu de la complexité de la question et de la mesure dans laquelle un très grand nombre de cas différeront de ceux des Pays-Bas. Le Canada est un pays plus diversifié, alors lorsqu'il est question de toutes les sensibilités culturelles, des différents groupes ethnoculturels que nous avons dans l'ensemble du Canada et du fossé entre les régions rurales et les régions urbaines... en tant que pays, nous sommes complexes et différents.

J'essaie de comprendre comment cela pourrait suffire et de savoir qui prépare ce cours. Qui prépare ces modules, et de quelles façons avez-vous tenu compte de la diversité et des types d'éléments dont nous devons tenir compte au Canada?

**Dre Gupta :** Merci de poser la question. Vous avez tout à fait raison. En fait, c'est une très bonne chose de soulever ces considérations importantes qui devraient être intégrées non seulement dans la formation de spécialistes concernant la pratique de l'AMM, mais dans toutes nos pratiques en ce moment. Nous devons accorder beaucoup plus d'attention à l'inclusion de la diversité que nous l'avons fait jusqu'à maintenant.

To be clear, the initiative comes from L'Association des médecins psychiatres du Québec, which is the Quebec psychiatry association, and we have already put together a discussion paper on this topic. We want to move toward the next phase, which is providing training to psychiatrists about MAID practice.

It's important to recall that psychiatrists can already act as the second physician in MAID assessments. It's important, whether or not the bill passes with the exclusion clause, that psychiatrists have some training in this area. The number of days of training I mentioned is an example from another country, but you are right. Is that the right amount of time for a course? Should it be longer? Should it be in a different form? Should it be longitudinal? These are all good questions, but we are at the beginning of this process, and we haven't developed anything yet. We are just starting to think about what we need to do to put something in place. This feedback is invaluable.

I do want to say that the kinds of topics we would cover in a course, with respect to the MAID practice, is the bread and butter of psychiatry. Addressing suicidality, capacity and suffering; these are things we do every day in our clinical work. The value added of a course is to transpose that into the MAID context.

**Senator Martin:** Thank you. It's a new area for all of us because this law is not that many years old. I remember the Bill C-14 debate. You were in the process of developing modules that should be offered to everyone across the country, but it seems it's still in progress so we're not quite ready for this to become law and for this to be available to everyone.

I'm a bit concerned about the timing and the readiness based on what I'm hearing, but thank you for the good work you are doing. I hope these will get developed and that they will be effective.

**Senator Cotter:** Thanks to each of you for your presentations, which I found to be insightful and helpful.

My own background is in law, but unlike Senator Dalphond, I'm not going to ask questions of Mr. Ménard or Mr. Leroux. I appreciated your comments and answers to his questions. My questions are similar to the ones that have been raised by Senator Martin, but perhaps with a bit more precision, Dr. Gupta.

I have been reading as fast as I can the report to which you referred, and it's proving to be, at least for me, insightful. But it leads me to the question of whether or not — if we could set aside the exemption for a mental illness — we could move in an expeditious way to make it available in accordance with the best practices of psychiatry. As far as I can tell in the report you

Pour que cela soit clair, il s'agit d'une initiative de l'Association des médecins psychiatres du Québec, qui est l'association des psychiatres du Québec, et nous avons déjà préparé un document de travail sur ce sujet. Nous voulons passer à la prochaine étape, qui consiste à fournir une formation aux psychiatres concernant la pratique de l'AMM.

Il importe de rappeler que les psychiatres peuvent déjà agir en tant que deuxième médecin dans les évaluations de l'AMM. C'est important que le projet de loi soit ou non adopté avec la disposition sur l'exclusion, que les psychiatres reçoivent une certaine formation dans ce domaine. Le nombre de jours de formation que j'ai mentionné est un exemple tiré d'un autre pays, mais vous avez raison. Est-ce une bonne durée pour un cours? Celui-ci devrait-il être plus long? La forme devrait-elle être différente? Devrait-il s'agir d'un cours longitudinal? Ce sont toutes de bonnes questions, mais nous sommes au début du processus et n'avons encore rien élaboré. Nous commençons juste à réfléchir à ce que nous devons faire pour mettre quelque chose en place. Cette rétroaction est inestimable.

Je tiens à dire que les types de sujets que nous aborderions dans un cours, relativement à la pratique de l'AMM, sont le pain et le beurre de la psychiatrie. Parler du suicide, de la capacité et des souffrances; ce sont des choses que nous faisons quotidiennement dans notre travail clinique. La valeur ajoutée d'un cours est de transposer cela dans le contexte de l'AMM.

**La sénatrice Martin :** Merci. C'est un nouveau domaine pour nous tous, parce que cette loi n'est pas très vieille. Je me rappelle le débat entourant le projet de loi C-14. Vous étiez en train d'élaborer des modules qui devraient être offerts à tout le monde au pays, mais il semble que cela soit toujours en cours, et nous ne sommes donc pas tout à fait prêts pour que le projet de loi soit adopté et pour que l'AMM soit offerte à tout le monde.

Je m'inquiète un peu du délai et de l'état de préparation par rapport à ce que j'entends dire, mais je vous remercie du bon travail que vous faites. J'espère que ces modules seront élaborés et qu'ils seront efficaces.

**Le sénateur Cotter :** Je remercie chacun d'entre vous de vos exposés, que j'ai jugés enrichissants et utiles.

J'ai moi-même étudié en droit, mais contrairement au sénateur Dalphond, je ne vais pas poser de questions à Me Ménard ou à M. Leroux. Je vous remercie de vos commentaires et de vos réponses à ses questions. Mes questions ressemblent à celles qui ont été soulevées par la sénatrice Martin, mais précisent peut-être un peu plus les choses, docteur Gupta.

J'ai lu aussi vite que j'ai pu le rapport auquel vous avez fait allusion, et il s'est révélé être, du moins pour moi, enrichissant. Mais cela m'amène à la question de savoir si oui ou non — si nous pouvions mettre de côté l'exemption concernant une maladie mentale — nous pourrions accélérer les choses pour rendre cela accessible conformément aux pratiques exemplaires

identify, the report itself doesn't try to produce practice guidelines in this area, and it encourages the development of precise safeguards. The report refers to some of the other countries that have done that. My first question is about the degree to which, in your view, those would be needed and how quickly they could be put in place.

I mention that in the context of a recommendation we received a couple of days ago from another presenter, which was to the effect that we should include mental illness or mental disorder within the entitlement to MAID in this bill, but suspend its operation for a period of time so the preparatory work can be done. The suggested time period by that witness was 12 months. Can I have your thoughts on that?

**Dr. Gupta:** Yes, thank you, senator. There were a number of different issues there, so I will try and make sure I hit each one.

It's a technical, medical reason why we said that the document is not practice guidelines, because in our field the practice guidelines have to meet certain criteria in order to be considered guidelines, and we didn't meet those. We didn't want to be mistaken as passing off our work as practice guidelines when it didn't fulfill the criteria.

It is also very much a first recommendation. This is how we could organize things if we were to provide MAID to this group of patients. It also takes into particular account the specificity of how MAID practice is done in Quebec, which is a bit different from the way it is done in other parts of Canada. We call for an administrative office to coordinate care, we talk about authorities in Quebec, et cetera. It very much is part of that context.

I think the government wishes to have a single regime in Canada, and obviously we have done some work on this. I think the Canadian Psychiatric Association is at this time doing work on this same question. Twelve months seems like a reasonable period of time for jurisdictions to think through the questions, work together, share information, and perhaps on the government side, to think about whether there are specific things that need to actually be in the law, as opposed to being left to practice guidance or practice standards.

I think that 12 months, 8 months, 13 months — we could debate about that. What is interesting about the suggestion is that it recognizes that people with mental disorders should not be excluded or that there is no legitimate reason to exclude them,

de la psychiatrie. Pour autant que je sache, vous recensez dans le rapport... le rapport lui-même ne tente pas de produire des lignes directrices en matière de pratique dans ce domaine et il encourage l'élaboration de mesures de sauvegarde précises. Le rapport renvoie à certains des autres pays qui ont fait cela. Ma première question vise à savoir dans quelle mesure, à votre avis, celles-ci seraient nécessaires et dans combien de temps elles pourraient être mises en place.

Je souligne que, dans le contexte d'une recommandation que nous avons reçue il y a quelques jours d'un autre intervenant, qui concernait le fait que nous devrions inclure dans le projet de loi la maladie mentale ou le trouble mental aux fins de l'admissibilité à l'AMM, mais suspendre son activité pour une certaine période afin que le travail préparatoire puisse être fait, la période proposée par ce témoin était de 12 mois. Puis-je avoir votre avis là-dessus?

**Dre Gupta :** Oui, merci, monsieur le sénateur. Vous avez soulevé un certain nombre d'enjeux, et je vais m'assurer d'aborder chacun d'entre eux.

C'est pour une raison technique et médicale que nous avons dit que le document ne consiste pas en des lignes directrices en matière de pratique, parce que dans notre domaine, les lignes directrices en matière de pratique doivent répondre à certains critères afin d'être considérées comme telles, et nous ne les avons pas respectées. Nous ne voulions pas faire croire que nous faisons passer notre travail pour des lignes directrices en matière de pratique alors que nous n'avions pas répondu aux critères.

C'est aussi essentiellement une première recommandation. C'est la façon dont nous organiserions les choses si nous devions fournir l'AMM à ce groupe de patients. Cela tient aussi particulièrement compte de la spécificité de la pratique de l'AMM au Québec, qui diffère un peu de celle en vigueur dans d'autres régions du Canada. Nous demandons un bureau administratif pour coordonner les soins, nous parlons d'autorités au Québec, et cetera. Tout cela fait vraiment partie de ce contexte.

Je pense que le gouvernement aimerait avoir un seul régime au Canada, et évidemment, nous avons fait une partie du travail sur ce sujet. Je crois que l'Association des psychiatres du Canada fait actuellement du travail sur cette même question. Douze mois semblent une période raisonnable pour permettre à des administrations de réfléchir aux questions, de travailler ensemble, d'échanger des renseignements et peut-être, du côté du gouvernement, de réfléchir au fait de savoir s'il y a des choses précises qui doivent en réalité s'inscrire dans la loi, plutôt que d'être laissées à une orientation pratique ou à des normes de pratique.

Je crois que nous pourrions débattre des périodes de 12 mois, de 8 mois ou de 13 mois. Ce qu'il y a d'intéressant au sujet de la suggestion, c'est qu'elle reconnaît que les personnes aux prises avec un trouble mental ne devraient pas être exclues ou qu'il n'y

but it simply says, let's give us ourselves the time to do things and organize things properly.

**Senator Cotter:** I have a slightly harder question, Dr. Gupta, that is not as easy to meet or answer. You do say in the report that:

Physicians cannot properly assess a patient's eligibility if the patient has not received or has not had access to appropriate care.

And various aspects of that. Then it goes on to say:

Before becoming eligible for MAID, an individual should have tried all the therapeutic options that are acceptable to him or her.

This raises a much bigger question in terms of availability of such therapeutic care. I'm wondering to what extent you would see that standard as of today, and perhaps for some very long time in some parts of the country, prohibitive in terms of access to MAID if the standard is that you have to have had all therapeutic options made available to you?

**Dr. Gupta:** In this part of the report we are trying to find a balance between ensuring that people have been offered and attempted appropriate care for their problem — and excellent care for their problem — with what they are able to endure and continue to try, given the history of their condition. Obviously, nobody can be forced to take something they don't want to take, nor did we want to build in the idea that to have MAID you should be forced to take things that you don't want to take or to try.

Obviously, you have read the document. The kinds of considerations that we think ought to be brought to bear on the questions of incurability and irreversibility mean that we are talking about patients who have been ill for decades, and have indeed over the course of that time tried many different kinds of interventions. Having fortunately met very few of these patients in my career, my personal experience as a clinician is that most have actually had access to a range of treatments. That doesn't mean there are not more things that could be tried or suggested, or that new developments ought not to be proposed. They ought to be. I don't see it as prohibitive because when we think of who could realistically be eligible, we are talking about people who have been under the care of specialized psychiatric teams for years and years.

**Senator Cotter:** Thank you, that's very helpful.

a pas de raison légitime pour les exclure, mais elle dit simplement : donnons-nous le temps de faire et d'organiser correctement les choses.

**Le sénateur Cotter :** J'ai une question un peu plus difficile, docteur Gupta, à laquelle on ne peut pas répondre aussi facilement. Vous dites dans le rapport que :

Les médecins ne pourront pas évaluer adéquatement l'admissibilité d'un patient si celui-ci n'a pas reçu ou n'a pas eu accès à des soins appropriés.

Et cela touche divers aspects. Le rapport poursuit ainsi :

Avant d'être admissible à l'AMM, une personne devrait avoir tenté toutes les options thérapeutiques qui lui sont acceptables.

Cela soulève une question beaucoup plus importante en ce qui concerne la disponibilité de ces soins thérapeutiques. Je me demande, selon vous, dans quelle mesure à l'heure actuelle, et peut-être depuis un très long moment dans d'autres régions du pays, cette norme est-elle prohibitive en ce qui concerne l'accès à l'AMM si vous devez vous être prévalu de toutes les options thérapeutiques mises à votre disposition?

**Dre Gupta :** Dans cette partie du rapport, nous tentons de trouver un équilibre : nous assurer que les gens se sont vu offrir et ont essayé des soins appropriés pour leur problème — et des soins excellents pour leur problème — selon ce qu'ils sont capables de subir et d'essayer, vu l'historique de leur affection. Évidemment, on ne peut forcer personne à prendre quelque chose qu'il ne veut pas prendre, et nous ne voulions pas faire valoir l'idée que pour recevoir l'AMM, vous devriez être forcé de prendre des choses que vous ne voulez pas prendre ou essayer.

De toute évidence, vous avez lu le document. Les types de considérations qui devraient être mises à profit, à notre avis, sur les questions de l'incurabilité et de l'irréversibilité, signifient que nous parlons de patients qui sont malades depuis des dizaines d'années et ont effectivement tenté durant cette période de nombreux types d'interventions différentes. Heureusement, comme j'ai rencontré très peu de ces patients dans ma carrière, mon expérience personnelle en tant que clinicienne me montre que la plupart ont en réalité eu accès à un éventail de traitements. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'autres choses que nous pourrions tenter ou suggérer, ou que de nouvelles avancées ne devraient pas être proposées. Elles doivent l'être. Je ne vois pas cela comme prohibitif, parce que lorsque nous nous demandons qui pourrait réalistement être admissible, nous parlons des gens qui reçoivent les soins d'équipes psychiatriques spécialisées depuis des années.

**Le sénateur Cotter :** Merci, c'est très utile.

[Translation]

**Senator Dupuis:** Dr. Gupta, on the same question, did I actually read the following in the French version?

Before becoming eligible for MAID, an individual should have tried all the therapeutic options that are acceptable to him or her.

Is that really it? Okay. Does this imply that a person's wish to refuse certain forms of care is complied with?

**Dr. Gupta:** Yes, precisely. What I was telling the senator was that we tried to strike a balance. You can't say that someone is eligible after having tried only one or two treatments, but at the same time, you can't force people to accept treatment, particularly in view of the population that might be eligible. The people we're talking about have been undergoing treatment for decades; no one is being forced, and we did not want that to be a condition.

**Senator Dupuis:** Welcome Mr. Ménard. My question is for Mr. Leroux. Mr. Ménard, you clearly explained your position on mental illness as the only condition that ought not to be excluded because it would be discriminatory.

My question is as follows. Have I properly understood Judge Baudouin's position in the *Truchon* decision as a judgment that applies the Supreme Court's criteria in *Carter*? I'm asking because we received many comments about the fact that it was only a trial court decision. Did I properly understand from the Baudouin decision that the judge was trying to interpret the *Carter* decision more strictly?

**Mr. Ménard:** Judge Baudouin sticks very closely to the *Carter* decision. She says clearly that what the *Carter* decision said was itself very clear and that it also applied to Mr. Truchon and Ms. Gladu. She did not see any reason to stray from it or to rule otherwise. In *Carter*, the intolerable suffering of patients was the court's decision criterion.

The criterion was sufficient to qualify people for medical assistance in dying. She applied the test properly and didn't have to go beyond that — and she did not. She simply brought the discussion back to within the boundaries of the *Carter* decision, and not the boundaries of Bill C-14.

**Senator Dupuis:** When reintroducing the criterion in Bill C-7 before the committee, Minister Lametti said it was no longer an eligibility criterion, but rather a way to access services... My question is the following. By reintroducing an artificial distinction between "end of life" as opposed to "not end of life," or between "reasonably foreseeable death" as opposed to "not a

[Français]

**La sénatrice Dupuis :** Docteure Gupta, sur la même question, ai-je bien lu ce qui suit dans la version française :

Avant d'être admissible à l'AMM, une personne devrait avoir tenté toutes les options thérapeutiques qui lui sont acceptables.

Est-ce bien ce que j'ai compris? D'accord. Cela suppose que l'on respecte la volonté d'une personne de refuser un certain nombre de soins?

**Dre Gupta :** Oui, exactement. Ce que je disais au sénateur, c'est que nous avons essayé de trouver un équilibre. Il ne faut pas dire que quelqu'un est admissible après avoir essayé un ou deux traitements, mais en même temps, nous ne pouvons pas forcer les gens à accepter des traitements, surtout quand on pense à la population qui pourrait être admissible. On parle de gens qui ont enduré des traitements pendant des décennies; on ne force personne, et on ne voulait pas que cela soit une condition.

**La sénatrice Dupuis :** Je voudrais saluer Me Ménard. Ma question s'adresse à Me Leroux. Maître Ménard, vous avez bien fait ressortir votre position au sujet de la maladie mentale comme seule condition qui ne devrait pas être exclue parce que ce serait discriminatoire.

Ma question est la suivante. Ai-je bien lu le jugement de la juge Baudouin dans la décision *Truchon* comme un jugement qui applique les critères de la Cour suprême dans la cause *Carter*? Je vous pose la question, car nous avons reçu beaucoup de commentaires sur le fait que c'était un jugement d'une cour de première instance avec ce que cela vaut. Ai-je bien lu dans le jugement Baudouin que la juge essayait d'interpréter plus strictement la décision *Carter*?

**Me Ménard :** Effectivement, la décision de la juge Baudouin colle de très près à la décision *Carter*. Elle dit bien clairement que ce que disait la décision *Carter* était très clair et s'applique effectivement à M. Truchon et à Mme Gladu. Elle ne voyait pas de raison de s'en écarter ou de décider autre chose. Dans *Carter*, les souffrances intolérables ressenties par les patients représentaient le critère de décision de la cour.

C'était un critère suffisant pour qualifier les gens à l'aide médicale à mourir. Elle a bien appliqué le test et elle n'avait pas à aller au-delà de cela — elle n'y est pas allée, d'ailleurs. Elle a simplement ramené la discussion dans les limites de la décision *Carter*, et non dans les limites du projet de loi C-14.

**La sénatrice Dupuis :** En réintroduisant le critère dans le projet de loi C-7 — devant le comité, le ministre Lametti a dit que ce n'était plus un critère d'admissibilité, mais une voie vers l'accessibilité aux services... Ma question est la suivante. En réintroduisant une distinction artificielle entre « en fin de vie » par opposition à « pas en fin de vie », ou entre « mort

reasonable foreseeable death,” does this also amount to a form of discrimination?

**Mr. Ménard:** Yes it does, because we are dealing with two different groups who have different rights. The rights of one group are obviously not the same as the rights of the other. People whose death is not foreseeable have fewer rights and experience more difficulty in asserting their rights. It also assumes that all these people are vulnerable, when this is not the case. The vast majority of people whose death is not foreseeable are not vulnerable. Mr. Truchon and Ms. Gladu were not vulnerable, even though their death could not be foreseen within any particular time period. Even if this is not made a condition for access to medical assistance in dying, the fact remains that conditions are being set for such access.

This criterion was also never defined in 2016 when we were discussing it. Likewise when it was discussed in the House of Commons and the Senate. We couldn't come up with a precise definition, and all kinds of waiting periods were established, and these depended on who was doing the selection.

So it's not really an operational criterion. In other words, from the legal standpoint, doctors don't see how it relates to what they do. They're asked to apply it, but it's a meaningless criterion, or one that can mean whatever you want it to mean.

**Mr. Leroux:** I would add that we're in a period of constitutional exemption. In Quebec at the moment, people can claim an exemption. But in the field, doctors have trouble interpreting the criterion to determine whether or not an exemption is required in certain cases. Some situations have arisen in which there was a misunderstanding between doctors in determining whether the patient was entitled to a constitutional exemption, because there was no agreement about the criterion. It therefore remains very difficult to apply. The situation is very concrete and we are currently encountering it on an everyday basis.

**Senator Dupuis:** This was also confirmed to us by the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada. The criterion is so vague that it is impossible to regulate.

Thank you very much, Messrs. Ménard and Leroux

**Senator Keating:** Thanks to the witnesses. Mr. Ménard and Mr. Leroux, the government maintains that the absolute exemption for people suffering from mental illness is justified from a constitutional standpoint. We also heard some witnesses tell us that the exemption was not constitutional, but that it was saved by section 1.

On behalf of all members of the committee, I would like you to explain which criteria could be established, and whether they would allow a person to successfully invoke the application of

raisonnablement prévisible » par opposition à « mort non raisonnablement prévisible », cela constitue-t-il également une forme de discrimination?

**Me Ménard :** Cela en constitue une aussi, car on a affaire à deux groupes différents qui ont des droits différents. Il faut voir que les droits de l'un ne sont pas les mêmes que les droits de l'autre. Les gens qui sont en condition de mort non prévisible ont moins de droits et ont moins de facilité à faire valoir leurs droits. On sous-entend aussi que tous ces gens sont vulnérables, alors que ce n'est pas le cas. La grande majorité des gens dont la mort n'est pas prévisible ne sont pas vulnérables. M. Truchon et Mme Gladu n'étaient pas des gens vulnérables, même si on ne pouvait pas prédire leur mort dans un délai quelconque. Même si l'on n'en fait pas une condition d'accès à l'aide médicale à mourir, il reste que l'on pose quand même des conditions à cet accès.

De plus, c'est un critère qui n'a jamais été défini en 2016 lorsqu'on en discutait. La discussion à la Chambre des communes et au Sénat a été la même aussi. On ne pouvait pas en arriver à une définition précise, toutes sortes de délais ont été imposés, des délais qui dépendaient de qui faisait la sélection.

Ce n'est donc pas un critère opérationnel. Autrement dit, du point de vue légal, les médecins ne se reconnaissent pas dans ce critère. On leur demande de l'appliquer, mais c'est un critère qui ne veut rien dire — ou qui veut tout dire.

**Me Leroux :** J'ajouterais qu'on se trouve dans une période d'exemption constitutionnelle. En ce moment, au Québec, les gens peuvent se prévaloir d'une exemption. Or, on le voit sur le terrain, les médecins ont de la difficulté à interpréter le critère pour savoir si une exemption est requise ou non dans certains cas. On a vu certaines situations où il y avait mésentente entre médecins pour déterminer si le patient devait avoir ou non une exemption constitutionnelle, car on ne s'entendait pas sur ce critère. Ce critère demeure donc très difficile à appliquer. La situation est très concrète, nous la vivons en ce moment au quotidien.

**La sénatrice Dupuis :** D'ailleurs, ce fait nous a été confirmé par la Fédération des ordres des médecins du Canada. Ce critère est tellement vague qu'il ne peut pas être régulé.

Merci beaucoup, maître Ménard et maître Leroux.

**La sénatrice Keating :** Merci aux témoins. Maître Ménard, maître Leroux, le gouvernement maintient que l'exemption absolue des gens souffrant de maladie mentale est justifiée d'un point de vue constitutionnel. Nous avons également entendu des témoins nous dire que cette exemption n'était pas constitutionnelle, mais qu'elle était sauvée par l'article 1.

Au bénéfice de tous les membres du comité, j'aimerais que vous m'expliquiez quels critères pourraient être établis, et s'ils permettraient d'invoquer avec succès l'application de l'article 1.

section 1. Before you answer, I would like to point out that I fully agree with you. I would nevertheless appreciate it if you could give us details, for the benefit of the committee.

**Mr. Ménard:** I believe that it would be very difficult to reconcile this criterion under section 1. Once again, it is an arbitrary and vague criterion that allows anything or nothing at all. Applying this criterion therefore gets us nowhere.

The best criterion that could be applied would be, as Judge Baudouin indicated, to give doctors authority to assess each case on its own merits. They know how to assess patient capabilities, and whether a patient is capable or incapable. When cases are very difficult to determine, a second opinion should be obtained in support of or against the initial decision and that's all that's required.

Other safeguards are both important and burdensome, and these are not being challenged. What we do is conduct individual assessments, and these assessments are the basis for determining which patients are given access. It's not a matter of requiring a waiting period, because nothing changes with respect to which persons are selected when another period of 90 days or longer is imposed before they can know whether they will have access to medical assistance in dying. If they can have access from day one, freely and without the imposition of a penalty that causes them intolerable suffering for another 90 days then I think it's a matter of balance.

**Senator Keating:** I was only asking about the total exemption for mental illness.

**Mr. Leroux:** If there were a legal challenge, whose intent was to conclude that a criterion runs counter to the section 1 analysis, then very humbly, I think that overwhelming evidence should be required to demonstrate that doctors are not able to assess the capacity to consent. That is the only way to counter section 1. History tells us that the *Carter* decision, after a mammoth trial and lots of expert evidence, came to the conclusion that physicians are capable of measuring capacity. The same conclusions were reached in the Baudouin decision.

As for the organization of consent to care, people with mental health problems go to court every day and ask for a care order, and the doctors are able to assess their capacity to consent. That's the only way to get it. After the trials I've seen, and the *Carter* Decision, I cannot see how a conclusion like that could be reached if similar sorts of evidence were presented.

**Senator Keating:** Thank you very much. I could not see that either.

Avant que vous répondiez, je précise que je suis tout à fait d'accord avec vous. J'aimerais toutefois que vous nous donniez des précisions, au bénéfice du comité.

**Me Ménard :** Je crois qu'il sera très difficile de concilier ce critère dans le cadre de l'article 1. Encore une fois, c'est un critère arbitraire et flou, qui permet n'importe quoi ou rien du tout. Par conséquent, on n'avance pas en appliquant ce critère.

Le meilleur critère qu'on pourrait appliquer, c'est de dire, comme le juge Baudouin l'a indiqué, que les médecins sont compétents pour évaluer chaque cas selon son mérite propre. Ils savent comment évaluer l'aptitude des patients : un patient peut être apte ou inapte. Quand les cas sont à la limite, on ira chercher une deuxième opinion pour valider le point de vue, dans un sens ou dans l'autre, et l'exercice est suffisant.

Les autres mesures de sauvegarde sont à la fois importantes et lourdes, et on ne les remet pas en question. On fait donc des évaluations individuelles, et la personne aura accès ou non en fonction de l'évaluation qui est faite. Il n'est pas question de délai, et rien ne change pour ce qui est du choix des personnes si on doit attendre encore 90 jours ou plus avant de savoir si elles peuvent avoir accès à l'aide médicale à mourir. Si elles peuvent y avoir accès dès le jour 1, qu'on leur donne cet accès librement, sans leur imposer une pénalité de souffrances intolérables pendant encore 90 jours. Je crois que c'est une question d'équilibre.

**La sénatrice Keating :** Je parlais exclusivement de l'exemption totale de la maladie mentale.

**Me Leroux :** Dans une hypothétique contestation judiciaire, pour arriver à la conclusion qu'un critère résiste à l'analyse de l'article 1, bien humblement, je pense qu'il faudrait qu'une preuve prépondérante soit présentée selon laquelle les médecins ne sont pas en mesure d'évaluer l'aptitude à consentir. C'est la seule façon d'y arriver pour résister à l'article 1. Ce que l'histoire nous dit, c'est que l'arrêt *Carter*, après un procès mammoth et beaucoup de témoignages d'experts, est arrivé à la conclusion que les médecins sont en mesure d'évaluer l'aptitude. Les mêmes conclusions se retrouvent dans le jugement Baudouin.

Pour ce qui est de l'économie même du consentement aux soins, tous les jours, des gens souffrant de santé mentale se présentent devant le tribunal et font l'objet d'une ordonnance de soins, et les médecins sont capables d'évaluer cette aptitude à consentir. C'est donc la seule façon d'y arriver. Après les procès que j'ai vus, et après l'arrêt *Carter*, je ne vois pas comment on pourrait en arriver à une telle conclusion si c'est une preuve similaire qui est présentée.

**La sénatrice Keating :** Merci beaucoup. Je ne le voyais pas non plus.

[English]

**Senator Kutcher:** I want to thank the witnesses for a refreshing display of expertise and clarity in communication.

My first question is for Dr. Gupta. As a psychiatrist, you are highly trained in assessing a patient's decision-making capacity. Indeed, that includes cognitive and emotional factors, as well as suicidal intent. So you are able to distinguish between a suicidality — a wish to die by suicide — and a decision to undertake MAID. You do this kind of assessment on an almost daily basis regarding refusal to accept treatment and involuntary admission, et cetera.

Do you think that a properly trained physician who is not a psychiatrist can improve their existing competencies, through a fulsome educational program, to assist them to become better at doing full decision-making competency for MAID?

**Dr. Gupta:** Thank you for the question.

In short, absolutely. In our field, as you well know, practise makes perfect, so the more we do, the more we exchange, the more we learn and the courses we attend, the better we get. Yes, we all have a common discipline in medicine — we branch off into specialties later on — but there is a lot of overlap in our work. Every day, I see family physicians doing excellent work on mental health care. In fact, most psychiatric care in this country is done by family physicians, so physicians from different disciplines can certainly acquire these skills through practice and training.

**Senator Kutcher:** Presumptively there would be no substantive argument to be made that physicians can't apply the very careful assessments needed to determine a patient's decision-making capacity then, because they are essentially trained to do that.

**Dr. Gupta:** I think some physicians do less of it than others. In theory, we all do it for the treatments that we ourselves propose. A dermatologist knows how to assess capacity for a dermatological treatment just as a psychiatrist knows how to assess it for a psychiatric treatment.

When it comes to high-stakes decisions, there are disciplines that don't work with those kinds of patients, so they are not used to doing that work. But if they were to become involved in MAID assessments, yes, I believe it's possible to learn how to do that kind of work.

[Traduction]

**Le sénateur Kutcher :** Je tiens à remercier les témoins de l'étalage rafraîchissant de leur expertise et de la clarté de leurs communications.

Ma première question s'adresse à la Dre Gupta. En tant que psychiatre, vous êtes très bien formée pour évaluer la capacité décisionnelle d'un patient. En fait, cela comprend des facteurs cognitifs et émotionnels, ainsi que l'intention suicidaire. Vous êtes donc en mesure d'établir une distinction entre les pensées suicidaires — le désir de mourir par suicide — et la décision d'entreprendre l'AMM. Vous faites ce type d'évaluation presque quotidiennement en ce qui concerne le refus d'accepter un traitement et l'admission involontaire, et cetera.

Croyez-vous qu'un médecin adéquatement formé qui n'est pas psychiatre peut améliorer ses compétences existantes, au moyen d'un programme de formation complet, en ce qui concerne les compétences décisionnelles pour l'AMM?

**Dre Gupta :** Merci de poser la question.

En gros, absolument. Dans notre domaine, comme vous le savez bien, c'est en forgeant qu'on devient forgeron, donc plus nous en faisons, plus nous échangeons et apprenons, et plus nous nous améliorons dans les cours que nous suivons. Oui, nous avons tous en commun la discipline de la médecine — nous nous divisons ensuite dans des spécialités — mais il y a beaucoup de chevauchement dans notre travail. Chaque jour, je vois des médecins de famille qui font de l'excellent travail dans les soins de santé mentale, en fait, la plupart des soins psychiatriques au pays sont fournis par des médecins de famille, donc les médecins de différentes disciplines peuvent assurément acquérir ces compétences au moyen de la pratique et de la formation.

**Le sénateur Kutcher :** On peut présumer qu'on ne ferait pas valoir de façon importante que les médecins ne peuvent appliquer les évaluations très minutieuses nécessaires pour déterminer la capacité décisionnelle d'un patient, parce qu'ils sont essentiellement formés pour le faire.

**Dre Gupta :** Je crois que certains médecins en font moins que d'autres. En théorie, nous le faisons tous pour les traitements que nous proposons nous-mêmes. Un dermatologue sait comment évaluer la capacité concernant un traitement dermatologique tout comme un psychiatre sait comment l'évaluer pour un traitement psychiatrique.

Lorsqu'il s'agit de décisions pour lesquelles les enjeux sont élevés, il y a des disciplines qui ne fonctionnent pas bien avec ces types de patients, et les professionnels ne sont donc pas habitués de faire ce travail. Mais s'ils devaient finir par participer aux évaluations de l'AMM, oui, je crois que c'est possible d'apprendre comment faire ce genre de travail.

**Senator Kutcher:** Do you think that physicians who choose to become involved in MAID assessments would have the interest and skill sets to develop those competencies, to be able to do an appropriate job at it?

**Dr. Gupta:** Absolutely. The clinical community has been crying out for more training in MAID, end-of-life care and a variety of domains where we, as practitioners, now that we're in practice, didn't get enough of when we were in training. So not only could it be successful, but there is a desire on the part of clinicians to have more. That's why you see groups like the Canadian Association of MAID Assessors and Providers organically developing so that they can teach each other, learn together, develop competencies, share new knowledge, join together to do new research, et cetera.

**Senator Kutcher:** I heard earlier that a three-day training program might not be sufficient. You didn't say it had to be three days; it could be whatever is necessary.

But are you aware of other continuing professional development programs that teach competencies to physicians that can teach the required competencies, whether it's airway management or specific surgical procedures, which require incredibly competent interventions, in a course of three days or so?

**Dr. Gupta:** Yes, absolutely. Physicians learn things like advanced cardiac life support in one day. They might learn, like you said, advanced management of airways in half a day or a day, for example.

I think some of these things are cultural, right? People can only get away from their practices for so long in order to do these courses. Also, we shouldn't think of training as something that happens at one point in time and isn't revisited. Training is something that continues. When you're a health care professional, it's an ongoing process. Something like a course is really to equip you with the basics. Then you're meant to go out into practice, apply them, see what you know, what you don't know, go back, learn more, learn from your colleagues, ask questions. This is the process of lifelong learning that all physicians now participate in as part of our membership, whether it's in the Royal College of Physicians and Surgeons or in the College of Family Physicians or in the Collège des médecins du Québec.

**Senator Kutcher:** Thank you very much, Dr. Gupta. Much appreciated.

**Le sénateur Kutcher :** Croyez-vous que les médecins qui choisissent de participer aux évaluations de l'AMM auraient un intérêt et les ensembles de compétences nécessaires pour acquérir ces compétences, pour être en mesure de faire un bon travail?

**Dre Gupta :** Absolument. La communauté clinique réclame depuis longtemps plus de formation sur l'AMM, les soins de fin de vie et un éventail de domaines dans lesquels nous, en tant que praticiens maintenant en exercice, n'en avons pas reçu suffisamment lors de notre formation. Cela pourrait non seulement être fructueux, mais il y a un désir de la part des cliniciens d'en recevoir davantage. C'est pourquoi vous voyez des groupes comme l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM se former organiquement afin de pouvoir s'enseigner les uns aux autres, apprendre ensemble, acquérir des compétences, s'échanger de nouvelles connaissances, se réunir pour effectuer de nouvelles recherches, et cetera.

**Le sénateur Kutcher :** J'ai entendu dire plus tôt qu'un programme de formation de trois jours pourrait ne pas être suffisant. Vous n'avez pas dit qu'il devait durer trois jours; cela pourrait être la durée nécessaire.

Mais connaissez-vous d'autres programmes de formation professionnelle continue qui peuvent enseigner les compétences requises à des médecins, que ce soit l'assistance respiratoire ou des procédures chirurgicales précises, qui nécessitent des interventions incroyablement compétentes, dans un cours de trois jours environ?

**Dre Gupta :** Oui, absolument. Les médecins apprennent des choses comme la technique spécialisée de réanimation cardiorespiratoire en un jour. Ils pourraient apprendre, comme vous l'avez dit, la technique d'assistance respiratoire avancée en une demi-journée ou une journée, par exemple.

Je crois que certaines de ces choses sont une question de culture, n'est-ce pas? Les gens ne peuvent s'absenter de leur pratique que pour un certain temps afin de suivre ces cours. De plus, nous ne devrions pas voir la formation comme quelque chose qui se fait à un moment donné et qui n'est pas repris. La formation est quelque chose de continu. Lorsque vous êtes un professionnel de la santé, c'est un processus continu. Quelque chose comme un cours vise vraiment à vous fournir les connaissances essentielles. Puis, vous devez passer à la pratique, les appliquer, voir ce que vous savez, ce que vous ne savez pas, retourner en apprendre davantage, apprendre auprès de vos collègues, poser des questions. C'est le processus d'un apprentissage tout au long de la vie auquel les médecins s'adonnent maintenant dans le cadre de leur adhésion, que ce soit au Collège royal des médecins et chirurgiens, au Collège des médecins de famille ou au Collège des médecins du Québec.

**Le sénateur Kutcher :** Merci beaucoup, docteur Gupta. Je vous remercie beaucoup.

**Senator Pate:** My question is to Dr. Gupta. In light of the realities we've seen very clearly laid bare during this pandemic, and despite the assurances in Bill C-7 that doctors will be required to provide information about the availability of services, the lack of services is a huge issue. Certainly disability groups have raised the concern that this essentially limits the choices of those who are reliant on those systems that are virtually non-existent. I'm curious how doctors are addressing this and how the fact that access to non-existent services is actually no access at all. How would you suggest this be remedied in terms of the legislation?

**Dr. Gupta:** Thank you, senator. That's an excellent and difficult question. I want to say that the role of doctors in this should happen at two levels, and it does happen at two levels. The first level is an organizational level as groups are asking the government to commit resources on specific projects, doing research to expose areas where there are gaps in services and what the benefits of those services are.

There's also the work we do every day with our individual patients, when we meet people who don't have what they need. It's advocacy for them. It's leaving no stone unturned in order to try to access what they need for themselves.

As it was with palliative care and Bill C-14, and the act concerning end-of-life care in Quebec, this is an opportunity for governments to show leadership in the prioritization of mental health services, and to make a serious investment and commitment to ensuring that people get what they need. Allowing MAID does not exclude providing good or even excellent care to those who need it. I see this as an opportunity in the bill, and for the government, to undertake this very important process. If, indeed, something like the 12-month time period is provided in order to organize yourselves, it's an opportunity for provincial governments to also improve the quality of their commitment in this particular area.

**Senator Moodie:** Thank you, madam. My question is to Dr. Gupta because I want to carry Senator Kutcher's thoughts just a little deeper. My question will be based on the premise that we believe that we should keep mental health as a primary diagnosis in the bill and not go along with its current exclusion. It's around practitioner knowledge base, practitioners' skills, and about the standards that can be developed to support this activity.

**La sénatrice Pate :** Ma question s'adresse à la Dre Gupta. À la lumière des réalités qui ont été très clairement mises à nu durant la pandémie, et malgré les garanties dans le projet de loi C-7 selon lesquelles les médecins devront fournir des renseignements au sujet de la disponibilité des services, le manque de services est un énorme problème. Assurément, les groupes de personnes en situation de handicap ont évoqué la préoccupation selon laquelle cela limite essentiellement le choix des personnes qui dépendent de ces systèmes pratiquement inexistantes. J'aimerais savoir comment les médecins réagissent à cela et comment il se peut que l'accès à des services inexistantes se traduise en réalité par aucun accès du tout. Comment proposeriez-vous que l'on remédie à cela dans la loi?

**Dre Gupta :** Merci, madame la sénatrice. C'est une question excellente et difficile. Je veux dire que le rôle des médecins à cet égard devrait intervenir à deux niveaux, et c'est réellement ce qui se passe. Le premier est un niveau organisationnel, car les groupes demandent au gouvernement d'engager des ressources dans des projets particuliers, d'effectuer des recherches pour exposer les domaines où il y a des lacunes dans les services et faire ressortir les avantages de ces services.

Il y a aussi le travail que nous faisons chaque jour auprès de nos patients individuels, lorsque nous rencontrons des gens qui n'ont pas ce dont ils ont besoin. C'est un travail de défense de leurs intérêts. Il s'agit de ne rien laisser au hasard afin de tenter d'accéder à ce dont ils ont besoin pour eux-mêmes.

Comme c'était le cas des soins palliatifs et du projet de loi C-14, et de la loi concernant les soins de fin de vie au Québec, c'est une occasion pour les gouvernements de faire preuve de leadership dans la hiérarchisation des priorités concernant les services de santé mentale, d'investir sérieusement et de s'engager pleinement pour faire en sorte que les gens reçoivent ce dont ils ont besoin. Le fait d'autoriser l'AMM n'exclut pas de fournir de bons soins, voire d'excellents soins à ceux qui en ont besoin. Je vois cela comme une occasion dans le projet de loi, et pour le gouvernement, il s'agit d'entreprendre ce processus très important. Si une période de 12 mois est bel et bien prévue afin de vous laisser le temps de vous organiser, c'est une occasion pour les gouvernements provinciaux d'améliorer également la qualité de leur engagement dans ce domaine particulier.

**La sénatrice Moodie :** Merci, madame. Ma question s'adresse à la Dre Gupta, parce que je veux approfondir un peu plus les réflexions du sénateur Kutcher. Ma question repose sur le principe que nous croyons que nous devrions maintenir la santé mentale comme un diagnostic primaire dans le projet de loi et ne pas permettre son exclusion actuelle. Il s'agit de la base de connaissances des praticiens, de leurs compétences et des normes qui peuvent être élaborées pour soutenir cette activité.

We've learned that, across Canada, this activity will be carried out by practitioners from very different backgrounds and levels of expertise. Some of them have gaps in knowledge and training at this current time. Some work in an isolated way; they serve large populations, potentially alone. These practitioners could be, as we pointed out, nurse practitioners, family practitioners. Certainly many are not specialists, and they would be charged with the challenge of understanding whether there is medical certainty around this diagnosis, and does this particular patient meet the criteria for MAID?

We would agree that access to the appropriate training is possible. You talk about the Quebec model that's in place. You have even mentioned that this might become a national model.

What is the work that's already in place that could potentially operationalize a clause that was perhaps a sunset clause? That clause could keep mental health as a diagnosis in the bill. It could seek to provide the right training, the right framework, the right standards and the right access to the appropriate training, to provide medical certainty around mental illness diagnosis. It would be something that would make the individual witnesses and others who have raised concerns in this area feel more comfortable that we're accomplishing supports for practitioners. It would show that this could actually be operationalized in a safe way and in a way that was standardized, predictable and to some degree informed, and that there was access to escalation in expertise, if needed, by front-liners who may be quite isolated in their practice.

**Dr. Gupta:** Thank you, senator.

**Senator Moodie:** A system-wide approach is what I'm talking about.

**Dr. Gupta:** That's an interesting and complex problem in a country with many different health care systems that are run by the provinces, and many different regulators as well and, of course, many educational institutions where people have their primary affiliations.

The first principle I want to share is one that all practitioners adhere to — we're expected to adhere to it ethically and also from a regulatory perspective — which is that we should not be practising beyond our scope of practice. Somebody who does not have skills or knowledge to practise in a certain area should not be, on their own, going and doing any kind of clinical service, MAID assessments or otherwise, unless they have received training or have appropriate backup and support. Hopefully

Nous avons appris que, partout au Canada, cette activité sera réalisée par des praticiens ayant des domaines et des niveaux d'expertise très différents. Certains d'entre eux ont des lacunes au chapitre des connaissances et de la formation à l'heure actuelle. Certains travaillent de façon isolée; ils desservent de grandes populations, peut-être seuls. Il pourrait s'agir, comme nous l'avons mentionné, d'infirmiers praticiens ou de médecins de famille. Nombre d'entre eux ne sont certainement pas des spécialistes, et ils feraient face au défi de comprendre s'il y a une certitude médicale entourant un diagnostic précis et si un patient particulier répond aux critères de l'AMM.

Nous convenons que l'accès à la formation appropriée est possible. Vous parlez du modèle qui est en place au Québec. Vous avez même mentionné que cela pourrait devenir un modèle national.

Quel travail déjà en place pourrait permettre l'opérationnalisation d'une disposition qui était peut-être une disposition de temporisation? Cette disposition pourrait permettre de maintenir la santé mentale comme diagnostic dans le projet de loi. Elle chercherait à fournir la bonne formation, le bon cadre, les bonnes normes et le bon accès à la formation appropriée, à fournir une certitude médicale entourant un diagnostic de maladie mentale. Il s'agirait de quelque chose qui rendrait les témoins individuels et d'autres personnes qui ont soulevé des préoccupations dans ce domaine plus confiants, sachant que nous apporterons des mesures de soutien aux praticiens. Elle montrerait que cela peut en fait être opérationnalisé d'une façon sécuritaire et normalisée, prévisible et, dans une certaine mesure, étayée, et que les travailleurs de première ligne qui sont peut-être très isolés dans leur pratique peuvent accéder, au besoin, à une expertise de niveau supérieur.

**Dre Gupta :** Merci, monsieur le sénateur.

**La sénatrice Moodie :** Une approche pansystémique est ce dont je parle.

**Dre Gupta :** C'est un problème intéressant et complexe dans un pays qui possède autant de systèmes de santé différents dirigés par les provinces, de nombreux organismes de réglementation différents et, bien sûr, de nombreux établissements d'enseignement où les gens reçoivent leur affiliation principale.

Le premier principe que je veux communiquer est un principe auquel tous les praticiens adhèrent — nous devons y adhérer sur le plan éthique et aussi du point de vue réglementaire — c'est-à-dire que nous ne devrions pas pratiquer au-delà de notre champ de pratique. Quelqu'un qui ne possède pas les compétences ou les connaissances pour pratiquer dans un certain domaine ne devrait de son côté réaliser aucun type de service clinique, aucune évaluation de l'AMM ou autre, à moins qu'il ait reçu une formation ou soit épaulé ou soutenu d'une façon appropriée. Les gens ne se retrouveraient pas, nous l'espérons, dans une situation

people would not find themselves in a situation of being asked to do something they are not able to do.

I want to say a little bit about Quebec. First, I want to just reiterate that there is nothing in place yet in Quebec for training. It's something that's in our minds that we want to start developing, but it doesn't exist yet.

I want to say something about an interesting development that took place when Quebec's act came into force, which was the leadership that was shown by the regulator. The regulator is a really important actor in this story because all physicians must be members of the regulatory authority, and the regulator has not only regulatory authority but ethical and moral authority.

The regulator actually took it upon itself to develop training materials, a course, mentoring, et cetera. This became a way for physicians to learn, but also know that what they were learning was being approved of and considered appropriate practice.

In this debate there's really a role for FMRAC, whom you've already heard from, and for the provincial regulators to work together through FMRAC to develop standards that are not only good practices but also have that authority behind them, because we all have to belong and we all have to do what is required, and those bodies act in the public interest. It seems to me to be the ideal organization to take on that role.

The last point I want to make in terms of practising on the ground is this, and I see this every day in my own practice. One of the few good things about the pandemic has been the rapid and swift turn to telemedicine. It can't be used for everything. It's not perfect, but it has provided access. It has provided consultation, backup and support to people who could not have accessed specialty consultation, support from colleagues or even simply their appointments before the pandemic. We're just at the beginning of learning how useful a tool this can be, breaking down, finally, some of the real barriers that people in isolated communities or in communities with low staffing can face by taking greater advantage of this technology. It's in place, it's functional, and I think it could serve this particular project quite well.

**The Chair:** There are a number of senators who have questions, but we have a problem. We have to get a change of interpreters because we've been going for a long time today, and the place needs to be sanitized. I'm forced to stop now, but I want to thank you all, senators, for your patience.

où ils se font demander quelque chose qu'ils ne sont pas en mesure de faire.

J'aimerais parler un peu du Québec. D'abord, je veux juste rappeler qu'il n'y a encore rien en place au Québec concernant la formation. C'est quelque chose que nous voulons commencer à mettre au point, mais cela n'existe pas encore.

Je veux parler d'une évolution intéressante qui est survenue lorsque la loi du Québec est entrée en vigueur, c'est-à-dire le leadership dont a fait preuve l'organisme de réglementation. C'est un acteur vraiment important dans cette histoire, parce que tous les médecins doivent être membres de l'ordre, et celui-ci a non seulement le pouvoir réglementaire, mais aussi une autorité éthique et morale.

L'organisme de réglementation a en fait pris l'initiative d'élaborer des documents de formation, un cours, des services de mentorat, et cetera. C'est devenu un moyen pour les médecins d'apprendre, mais aussi de savoir que ce qu'ils apprenaient était approuvé et considéré comme une pratique appropriée.

Dans ce débat, il y a vraiment un rôle à jouer pour la FOMC, dont vous avez déjà entendu parler, et pour les organismes de réglementation provinciaux afin qu'ils collaborent par l'entremise de la FOMC afin d'élaborer des normes qui constituent non seulement de bonnes pratiques, mais sont aussi reconnues par cette autorité, parce que nous devons tous trouver notre place et faire ce qui est exigé, et tous ces organes agissent dans l'intérêt public. Cette organisation me semble idéale pour assumer ce rôle.

Le dernier point que je veux soulever en ce qui concerne la pratique sur le terrain est le suivant, et je vois cela chaque jour dans ma propre pratique. Une des quelques bonnes choses que la pandémie a amenées, c'est l'adoption rapide et prompte de la télémédecine. On ne peut pas l'utiliser pour tout. Ce n'est pas parfait, mais cela a donné un accès. Cela a permis d'offrir des consultations, du renfort et du soutien à des gens qui n'auraient pas pu accéder à une consultation de spécialiste, du soutien de collègues ou même simplement le respect de leur rendez-vous avant la pandémie. Nous commençons à peine à apprendre à quel point cet outil peut être utile, éliminant enfin, certaines des barrières réelles auxquelles les gens dans des collectivités éloignées ou dans des collectivités en manque de personnel peuvent faire face, en les faisant profiter davantage de cette technologie. C'est en place, c'est fonctionnel, et je crois que cela pourrait servir assez bien ce projet particulier.

**La présidente :** Un certain nombre de sénateurs ont des questions, mais nous avons un problème. Nous devons changer les interprètes, parce que cela fait un bon moment que nous avons commencé, et on doit désinfecter la salle. Je dois m'arrêter maintenant, mais je tiens à vous remercier tous, mesdames et messieurs, de votre patience.

[Translation]

Thank you for being here today Dr. Gupta, Mr. Ménard and Mr. Leroux. You have certainly provided a great deal of information. Thank you for the work you are doing and for helping Canadians.

[English]

Minister, thank you very much for making time for us today. We are very much aware that you are probably one of the busiest ministers during this pandemic, and even so you have made time available for us. I want you to know that's not lost on the committee. Thank you very much. With all the challenges you have on your time at the moment, you made time available for us and we appreciate that. Thank you.

Minister, I want to take a few minutes to present to you the members of the committee, and many other senators who are participating. The members of the committee are Deputy Chair Senator Campbell and Deputy Chair Senator Batters; Senator Boisvenu; Senator Carignan, who is the critic of the bill; Senator Cotter; Senator Dalphond; Senator Dupuis; Senator Keating; Senator Kutcher; and Senator Petitclerc, who is the sponsor of the bill. We also have two of our leaders joining us, Senator Gold, who is the government leader in the Senate; and Senator Martin, who is the deputy leader of the Conservative Party. She is also a member of this committee. We also have other senators who are here listening as well: Senator Pate, Senator Moodie, Senator Miville-Dechene and Senator Lankin.

Minister, I know that my colleagues have a lot of questions for you, so I will have you start now and then we will get on with the questions. Thank you, minister.

**Hon. Patty Hajdu, P.C., M.P., Minister of Health, Health Canada:** Thank you very much, senators. Thanks for all of your support and your work during this very difficult time. I just want to say that this is really a time for a Team Canada approach in terms of COVID-19. I appreciate the kind comments.

I am here because I think Bill C-7 is a very important piece of legislation for many Canadians. I wanted to speak a little bit about the bill and share the government's plans and considerations on this important issue that, as we know, touches the lives of so many.

At its core, the September 2019 *Truchon* ruling is about fairness, compassion and respecting the rights of Canadians. In that spirit, the proposed amendments in Bill C-7 go beyond a literal reading of the *Truchon* decision. They would reduce barriers to access and address some procedural requirements in the original legislation that have had the unintended

[Français]

Merci de votre présence aujourd'hui, docteur Gupta, maître Ménard et maître Leroux. Vous nous avez certainement fourni beaucoup d'information. Je vous remercie du travail que vous faites et de contribuer à aider les Canadiens et les Canadiennes.

[Traduction]

Madame la ministre, merci beaucoup d'avoir pris le temps d'être avec nous aujourd'hui. Nous savons très bien que vous êtes probablement une des ministres les plus occupées durant la pandémie, mais malgré tout, vous vous êtes rendue disponible pour nous. Sachez que le comité ne l'oubliera pas. Merci beaucoup. Étant donné tous les défis que vous vivez en ce moment, vous avez pris du temps pour nous, et nous vous en remercions. Merci.

Madame la ministre, je veux prendre quelques minutes pour vous présenter les membres du comité, et de nombreux autres sénateurs qui participent. Les membres du comité sont le sénateur Campbell, vice-président, et la sénatrice Batters, vice-présidente; le sénateur Boisvenu; le sénateur Carignan, critique du projet de loi; le sénateur Cotter; le sénateur Dalphond; la sénatrice Dupuis; la sénatrice Keating; le sénateur Kutcher; et la sénatrice Petitclerc, qui est la marraine du projet de loi. Deux de nos chefs se joignent également à nous, le sénateur Gold, qui est le leader du gouvernement au Sénat; et la sénatrice Martin, qui est la chef adjointe du Parti conservateur. Elle est également membre du comité. D'autres sénateurs nous écoutent aussi : la sénatrice Pate, la sénatrice Moodie, la sénatrice Miville-Dechene et la sénatrice Lankin.

Madame la ministre, je sais que mes collègues ont beaucoup de questions pour vous, donc je vous laisse commencer, puis nous passerons aux questions. Merci, madame la ministre.

**Honorable Patty Hajdu, c.p., députée, ministre de la Santé, Santé Canada :** Je remercie les sénateurs et les sénatrices. Merci à tous de votre soutien et de votre travail durant cette période très difficile. Je veux juste dire que c'est vraiment un moment pour faire front commun en ce qui concerne la COVID-19. Je vous remercie pour les bons commentaires.

Je suis ici parce que je crois que le projet de loi C-7 est un texte de loi très important pour de nombreux Canadiens. J'aimerais parler un peu du projet de loi et vous faire part des projets et des considérations du gouvernement sur cette question importante qui, comme nous le savons, touche la vie d'un si grand nombre de gens.

Essentiellement, la décision *Truchon* de septembre 2019 concerne l'équité, la compassion et le respect des droits des Canadiens. Dans cet esprit, les amendements proposés dans le projet de loi C-7 vont au-delà d'une interprétation littérale de la décision *Truchon*. Ils réduiraient les obstacles à l'accès et tiendraient compte de certaines exigences procédurales dans la

consequences for people nearing the end of their lives. As Minister of Health, it's my firm belief that the changes we have proposed in the MAID bill will expand freedom of choice for people who are suffering intolerably, and for whom there are no treatments or supports acceptable to them that could improve their condition, but for whom death is not foreseeable. At the same time, we want to ensure that our most vulnerable citizens are protected. For that reason, we have strengthened safeguards to protect those individuals while respecting individual autonomy and choice at the core.

Over the course of January and February of this year, the Government of Canada conducted an online survey to ensure that the federal framework on medical assistance in dying was informed by the current views and needs of Canadians. I have to say, the response astounded us. More than 300,000 people completed an online questionnaire on a range of issues related to the expansion of the eligibility requirements and the introduction of possible safeguards. This high level of engagement and response really speaks to the importance of this issue to Canadians.

In addition to the public survey, Ministers Lametti, Qualtrough and I, along with Parliamentary Secretaries Virani and Fisher, held 10 expert round tables in 8 cities across the country to discuss Canada's medical assistance in dying framework. In total, we met with over 125 individuals. This was a diverse group of stakeholders representing a diverse group of expertise and perspectives from the fields of health, law, ethics, social sciences, over 50 health care providers, physicians, nurses, social workers, medical and nursing regulators, and health professional organizations, as well as over 15 individuals who participated on behalf of organizations representing people with disabilities. One of the round tables focused on the views of First Nations people, including Indigenous health professionals who expressed their perspectives on medical assistance in dying. It was a robust consultation process. I have to say, I am deeply grateful for the perspectives shared in those consultations, often deeply personal, often professional and personal, which is why I can state with confidence that the provisions in Bill C-7 reflect the views of Canadians who have been actively engaged with this subject.

Medical assistance in dying, as I'm sure you have heard through your deliberations, is a difficult topic, but also one that sparks heartfelt and thoughtful debate. We really saw that during the discussions in the chamber through the second reading and in the testimony delivered by the witnesses to the Justice and Human Rights Committee. Some people believe that the proposed amendments go too far. Others insist that they don't go

loi originale qui ont eu les conséquences imprévues que l'on sait pour des personnes approchant de la fin de leur vie. En tant que ministre de la Santé, je crois fermement que les changements que nous avons proposés dans le projet de loi sur l'AMM élargiront la liberté de choix pour les personnes qui souffrent de manière intolérable et pour celles pour qui il n'existe aucun traitement ni mesure de soutien acceptable qui pourrait améliorer leur état, mais pour qui la mort n'est pas prévisible. En même temps, nous voulons nous assurer que nos citoyens les plus vulnérables sont protégés. Pour cette raison, nous avons renforcé les mesures de sauvegarde afin de protéger ces personnes tout en respectant l'autonomie et le choix individuels, qui sont au cœur du projet de loi.

En janvier et en février derniers, le gouvernement du Canada a effectué un sondage en ligne pour s'assurer que le cadre fédéral sur l'aide médicale à mourir était guidé par les perceptions et les besoins actuels des Canadiens. Je dois dire que le taux de réponse nous a abasourdis. Plus de 300 000 personnes ont rempli un questionnaire en ligne sur un éventail de questions allant de l'expansion des critères d'admissibilité à l'introduction des mesures de sauvegarde possibles. Ce fort taux de mobilisation et de réponse témoigne vraiment de l'importance de cette question pour les Canadiens.

En plus du sondage public, les ministres Lametti, Qualtrough et moi-même, ainsi que les secrétaires parlementaires Virani et Fisher, ont tenu 10 tables rondes d'experts dans 8 villes de l'ensemble du pays pour discuter du cadre de l'aide médicale à mourir du Canada. Au total, nous avons rencontré plus de 125 personnes. Il s'agissait d'un groupe diversifié d'intervenants représentant un groupe diversifié d'expertises et de points de vue dans les domaines de la santé, du droit, de l'éthique, des sciences sociales, plus de 50 fournisseurs de soins de santé, médecins, infirmières, travailleurs sociaux, ordres de médecins et d'infirmières et organisations professionnelles de la santé, ainsi que plus de 15 personnes ayant participé au nom d'organisations représentant les personnes en situation de handicap. Une des tables rondes s'est concentrée sur le point de vue des peuples des Premières Nations, y compris des professionnels de la santé autochtones qui ont exprimé leur point de vue sur l'aide médicale à mourir. Le processus de consultation a été robuste. Je dois dire que je suis profondément reconnaissante des points de vue échangés dans le cadre de ces consultations, qui étaient souvent très personnels, souvent professionnels et personnels, et c'est pourquoi je peux dire en toute confiance que les dispositions du projet de loi C-7 reflètent le point de vue des Canadiens qui ont été activement consultés sur ce sujet.

L'aide médicale à mourir, comme je suis sûre que vous l'avez entendu dire dans vos délibérations, est un sujet difficile, mais aussi un sujet qui suscite des débats ressentis et réfléchis. Nous l'avons vraiment vu durant les discussions à la Chambre jusqu'à la deuxième lecture et dans les témoignages présentés devant le Comité de la justice et des droits de la personne. Certaines personnes croient que les amendements proposés vont trop loin.

far enough. But the government believes that this bill does present a prudent and measured approach.

Let me first turn to the topic of safeguards, and the rationale behind the one safeguard that we removed and the one safeguard that we adjusted. During the consultation period, we consistently heard from clinicians and patient advocates that the 10-day reflection period was not fulfilling the original intent of protecting vulnerable individuals. Rather, this reflection period served only to prolong suffering for individuals who had already considered their circumstances very carefully, and who had already taken significant time to reflect on their decision long before even formally requesting medical assistance in dying. As a result of these reflections and feedback from Canadians, we have removed this requirement in the case of people whose natural death is reasonably foreseeable.

We also learned that, in some cases, the requirement for two witnesses posed a barrier to access, particularly for individuals in care facilities, who often have social networks that are very limited. The only role of a witness is to confirm the identity of the person signing and dating their requests. Witnesses play no role in determining whether someone is eligible for MAID or whether their decision is voluntary and informed. For this reason, and after careful consideration, we amended this provision to require one witness. We are again confident this change does not pose any additional risk.

We have also introduced a number of new and strengthened safeguards to protect people who are not near the end of their life. There is a widely shared concern that some vulnerable individuals who are not dying may request medical assistance in dying during a moment of weakness, or as a result of direct or indirect pressure they are feeling, or in the aftermath of a catastrophic event that adversely affects their health, their life path and prospects. For people who are not near the end of life, the assessment of a request for medical assistance in dying can be more challenging and require more in-depth consultation. That's why the bill requires a 90-day assessment period.

This means there must be at least 90 days between the day the practitioner begins their assessment and the day on which medical assistance in dying is provided.

This safeguard was added to ensure that enough time is devoted to help a person explore all relevant aspects of their situation without unnecessarily prolonging a person's suffering. This is a minimum period. In some cases, if an individual's

D'autres insistent pour dire qu'ils ne vont pas assez loin. Mais le gouvernement croit que ce projet de loi présente une approche prudente et mesurée.

Tout d'abord, j'aimerais parler du sujet des mesures de protection, et de la justification qui sous-tend l'élimination d'une mesure de protection et la modification d'une autre. Durant la période de consultation, nous avons constamment entendu les cliniciens et les défenseurs des patients dire que la période de réflexion de 10 jours ne respectait pas l'intention originale de protéger les personnes vulnérables. Plutôt, cette période de réflexion servait uniquement à prolonger la souffrance des personnes qui avaient déjà évalué leur situation de façon très attentive et avaient déjà pris beaucoup de temps pour réfléchir à leur décision, bien avant de demander officiellement l'aide médicale à mourir. À la suite de ces réflexions et des commentaires des Canadiens, nous avons éliminé cette exigence dans le cas des personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible.

Nous avons aussi appris que, dans certains cas, l'obligation relative aux deux témoins présentait un obstacle à l'accès, particulièrement pour les personnes dans des établissements de soins, qui ont souvent des réseaux sociaux très limités. Le seul rôle d'un témoin est de confirmer l'identité de la personne qui signe la demande et de la dater. Les témoins ne jouent aucun rôle pour établir si une personne est admissible à l'AMM ou savoir si sa décision est volontaire et éclairée. Pour cette raison, au terme d'une prise en considération attentive, nous avons modifié cette disposition pour exiger la présence d'un témoin. Encore une fois, nous sommes confiants que ce changement ne présente pas de risque supplémentaire.

Nous avons aussi présenté un certain nombre de nouvelles mesures de protection renforcées afin de protéger les gens qui n'approchent pas de la fin de leur vie. Il y a une préoccupation largement répandue que certaines personnes vulnérables qui ne sont pas en train de mourir peuvent demander l'aide médicale à mourir durant un moment de faiblesse ou parce qu'elles ressentent des pressions directes ou indirectes, ou dans la foulée d'un événement catastrophique qui a une influence défavorable sur leur santé, leur trajectoire de vie et leurs perspectives. Pour les personnes qui ne sont pas vers la fin de leur vie, l'évaluation d'une demande d'aide médicale à mourir peut se révéler plus complexe et exiger des consultations plus approfondies. C'est pourquoi le projet de loi prévoit une période d'évaluation de 90 jours.

Cela veut dire qu'il doit se passer au moins 90 jours entre le moment où le praticien commence son évaluation et le jour où l'aide médicale à mourir est fournie.

Cette mesure de protection a été ajoutée afin de prévoir une période suffisante pour aider une personne à explorer tous les aspects pertinents de sa situation sans prolonger inutilement ses souffrances. C'est une période minimum. Dans certains cas, si la

situation is more complex or requires more time, the clinician can take more time, as necessary, to undertake an appropriate assessment.

The bill also includes a requirement that the person requesting medical assistance in dying be informed of available counselling services, mental health and disability support services, other community supports and palliative care, as appropriate to the individual's situation.

Ensuring that a person has been offered and has seriously considered the relevant and available options is essential to their informed consent to MAID, and protects against individuals consenting to MAID due to wrong or missing information about options.

To further strengthen the protections for people who are not at the end of their life, the bill includes a requirement that one of the two MAID assessors would be required to have expertise in the condition that is causing the person's suffering. However, we have heard concerns about access challenges this requirement might pose, especially in rural and remote regions, where the availability of providers with expertise for rare and complex conditions may be limited.

An amendment to this provision has been proposed by the Standing Committee on Justice and Human Rights. In cases where neither of the MAID assessors has the necessary expertise, one of the MAID assessors would be required to consult with another practitioner with that expertise. We believe this is a practical adjustment to the provision that still preserves the intent of the original proposed safeguard, which is to ensure the comprehensive assessment of the person's condition, and consideration of all the relevant measures and supports that might alleviate that person's suffering.

During our consultations, we also heard from individuals, families and health care professionals about situations where an individual nearing the end of life has requested and been found eligible for MAID, but is concerned about losing capacity to consent to MAID before the preferred date of the procedure. That date, of course, reflects their wish to live tolerably for as long as possible. This describes the situation of Audrey Parker, who opted for MAID provision earlier than she would have wanted for fear that her metastatic cancer would cause her to lose capacity to give final consent.

The overwhelming majority of individuals and practitioners consulted on this topic were in favour of permitting what we now refer to in the bill of a waiver of final consent in these situations.

situation d'une personne est plus complexe ou exige plus de temps, le clinicien peut prendre plus de temps, au besoin, pour entreprendre une évaluation appropriée.

Le projet de loi renferme aussi une exigence selon laquelle la personne qui demande l'aide médicale à mourir doit être informée des services de counseling offerts, ainsi que des services de santé mentale et de soutien aux personnes handicapées, d'autres services de soutien communautaire et soins palliatifs, dans le respect de sa situation.

Le fait de s'assurer qu'une personne s'est fait offrir et a sérieusement pris en considération les options pertinentes et disponibles est essentiel à son consentement éclairé à l'AMM et offre une protection contre les personnes qui consentent à l'AMM parce qu'elles ont été mal renseignées au sujet des options ou pas du tout.

Afin de renforcer davantage les protections pour les personnes qui n'en sont pas à la fin de leur vie, le projet de loi comprend une exigence portant qu'un des deux prestataires de l'AMM doit avoir une expertise liée à l'affection qui cause les souffrances de la personne. Cependant, nous avons entendu des préoccupations concernant les difficultés liées à l'accès que cette exigence pourrait poser, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, où la disponibilité des prestataires ayant une expertise dans des affections rares et complexes peut être limitée.

Un amendement de cette disposition a été proposé par le Comité permanent de la justice et des droits de la personne. Dans des cas où aucun des prestataires de l'AMM ne possède l'expertise nécessaire, un de ceux-ci devrait consulter un autre praticien possédant cette expertise. Nous croyons que c'est une modification pratique de la disposition qui préserve toujours l'intention de la mesure de protection proposée originale, soit de veiller à l'évaluation exhaustive de l'état d'une personne et à la prise en considération de l'ensemble des mesures et des soutiens pertinents qui pourraient atténuer les souffrances de cette personne.

Durant nos consultations, nous avons aussi entendu le témoignage de personnes, de familles et de professionnels de la santé au sujet de situations où une personne approchant de la fin de sa vie a demandé l'AMM et y a été jugée admissible, mais craint de perdre la capacité de donner son consentement à l'AMM avant la date choisie pour la procédure. Cette date, bien sûr, reflète son désir de vivre de manière tolérable le plus longtemps possible. Cela décrit la situation d'Audrey Parker, qui a choisi de se prévaloir de l'AMM plus tôt qu'elle l'aurait voulu par crainte que son cancer métastatique l'amène à perdre sa capacité de fournir un consentement final.

L'écrasante majorité des personnes et des praticiens consultés sur ce sujet étaient en faveur de permettre ce que nous désignons maintenant dans le projet de loi comme une renonciation au consentement final dans ces situations.

Some of you might wonder why the waiver of final consent would not also be permitted for persons whose natural death is not reasonably foreseeable. Conceivably, people in this category could also lose the capacity to consent. Experts and stakeholders have raised concerns that allowing the option to waive final consent to persons whose death could be years into the future, could amount to permitting an advance request.

We know that many Canadians believe and indeed want our MAID regime to include an option that allows people to make advance requests for MAID. It was a call repeated over and over in the conversations we had with Canadians and via the feedback we received.

However, the government, on the advice of experts, practitioners and stakeholders, feels that more in-depth examination and consultation is needed before a framework for advanced requests can be developed and implemented. This is why we chose to defer the issue and recommended its examination during the parliamentary review of the MAID legislation.

This is also the route we chose to take with respect to eligibility for medical assistance in dying for those whose sole underlying medical condition is a mental illness. We feel this eligibility in this situation is best discussed when there is more time to consider this complicated situation, all the issues and the evidence.

Let me clear: This was not an easy decision, and it was not taken lightly by the government. It should also not be interpreted to suggest that the government considers suffering from mental illness any less painful than that of physical illnesses. This decision was based on the concerns raised by practitioners, mental health organizations and experts involved in the Council of Canadian Academies' review. The issue will benefit from a more comprehensive review through the broader parliamentary review of the MAID legislation.

On one further point, the exclusion of mental illness does not mean that persons with conditions such as Alzheimer's disease and Parkinson's disease are also excluded from the MAID eligibility. These are neuro-development and neuro-cognitive disorders that are included under the broader term of "mental disorders." Generally, these diseases do not pose the same type of risk, particularly with respect to assessing whether the person's condition is truly irremediable, so they are not automatically excluded. People with these diseases, however,

Certains d'entre vous pourraient se demander pourquoi la renonciation au consentement final ne serait pas non plus autorisée pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. On peut concevoir que les personnes de cette catégorie pourraient aussi perdre la capacité de fournir leur consentement. Des experts et des intervenants ont soulevé des préoccupations selon lesquelles le fait de permettre l'option de renoncer au consentement final pour des personnes dont la mort pourrait survenir des années plus tard pourrait revenir à autoriser une demande anticipée.

Nous savons que de nombreux Canadiens croient et veulent effectivement que notre régime d'AMM inclue une option qui permet aux gens de présenter des demandes anticipées d'AMM. C'est une demande maintes fois répétée durant les conversations que nous avons eues avec des Canadiens et dans les commentaires que nous avons reçus.

Toutefois, le gouvernement, suivant l'avis d'experts, de praticiens et d'intervenants, estime que des consultations et un examen plus approfondis sont nécessaires avant que l'on puisse élaborer et mettre en œuvre un cadre concernant les demandes anticipées. C'est pourquoi nous choisissons de reporter la question et de recommander son examen durant l'examen parlementaire de la loi sur l'AMM.

C'est aussi une voie que nous choisissons de suivre en ce qui a trait à l'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour les personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale. Nous estimons que cette admissibilité dans cette situation est mieux examinée lorsqu'on a plus de temps pour tenir compte de cette situation compliquée, de toutes les questions et des témoignages.

Je veux être claire : ce n'était pas une décision facile, et elle n'a pas été prise à la légère par le gouvernement. On ne devrait pas non plus l'interpréter pour dire que le gouvernement estime que les souffrances causées par une maladie mentale sont moins douloureuses que celles causées par une maladie physique. Cette décision reposait sur les préoccupations soulevées par les praticiens, les organisations de santé mentale et les experts ayant participé à l'examen du Conseil des académies canadiennes. La question bénéficierait d'un examen plus exhaustif mené dans le cadre de l'examen parlementaire élargi de la loi sur l'AMM.

Par rapport à un autre point, l'exclusion de la maladie mentale ne signifie pas que les personnes souffrant d'une affection comme la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson sont également exclues de l'admissibilité à l'AMM. Il s'agit de troubles neurodéveloppementaux et neurocognitifs qui s'inscrivent dans le terme élargi de « troubles mentaux ». Généralement, ces maladies ne présentent pas le même type de risque, particulièrement pour ce qui est d'évaluer si l'état d'une personne est vraiment irrémédiable, afin qu'elle ne soit pas automatiquement exclue. Les personnes aux prises avec ces

still need to meet the eligibility criteria, including having the capacity to consent.

Finally, I have heard the concerns expressed by my honourable colleagues and some stakeholders about people choosing medical assistance in dying in the absence of appropriate supportive care options, such as palliative care. We very much understand how important these resources are in making a truly informed choice. The available evidence does not show, though, that Canadians are choosing MAID because palliative care is not available. In fact, the findings from the first annual report on medical assistance in dying, published this past summer, indicate that the overwhelming majority of people receiving medical assistance in dying have been offered and indeed have received palliative care.

The Government of Canada is committed to improving access to palliative care so people have a change range of options when it comes to end-of-life decisions. To this end, we have made significant investments in health care services, including funding to provinces and territories to help them improve access to home and community care, as well as palliative care. As the Minister of Health, I will continue to work with the provinces and territories, people living with a life-limiting illness and their caregivers, and other stakeholders improve the quality and availability of palliative care.

Knowing that palliative care services are available is critical for people, but we should remember that even the best palliative care may not relieve the full extent of suffering some individuals will face in the latter stages of their life.

Madam Chair, the requirement for a parliamentary review is an integral part of the original MAID legislation. It will provide an opportunity to consider important and complex issues that are not included in Bill C-7, such as the advanced requests for persons newly diagnosed with a condition that could affect their decision-making capacity in the future, eligibility for persons suffering solely from mental illness, and eligible for mature minors. The Government of Canada is committed to conducting a thorough and exhaustive examination of these and other issues through the parliamentary review process.

I will conclude by addressing concerns that the changes contained in Bill C-7 go beyond what is required to respond to the *Truchon* decision. I appreciate this concern; it reflects the deep and abiding care that we as Canadians have for those who are sick and vulnerable, or who may feel diminished by social norms or lack of support. However, as I have outlined in my remarks, our response to *Truchon* speaks, on the one hand, to strengthened protections for newly eligible individuals, those

maladies, toutefois, doivent tout de même satisfaire aux critères d'admissibilité, y compris avoir la capacité de consentir.

Enfin, j'ai entendu les préoccupations exprimées par mes honorables collègues et certains intervenants à propos du fait que des gens choisissent l'aide médicale à mourir en l'absence d'options de soins de soutien appropriées, comme les soins palliatifs. Nous comprenons parfaitement l'importance de ces ressources pour prendre une décision vraiment éclairée. Les données probantes disponibles ne montrent toutefois pas que les Canadiens choisissent l'AMM parce que les soins palliatifs ne sont pas offerts. En fait, les conclusions du premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir, publié l'été dernier, révèlent que l'écrasante majorité des gens qui reçoivent l'aide médicale à mourir se sont vu offrir et ont bel et bien reçu des soins palliatifs.

Le gouvernement du Canada s'engage à améliorer l'accès aux soins palliatifs afin que les gens aient un éventail d'options de rechange quand il s'agit de décisions liées à la fin de vie. À cette fin, nous avons réalisé des investissements importants dans les services de soins de santé, en finançant notamment les provinces et les territoires pour les aider à améliorer l'accès aux soins à domicile et aux soins communautaires, ainsi que les soins palliatifs. En tant que ministre de la Santé, je poursuivrai mon travail avec les provinces et les territoires, les gens aux prises avec une maladie limitant l'espérance de vie et leurs fournisseurs de soins, ainsi qu'avec d'autres intervenants pour améliorer la qualité et la disponibilité des soins palliatifs.

Il est essentiel que les gens sachent que des services de soins palliatifs sont offerts, mais nous devrions nous rappeler que même les meilleurs soins palliatifs peuvent ne pas soulager toute l'étendue des souffrances que certaines personnes subiront plus tard au cours de leur vie.

Madame la présidente, l'exigence concernant un examen parlementaire fait partie intégrante de la loi originale sur l'AMM. Elle sera l'occasion d'examiner des enjeux importants et complexes qui ne figurent pas dans le projet de loi C-7, comme les demandes anticipées pour des personnes qui viennent de recevoir le diagnostic d'une affection qui pourrait influencer leur capacité décisionnelle dans l'avenir, l'admissibilité des personnes souffrant uniquement d'une maladie mentale et l'admissibilité des mineurs matures. Le gouvernement du Canada s'engage à effectuer un examen approfondi et exhaustif de ces enjeux et d'autres enjeux dans le cadre du processus d'examen parlementaire.

Je vais conclure en réagissant aux préoccupations selon lesquelles les changements contenus dans le projet de loi C-7 vont au-delà de ce qui est exigé pour répondre à la décision *Truchon*. Je comprends cette préoccupation; elle reflète la considération profonde et respectueuse que nous, en tant que Canadiens, avons pour les personnes malades et vulnérables, ou qui peuvent se sentir diminuées par les normes sociales ou le manque de soutien. Cependant, comme je l'ai décrit dans mes

who have complex health circumstances in which natural death is not imminent, while also eliminating barriers that have been experienced by those already eligible for MAID; that is, those whose natural death is foreseeable.

Ultimately, the goal is to strike an appropriate balance that sets a high bar in terms of safeguards for the first group while providing some modest relief from the impediments to access for the latter group.

Thank you very much for your time.

**The Chair:** Thank you very much, minister, for your presentation. With you today are Stephen Lucas, Deputy Minister; Abby Hoffman, Senior Policy Advisor; Sharon Harper, Director General of the Strategic Policy Branch; and Karen Kusch, Senior Policy Analyst of the Strategic Policy Branch. I want to thank all of you for also being here today.

Minister, I want to clarify something before I go to questions. For a number of years, Prime Minister Trudeau has said that there will always be gender-based analysis of all legislation. You have a very specific part in this legislation. Minister Lametti has said that he will provide highlights of what I imagine was given by Justice to cabinet on gender-based analysis. May I ask that you also commit to providing the committee with the highlight? I understand you can't give cabinet confidences, but could you please provide highlights of what was collected on gender-based analysis?

**Ms. Hajdu:** I can absolutely remind Minister Lametti of his commitment to this committee. Certainly, it will ensure that his team will work with yours to ensure that you get the access to the high-level gender-based analysis information.

**The Chair:** I'm not worried about him. He will give it to us. I know that. I'm just asking: Did you do a separate gender analysis?

**Ms. Hajdu:** The work was collaborative with all of our agencies, so the memorandum to cabinet that comes on behalf of however many presenting ministers has a gender-based analysis that is done in collaboration with all of our departments.

**The Chair:** The race-based analysis, he also said he will provide highlights to it. I'm not worried. He will. But I was wondering, because of the terrible impact there has been on racialized groups during COVID — and I know you are very much aware of the impact — I was wondering if you did a

commentaires, notre réponse à la décision *Truchon* traite, d'une part, des protections renforcées pour les personnes nouvellement admissibles, celles qui ont un état de santé complexe où la mort naturelle n'est pas imminente, tout en éliminant, d'autre part, les obstacles qui ont été érigés devant les personnes déjà admissibles à l'AMM; c'est-à-dire celles dont la mort naturelle est prévisible.

Enfin, l'objectif est d'atteindre un équilibre approprié qui met la barre haut en ce qui concerne des mesures de protection pour le premier groupe tout en permettant d'aplanir dans une certaine mesure les obstacles à l'accès pour le dernier groupe.

Merci beaucoup de votre temps.

**La présidente :** Merci beaucoup, madame la ministre, de votre exposé. Se joignent à vous aujourd'hui Stephen Lucas, sous-ministre; Abby Hoffman, conseillère principale en politique; Sharon Harper, directrice générale, Direction générale de la politique stratégique; et Karen Kusch, conseillère principale en politiques, Direction générale de la politique stratégique. Je vous remercie tous d'être ici aujourd'hui.

Madame la ministre, j'aimerais clarifier quelque chose avant de passer aux questions. Pendant un certain nombre d'années, le premier ministre Trudeau a dit qu'on fera toujours une analyse sexospécifique de toutes les lois. Vous avez un rôle très précis à l'égard de la loi. Le ministre Lametti a dit qu'il présentera les faits saillants de ce qui, j'imagine, a été fourni au ministère de la Justice par le Cabinet sur une analyse sexospécifique. Puis-je vous demander de vous engager également à fournir au comité les faits saillants? Je crois savoir que vous ne pouvez pas fournir de renseignements confidentiels du Cabinet, mais pourriez-vous s'il vous plaît fournir les faits saillants de ce qui a été recueilli sur l'analyse sexospécifique?

**Mme Hajdu :** Je peux tout à fait rappeler au ministre Lametti son engagement à l'égard du comité. Assurément, cela permettra de veiller à ce que son équipe travaille avec la vôtre afin que vous obteniez l'accès aux renseignements très détaillés de l'analyse sexospécifique.

**La présidente :** Je ne m'inquiète pas pour lui. Il va nous la donner. Je le sais bien. Je vous demande seulement si vous avez fait une analyse sexospécifique distincte.

**Mme Hajdu :** Nous avons travaillé en collaboration avec tous nos organismes, et le mémoire au Cabinet qui est présenté au nom de je ne sais combien de ministres intervenants contient une analyse sexospécifique réalisée en collaboration avec tous nos ministères.

**La présidente :** L'analyse axée sur la race... il a aussi dit qu'il fournira les faits saillants à ce sujet. Je ne m'inquiète pas. Il le fera. Mais je posais la question en raison des répercussions terribles que les groupes racialisés ont connues durant la COVID — et je sais que vous êtes très au courant des répercussions — je me demandais si vous aviez préparé un

separate submission to cabinet on this legislation on racialized groups?

**Ms. Hajdu:** When we present a memorandum to cabinet on behalf of several sponsoring ministers, the work is done collaboratively with all of our departments. Then we present the entire work together as one presenting team, if you will.

**The Chair:** Thank you very much for that clarification. I'm now going to the senators for questions.

**Senator Gold:** Minister, welcome and thank you for being here. Chair, thank you very much for giving me the opportunity to ask a question.

Minister, at the beginning of your remarks you talked about the public consultations that you conducted in early 2020 on all aspects of the bill, but in particular the criteria for eligibility, the process and rules surrounding requests for medical assistance in dying. Given what you heard from the many health experts that you mentioned, amongst others, can you elaborate a little more on the following: Do you believe that the exclusion of mental illness, when it's the sole underlying condition, at least at this time, is appropriate until a more fulsome and comprehensive review of the framework for medical assistance in dying is conducted? Thank you.

**Ms. Hajdu:** Thank you very much, senator. Through the chair, I will say, the group of professionals who administer medical assistance in dying, who do the assessments and work with patients is a very small group in Canada. Secondly, they are truly some of the most thoughtful professionals I have met in my life in terms of the work that they are doing, which is, as you know, so delicate and personal. I have to thank them publicly, first, for agreeing to do that work and making having a choice at the end of a life a reality for so many Canadians. There is a deep appetite for choice at the end of life, by the way, in Canadians. This is the other thing we found through the consultations.

One thing professionals said is that they would be very uncomfortable at this point in time with mental health as the sole condition for requesting and accessing medical assistance in dying, for many of the reasons I outlined in my speech. Depending on the circumstances of the individual, of course, and the particular condition the individual is suffering from, sometimes the desire to end your life is a symptom of a condition that can be treated, and it may not be an irremediable suffering in the case of mental illness. It may be treatable. There was anxiety amongst many practitioners that it would be difficult for them to assess those types of requests without a full and comprehensive understanding of whether or not that condition had received all of the possible treatment to remediate, if you will, the desire to end your life. You can well imagine that.

mémoire au Cabinet distinct sur cette loi concernant les groupes racialisés?

**Mme Hajdu :** Lorsque nous présentons un mémoire au Cabinet au nom de plusieurs ministres parrains, le travail est réalisé conjointement avec tous nos ministères. Puis, nous présentons l'ensemble du travail en tant qu'une seule équipe, si vous le voulez.

**La présidente :** Merci beaucoup pour ces précisions. Je vais maintenant passer aux questions des sénateurs.

**Le sénateur Gold :** Madame la ministre, bienvenue et merci d'être ici. Madame la présidente, merci beaucoup de m'avoir donné la possibilité de poser une question.

Madame la ministre, au début de vos commentaires, vous avez parlé des consultations publiques que vous avez effectuées au début de 2020 sur tous les aspects du projet de loi, mais en particulier les critères d'admissibilité, le processus et les règles entourant les demandes d'aide médicale à mourir. À la lumière de ce que vous avez entendu auprès des nombreux experts en santé dont vous avez parlé, entre autres, pouvez-vous expliquer un peu plus ce qui suit : croyez-vous que l'exclusion de la maladie mentale, lorsqu'il s'agit du seul problème de santé sous-jacent, au moins à l'heure actuelle, est appropriée jusqu'à ce qu'un examen plus complet et exhaustif du cadre de l'aide médicale à mourir soit effectué? Merci.

**Mme Hajdu :** Merci beaucoup, monsieur le sénateur. Par l'entremise de la présidente, je dirai que le groupe de professionnels qui administrent l'aide médicale à mourir, qui font les évaluations et travaillent avec les patients est un très petit groupe au Canada. Ensuite, ce sont vraiment certains des professionnels les plus attentionnés que j'ai rencontrés dans ma vie pour ce qui est du travail qu'ils font, lequel est, comme vous le savez, très délicat et personnel. Je dois les remercier publiquement, d'abord, d'avoir accepté de faire ce travail et de faire du choix à la fin de la vie une réalité pour un très grand nombre de Canadiens. En passant, les Canadiens ont grandement envie d'avoir un choix à la fin de la vie. C'est l'autre chose que nous avons constatée dans le cadre des consultations.

Une chose que les professionnels ont dite, c'est qu'il serait très mal à l'aise à l'heure actuelle si la santé mentale était la seule affection en cause pour demander l'aide médicale à mourir et y accéder, pour nombre des raisons que j'ai exposées dans mon discours. Selon les circonstances de la personne, bien sûr, et l'affection particulière dont souffre la personne, parfois le désir de mettre fin à votre vie est un symptôme d'une affection qui peut être traitée, et il se peut que ce ne soit pas une souffrance irrémédiable dans le cas de la maladie mentale. Cela peut être traitable. De nombreux praticiens ont fait part de leur anxiété à l'égard du fait qu'il serait difficile pour eux d'évaluer ces types de demandes sans comprendre pleinement si cette affection avait fait l'objet de tous les traitements possibles dans le but de

I worked extensively, for example, in the area of mental health and substance use for many years. There are times, believe me, when a person feels at the worst of their illness, when they have lost everything, that there is nothing to live for and yet, with the appropriate treatment and supports, they can feel completely differently within months. That is a remedial condition. That is why we believe this area needs further research, study and expertise to truly understand how we would support people who were requesting MAID, to make sure that it really was in a situation where suffering was irremediable. Practitioners would also have the confidence that they were approving and administering medical assistance in dying in a situation where it truly was irremediable suffering.

**Senator Gold:** Thank you, minister. Thank you for the commitment on behalf of the government to the parliamentary review. As Government Representative in the Senate, I will be raising this with my colleagues in all the groups because I think the Senate has an important role to play. We look forward to playing that role. Thank you, minister. Again, thank you, chair and colleagues.

**The Chair:** Thank you. Senators who have joined us today, forward your name to the clerk and we will try our very best to call upon you as well. I will keep you to four minutes. If there is time, we will go to a second round.

**Senator Martin:** Minister, thank you for your presentation. I have a few questions related to palliative care and the monitoring that the government currently does.

We have seen reports in the media and heard at Justice Committee of people who were requesting MAID, due to lack of access to supports needed for living, including Sean Tagert. I know you addressed that in your speech to a certain extent. We also Minister Qualtrough directly state to the Justice Committee in her remarks that “in some places of our country, it’s easier to access MAID than it is to get a wheelchair.”

So minister, what measures does the federal monitoring system have in place to review and ensure socio-economic factors — including poverty and the lack of basic care supports for living — are not leading to people choosing MAID? It’s my understanding that the only federal monitoring measure being collected to address socio-economic factors is postal code. Is that correct?

remédier, si vous le voulez, au désir de mettre fin à sa vie. Vous pouvez bien l’imaginer.

J’ai longuement travaillé, par exemple, dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie. Croyez-moi, il arrive parfois qu’une personne se sente au pire moment de sa maladie, quand elle a tout perdu, qu’elle n’a plus de raison de vivre et, pourtant, avec le traitement et les mesures de soutien appropriés, elle peut se sentir complètement différente en quelques mois. C’est un problème auquel on peut remédier. C’est pourquoi nous croyons que ce domaine doit faire l’objet d’autres recherches, études et expertises afin que l’on comprenne vraiment comment nous pourrions soutenir les personnes qui demandent l’AMM, de façon à nous assurer qu’il s’agissait vraiment d’une situation où les souffrances étaient irrémédiables. Les praticiens auraient aussi la garantie qu’ils approuvent et administrent l’aide médicale à mourir dans une situation où il s’agissait vraiment de souffrances irrémédiables.

**Le sénateur Gold :** Merci, madame la ministre. Merci de votre engagement au nom du gouvernement à l’égard de l’examen parlementaire. En tant que représentant gouvernemental au Sénat, je soulèverai la question auprès de mes collègues dans tous les groupes, car je crois que le Sénat a un rôle important à jouer. Nous sommes impatients de jouer ce rôle. Merci, madame la ministre. Encore une fois, je vous remercie, madame la présidente et mesdames et messieurs.

**La présidente :** Merci. Pour les sénateurs qui se sont joints à nous aujourd’hui, veuillez envoyer votre nom au greffier, et nous ferons de notre mieux pour vous inviter également. Je vais vous demander de vous limiter à quatre minutes. S’il y a du temps, nous ferons un deuxième tour.

**La sénatrice Martin :** Madame la ministre, merci de votre exposé. J’ai quelques questions liées aux soins palliatifs et à la surveillance que fait actuellement le gouvernement.

Nous avons vu dans les médias des rapports et avons entendu au Comité de la justice des personnes qui ont demandé l’AMM en raison du manque d’accès à des mesures de soutien nécessaires pour vivre, y compris Sean Tagert. Je sais que vous en avez parlé dans votre discours dans une certaine mesure. Nous avons entendu la ministre Qualtrough dire dans ses commentaires au Comité de la justice que « dans certaines régions de notre pays, il est plus facile d’accéder à l’AMM que d’obtenir un fauteuil roulant ».

Madame la ministre, quelles mesures le système de surveillance du gouvernement fédéral a-t-il mises en place pour examiner les facteurs socio-économiques — y compris la pauvreté et le manque de soins élémentaires à la vie — et s’assurer qu’ils n’amènent pas les gens à choisir l’AMM? Je crois comprendre que la seule mesure de surveillance du fédéral pour tenir compte des facteurs socio-économiques consiste à recueillir le code postal. Est-ce exact?

**Ms. Hajdu:** I'm sorry; the question was the only information being collected is postal code?

**Senator Martin:** That the federal monitoring measure to address socio-economic factors is postal code, but what measures does the federal monitoring system have in place right now?

**Ms. Hajdu:** Thank you for the question. There are some misconceptions that we are only collecting postal codes. In fact, we have learned a lot through the data submitted by MAID providers and assessors about their experiences, about the changes that they would like to see and about some of the challenges that people have had accessing MAID. In fact, one of the highlights of the data collection is the challenge in accessing MAID across the country. As I highlighted in my earlier comments, the fact that we have so few practitioners who are willing to do this in the country — it is a choice, by the way, that practitioners have to choose to become MAID assessors and practitioners — means it can be very difficult to access MAID in certain parts of the country.

We have heard the opposite, that this is not an easy service to access, especially for people who are further away from larger cities, for people who are living in rural and remote communities, who have a hard time accessing health care in general.

In terms of the proposals in the legislation, we're proposing that we would actually strengthen collection of data so that we get an even better understanding of the assessments: who has been assessed and chosen not to follow through, for example, including any requests that are not being put in writing; preliminary assessments undertaken by any other health professionals, including nurses who may not be the people that can provide the approval but who are doing some of the preliminary assessment. This will help us get a better sense of the entire picture of medical assistance in dying requests from the very beginning, the conceptualization if you will, of someone exploring this with a health care professional, to people who have explored the approval process and have chosen not to go ahead.

Once the bill is passed, consultations will take place with key stakeholders involved with MAID and MAID reporting, and we can get a better understanding of the full picture. But I will say the data regime that was originally included in the medical assistance in dying has provided us some very valuable insights in terms of — in particular from my perspective — the unequal access to the service itself.

**Mme Hajdu :** Je suis désolée; la question était si la seule information recueillie était le code postal?

**La sénatrice Martin :** Que la mesure de surveillance du fédéral pour tenir compte des facteurs socio-économiques consiste à recueillir le code postal, mais quelles mesures le système de surveillance du gouvernement fédéral a-t-il mises en place en ce moment?

**Mme Hajdu :** Merci de poser la question. Il y a quelques fausses conceptions selon lesquelles nous nous bornons à recueillir des codes postaux. En fait, nous avons beaucoup appris par l'intermédiaire des données fournies par les évaluateurs et les prestataires de l'AMM au sujet de leurs expériences, des changements qu'ils aimeraient voir et de certaines des difficultés que les gens peuvent avoir pour accéder à l'AMM. En fait, un des faits saillants de la collecte de données est la difficulté pour accéder à l'AMM dans l'ensemble du pays. Comme je l'ai mentionné dans mes commentaires précédents, le fait qu'il y ait si peu de praticiens prêts à faire ce travail dans le pays — c'est un choix, en passant, pour les praticiens de choisir de devenir évaluateurs et prestataires de l'AMM — veut dire qu'il est très difficile d'accéder à l'AMM dans certaines régions du pays.

Nous avons entendu le contraire, à savoir que ce n'est pas un service facile d'accès, particulièrement pour les personnes plus éloignées de grandes villes, pour celles qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées, qui ont du mal à accéder aux soins de santé en général.

En ce qui touche les propositions dans la loi, nous proposons de renforcer en réalité la collecte de données, afin que nous puissions encore mieux comprendre les évaluations : qui a fait l'objet d'une évaluation et a choisi de ne pas y donner suite, par exemple, y compris toute demande qui n'est pas présentée par écrit; les évaluations préliminaires entreprises par tout autre professionnel de la santé, y compris les membres du personnel infirmier qui peuvent ne pas être les personnes pouvant fournir l'approbation, mais qui contribuent à une partie de l'évaluation préliminaire. Cela nous aidera à mieux comprendre le portrait global des demandes d'aide médicale à mourir dès le tout début, à conceptualiser si vous voulez, le processus, depuis la personne qui explore cette avenue avec un professionnel de la santé jusqu'aux personnes qui ont exploré le processus d'approbation et ont choisi de ne pas y donner suite.

Une fois que le projet de loi sera adopté, des consultations se tiendront avec des intervenants principaux ayant participé à l'AMM et à la déclaration de l'AMM, et nous pourrions mieux comprendre le portrait global. Mais je dirai que le régime de collecte de données qui figurait originalement dans l'aide médicale à mourir nous a fourni de précieux renseignements en ce qui concerne — de mon point de vue, tout particulièrement — l'accès inégal au service lui-même.

**Senator Martin:** Just on that then, in terms of a person initially asking for MAID, are there stop mechanisms in place? If there is a red flag that perhaps that person has had a lack of access to care and other options? If that information is discovered, what sort of stop mechanisms are there?

I understand MAID reporting is only viewed retrospectively. I'm curious. If someone is on track to receive MAID, how do we measure along the way and ensure that we're giving every opportunity for this person to reflect? Some of the safeguards that are proposed to be removed by Bill C-7 are very concerning as well.

**Ms. Hajdu:** First of all, I'll start with, again, my reflection on the very few practitioners in Canada who are providing medical assistance in dying and the deep thoughtfulness in which they approach their work. This legislation actually strengthens the work that, in many cases, they're doing informally anyway. The thoughtfulness of the practitioners to ensure that the people they are working with have access to services in the community, and fully understand what supports are available, are connecting people to palliative care is indicated by the data that we actually do have on MAID recipients and their access to palliative care. The majority of individuals who received MAID, 82%, were also reported to have received palliative care services.

The legislation strengthens safeguards, especially for those folks who are on the second track without reasonable, foreseeable death in the near future, by ensuring that there is an obligation on the provider to explore all available services, including psychosocial supports for people who are struggling with irremediable suffering, but who are not looking at an immediate death.

I'm comfortable that the legislation actually covers the kinds of concerns that you're having. At the root of it, you are asking if people are fully supported to live the most fulfilling and pain-free lives possible, so that MAID doesn't end up becoming their alternative to a lack of services. That's kind of what I'm hearing in your question.

This legislation actually strengthens the obligation on providers in the cases of people living with irremediable suffering but not a reasonably foreseeable death. It strengthens the obligations on those providers to do a thorough approach to ensuring they understand the supports, that they've been able to access those supports, and that those supports are fully understood by the person who is pursuing medical assistance in dying.

**The Chair:** Senators, I erred. It's not four minutes with the minister, it's five minutes. Sorry.

**La sénatrice Martin :** À ce sujet, pour une personne qui demande initialement l'AMM, y a-t-il des mécanismes de frein en place? Y a-t-il un signal d'alerte révélant que cette personne n'a peut-être pas pu accéder aux soins et à d'autres options? Si cette information est découverte, quel type de mécanisme de frein est en place?

Je sais que la déclaration de l'AMM n'est examinée que de façon rétrospective. Je suis curieuse. Si quelqu'un est en voie de recevoir l'AMM, comment mesurons-nous en cours de route et nous assurons-nous de fournir à cette personne toutes les possibilités de réfléchir? Certaines des mesures de protection que l'on propose d'éliminer du projet de loi C-7 sont également très préoccupantes.

**Mme Hajdu :** Pour commencer, j'aimerais parler une fois de plus de ma réflexion sur les très rares praticiens au Canada qui fournissent l'aide médicale à mourir et la profonde considération avec laquelle ils abordent leur travail. Cette loi renforce en réalité le travail que, dans de nombreux cas, ils font de toute façon officieusement. La considération des praticiens au moment de s'assurer que les personnes auprès de qui ils travaillent ont accès à des services dans la collectivité et comprennent bien les soutiens qui s'offrent d'aiguiller des personnes vers des soins palliatifs ressort dans les données que nous possédons en fait sur les bénéficiaires de l'AMM et leur accès à des soins palliatifs. La majorité des personnes qui ont reçu l'AMM, 82 %, auraient aussi reçu des soins palliatifs.

La loi renforce les mesures de protection, tout particulièrement pour les personnes qui font partie du deuxième volet, c'est-à-dire celles dont la mort n'est ni raisonnable ni prévisible dans l'avenir rapproché, en garantissant qu'il y a une obligation de la part du prestataire d'explorer tous les services offerts, y compris les services psychosociaux pour les personnes qui doivent composer avec des souffrances irrémédiables, mais qui ne recherchent pas une mort immédiate.

Je suis convaincue que la loi tient compte en réalité du type de préoccupations que vous avez. À la base de tout cela, vous demandez si les gens reçoivent toute l'aide nécessaire pour vivre la vie la plus enrichissante et indolore possible, de sorte que l'AMM ne finisse pas par devenir leur solution de rechange à un manque de services. C'est un peu ce que je comprends dans votre question.

La loi renforce en réalité l'obligation pour les prestataires dans le cas de personnes qui vivent avec des souffrances irrémédiables, mais dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Elle renforce les obligations pour ces prestataires d'adopter une approche rigoureuse afin de s'assurer qu'elles comprennent les mesures de soutien, qu'elles ont pu accéder à celles-ci et que ces mesures sont entièrement comprises par la personne qui demande l'aide médicale à mourir.

**La présidente :** Messieurs et mesdames, je me suis trompée. Ce n'est pas quatre minutes avec la ministre, c'est cinq. Désolée.

Senator Martin, your five minutes have elapsed.

We'll now go on to the sponsor of the bill, Senator Petitclerc.

[*Translation*]

**Senator Petitclerc:** Thank you very much, minister, and to your team, for being here with us today.

My first question is about the amendment that was tabled and adopted yesterday. I am well aware of the fact that tomorrow we will be hearing minister Qualtrough, who will speak to us about it.

The amendment was moved by Paul Manly in response to information received from organizations like Inclusion Canada and Inclusion BC. The amendment said that in the exercise of her responsibilities under subsection (3), the Minister of Health shall where appropriate, consult the minister responsible for persons with disabilities.

You mentioned earlier that some groups were worried about the fact that for those whose death is not reasonably foreseeable, it was essential to ensure that they were protected and not put in a vulnerable situation. How do you envisage this amendment in practice? Do you think it will provide additional protection that could make a difference?

[*English*]

**Ms. Hajdu:** Thank you very much, and I appreciate that. At the end of the day, what we're trying to do is strike a very delicate balance.

I do appreciate, Madam Chair, the senator's willingness to sponsor this bill. It's particularly powerful, given her own personal experience because, of course, there are a lot of voices speaking for people with disabilities. There are as many perspectives as there are people living with disabilities. Sometimes that gets a little bit lost in the argument, but it is an important one.

I want to answer your question, but I want to tell you why I feel that it's important that we get this balance right.

One of the most powerful constituents we heard through our stakeholder consultations was Ms. Julia Lamb. You may know her story. This woman has a significant disability. She said: Look, just because I have a disability does not mean that I should not have the right to access medical assistance in dying if I want to.

Madame la sénatrice Martin, vos cinq minutes sont écoulées.

Nous passons maintenant à la marraine du projet de loi, la sénatrice Petitclerc.

[*Français*]

**La sénatrice Petitclerc :** Merci beaucoup, madame la ministre, ainsi qu'à votre équipe, de votre présence parmi nous aujourd'hui.

Ma première question porte sur l'amendement qui a été déposé et adopté hier. Je suis bien consciente du fait que demain nous entendrons la ministre Qualtrough qui nous en parlera.

L'amendement a été proposé par Paul Manly, pour faire suite à des informations reçues de la part d'organisations comme Inclusion Canada et Inclusion BC. L'amendement dit que, dans l'exercice de ses responsabilités au titre du paragraphe (3), le ministre de la Santé consulte, lorsque cela est indiqué, le ministre responsable de la condition des personnes handicapées.

Vous avez mentionné plus tôt que certains groupes s'inquiètent du fait que, en ce qui concerne les individus dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, on ait besoin de s'assurer qu'ils sont protégés et qu'ils ne sont pas placés en situation de vulnérabilité. Comment envisagez-vous cet amendement dans la pratique? Pensez-vous que cela accordera une protection supplémentaire qui fera une différence?

[*Traduction*]

**Mme Hajdu :** Merci beaucoup. Au final, ce que nous essayons de faire, c'est de trouver un équilibre très délicat.

Je suis reconnaissante, madame la présidente, de la volonté de la sénatrice pour parrainer ce projet de loi. C'est particulièrement puissant, compte tenu de sa propre expérience personnelle, parce que, bien sûr, il y a beaucoup de voix qui parlent au nom des personnes en situation de handicap. Il y a autant de points de vue qu'il y a de personnes handicapées. Parfois, on perd un peu cela de vue, mais c'est une considération importante.

Je veux répondre à votre question, mais je veux dire pourquoi j'estime qu'il est important pour nous de parvenir à cet équilibre.

Une des électrices les plus puissantes que nous ayons entendues dans le cadre de nos consultations avec les intervenants était Mme Julia Lamb. Vous connaissez peut-être son histoire. Cette femme a un handicap important. Elle a dit : « Écoutez, ce n'est pas parce que j'ai un handicap que je ne devrais pas avoir le droit d'accéder à l'aide médicale à mourir si je le veux. »

It was very powerful. She said the safeguards have to be right. Obviously we want to make sure that people who are living with disabilities have the full right to inclusion, the full right to dignity, the right to the supports and services that give their life meaning and purpose and full inclusion. But part of that right is also choosing if they want to continue with irremediable pain.

I found that a very important perspective and one that was kind of lost out in the wilderness, if you will, but very important to remember as we're deliberating.

It's important also, though, that we realize that people with disabilities sometimes don't have the same power and autonomy for self-representation, depending on their particular disability, depending on their own socio-economic location, depending on the region of the country they live in. That's why it's important we get this balance right. There is an opportunity to strengthen our work in terms of the supports that we have in place for people with disabilities.

You know that Minister Qualtrough has been doing a lot of that work with advice from you and many others. We have a long road to go for the full inclusion of people living with disabilities, especially those people who are further away from supports and socio-economic inclusion as well. I think what we're trying to do is strike this balance between a paternalistic approach, that can actually decrease people's choice, with the protection for people living with disabilities, especially those most vulnerable ones.

I don't know if that answers your question.

[*Translation*]

**Senator Petitclerc:** Yes. Thank you very much.

**Senator Carignan:** Thank you minister, and I would like to thank your staff members, who answered my questions by providing information about the federal government's funding to the provinces, particularly for palliative care.

I will admit that I was surprised by how little funding the federal government provided for palliative care. To explain some of my personal background to you, I help a palliative care home whose budget is \$1.4 million, and every year, it comes up \$650,000 short. This means that we have to run a fundraising campaign every year for this palliative care home.

I am also interested in the federal government's funding, per bed, and per care home, in each province.

C'était très puissant. Elle a dit que les mesures de protection doivent être les bonnes. Évidemment, nous voulons nous assurer que les gens qui vivent avec un handicap ont pleinement droit à l'inclusion, à la dignité et aux mesures de soutien et aux services qui donnent un sens et un but à leur vie ainsi qu'à une inclusion complète. Le fait de choisir s'ils veulent continuer de vivre des douleurs irrémédiables fait aussi partie de ce choix.

J'ai trouvé que c'était un point de vue très important, qui était comme perdu dans la nature, si vous voulez, mais qu'il est très important de se rappeler dans le cadre de nos délibérations.

Il importe aussi toutefois que nous nous rendions compte du fait que les personnes handicapées n'ont parfois pas le même pouvoir ni la même autonomie en matière d'autoreprésentation, en fonction de leur handicap particulier, ainsi que de leur propre situation socio-économique, selon la région du pays où ils vivent. C'est pourquoi il est important que nous atteignons cet équilibre. Il est possible de renforcer notre travail, et je pense aux mesures de soutien que nous avons en place pour les personnes handicapées.

Vous savez que le ministre Qualtrough a réalisé une bonne partie de ce travail en s'appuyant sur les conseils qu'elle a reçus de vous et de nombreuses autres personnes. Le chemin est long pour atteindre l'inclusion complète des personnes vivant avec un handicap, particulièrement celles qui sont le plus éloignées des mesures de soutien et de l'inclusion socio-économique également. Je crois que ce que nous tentons de faire, c'est de trouver le juste équilibre entre une approche paternaliste, qui peut en réalité réduire les choix d'une personne, et la protection des personnes handicapées, particulièrement les plus vulnérables.

Je ne sais pas si cela répond à votre question.

[*Français*]

**La sénatrice Petitclerc :** Oui. Merci beaucoup.

**Le sénateur Carignan :** Merci, madame la ministre, et merci aux membres de votre personnel qui ont répondu à mes questions en me donnant des informations sur le financement que le gouvernement fédéral accorde aux provinces, particulièrement pour les soins palliatifs.

Je vous avoue que j'ai été surpris par le peu de financement que le gouvernement fédéral accorde aux soins palliatifs. Pour vous faire part de mon expérience personnelle, j'aide une maison de soins palliatifs dont le budget s'élève environ à 1,4 million de dollars, et chaque année il manque 650 000 \$. Donc, chaque année, nous devons faire une campagne de financement pour cette maison de soins palliatifs.

Par ailleurs, je me suis intéressé au financement qu'accorde le gouvernement fédéral par lit, par maison de soins, pour chaque province.

British Columbia receives \$12.8 million from your department, which finances approximately 13% of needs for 74 beds, while the province needs 500 beds. Manitoba receives \$2 million, the equivalent of 12 palliative care beds, while the province needs 140 beds. In Alberta, there is funding of \$8 million, which represents approximately 10% of the required 47 beds.

How can you say that you're helping palliative care homes and that people will have a real option when doctors tell them that they can opt for palliative care, when so few palliative care beds are available and there is so little support from government for palliative care homes? I include the provincial governments, but am mainly addressing the federal government. At the moment, for the home that I support, 53% of refusals are because of a shortage of beds. I would like to hear what you have to say on this matter.

[English]

**Ms. Hajdu:** Thank you very much, senator. First of all, let me just remind you that through Budget 2017, \$6 billion was invested on top of the health care transfers to provinces and territories, specifically to include home and palliative care. Again, I think the federal government continues to step up to provide funding supports to provinces and territories to deliver on their health care responsibilities, including in palliative care. We're going to continue to do that. Of course, you've seen through COVID-19 an unprecedented transfer of money on top of that to ensure the response to the pandemic. I will also say that the provinces and territories have full control of their health care budgets, and they have the decision-making authority to decide how they will allocate monies and in what proportion.

The \$6 billion, as you know, is a pot of money that is distributed to provinces and territories with very little criteria attached in terms of how they will spend it. That is because health care is in the complete jurisdictional authority of provinces and territories. Sometimes we don't like that. As a federal government, we would like to have more control, we would like to have more outcome measurements, but we also respect that provinces and territories have the jurisdictional authority to determine their own priorities, to determine their own funding formulas, and to work within their own health care systems as they see fit and appropriate. At the federal government, our role is to ensure that they have the necessary funds to be able to support and help them in terms of the financial realities of providing that care.

La Colombie-Britannique reçoit 12,8 millions de dollars de la part de votre ministère, somme qui finance environ 13 % des besoins, soit 74 lits, alors que la province aurait besoin de 500 lits. Le Manitoba reçoit 2 millions de dollars, soit l'équivalent de 12 lits en soins palliatifs, alors que les besoins de cette province sont de 140 lits. En Alberta, il s'agit d'un financement d'environ 8 millions de dollars, ce qui correspond environ à 10 % des besoins, soit 47 lits.

Comment pouvez-vous dire que vous aidez les maisons de soins palliatifs et que les gens auront vraiment une option lorsque les médecins leur diront qu'ils peuvent choisir les soins palliatifs, alors qu'il y a si peu de lits en soins palliatifs et si peu de soutien de la part des gouvernements aux maisons de soins palliatifs? J'inclus les gouvernements provinciaux, mais surtout le gouvernement fédéral. À l'heure actuelle, pour la maison que je soutiens, 53 % des refus sont motivés par le manque de lits. J'aimerais vous entendre à ce sujet.

[Traduction]

**Mme Hajdu :** Merci beaucoup, madame la sénatrice. Tout d'abord, j'aimerais juste rappeler que, dans le budget 2017, on a investi 6 milliards de dollars en plus des transferts en soins de santé aux provinces et aux territoires, précisément dans le but d'inclure les soins à domicile et les soins palliatifs. Encore une fois, je crois que le gouvernement fédéral redouble d'efforts pour fournir des mesures de financement aux provinces et aux territoires afin qu'ils puissent s'acquitter de leurs responsabilités en matière de soins de santé, y compris les soins palliatifs. Nous continuerons de faire cela. Bien sûr, vous avez vu dans le cadre de la COVID-19 un transfert sans précédent d'argent en plus des investissements pour réagir à la pandémie. Je dirais aussi que les provinces et les territoires sont entièrement responsables de leurs budgets de soins de santé et ils ont le pouvoir décisionnel pour déterminer comment ils affecteront les sommes et dans quelle mesure.

Les 6 milliards de dollars, comme vous le savez, sont une somme d'argent distribuée aux provinces et aux territoires avec très peu de critères quant à la façon de la dépenser. C'est parce que les soins de santé relèvent entièrement de la compétence des provinces et des territoires. Parfois, nous n'aimons pas cela. En tant que gouvernement fédéral, nous aimerions avoir plus de pouvoir, nous aimerions pouvoir mesurer davantage les résultats, mais nous respectons aussi le fait que les provinces et les territoires possèdent la compétence pour établir leurs propres priorités, leurs propres formules de financement, et travailler au sein de leur propre système de soins de santé selon ce qu'ils jugent pertinent et convenable. Au gouvernement fédéral, notre rôle est de nous assurer qu'ils possèdent les fonds nécessaires pour les soutenir et les aider à faire face aux réalités financières liées à la fourniture de ces soins.

[Translation]

**Senator Carignan:** You are talking about \$6 billion, but that amount does not go towards palliative care.

In Manitoba, it's \$2 million, in Saskatchewan \$5 million, in Alberta \$8 million, in British Columbia \$12 million, New Brunswick \$3 million. These are the numbers from your department. Stop speaking to us about \$6 billion. This is not the amount that goes to palliative care, it's much less than that. So if you truly want to help palliative care and people, establish criteria and sign specific palliative care agreements. This is not currently what happens and the palliative care homes are run by not-for-profit organizations that keep them at arm's-length and are unable to meet demand.

Before offering medical assistance in dying, health professionals need to inform those requesting MAID about available palliative care services, but that's completely unrealistic because they don't exist.

[English]

**Senator Batters:** Minister Hajdu, you received the Champions of Mental Health Awards parliamentary award for your past work. A study from Dr. Scott Kim showed that women are two times more likely than men to request MAID for mental illness alone and to receive it. I'm wondering if your gender-based analysis on Bill C-7 includes that alarming statistic.

This bill does exclude mental illness as a sole condition for MAID eligibility and I'm wondering — I know you spoke briefly about this with Senator Gold, but I would like some more information — as the Minister of Health and as a mental health champion, I want you to explain why you believe this exclusion is important. Minister, I hope you provide a more whole-hearted endorsement of that key provision than Justice Minister Lametti did. He said he hoped that the mental illness exclusion was only temporary.

**Ms. Hajdu:** Thank you very much, senator. I'll say it was an honour to receive that award. It was a surprise to receive that award. It was the first year that I was elected, but it is certainly a reflection of my previous work, which was in the area of substance use and mental health, as well as homelessness. I deeply respect the professionals who work within that sector. They have guided us well in terms of their concerns about the risk of including provisions, at this point in time, for people whose sole condition is mental illness. In fact, their concerns echoed the concerns of, as I mentioned, this dedicated group of MAID providers who said they would be concerned about not

[Français]

**Le sénateur Carignan :** Vous parlez de 6 milliards de dollars, de sommes qui ne sont pas dirigées vers les soins palliatifs.

Au Manitoba, c'est 2 millions de dollars, en Saskatchewan c'est 5 millions de dollars, en Alberta, c'est 8 millions de dollars, en Colombie-Britannique, c'est 12 millions de dollars, au Nouveau-Brunswick, c'est 3 millions de dollars. Ce sont les chiffres de votre ministère. Arrêtez de nous parler de 6 milliards de dollars, il ne s'agit pas de cette somme qui est versée aux soins palliatifs, c'est beaucoup moins que cela. Si vous voulez vraiment aider les soins palliatifs et aider les gens à cet égard, imposez des critères et concluez des ententes précises sur les soins palliatifs. Actuellement, ce n'est pas le cas et les maisons de soins palliatifs sont dirigées par des organismes sans but lucratif qui les tiennent à bout de bras et qui n'arrivent pas à suffire à la demande.

Avant d'offrir l'aide médicale à mourir, les professionnels de la santé doivent informer la personne qui demande l'AMM des services disponibles en soins palliatifs, mais c'est utopique, cela n'existe pas.

[Traduction]

**La sénatrice Batters :** Madame Hajdu, vous avez reçu le Prix parlementaire des champions de la santé mentale pour vos travaux antérieurs. Une étude du Dr Scott Kim a révélé que les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de demander l'AMM pour une maladie mentale seule et de la recevoir. Je me demande si votre analyse sexospécifique dans le projet de loi C-7 renferme cette statistique alarmante.

Le projet de loi exclut la maladie mentale comme seule affection pour l'admissibilité à l'AMM, et je me demande — je sais que vous en avez parlé brièvement avec le sénateur Gold, mais j'aimerais obtenir plus de renseignements — en tant que ministre de la Santé et que championne de la santé mentale, si vous pouviez expliquer pourquoi vous croyez que cette exclusion est importante. Madame la ministre, j'espère que votre appui à l'égard de cette disposition clé est plus enthousiaste que celui du ministre de la Justice Lametti. Il a dit qu'il espérait que l'exclusion visant la santé mentale ne soit que temporaire.

**Mme Hajdu :** Merci beaucoup, madame la sénatrice. Je dirais que c'était un honneur de recevoir ce prix. C'était une surprise de le recevoir. C'était la première fois que j'étais élue, mais cela reflète assurément mon travail antérieur, dans le domaine de la toxicomanie et de la santé mentale, ainsi que de l'itinérance. Je respecte profondément les professionnels qui œuvrent dans ce secteur. Ils nous ont bien guidés en nous faisant part de leurs préoccupations au sujet du risque d'inclure des dispositions, en ce moment-ci, visant les personnes dont la seule affection est la maladie mentale. En fait, leurs préoccupations se font l'écho des préoccupations, comme je l'ai mentionné, de ce groupe dévoué

having a deeper framework or body of research to be able to determine how to assess the desire to die, in particular with conditions where a symptom is sometimes the desire to die.

This is an area where I believe we need further research and further study, and that is exactly what will happen through the parliamentary review. In fact, the Council of Canadian Academies also indicated that it was a very challenging space in order for physicians to assess. I look forward to the ongoing research and the parliamentary review.

**Senator Batters:** Thank you. My second question, Minister Hajdu, your former cabinet colleagues, then-Justice Minister Wilson-Raybould and then-Health Minister Philpott, co-wrote a compelling column about the new Bill C-7 last February. In it they discussed the considerable difference between Bill C-14, which they drafted, and the new Bill C-7. They state:

There is, however, a qualitative and ethical distinction between hastening a death which is already drawing near, and ending a life which is expected to persist. This is no small divide. It is incumbent on lawmakers to consider the implications this may have for clinicians, and their willingness to participate in a more expansive framework for assisted dying.

Now, Ms. Philpott was a physician prior to her political career and she's returned to that profession, giving her a unique vantage point on that issue. Minister Hajdu, as the current Minister of Health, do you recognize the difficult ethical position you are putting many physicians in, given the major expansion of medically assisted death in Bill C-7?

**Ms. Hajdu:** Actually, I think, with all due respect to my former colleagues, the strength of the legislation that we're proposing is actually that it is a choice; that physicians choose to provide this service. In fact, the variety of professionals — and I mean the variety of fields of practice of folks who are providing MAID — was very interesting. We had anesthesiologists, general practitioners, a variety of different experts that chose to become MAID assessors and providers. But, as I said, it is not a volume of physicians. For many physicians who we spoke to this was a deeply personal choice. They had a high degree of compassion for people who are suffering at the end of their lives, and they felt that this was a service that they wanted to be able to provide for those folks.

de prestataires de l'AMM qui ont dit qu'ils seraient préoccupés par l'absence d'un cadre approfondi ou d'un ensemble de recherches permettant de déterminer comment évaluer le désir de mourir, en particulier en présence d'affections dont un symptôme est parfois le désir de mourir.

C'est un domaine dans lequel je crois que nous devons effectuer de plus amples recherches et études, et c'est exactement ce qui sera fait dans le cadre de l'examen parlementaire. De fait, le Conseil des académies canadiennes a aussi mentionné que c'était un domaine très difficile à évaluer pour les médecins. J'attends avec impatience les recherches continues et l'examen parlementaire.

**La sénatrice Batters :** Merci. Ma deuxième question, madame Hajdu, est la suivante : vos anciennes collègues du Cabinet, la ministre de la Justice de l'époque, Mme Wilson-Raybould, puis la ministre de la Santé de l'époque, Mme Philpott, ont coécrit en février dernier un article convaincant au sujet du nouveau projet de loi C-7. Dans cet article, elles ont discuté de la différence considérable entre le projet de loi C-14 qu'elles ont rédigé, et le nouveau projet de loi C-7. Elles affirment ceci :

Cependant, il y a une distinction qualitative et éthique à établir entre le fait de précipiter une mort qui approche déjà à sa fin et de mettre fin à une vie qui devrait se poursuivre. Ce n'est pas un petit écart. Il incombe aux décideurs de tenir compte des répercussions que cela pourrait avoir pour les cliniciens et de leur volonté à participer à un cadre élargi concernant l'aide à mourir.

Bon, Mme Philpott était médecin avant sa carrière politique et elle est retournée à cette profession, ce qui lui donne un point de vue unique sur la question. Madame Hajdu, en tant que ministre de la Santé actuelle, reconnaissez-vous la position éthique difficile dans laquelle vous mettez de nombreux médecins, vu l'élargissement majeur de l'aide médicale à mourir dans le projet de loi C-7?

**Mme Hajdu :** En fait, je crois, avec tout le respect que je dois à mes anciennes collègues, que la force du projet de loi que nous proposons tient en réalité au fait qu'il s'agit d'un choix; les médecins choisissent de fournir ce service. En fait, l'éventail de professionnels — et je veux dire l'éventail des domaines de pratique des gens qui fournissent l'AMM — était très intéressant. Nous avions des anesthésistes, des généralistes, un éventail d'experts différents qui ont choisi de devenir évaluateurs et prestataires d'AMM. Mais, comme je l'ai dit, ce n'est pas un grand volume de médecins. Pour de nombreux médecins à qui nous avons parlé, il s'agissait d'un choix essentiellement personnel. Ils ressentaient beaucoup de compassion pour les gens qui souffrent à la fin de leur vie et estimaient qu'il s'agissait d'un service qu'ils voulaient être en mesure de fournir à ces personnes.

During those consultations, in fact, they said that many of them were looking forward to being able to help folks who are suffering from irremediable pain, but not immediately facing death. They found that sometimes the restrictions were very narrow, and they also found it difficult sometimes to draw the line about when a death was reasonably foreseeable or not. They felt very strongly that there needed to be changes to the legislation that reflected compassion, especially for example, with the safeguards that we're proposing to change.

I am grateful to those practitioners who have been doing this for four years now, who have been doing it thoughtfully, compassionately, in circumstances sometimes where they are really the closest person to that person who is suffering. I thank them for sharing those very personal experiences with us.

**Senator Dalphond:** Minister, your presentation made it very clear that, further to the judgment of the Quebec Superior Court, the government decided not to appeal the decisions but to instead implement the judgment and even go a bit further than the judgment. One of these changes is really to have a two-track system. You're excluding from the second track those suffering from mental illness. We have heard many legal and psychiatric expert witnesses who find this exclusion challengeable, and most likely to be challenged. Also, they find it sends a signal to those suffering from mental illness that they don't have the same access to full inclusion and equality to the rights provided to those suffering from other types of illness.

One option being discussed — and I wanted to have your reaction to it — would be to remove the exclusion from the bill, but with regard to mental illness, the provisions will not come into effect until one year from the passing of the law, in order for the psychiatrists and all those experts to come up with the proper uniform guidelines across Canada, in order to make sure the right is accessible, with the proper safeguards.

What do you think of that?

**Ms. Hajdu:** Thank you, senator. I understand there are folks on both sides of the issue of including the sole condition of suffering from a mental illness. I fully understand how passionate both sides are and how complicated it is.

I will just say this: I think the timing of the legislation needs to come into effect. The court has given us, as you know, an extension to come into coherence with the Quebec ruling, and I believe there will be an opportunity to study the issue of mental illness as a sole criterion. That study needs to happen. There has to be some research and analysis to support practitioners who

Durant ces consultations, en fait, ils ont dit être nombreux à être impatients de pouvoir aider des gens qui souffrent de douleurs irrémédiables, mais dont la mort n'est pas immédiate. Ils ont constaté que, parfois, les restrictions étaient trop strictes, mais ils ont aussi trouvé parfois difficile de tracer la ligne par rapport au fait de savoir quand une mort était raisonnablement prévisible ou non. Ils étaient fermement convaincus qu'il était nécessaire d'apporter des changements à la loi qui reflètent la compassion, particulièrement, par exemple, dans les mesures de protection que nous proposons de changer.

Je remercie ces praticiens qui font ce travail depuis maintenant quatre ans, qui l'ont fait de manière réfléchie, avec compassion, dans des circonstances où, parfois, ils sont vraiment la personne la plus proche de celle qui souffre. Je les remercie de nous avoir fait part de ces expériences très personnelles.

**Le sénateur Dalphond :** Madame la ministre, dans votre exposé, vous avez dit très clairement que, à la suite du jugement de la Cour supérieure du Québec, le gouvernement a décidé de ne pas porter en appel les décisions, mais plutôt de mettre en œuvre le jugement, et même d'aller un peu plus loin que celui-ci. Un de ces changements consiste vraiment à créer un système à deux volets. Vous excluez du deuxième volet ceux qui souffrent d'une maladie mentale. Nous avons entendu de nombreux témoins experts dans le domaine juridique et psychiatrique dire que cette exclusion leur semble contestable, et la plus susceptible d'être contestée. De plus, ils jugent qu'elle envoie un signal à ceux qui souffrent d'une maladie mentale, à savoir qu'ils n'ont pas le même accès à l'inclusion totale et à l'égalité des droits que ceux qui souffrent d'autres types de maladie.

Une option envisagée — et j'aimerais avoir votre réaction par rapport à celle-ci — serait d'éliminer l'exclusion du projet de loi, mais en ce qui concerne la maladie mentale, les dispositions n'entreront en vigueur qu'un an après l'adoption de la loi, afin que les psychiatres et ces experts puissent élaborer les lignes directrices uniformes appropriées dans l'ensemble du Canada, afin de s'assurer que le droit est accessible, tout comme les bonnes mesures de protection.

Qu'en pensez-vous?

**Mme Hajdu :** Merci, sénateur. Selon ce que je comprends, il se trouve des gens des deux côtés en ce qui a trait à la question de l'inclusion de la maladie mentale comme seule affection provoquant des souffrances. Je comprends tout à fait la passion qui anime les deux camps et la complexité de tout cela.

Je vais juste dire ceci : je crois que le moment choisi pour présenter la mesure législative doit entrer en ligne de compte. Comme vous le savez, la Cour nous a accordé une prolongation pour nous aligner sur la décision du Québec, et je crois qu'il sera possible d'étudier la question de la maladie mentale comme critère unique. Cette étude doit se faire. Il doit y avoir des recherches et des analyses pour soutenir les praticiens qui

might eventually be responding to requests in those circumstances.

As I said, when we did the consultations and, in particular, when we spoke to the MAID assessors and providers, this was an area where they felt some discomfort — in fact, in some cases, deep discomfort — largely because of the coexistence of some of the symptoms of mental illness being the profound desire to die.

Practitioners, before everything else, do not want to end a life prematurely. They really want to be sure this is a choice the person is making freely and not as a result of a particular symptomatology of their illness. They spend a lot of time trying to understand the patient's request in normal circumstances with the current legislation.

It is a deep relationship, as I said, that they develop, in some cases not only with the person who is receiving the service but the family or friends around that person.

We need to respect those practitioners who have said that this is a very difficult and personal job they do for Canadians, and that they would like to have more clarity and more certainty when they're doing even more complex assessments, for example, in the case of a person who is suffering with mental illness and has a deep desire to die.

**Senator Dalphond:** Thank you.

[*Translation*]

**Senator Dupuis:** Thank you minister, for being here with us today. You said at the beginning of your presentation that Bill C-7 went beyond the *Truchon* decision. It may well go beyond the *Truchon* decision, but only in the sense that it runs counter to the *Truchon* decision.

The *Truchon* decision, as you know, removed the reasonably foreseeable death requirement. The medical authorities that regulate the behaviour and position of medical practices in Canada told us yesterday and today that it was a vague, ambiguous concept that was impossible to implement.

You spoke about the Canadian Association of MAID Assessors and Providers, The people who administer medical assistance in dying, who told us clearly two days ago that there was no consensus among them with respect to the addition of an exclusion for mental illness only in the bill.

There was even recognition of the fact that there is now a possibility, if you are at the end of life, of obtaining medical assistance in dying if you have a mental illness.

pourraient finir par répondre à des demandes dans ces circonstances.

Comme je l'ai dit, lorsque nous avons mené les consultations et, en particulier, lorsque nous avons parlé aux évaluateurs et prestataires de l'AMM, c'était un domaine dans lequel ils ressentaient un certain inconfort — en fait, dans certains cas, un inconfort profond — principalement en raison de la coexistence de certains des symptômes de la maladie mentale avec un profond désir de mourir.

Avant toute chose, les praticiens ne veulent pas mettre fin à une vie de manière prématurée. Ils veulent vraiment s'assurer que c'est un choix que la personne fait librement et non pas le résultat d'une symptomatologie particulière de sa maladie. Ils passent beaucoup de temps à tenter de comprendre la demande du patient dans des circonstances normales dans le cadre de la loi actuelle.

Comme je l'ai dit, c'est une relation profonde qu'ils tissent, dans certains cas, non seulement avec la personne qui reçoit le service, mais avec la famille ou les amis de cette personne.

Nous devons respecter ces praticiens qui ont dit que c'est un travail très difficile et personnel qu'ils font pour les Canadiens et qu'ils aimeraient avoir plus de clarté et de certitude lorsqu'ils font des évaluations encore plus complexes, par exemple, dans le cas d'une personne qui souffre d'une maladie mentale ayant un profond désir de mourir.

**Le sénateur Dalphond :** Merci.

[*Français*]

**La sénatrice Dupuis :** Madame la ministre, merci d'être avec nous aujourd'hui. Vous avez dit, au début de votre présentation, que le projet de loi C-7 va au-delà de la décision *Truchon*. Peut-être va-t-il au-delà de la décision *Truchon*, mais il va certainement à l'encontre de la décision *Truchon*.

La décision *Truchon*, comme vous le savez, a éliminé l'exigence de la mort raisonnablement prévisible. Les ordres de médecins qui réglementent le comportement et l'attitude des pratiques médicales au Canada nous ont dit, hier et aujourd'hui, que c'était un concept vague, ambigu et impossible à mettre en œuvre.

Vous avez parlé de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, donc ceux qui administrent l'aide médicale à mourir, qui nous ont dit clairement il y a deux jours qu'il n'y avait pas de consensus entre eux sur l'ajout d'une exclusion relative à la maladie mentale uniquement dans le projet de loi.

On reconnaît même qu'il y a présentement une possibilité, si vous êtes en fin de vie, d'obtenir l'aide médicale à mourir si vous souffrez une maladie mentale.

If there is no consensus among doctors, why are you, as the government, choosing to remove the possibility of protecting the exercise of a constitutional right? Would not compassion require instead that we facilitate the exercise of this constitutional right, which has been recognized and which is being jeopardized by Bill C-7?

[English]

**Ms. Hajdu:** Thank you, senator.

First of all, in the case of end of life, that is a very clear parameter. A person's life is ending. They can choose medical assistance in dying. It is a very clear circumstance for physicians. In fact, assessors said they were very comfortable with that process. When the death of the patient was reasonably foreseeable, with or without mental illness, that person has a pathway to medical assistance in dying that is one with which practitioners are familiar.

What we're talking about, though, is when a death is not reasonably foreseeable and when the sole condition is one of mental illness. Of course, in those circumstances, what we heard again from practitioners is that there is concern, given that some mental illness conditions present with symptomatology that involves wishing to end one's life as a symptom of that mental illness, which is in fact treatable. Stakeholders with whom we consulted said this required more study; they would feel more comfortable in a circumstance where they were making those kinds of assessments with understanding, in a more robust way, the research around this and how to deal with the requests in a way that would not hasten someone's death who — with appropriate treatment and care — their suffering is remediable.

Don't forget that this is a bill about ending irremediable suffering, and that is at the root of the concern of the practitioners with whom spoke. In those cases where a person has a mental illness and the symptom is that they want to end their life, and that suffering is remedial, practitioners had reluctance to provide medical assistance in dying. That's why we've excluded it for the time being, as we believe it is an important area of study for the parliamentary review and for the ongoing research in that area.

[Translation]

**Senator Dupuis:** You're talking about the review of the act, which should have begun in June 2020, and I think it's safe to acknowledge that the COVID-19 crisis has greatly changed things. However, if you reintroduce the concept of reasonably foreseeable death into a bill, that's not a point we could easily begin to address again on the pretext that we are reviewing the act. Would you be prepared to agree to a formula, and in particular to a start date, for this review?

S'il n'y a pas de consensus chez les médecins, pourquoi faites-vous le choix, en tant que gouvernement, de supprimer la possibilité d'assurer l'exercice d'un droit constitutionnel? Est-ce que la compassion n'exigerait pas, au contraire, que l'on facilite l'exercice de ce droit constitutionnel, qui a été reconnu et qui est compromis par le projet de loi C-7?

[Traduction]

**Mme Hajdu :** Merci, sénatrice.

Tout d'abord, dans le cas de la fin de vie, c'est un paramètre très clair. La vie d'une personne se termine. Elle peut choisir l'aide médicale à mourir. C'est une circonstance très claire pour les médecins. De fait, les évaluateurs ont dit qu'ils étaient très à l'aise avec ce processus. Lorsque la mort du patient était raisonnablement prévisible, avec ou sans maladie mentale, cette personne a une voie d'accès à l'aide médicale à mourir que les praticiens connaissent bien.

Or, ce dont nous parlons, c'est d'une situation où la mort n'est pas raisonnablement prévisible et où la seule affection est la maladie mentale. Bien sûr, dans ces circonstances, nous avons encore une fois entendu les praticiens dire qu'ils sont préoccupés, vu que certaines maladies mentales présentent des symptômes dont fait partie le désir de mettre fin à sa vie, qui est en fait traitable. Les intervenants que nous avons consultés ont dit que cela devait faire l'objet de plus d'études; ils se sentiraient plus à l'aise dans un contexte où ils peuvent faire ces types d'évaluations en comprenant, de façon plus claire, les recherches à ce sujet et la façon de traiter les demandes sans précipiter le décès d'une personne qui — avec le traitement et les soins appropriés — pourrait remédier à ses souffrances.

N'oubliez pas que ce projet de loi concerne le fait de mettre fin à des souffrances irrémédiables, ce qui est au cœur de la préoccupation des praticiens avec qui nous avons parlé. Dans ces cas, lorsqu'une personne souffre d'une maladie mentale et que le symptôme est qu'elle veut mettre fin à sa vie, et que les souffrances peuvent être soulagées, les praticiens étaient réticents à fournir l'aide médicale à mourir. C'est pourquoi nous avons exclu la question pour le moment, car nous croyons que c'est un domaine d'étude important pour l'examen parlementaire et pour les recherches continues dans ce domaine.

[Français]

**La sénatrice Dupuis :** Vous parlez de la révision de la loi, qui aurait dû commencer en juin 2020, et je pense qu'on est en mesure de reconnaître que la crise de la COVID-19 a beaucoup changé les choses. Cependant, si vous inscrivez de nouveau dans un projet de loi le concept de la mort raisonnablement prévisible, ce n'est pas un point sur lequel on pourra facilement revenir sous prétexte qu'on révisé la loi. Seriez-vous prête à vous engager à ce qu'il y ait une formule, mais surtout une date de début pour cette révision?

[English]

**Ms. Hajdu:** Thank you very much, senator.

Parliament determines the date and timing of their specific reviews, and I can't, as a minister, dictate to Parliament when that review will begin. But we will fully participate when the review commences.

[Translation]

**Senator Boisvenu:** Welcome to the Senate, minister. We are, here today in 2020, doing approximately the same work that we did in 2016 on medical assistance in dying. At the time, we had advised the ministers of justice and health that, without any amendments, Bill C-14 would be challenged and that we would have to redo everything again. At the time, the ministers were somewhat receptive to our contribution.

Minister, many witnesses made the same comment about Bill C-7, namely that without any serious amendments, it would be challenged in the courts. In 2020, will your government be prepared to listen to the Senate recommendations about making Bill C-7 consistent with the Supreme Court decision, or will the next government have to redo its homework in a few years?

[English]

**Ms. Hajdu:** Thank you, senator. Through Madam Chair, I will just say this: I think this is an important journey for Canada, one that we can't take lightly. When I reflect on the process of Bill C-14, it was important to begin cautiously. It was important to take our time to provide for safeguards, especially since Canada had never used medical assistance in dying before. We had never asked practitioners to perform medical assistance in dying, and Canadians had never accessed it in Canada.

After a number of years of access to MAID, through Bill C-14 and the regulations that arose from the bill, and through the consultations that we held last January and February, it became clear that there were aspects of the legislation that needed adjustment to better support Canadians in their requests, to better support —

[Translation]

**Senator Boisvenu:** Minister, allow me to interrupt to ask a second question, because time is getting short. I asked the stakeholders a question about reducing the waiting period for patients losing their cognitive abilities, and the absence of a legislative framework to guide health professionals. The initial reaction from them was a long silence, which is rather

[Traduction]

**Mme Hajdu :** Merci beaucoup, sénatrice.

Le Parlement détermine la date et le moment de ses examens particuliers, et je ne peux pas, en tant que ministre, dicter au Parlement à quel moment cet examen commencera. Mais nous participerons activement lorsque l'examen commencera.

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Bienvenue au Sénat, madame la ministre. Nous réalisons aujourd'hui, en 2020, à peu près le même travail que nous avons réalisé en 2016 concernant l'aide médicale à mourir. À l'époque, nous avons avisé notamment les ministres de la Justice et de la Santé que, sans amendements, le projet de loi C-14 serait contesté et que nous devrions refaire nos devoirs. Ces ministres avaient, à l'époque, démontré une certaine sympathie à l'égard de notre contribution.

Madame la ministre, de nombreux témoins ont fait le même commentaire concernant le projet de loi C-7, soit que, sans amendements fondamentaux, il sera contesté auprès des tribunaux. En 2020, votre gouvernement sera-t-il à l'écoute des recommandations du Sénat, afin que le projet de loi C-7 soit conforme à la décision de la Cour suprême, ou le prochain gouvernement devra-t-il refaire ses devoirs dans quelques années?

[Traduction]

**Mme Hajdu :** Merci, sénateur. Par l'entremise de madame la présidente, je dirai juste ceci : je crois que c'est un cheminement important pour le Canada, que nous ne pouvons pas prendre à la légère. Quand je réfléchis au processus du projet de loi C-14... il était important de l'amorcer prudemment. C'était important de prendre notre temps pour fournir des mesures de protection, particulièrement à la lumière du fait que le Canada n'a jamais utilisé l'aide médicale à mourir auparavant. Nous n'avions jamais demandé aux praticiens d'offrir l'aide médicale à mourir, et les Canadiens n'y avaient jamais accédé au Canada.

Après un certain nombre d'années d'accès à l'AMM, par l'intermédiaire du projet de loi C-14 et des règlements qui ont découlé du projet de loi, et grâce aux consultations que nous avons tenues en janvier et en février derniers, il est devenu clair que ces aspects de la loi devaient être modifiés afin que l'on puisse mieux soutenir les Canadiens dans leurs demandes, mieux soutenir...

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Madame la ministre, permettez-moi de vous interrompre pour vous poser une deuxième question, parce que le temps file. J'ai posé une question aux intervenants à propos de la réduction des délais dans le cas d'un patient qui perd ses capacités cognitives et de l'absence d'un cadre législatif pour guider ces professionnels de la santé. J'ai obtenu, comme

worrisome. Do you plan to add details to the current bill to guide professionals in their decision-making about shortening the medical assistance in dying waiting period for people losing their cognitive abilities?

[English]

**Ms. Hajdu:** I'm not certain about the circumstance that you're speaking about, but a person has to be fully informed when they are requesting MAID and assessed to be competent to make that decision, so a person who was unconscious could not —

[Translation]

**Senator Boisvenu:** Minister, according to the bill, if patients are losing their cognitive abilities, the waiting periods may be shortened. I asked health professionals whether they had established criteria to try and reduce these waiting periods. The answer I received was a long silence. It's rather worrisome to find that professionals don't have a proper framework for reducing the waiting period.

[English]

**Ms. Hajdu:** Senator, through the chair, the professionals work with the regulatory bodies once the law has passed to ensure that there is appropriate training and support for professionals who are providing medical assistance in dying. Let me be clear: No professional would administer medical assistance in dying if the person had not requested, been approved for and agreed upon a date on which to receive it should they lose consciousness.

[Translation]

**Senator Boisvenu:** Thank you, minister.

[English]

**Senator Keating:** Thank you very much, minister, to you and your staff for being here. We all recognize that this has been, at least so far, a very difficult process for everybody.

Earlier in the week, minister, I met with a MAID provider from my province, New Brunswick. They have a committee on MAID in the province, which is a good thing, but one thing I was told was that there's a significant difficulty in access with respect to the expansion of what will be covered by MAID, because there are very few specialists in the province. The case that they were faced with concerns a person who suffers from a severe neurological disease, whom they had no doubt would

première réaction, un long silence de leur part, ce qui est assez inquiétant. Comptez-vous apporter des précisions au projet de loi actuel afin de guider les professionnels pour qu'ils puissent prendre des décisions relativement à la réduction des délais dans l'obtention de l'aide médicale à mourir, pour quelqu'un qui est en voie de perdre ses capacités cognitives?

[Traduction]

**Mme Hajdu :** Je ne suis pas certaine de la circonstance dont vous parlez, mais une personne doit être pleinement informée lorsqu'elle demande l'AMM, faire l'objet d'une évaluation et être jugée apte à prendre cette décision, donc une personne qui était inconsciente ne pourrait pas...

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Madame la ministre, conformément au projet de loi, si le patient est en voie de perdre ses capacités cognitives, les délais peuvent être raccourcis. J'ai demandé aux professionnels de la santé s'ils avaient établi des critères pour essayer de réduire ces délais. La réponse que j'ai obtenue, c'est un long silence. C'est assez inquiétant si les professionnels n'ont pas de cadre pour bien gérer la réduction des délais dans ces cas-là.

[Traduction]

**Mme Hajdu :** Sénateur, par l'entremise de la présidente, les professionnels travaillent avec les organismes de réglementation une fois que la loi est adoptée pour s'assurer que les professionnels qui fournissent l'aide médicale à mourir reçoivent la formation et le soutien nécessaires. Je veux être claire : aucun professionnel n'administrerait l'aide médicale à mourir si la personne n'a pas demandé à la recevoir, n'a pas reçu une approbation pour l'AMM ou n'a pas convenu d'une date à laquelle la recevoir si elle perdait conscience.

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Je vous remercie, madame.

[Traduction]

**La sénatrice Keating :** Je vous remercie beaucoup, madame la ministre, ainsi que vos employés d'être ici. Nous reconnaissons tous que ce processus a été très difficile pour tout le monde, au moins jusqu'ici.

Plus tôt au courant de la semaine, madame la ministre, j'ai rencontré un prestataire d'AMM de ma province, le Nouveau-Brunswick. Il y a un comité sur l'AMM dans la province, ce qui est une bonne chose, mais une chose qu'on m'a dite, c'est qu'il y a une grande difficulté au chapitre de l'accès en ce qui concerne l'élargissement de ce qui sera englobé par l'AMM, parce que la province compte très peu de spécialistes. Le cas auquel ils étaient exposés concerne une personne qui souffre d'une maladie neurologique grave, pour laquelle ils n'avaient aucun doute

qualify for MAID, but some of them had never heard of the disease and they had no specialist.

I want to note that the second amendment provided to us by the House — that requires medical practitioners and nurse practitioners to seek the opinion of a specialist if the condition is in an area where they have no specialty — is really most unfortunate. Now I have to go back and tell this MAID provider that their concern with respect to access has been bolstered by this provision.

I'm from a province that has the highest rate of cancer death in the country. Despite that, although we have some very good oncologists in many areas, we don't have specialized oncologists in certain of the cancers that affect people. I just wanted to say this is most unfortunate. It may work in Toronto, Montreal and Vancouver, but it doesn't take into account the very special nature of the smaller jurisdictions and provinces, or even territories. I can't imagine how this would work in the northern areas of the province and in Indigenous communities.

This brings me to my question, which branches off of the issue of access. Although I recognize that the delivery of health services is provincial jurisdiction, I draw the line at the province's exclusive responsibility where it deals with the delivery of a constitutionally recognized right. My question is simple: The bill already asks the provinces to provide numbers with respect to MAID, so why can't the federal government in this bill also have a provision, at a minimum, that would require the provinces to report on their plan for MAID delivery? Thank you.

**Ms. Hajdu:** Thank you very much. The importance of robust data collection is at the root of your question, so we can truly understand who is accessing medical assistance in dying, who is making the request and who does not complete that request — maybe for a variety of different reasons. Some include requests that haven't been put in writing, conversations that people have had, oral conversations, and preliminary assessments taken by other health professionals such as nurses. This will give us that better and clearer understanding of who is requesting medical assistance in dying. It will get at some of those challenges that you're highlighting in the nature of your question, which is: Are there are barriers to receiving medical assistance in dying in rural and remote communities that may not be faced by people in more urban centres with a wider variety of practitioners?

qu'elle serait admissible à l'AMM, mais certains d'entre eux n'avaient jamais entendu parler de la maladie et ils n'avaient aucun spécialiste.

Je tiens à souligner que le deuxième amendement qui nous a été fourni par la Chambre — qui oblige les médecins praticiens et les infirmiers praticiens à demander l'avis d'un spécialiste si l'affection fait partie d'un domaine dans lequel ils n'ont aucune spécialité — est vraiment très malheureux. Je dois maintenant retourner voir le prestataire de l'AMM et lui dire que sa préoccupation concernant l'accès a été renforcée par cette disposition.

Je viens d'une province qui compte le taux de décès par le cancer le plus élevé au pays. Malgré tout, même si nous comptons quelques très bons oncologues dans de nombreuses régions, nous n'avons pas d'oncologues spécialisés pour certains des cancers qui affectent les gens. Je voulais juste dire que c'est très malheureux. Cela peut fonctionner à Toronto, à Montréal et à Vancouver, mais cela ne tient pas compte de la nature très spéciale des petites administrations et provinces, voire des territoires. Je ne peux imaginer comment cela fonctionnerait dans les régions nordiques de la province et dans les collectivités autochtones.

Cela m'amène à ma question, qui se rattache à la question de l'accès. Même si je reconnais que la prestation de services de santé relève de la compétence provinciale, je n'admets pas la responsabilité exclusive de la province lorsqu'il s'agit de la fourniture d'un droit reconnu par la Constitution. Ma question est simple : le projet de loi demande déjà aux provinces de fournir des chiffres relativement à l'AMM, donc pourquoi le gouvernement fédéral ne peut-il pas intégrer dans ce projet de loi, à tout le moins, une disposition qui obligerait les provinces à rendre compte de leur plan concernant la prestation de l'AMM? Merci.

**Mme Hajdu :** Merci beaucoup. L'importance d'une collecte de données robustes est au cœur de votre question, et nous pouvons donc vraiment comprendre qui accède à l'aide médicale à mourir, qui présente la demande et qui ne remplit pas cette demande — peut-être pour un éventail de raisons différentes. Il y a parfois des demandes qui n'ont pas été couchées par écrit, des conversations que des gens ont eues, de vive voix, et des évaluations préliminaires faites par d'autres professionnels de la santé, comme des infirmières et infirmiers. Cela nous donnera une compréhension meilleure et plus claire des personnes qui demandent l'aide médicale à mourir. Cela touchera certaines des difficultés que vous faites ressortir dans la nature de votre question, soit la suivante : y a-t-il des obstacles à recevoir l'aide médicale à mourir dans les collectivités rurales et éloignées auxquelles des personnes dans des centres urbains dotés d'un plus vaste éventail de praticiens pourraient ne pas être exposées?

I do want to address your concern regarding the need for consultation with someone who has expertise in a particular condition. We did accept an amendment in the House of Commons, as you know, to allow for that person to consult with someone who has expertise, and to not necessarily have a second assessor in that particular area of expertise, so as to address the very concern that you have in rural and remote communities, where there may only be one or two practitioners in general, never mind someone who has a specific expertise in a particular rare disease or challenging condition.

This will allow for those consultations to happen amongst professionals from a variety of different places. It will help assessors to understand the nature of the illness of the person they are treating, and whether or not there are other options for that person. That's really the intent behind that, is to ensure that the person has been provided all options to address that particular condition that they are living with.

**The Chair:** Thank you, minister.

**Senator Cotter:** Thank you, Minister Hajdu, for joining us along with your officials. Just a couple of preamble observations before I ask my question.

The first is that I have a very strong sense of your heartfelt commitment to this work and to getting this legislation right, while respecting autonomy for people to be able to make these choices. The expansions, it seems to me, are wise. I'm largely supportive. I have some legal concerns about some of it, but we'll address those in another context.

I do have a deep concern about an aspect of this that isn't directly connected to the bill. You said repeatedly, "It's critical that vulnerable citizens are protected. We have a long way to go in that respect."

One of the things that happens with this legislation and its expansion is the greater availability of MAID for citizens generally, but it is also the case that it creates greater opportunities for people who are vulnerable, poor, socially vulnerable, to access this. Sometimes those kinds of circumstances, not so much based on access to palliative care but on terrible, unfulfilling life circumstances, may cause a suboptimal choice. In that sense, their autonomy is compromised.

In this exercise, you're exercising a federal authority to create that opportunity — recognizing that almost all of what I have just described are matters of provincial responsibility — to try to enable those folks' lives to be richer and more fulfilling, so we don't have the occasional circumstance where people choose

J'aimerais réagir à votre préoccupation concernant le besoin de consulter une personne qui possède une expertise à l'égard d'une affection particulière. Nous avons accepté un amendement à la Chambre des communes, comme vous le savez, afin de permettre à une personne donnée de consulter un spécialiste et de ne pas nécessairement avoir besoin d'un deuxième évaluateur dans ce domaine d'expertise particulier, de manière à réagir à la préoccupation même que vous avez dans les collectivités rurales et éloignées, où il peut n'y avoir qu'un ou deux praticiens en général, encore moins une personne qui possède une expertise particulière à l'égard d'une maladie rare particulière ou d'une affection difficile.

Cela permettra que se produisent ces consultations entre professionnels issus d'un éventail de lieux différents. Cela aidera les évaluateurs à comprendre la nature de la maladie de la personne qu'ils traitent et à savoir s'il y a ou non d'autres options pour cette personne. C'est vraiment l'intention qui sous-tend tout cela, c'est-à-dire de s'assurer que la personne s'est vu fournir toutes les options pour tenir compte de l'affection particulière avec laquelle elle vit.

**La présidente :** Merci, madame la ministre.

**Le sénateur Cotter :** Merci, madame Hajdu, de vous être jointe à nous avec vos représentants. J'ai simplement quelques observations préliminaires avant de poser ma question.

La première, c'est que je ressens vraiment votre engagement sincère à l'égard de ce travail en vue de rédiger un bon projet de loi, tout en respectant l'autonomie des personnes afin qu'elles puissent faire ces choix. Pour moi, les élargissements sont judicieux. J'y suis très favorable. J'ai quelques préoccupations d'ordre juridique au sujet de certains d'entre eux, mais nous en parlerons dans un autre contexte.

Je me préoccupe fortement d'un aspect qui n'est pas directement lié au projet de loi. Vous avez souvent répété : « Il est essentiel que les citoyens vulnérables soient protégés. Nous avons beaucoup de chemin à parcourir à cet égard ».

Cette loi et son élargissement favorisent une grande accessibilité de l'AMM pour les citoyens de façon générale, mais cela crée aussi de grandes possibilités pour les gens vulnérables, pauvres, vulnérables sur le plan social, d'y accéder. Parfois, ces types de circonstances, qui reposent non pas tant sur l'accès aux soins palliatifs que sur des conditions de vie terribles et peu satisfaisantes, peuvent donner lieu à un choix qui n'est pas optimal. En ce sens, leur autonomie est compromise.

Dans le cadre de cet exercice, vous exercez un pouvoir fédéral de créer cette occasion — reconnaissant que presque tout ce que je viens de décrire, ce sont des questions relevant de la responsabilité provinciale — afin de tenter de donner à ces personnes une vie plus riche et plus satisfaisante, de sorte qu'il n'arrive pas que des gens choisissent l'AMM parce que leur vie

MAID because their lives are not as fulfilling as we should be able to make them.

To be perfectly frank about it, I find it unacceptable that we would make that choice as a national government and then walk away and say it's now for the provinces to shore up those vulnerabilities. I understand fully the constitutional dimension of who is in charge of health and social services, but I don't buy the idea that all you can do is watch and hope they do their jobs. There are an infinite number of examples where you have tied funding to particular outcomes, not just in the health sector but in lots of social sectors.

My question for you is whether you're prepared to sit down with provincial health counterparts and say that you are prepared to make a meaningful transfer of funds to support these vulnerable communities — not to solve all their problems but to make meaningful contributions — on the understanding that money will be spent to help them. Thank you.

**Ms. Hajdu:** Thank you, senator. Yes, that is exactly the work we have been trying to do. For example, in my former world working in homeless shelters, the experience of watching someone suffer from prolonged and sustained homelessness is truly awful. This federal government is actually tying money, through a deep investment in federal housing strategy, to actual outcomes.

It's a little more challenging, though, I have to say, in the health field. That is because, as we know, provinces and territories have jurisdictional authority to deliver health care in their systems.

Having said that, there are a number of areas where we're working with provinces and territories to try to agree on things like outcomes in mental health services and supports. It is difficult work because, of course, provinces and territories widely vary in how they spend the money and how they choose to deliver those services. But we continue those efforts in all of the transfers that we make — billions of dollars in a variety of different ways — all with the intent, by the way, of creating better opportunities for people to enrich their lives across the country.

I will just say this to conclude: I was a federal minister of employment for a while. There were similar challenges around the labour market transfer agreements, where billions of dollars also go into provincial coffers to improve skills training and support efforts to improve people's outcomes. We'll continue that work. It is a delicate partnership with provinces and

n'est pas aussi enrichissante que nous devrions être en mesure de la rendre.

En toute franchise, je trouve inacceptable que nous fassions ce choix, en tant que gouvernement national pour ensuite dire que c'est maintenant aux provinces de remédier à ces vulnérabilités. Je comprends tout à fait la dimension constitutionnelle de qui est responsable des services de santé et des services sociaux, mais je n'admets pas que tout ce que vous pouvez faire c'est regarder et espérer qu'elles feront leur travail. Les exemples de fois où vous avez associé des fonds à des résultats particuliers, pas juste dans le secteur de la santé, mais dans beaucoup de secteurs sociaux, sont innombrables.

Ma question pour vous est la suivante : êtes-vous prêts à vous asseoir avec vos homologues provinciaux de la santé et dire que vous pouvez réaliser un transfert important de fonds pour soutenir ces collectivités vulnérables — non pour régler tous leurs problèmes, mais pour apporter des contributions importantes — sous réserve que l'argent soit dépensé pour les aider? Merci.

**Mme Hajdu :** Merci, sénateur. Oui, c'est exactement le travail que nous avons tenté de faire. Par exemple, dans mon ancienne vie où je travaillais dans des refuges pour sans-abri, l'expérience de regarder une personne souffrir d'itinérance prolongée et durable est vraiment horrible. Le gouvernement fédéral associe en réalité de l'argent, au moyen d'un grand investissement dans la stratégie fédérale en matière de logement, à des résultats réels.

Or, c'est un peu plus difficile, je dois dire, dans le domaine de la santé. C'est parce que, comme nous le savons, les provinces et les territoires détiennent la compétence pour fournir des soins de santé dans leur réseau.

Cela dit, nous travaillons avec les provinces et les territoires sur un certain nombre d'aspects dans le but de nous entendre sur les choses comme les résultats des mesures de soutien et des services de santé mentale. C'est un travail difficile parce que, bien sûr, la façon dont les provinces et les territoires dépensent l'argent et choisissent de fournir ces services est très variable. Mais nous continuons de déployer ces efforts dans tous les transferts que nous faisons — des milliards de dollars dans un éventail de moyens différents — tout cela dans l'intention, en passant, de créer de meilleures occasions pour les personnes d'enrichir leur vie partout au pays.

Pour terminer, j'aimerais juste dire ceci : j'ai été ministre fédérale de l'Emploi pendant un certain temps. Il y avait des difficultés semblables concernant les ententes de transfert relatives au marché du travail, où des milliards de dollars sont aussi destinés aux coffres provinciaux afin d'améliorer la formation axée sur l'acquisition des compétences et de soutenir les efforts pour améliorer les résultats des gens. Nous continuons ce travail. C'est un partenariat délicat avec les provinces et les

territories, as you know, but we have an opportunity if we work together.

**Senator Cotter:** I would add one observation and maybe invite your comment. I accept all of that. I applaud that work on the social front. We are talking here about living and dying. It seems to me it requires a special commitment on the Government of Canada's part to try to tie together the ways in which we can support those vulnerable communities so that they will make the best and not suboptimal choices, especially on this front.

**Ms. Hajdu:** With all respect — and I completely agree — the measures I was just talking about are actually interconnected to people's experience at the end of their life. For example, if you have a place to stay, it not only protects your health but it protects your dignity. It allows for more choice. I think you're right; there is an opportunity to work with provinces and territories to strengthen outcome measurements for all of the money that we spend collectively, but it will take political will at the provincial and territorial levels as well, to want to work in partnership with federal governments to provide that data, to provide those outcome measurements, to agree to a common set of outcome measurements. This is always the challenge in a federation with jurisdictions that have authority over delivery of health care.

**Senator Pate:** Thank you, minister and to your officials, for joining us. Minister, both prior to and during this pandemic, you have led the way in seeking to move from guidelines to national standards within the long-term care system, as well as other systems, to better ensure that everyone can access adequate care.

We know that, right now, as we move into further discussion on this bill, Canadians have access to medical assistance in dying protected by law but do not have access to palliative care as a core service included in the Canada Health Act.

My question to you is this: Would you consider supporting an amendment to Bill C-7 to require that supports, including palliative care, disability services, home care — you have mentioned housing so I'm sure you would support that — and income supports must be meaningfully accessible to those, before they can be eligible for MAID?

In doing so, would you commit to ensuring — following up to Senator Cotter's question — the provision of services as a prerequisite to the payment of the transfer payments, and a

territoires, comme vous le savez, mais nous avons une occasion qui s'offre si nous travaillons ensemble.

**Le sénateur Cotter :** J'ajouterais une observation et je vous demanderais peut-être votre commentaire. Je suis d'accord avec tout cela. Je salue le travail effectué sur le front social. Nous parlons ici de vie et de mort. Il me semble que cela nécessite un engagement spécial de la part du gouvernement du Canada pour tenter de jumeler les façons dont nous pouvons soutenir les collectivités vulnérables, afin qu'elles fassent les meilleurs choix et non pas des choix sous-optimaux, tout particulièrement à ce chapitre.

**Mme Hajdu :** Avec tout le respect que je vous dois — et je suis tout à fait d'accord — les mesures dont je viens de parler sont en fait interreliées avec l'expérience des gens à la fin de leur vie. Par exemple, si vous avez un endroit où rester, cela protège non seulement votre santé, mais aussi votre dignité. Cela permet plus de choix. Je crois que vous avez raison; il y a une occasion de travailler avec les provinces et les territoires afin de renforcer les mesures de résultat pour tout l'argent que nous dépensons collectivement, mais il faudra une volonté politique aux échelons provincial et territorial également, pour travailler en partenariat avec les gouvernements fédéraux afin de fournir ces données, de fournir ces mesures de résultat, de convenir d'un ensemble commun de mesures de résultat. C'est toujours un défi dans une fédération d'administrations ayant la compétence de fournir des soins de santé.

**La sénatrice Pate :** Merci à vous, madame la ministre, ainsi qu'à vos représentants de vous être joints à nous. Madame la ministre, avant et durant la pandémie, vous avez montré la voie à suivre en cherchant à passer de lignes directrices à des normes nationales dans le système de soins de longue durée, ainsi que dans d'autres systèmes, afin de veiller à ce que tout le monde puisse accéder à des soins adéquats.

En ce moment, nous savons que, à mesure que nous entrons dans des discussions sur ce projet de loi, les Canadiens ont accès à l'aide médicale à mourir protégée par la loi, mais ils n'ont pas accès à des soins palliatifs comme service fondamental inclus dans la Loi canadienne sur la santé.

Ma question pour vous est la suivante : envisageriez-vous de soutenir un amendement du projet de loi C-7 pour exiger que les mesures de soutien, y compris les soins palliatifs, les services aux personnes handicapées, les soins à domicile — vous avez parlé du logement, donc je suis sûre que vous y seriez favorable — et les mesures de soutien au revenu soient véritablement accessibles à ces personnes, avant qu'elles soient admissibles à l'AMM?

Ce faisant, vous engageriez-vous à assurer — pour donner suite à une question du sénateur Cotter — la fourniture de services comme étape préalable au versement des paiements de transfert et comme exigence concernant la fourniture de ces

requirement for the provision of those services as part of the agreements with provinces and territories?

**Ms. Hajdu:** Thanks, Senator Pate. I appreciate that you are packing all of that into one question.

I'm not sure if I'm supposed to directly address the senator. I apologize if I'm making a protocol mistake. At the root of the question is the senator's commitment to the social determinants of health. The kinds of things that the senator is speaking about are the things that our government deeply cares about and has been working on over the last five years. Those are access to affordable housing, equity in health care, the elimination of racism and systemic racism in institutions. I could go on, including the full rights and inclusions of people with disabilities. That work is, as the senator knows, difficult when we work with dance partners which are the provinces and territories. We have limited control over how they in turn choose to deliver services that we sort of co-fund, and yet we don't necessarily have deep responsibility for the actual direct delivery of them.

There is an opportunity to do more on all of the things on your long list. It has been highlighted by COVID-19; that we need to do more and we need to do it more rapidly. That is reflected in things like Minister Hussen's announcement on rapid housing and rapid supports for the people who are accessing rapid housing.

In terms of the investments I am making in substance use and mental health, and in particular, things like safer supply and harm-reduction measures across the country, there is more to do, especially on equity files.

On this particular file, we need to move quickly. If we were to try to incorporate all of that in one piece of legislation, it would potentially jeopardize the ability to move this legislation rapidly into place. We would have a significant challenge in terms of meeting the court's obligations and getting to a better place.

As a member of Parliament, I met many, many stakeholders, including the retired teachers' association and a number of other associations that represent the interests of aging adults in Canada.

They repeatedly talked about some of the irritants of the original bill, and I believe that we have addressed those irritants in Bill C-7. I'm looking forward to being able to provide that relief to Canadians who want to have the assurance — they have the right to choose how they will die in the case of irremediable suffering.

services dans le cadre des ententes avec les provinces et les territoires?

**Mme Hajdu :** Merci, sénatrice Pate. J'aime bien que vous ayez tout réuni dans une question.

Je ne sais pas si je suis censée répondre directement à la sénatrice. Je m'excuse si je commets une erreur protocolaire. Au cœur de la question se trouve l'engagement de la sénatrice à l'égard des déterminants sociaux de la santé. Les types de choses dont la sénatrice parle sont les choses qui touchent profondément notre gouvernement et sur lesquelles il travaille depuis les cinq dernières années. Ce sont l'accès à un logement abordable, l'équité dans les soins de santé, l'élimination du racisme et du racisme systémique dans les établissements. Je pourrais continuer, et mentionner l'inclusion et les droits complets des personnes handicapées. Ce travail est, comme la sénatrice le sait, difficile lorsque nous travaillons avec des partenaires comme les provinces et les territoires. Nous avons un contrôle limité sur la façon dont ils choisissent de fournir les services que nous cofinçons, en quelque sorte. Pourtant, nous n'avons pas nécessairement une grande responsabilité pour leur prestation directe proprement dite.

Nous avons l'occasion d'en faire davantage par rapport à toutes les choses sur votre longue liste. La COVID-19 a fait ressortir tout cela; que nous devons en faire davantage, et ce, plus rapidement. Cela se voit dans des choses comme l'annonce du ministre Hussen sur les mesures de soutien rapides au logement et pour les gens qui accèdent à un logement rapidement.

En ce qui concerne les investissements que je consens au chapitre de la toxicomanie et de la santé mentale, et en particulier, des choses comme un approvisionnement sécuritaire et des mesures de réduction des méfaits dans le pays, il y a plus à faire, particulièrement en ce qui concerne les dossiers touchant l'équité.

Par rapport à ce dossier particulier, nous devons agir rapidement. Si nous devons tenter d'intégrer tout cela dans un seul texte de loi, cela pourrait remettre en péril la capacité de faire adopter rapidement cette loi. Nous nous retrouverions devant un grand défi pour ce qui est de respecter les obligations de la Cour et de mieux nous situer.

En tant que députée, j'ai rencontré nombre d'intervenants, y compris l'association des enseignants retraités et un certain nombre d'autres associations qui représentent les intérêts des adultes vieillissants au Canada.

Ils m'ont parlé à répétition de certains des irritants du projet de loi original, et je crois que nous avons corrigé ces irritants dans le projet de loi C-7. Il me tarde d'être en mesure de fournir ce soulagement aux Canadiens qui veulent avoir la garantie... qu'ils ont le droit de choisir comment ils mourront en cas de souffrances irrémédiables.

**Senator Pate:** If we develop an amendment that would address some of these, could we count on your support?

**Ms. Hajdu:** Well, I would have to see the amendment. Again, I would caution with an amendment that tries to throw everything in that you're trying to address in this particular legislation. I think there are many opportunities where we can work with senators and all parliamentarians to address the multitude of inequities that you're addressing in your comments. Again, this legislation is meant to address a very specific situation with a very specific circumstance.

**Senator Kutcher:** Greetings, minister. Thank you, deputy minister, and other members of the team for being here with us today.

I want to focus this question in a slightly different area. There was a growing interest in collaboration on the development of continuing professional development programs, to assist MAID providers in enhancing and maintaining competencies in assessment and delivery of MAID amongst key medical organizations that would lead to professional certification of these competencies. Now, would the Government of Canada be open to: A) amendment to the bill to provide funding for these organizations to do that work; B) not amending the bill, but providing a special funding competition to support that kind of work; or C) entrusting Health Canada with convening a process similar to the work that Health Canada did with — .

**Ms. Hajdu:** Thank you very much, Senator Kutcher. On a personal note, thank you for so much of your time as I tried to reflect on the needs of Canadians' mental health during COVID-19. I truly appreciate that.

I think options B and C are likely more possible. It sounds very intriguing and I know that people who provide medical assistance in dying do this work. It's deeply personal, as I said, but I think it would benefit from working collaboratively together. Anything that we can do from a practical perspective at Health Canada to do that, to help them grow their body of expertise, to help them work towards, as you said, some type of designation. Obviously, this is also provincial in that many of them have colleges that they report to and that they interact with. But I think the federal government would not be opposed at all to supporting that work, because having skilled, trained and well-supported professionals across the country who are doing this work would be of interest to us all. I am open to those kinds of explorations.

**La sénatrice Pate :** Si nous élaborons un amendement qui permettrait de réagir à certains de ces irritants, pourrions-nous compter sur votre soutien?

**Mme Hajdu :** Eh bien, il faudrait que je voie l'amendement. Encore une fois, je serais prudente avec un amendement qui tente d'intégrer tout ce que vous tentez d'examiner dans ce projet de loi particulier. Je crois que les occasions où nous pouvons travailler avec les sénateurs et tous les parlementaires sont nombreuses afin de réagir à la multitude des inégalités que vous abordez dans vos commentaires. Encore une fois, cette loi vise à réagir à une situation très particulière dans une circonstance très particulière.

**Le sénateur Kutcher :** Bienvenue, madame la ministre. Je remercie la sous-ministre et d'autres membres de l'équipe d'être ici avec nous aujourd'hui.

Je veux insister sur cette question d'une façon légèrement différente. On a constaté, parmi les organisations médicales clés, un intérêt croissant envers la collaboration sur l'élaboration de programmes de perfectionnement professionnel continu, afin d'aider les prestataires de l'AMM à renforcer et à maintenir leurs compétences dans l'évaluation et la prestation de l'AMM qui mèneraient à une certification professionnelle de ces compétences. Maintenant, le gouvernement du Canada serait-il ouvert à : A) amandier le projet de loi afin de prévoir du financement pour les organisations qui feraient ce travail; B) ne pas modifier le projet de loi, mais prévoir un concours de financement spécial pour soutenir ce type de travail; ou C) confier à Santé Canada le mandat d'organiser un processus semblable au travail que Santé Canada a fait avec...

**Mme Hajdu :** Merci beaucoup, monsieur Kutcher. Sur une note personnelle, merci beaucoup du temps que vous avez fourni alors que je tentais de réfléchir aux besoins en matière de santé mentale des Canadiens durant la COVID-19. Je vous en suis très reconnaissante.

Je crois que les options B et C sont probablement les plus possibles. Cela semble très intéressant, et je sais que des gens qui fournissent une aide médicale à mourir font ce travail. C'est très personnel, comme je l'ai dit, mais je crois que nous profiterions de la collaboration. Tout ce que nous pouvons faire du point de vue pratique à Santé Canada pour faire ce travail, pour aider les praticiens à renforcer leur expertise, à travailler vers l'atteinte, comme vous l'avez dit, d'un certain type de désignation. Évidemment, c'est aussi de compétence provinciale, en ce sens que nombre d'entre eux ont des collègues à qui ils rendent des comptes et avec qui ils interagissent. Mais je crois que le gouvernement fédéral ne s'opposerait pas du tout à appuyer ce travail, parce que cela serait dans notre intérêt à tous d'avoir des professionnels compétents, formés et bien soutenus, partout au pays qui font ce travail. Je suis ouverte à ces types d'explorations.

**Senator Kutcher:** Thank you for that, minister. One other thing that is important that we often forget, and I know that you're seized with these issues — and this comes from a deeply personal relationship with these issues myself. Individuals who provide MAID as part of their medical practice are deeply and profoundly impacted by the challenges that MAID creates for them, both as human beings and as physicians. It would be really important for us not to forget that as we continue our discussions around MAID, because these are real people doing very difficult work. They have mental health needs of their own that I think are important for us to recognize going forward.

**Ms. Hajdu:** I would completely agree, senator. As someone who worked on the front lines with deeply vulnerable and struggling people myself, the experience of vicarious trauma is real. We need to support people who are working with vulnerable and suffering people in a much better way as a society across all levels of government. You know, it starts with acknowledging that working with human beings can be very hard and draining. We need to support each other better in that work. Thank you for that observation.

**Senator Kutcher:** Thank you, minister.

[Translation]

**Senator Carignan:** Minister, you gave approximately the same explanation as the Minister of Justice with respect to the reasons behind excluding people with a mental illness from receiving medical assistance in dying, by saying that it's complicated and that the government needs more time. In 2016, the government said the same thing, that it was complicated and that they needed more time.

When the legislation is challenged or reviewed from a constitutional standpoint, the courts will study the intent of Parliament and review your evidence — from the Minister of Justice, the Minister of Health — and if the reason for discrimination is to say that more time is needed because it's complicated, then it's clear that the provision will be discarded from a constitutional standpoint, particularly on these sorts of grounds. Why not immediately alter the bill and implement it fairly quickly, to prevent people from having to do what Mr. Carter and Mr. Truchon had to do, which was to go to court and spend a lot of money and energy to challenge provisions that are clearly unconstitutional and run counter to your mandate letter? I had a look at your mandate letter earlier, in which Prime Minister Trudeau said that you should follow and respect the Canadian Charter of Rights and Freedoms.

**Le sénateur Kutcher :** Je vous remercie, madame la ministre. Une autre chose que nous oublions souvent et qui est importante, et je sais que vous devez composer avec ces questions... et cela vient de la relation très personnelle que j'ai moi-même avec ces questions. Les personnes qui fournissent l'AMM dans le cadre de leur pratique médicale sont profondément touchées par les difficultés que l'AMM crée pour elles, aussi bien en tant qu'humains qu'en tant que médecins. Il serait vraiment important pour nous de ne pas oublier cela, tandis que nous poursuivons nos discussions sur l'AMM, parce que ce sont de vraies personnes qui font un travail très difficile. Elles ont elles-mêmes des besoins en matière de santé mentale que, je crois, nous devons reconnaître dans l'avenir.

**Mme Hajdu :** Je suis tout à fait d'accord, sénateur. Ayant moi-même travaillé sur la ligne de front avec des personnes très vulnérables et en difficulté, je sais que l'expérience des traumatismes vicariants est réelle. Nous devons soutenir les gens qui travaillent auprès de personnes vulnérables et souffrantes d'une bien meilleure façon en tant que société, à tous les échelons du gouvernement. Vous le savez, cela commence par reconnaître qu'il peut être très difficile et épuisant de travailler avec des êtres humains. Nous devons nous soutenir les uns les autres dans ce travail. Merci de cette observation.

**Le sénateur Kutcher :** Merci, madame la ministre.

[Français]

**Le sénateur Carignan :** Madame la ministre, vous avez donné à peu près la même explication que le ministre de la Justice en ce qui concerne la motivation de l'exclusion des personnes atteintes d'une maladie mentale de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir, en disant que c'est compliqué et que le gouvernement a besoin de plus de temps. En 2016, le gouvernement disait la même chose : « C'est compliqué, on a besoin de plus de temps. »

Lorsque les lois seront contestées ou seront examinées d'un point de vue constitutionnel, les tribunaux étudieront l'intention du législateur et examineront vos témoignages : celui du ministre de la Justice, celui du ministre de la Santé; la justification pour discriminer, c'est de dire : « On a besoin de plus de temps, c'est compliqué. » Il est évident que cette disposition sera annulée d'un point de vue constitutionnel, particulièrement avec la justification que vous nous donnez. Pourquoi ne pas modifier immédiatement le projet de loi, quitte à prendre un certain temps pour le mettre en vigueur, pour éviter qu'il y ait des personnes qui soient obligées de faire comme M. Carter ou M. Truchon, d'aller en cour et de consacrer de l'argent et de l'énergie pour combattre des dispositions qui sont manifestement inconstitutionnelles, et qui vont à l'encontre de votre lettre de mandat? Je regardais plus tôt votre lettre de mandat; le premier ministre Trudeau vous a dit : « Suivez et respectez la Charte canadienne des droits et libertés. »

[English]

**The Chair:** Minister, may I impose on you? I'll have Senator Miville-Dechene ask her question quickly and Senator Lankin so you can answer all three questions at the same time.

[Translation]

**Senator Miville-Dechène:** I'm returning to the issue of palliative care. I was troubled by your answer on this point about the fact that everyone who had received medical assistance in dying had also received palliative care. That's not the situation in Quebec at all. There is a major crisis underway. There is only one area where teams of physicians are going to provide home palliative care. My question then minister, is, if it is easier to obtain medical assistance in dying than palliative care, what kind of society are we living in?

[English]

**Ms. Hajdu:** On Senator Carignan's question, I cannot predict what the courts will say or whether they will rule in a specific way. All I can say is that we believe this exclusion of people, solely with the condition of mental illness, is the prudent approach to take based on the consultations that we held, as well as based on the inconclusive report of the Council of Canadian Academies, who also indicated their concern in wrestling with this issue, that was not clear in terms of outcomes and in terms of next steps. I believe that the area deserves further review and further reflection. I am looking forward to that work through the parliamentary review and other research.

In terms of whether or not MAID is easier to access than palliative care, I would argue that is not correct. I did not say that everyone who gets medical assistance in dying accesses palliative care, but in fact the majority of them do. The vast majority of people who access medical assistance in dying are doing so after having received palliative care — 82 or 83% of the recipients. This is not a truth.

What I would say is that what we have heard is that medical assistance in dying is actually difficult to access in this country for a variety of different reasons: not very many practitioners, especially for people in rural and remote communities, and some of the safeguards that made it practically impossible for people to ask for access to medical assistance in dying. This legislation seeks to reach that balance to ensure that people who want access can access it in a way that respects their autonomy and dignity at the end of their life. Thank you very much, senators.

[Traduction]

**La présidente :** Madame la ministre, puis-je prendre de votre temps? Je vais demander à la sénatrice Miville-Dechene de poser sa question rapidement, puis à la sénatrice Lankin, de sorte que vous pourrez répondre aux trois questions en même temps.

[Français]

**La sénatrice Miville-Dechène :** Je reviens sur la question des soins palliatifs. Votre réponse sur ce point m'a troublée quant au fait que tous ceux qui avaient eu recours à l'aide médicale à mourir avaient reçu des soins palliatifs. Or, la situation au Québec n'a rien à voir avec cela. Il y a une crise majeure. Il n'y a aucun quartier, sauf un, où des équipes de médecins vont donner des soins palliatifs à domicile. Ma question est donc celle-ci, madame la ministre : s'il est plus facile d'obtenir l'aide médicale à mourir que des soins palliatifs, dans quel genre de société vivons-nous?

[Traduction]

**Mme Hajdu :** Par rapport à la question du sénateur Carignan, je ne peux prédire ce que les tribunaux diront ou s'ils rendront une décision d'une façon précise. Tout ce que je peux dire, c'est que nous croyons que cette exclusion des personnes, celles ayant seulement une maladie mentale, est l'approche prudente à adopter en fonction des consultations que nous avons tenues ainsi que du rapport peu concluant du Conseil des académies canadiennes, qui a aussi manifesté sa préoccupation en devant composer avec cette question, qui n'était pas claire en ce qui concerne les résultats et les prochaines mesures. Je crois que le sujet mérite une réflexion et un examen ultérieurs. Je suis impatiente de voir le travail qui sera fait dans le cadre de l'examen parlementaire et d'autres recherches.

Pour ce qui est de savoir s'il est plus facile ou non d'accéder à l'AMM qu'aux soins palliatifs, je dirais que ce n'est pas correct. Je n'ai pas dit que tout le monde qui obtient l'aide médicale à mourir accède à des soins palliatifs, mais en fait, c'est le cas de la majorité. La grande majorité des gens qui accèdent à l'aide médicale à mourir le font après avoir reçu des soins palliatifs — ce sont 82 ou 83 % des bénéficiaires. Ce n'est pas une vérité.

Ce que je dirais, c'est que nous avons entendu dire, qu'il est en fait difficile d'accéder à l'aide médicale à mourir dans notre pays, et ce, pour une diversité de raisons différentes : il n'y a pas beaucoup de praticiens, particulièrement pour les gens dans les collectivités rurales et éloignées, et certaines des mesures de protection ont rendu pratiquement impossible pour les gens de demander l'accès à l'aide médicale à mourir. Notre loi cherche à atteindre cet équilibre afin de faire en sorte que les gens qui veulent y accéder peuvent le faire d'une façon qui respecte leur autonomie et leur dignité à la fin de leur vie. Merci beaucoup, sénateurs.

**The Chair:** Thank you very much, minister, for giving us so much of your time at this very difficult time when you have so much other work. We appreciate you and your staff being here, and we look forward to working with you in the future. Thank you very much.

Thank you senators for all your patience. We will start again tomorrow morning with Minister Qualtrough.

(The committee adjourned.)

**La présidente :** Merci beaucoup, madame la ministre, de nous avoir donné autant de votre temps durant cette période très difficile, alors que vous avez beaucoup d'autres tâches. Nous vous remercions vous, ainsi que vos employés, d'avoir été ici et nous sommes impatients de collaborer avec vous dans l'avenir. Merci beaucoup.

Je remercie les sénateurs et les sénatrices de leur patience. Nous recommencerons demain matin avec la ministre Qualtrough.

(La séance est levée.)

---