

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, November 26, 2020

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

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

[*English*]

The Chair: I am Mobina Jaffer, 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 your patience as we adapt to this new way of holding our meetings.

[*Translation*]

Before we get started, I'd like to make a few helpful suggestions. I would like to remind you that, when you speak, you must be on the same channel as the language in which you are speaking. Should any technical challenges arise in relation to interpretation or otherwise, please signal this to the chair or the clerk, and we will do our best to resolve the issue.

[*English*]

Please note that we do need to suspend during times when we need to ensure that all senators are able to hear.

Senators, I know that members will want to ask questions of the panellists. I ask that you only signal to the clerk if you do not have a question. I would like to repeat that, senators, because today is a long day. If you do not have a question, please let the clerk know. Otherwise, I will call all members for questions. If you are not —

Senator Plett: Is everybody having a problem hearing her, or is it just me?

The Chair: Can everyone hear me now? Okay, I'm going to try to talk really loud. If you can't hear me, Senator Plett, put your hand up, please.

I'm not going to repeat what I've already said if everybody is okay with that.

Today we are beginning with the Minister of Employment, Workforce Development and Disability Inclusion. Senators, we will now suspend for a few moments to await the minister.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 26 novembre 2020

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd'hui, à 10 heures (HE), avec vidéoconférence, pour étudier 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 : Je m'appelle Mobina Jaffer, je suis sénatrice de la Colombie-Britannique et j'ai le plaisir de présider ce comité. Nous allons donc tenir une autre réunion hybride, et je vous remercie de nouveau, honorables sénateurs, de votre patience tandis que nous nous adaptons à cette nouvelle façon de nous réunir.

[*Français*]

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

[*Traduction*]

Veuillez noter que nous devons suspendre la séance chaque fois qu'il faudra s'assurer que tous les sénateurs peuvent entendre.

Honorables sénateurs, je sais que vous voudrez poser des questions aux témoins. Je vous demande de ne faire signe au greffier que si vous n'avez pas de question. Je me permets de le répéter, honorables sénateurs, car la journée va être longue. Si vous n'avez pas de question, veuillez le signaler au greffier. Sinon, j'inviterai tous les membres du comité à poser des questions. Si vous n'êtes pas...

Le sénateur Plett : Est-ce que tout le monde a de la difficulté à l'entendre, ou est-ce seulement moi?

La présidente : Est-ce que tout le monde m'entend maintenant? D'accord, je vais essayer de parler très fort. Si vous ne m'entendez pas, sénateur Plett, levez la main, s'il vous plaît.

Je ne vais pas répéter ce que j'ai déjà dit si tout le monde est d'accord.

Nous allons commencer par la ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et de l'Inclusion des personnes handicapées, mais nous allons d'abord suspendre la séance quelques instants pour attendre la ministre.

Mr. Palmer: The minister is here and ready.

The Chair: Senators, we are now ready to welcome the Honourable Carla Qualtrough, Minister of Employment, Workforce Development and Disability Inclusion. She is joined by one of the officials —

Mr. Palmer: Senator Jaffer, I'm getting a signal that we're not hearing you. Why don't we try to fix the sound?

The Chair: Okay.

Senator Larry W. Campbell (*Deputy Chair*) in the chair.

The Deputy Chair: We will now go to Minister Qualtrough. Welcome, minister, as a fellow B.C.-ite, I welcome you on behalf of the committee.

Hon. Carla Qualtrough, P.C., M.P., Minister of Employment, Workforce Development and Disability Inclusion: I'm here. Can you hear me now?

The Deputy Chair: Yes, very well.

Ms. Qualtrough: Thank you very much, senator, for the introduction, and thank you to Senator Petitclerc for sponsoring this bill in the Senate. I would like to introduce Krista Wilcox, Director General, Office for Disability Issues, Employment and Social Development Canada. She's here with me today to answer your questions.

Senators, I'd like to begin by thanking the committee for granting my accommodation request to participate by telephone, but I'd also like to express for the record my concern over how difficult it was to make this happen. As a person with a disability and the minister responsible for disability inclusion, it concerns me greatly both that I was made to feel that my request was unreasonable and that significant effort seems to have been put, at least initially, into not making it happen.

I formally request that you look into your accommodation practises and foster a culture where witnesses are made to feel included and supported. Trust me, I was not seeking any unfair advantage. I wanted to put myself in the best position possible to participate meaningfully in these proceedings. Having testified before both the House of Commons and the Senate committees on multiple occasions in this manner, I was surprised by the pushback.

It's not easy to ask for an accommodation. Sometimes it feels downright brave. If I am made to feel this way, a federal cabinet minister with my position and resources and the confidence to question the direction of a respected group of senators, what

M. Palmer : La ministre est ici et elle est prête.

La présidente : Honorables sénateurs, nous sommes maintenant prêts à accueillir la ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et de l'Inclusion des personnes handicapées, l'honorable Carla Qualtrough. Elle est accompagnée d'un des fonctionnaires...

M. Palmer : Sénatrice Jaffer, on me fait signe que nous ne vous entendons pas. Essayons de régler ce problème de son.

La présidente : D'accord.

Le sénateur Larry W. Campbell (*vice-président*) occupe le fauteuil.

Le vice-président : Nous allons maintenant passer à la ministre Qualtrough. Bienvenue, madame la ministre, qui êtes une collègue de la Colombie-Britannique. Je vous souhaite la bienvenue au nom du comité.

L'honorable Carla Qualtrough, c.p., députée, ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et de l'Inclusion des personnes handicapées : Présente! Pouvez-vous m'entendre maintenant?

Le vice-président : Oui, très bien.

Mme Qualtrough : Merci beaucoup, sénateur, pour cette présentation et merci à la sénatrice Petitclerc d'avoir parrainé ce projet de loi au Sénat. Permettez-moi de vous présenter Mme Krista Wilcox, directrice générale, Bureau de la condition des personnes handicapées, Emploi et Développement social Canada. Elle est là pour m'aider à répondre à vos questions.

Honorables sénateurs, je tiens tout d'abord à remercier le comité d'avoir accepté ma demande de participation par téléphone, mais je veux aussi vous dire officiellement à quel point je suis préoccupée par les difficultés que j'ai eues à y parvenir. En tant que personne handicapée et ministre responsable de l'inclusion des personnes en situation de handicap, j'ai trouvé inquiétant de me faire dire à mots couverts que ma demande était déraisonnable et de voir qu'on a essayé très fort, du moins au début, que je ne vienne pas témoigner.

Je vous invite officiellement à revoir vos mesures d'adaptation et à promouvoir une culture où les témoins se sentent inclus et appuyés. Croyez-moi, je ne cherchais pas à bénéficier d'un avantage injuste. Je voulais me mettre dans la meilleure situation possible pour pouvoir participer utilement à vos délibérations. Ayant témoigné devant les comités de la Chambre des communes et du Sénat à maintes reprises de cette façon, j'ai été surprise par la résistance qu'on m'a opposée.

Il n'est pas facile de demander un tel accommodement. On a parfois l'impression que cela exige beaucoup de courage. Si j'ai cette impression, moi qui suis ministre fédérale, qui occupe ces fonctions — avec les ressources dont je dispose et toute la

message are we sending to Canadians with disabilities around the country? Particularly as we discuss issues founded on equality rights, such as the ones we're discussing today, it's important that we welcome all voices to the table. I won't belabour the point, but I encourage you to see accommodations requests as opportunities for everybody to meaningfully be included.

Now to the matter at hand, Bill C-7. From my perspective as the minister responsible for disability inclusion, I'm working to ensure that the voices of persons with disabilities are heard on this important issue.

Medical assistance in dying is a human rights issue. The proposed legislation recognizes the equality rights of personal autonomy as well as the inherent and equal value of every life.

Disability rights advocates have long fought for these rights. Being able to make decisions about one's own life is fundamental. There are many examples in our history of where the personal autonomy and equality of our citizens with disabilities have been threatened, denied or even taken away. I can assure you that these concerns are top of mind as we undertake this important legislative work.

The proposed legislation explicitly recognizes equality rights. The preamble refers to the Charter of Rights and Freedoms, as well as Canada's obligations as a signatory to the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

The preamble also expressly differentiates between these fundamental equality rights and various societal interests and values that we need to balance with this legislation, such as the important public health issue of suicide. Put another way, we wanted to be clear that ensuring equality rights underpins this legislation.

I'll mention one more important aspect of the preamble that frames this proposed legislation, and that is the importance of taking a human rights-based approach to disability inclusion.

With these words, we are committing to using human rights principles to guide the development and implementation of our systems, programs and processes. This is important because the full realization of the rights we enshrine in law is predicated on having systems and structures in place that do not themselves create barriers, discriminate or infringe upon these rights.

confiance que j'ai de remettre en question l'orientation d'un groupe de sénateurs respectés — alors, quel signal envoyons-nous aux Canadiens en situation de handicap partout au pays? Tandis que nous discutons de questions touchant aux droits à l'égalité, comme ce que nous allons faire aujourd'hui, il est important de pouvoir entendre tous les courants d'opinion. Je ne m'éterniserai pas là-dessus, mais je vous encourage à considérer les demandes d'accommodement comme autant d'occasions d'inclure pleinement tout le monde.

Passons au sujet qui nous intéresse, soit le projet de loi C-7. À titre de ministre responsable de l'inclusion des personnes handicapées, j'œuvre pour m'assurer que les personnes en situation de handicap sont entendues sur cette question importante.

L'aide médicale à mourir est une question liée aux droits de la personne. Le projet de loi reconnaît les droits à l'égalité et à l'autonomie personnelle ainsi que la valeur inhérente et égale de la vie de chacun.

Les défenseurs des droits des personnes en situation de handicap luttent depuis longtemps pour ces droits. Il est fondamental de pouvoir prendre des décisions au sujet de sa propre vie. Notre histoire est parsemée d'exemples où l'autonomie individuelle et l'égalité de nos citoyens en situation de handicap ont été menacées, rejetées ou ignorées. Je peux vous assurer que ces préoccupations sont une priorité dans le contexte des travaux législatifs de grande importance que nous menons.

Le projet de loi proposé reconnaît explicitement les droits à l'égalité. Le préambule mentionne la Charte canadienne des droits et libertés ainsi que les obligations du Canada à titre de signataire de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations unies.

Le préambule du projet de loi établit également une distinction claire entre les droits fondamentaux à l'égalité et les divers intérêts et valeurs sociétales qu'il faut mettre en balance avec la loi, par exemple l'enjeu important de santé publique que constitue le suicide. Autrement dit, nous voulions qu'il soit clair que la protection des droits à l'égalité sous-tend la loi.

Je veux mentionner un autre aspect important du préambule du projet de loi, soit l'importance d'adopter, à l'égard de l'inclusion des personnes en situation de handicap, une approche fondée sur les droits de la personne.

Ainsi, nous nous engageons à ce que les principes liés aux droits de la personne servent de guide à l'élaboration et à la mise en œuvre de nos systèmes, de nos programmes et de nos processus. Ceci est important parce que le plein exercice des droits que nous enchâssons dans la loi est fondé sur l'existence de systèmes et de structures qui ne créent pas en soi d'obstacles,

I'll digress here for a moment to speak about the Accessible Canada Act, which I believe to be the most significant advancement in disability rights since the Charter.

Section 6 of the Accessible Canada Act sets out guiding principles, which include that everyone must be treated with dignity; everyone must have meaningful options and be free to make their own choices; and everyone must have the same opportunity to make for themselves the lives that they are able and wish to have, regardless of their disabilities.

Another guiding principle of the act is that laws, policies, programs, services and structures must take into account the disabilities of persons, the different ways that persons interact with their environments, and the multiple and intersecting forms of marginalization and discrimination faced by persons.

These principles must also guide us as we tackle the important task of responding to the 2019 Quebec Superior Court decision.

As we know, Bill C-7 proposes a two-track approach to medical assistance in dying, with less or more stringent safeguards depending on whether a person's death is reasonably foreseeable. You have heard about eased safeguards where death is reasonably foreseeable. It is our hope that this will allow for more dignified end-of-life decision-making.

In a situation where MAID is permitted even though the individual's death is not reasonably foreseeable, there are heightened safeguards. These include the requirement that two independent doctors or nurse practitioners assess and confirm eligibility, with one of these having expertise in the individual's medical condition. I'll note that there has been an amendment on this particular aspect.

It is also required that the individual be informed of available and appropriate means to relieve their suffering, including counselling services, mental health and disability support services, community services and palliative care, and that the individual is offered consultations with professionals who provide these services. The individual and their medical practitioner must have discussed these measures and agree that the individual has seriously considered them.

Finally, the eligibility assessment must take a minimum of 90 days unless loss of capacity is imminent.

qui ne sont pas discriminatoires et qui ne portent pas atteinte à ces droits.

J'aimerais ouvrir une parenthèse et parler de la Loi canadienne sur l'accessibilité, qui constitue, selon moi, la plus grande avancée en matière de droits des personnes en situation de handicap depuis l'adoption de la Charte.

L'article 6 de la Loi canadienne sur l'accessibilité énonce les principes directeurs, qui comprennent le droit de toute personne d'être traitée avec dignité, le droit de toute personne d'avoir concrètement la possibilité de prendre des décisions pour elle-même et le droit de toute personne à l'égalité des chances d'épanouissement, quels que soient ses handicaps.

Un autre principe directeur est le fait que les lois, les politiques, les programmes, les services et les structures doivent tenir compte des handicaps des personnes, des différentes façons dont elles interagissent dans leur milieu ainsi que des formes multiples et intersectorielles de discrimination et de marginalisation vécues par celles-ci.

Ces principes doivent nous servir de guide dans le contexte des travaux importants que nous avons entrepris par suite de la décision rendue par la Cour supérieure du Québec en 2019.

Comme nous le savons, le projet de loi C-7 propose une approche à deux volets pour l'aide médicale à mourir, ou AMM, les mesures de sauvegarde étant plus ou moins rigoureuses selon que la mort soit raisonnablement prévisible ou non. Vous avez entendu parler de l'assouplissement des mesures de sauvegarde dans les cas où la mort est raisonnablement prévisible. Nous espérons que ces changements permettront d'assurer une meilleure dignité dans la prise de décisions concernant la fin de vie.

Dans une situation où l'aide médicale à mourir est autorisée même si le décès de l'individu n'est pas raisonnablement prévisible, les mesures de sauvegarde sont plus rigoureuses. Deux médecins ou infirmières praticiennes doivent évaluer et confirmer l'admissibilité à l'aide médicale à mourir, et l'un d'entre eux doit avoir une expertise à l'égard de l'affection en question.

La personne qui fait la demande doit aussi être informée des moyens disponibles et appropriés pour soulager ses souffrances — services de conseils, services de soutien en matière de santé mentale et d'invalidité, services communautaires et soins palliatifs — et elle doit se voir offrir la possibilité de rencontrer des professionnels qui offrent ces services. La personne et son médecin doivent avoir discuté de ces mesures, et ils doivent convenir que la personne les a sérieusement envisagées.

Enfin, l'évaluation de l'admissibilité doit s'échelonner sur une période d'au moins 90 jours, à moins que la perte de capacité soit imminente.

As we looked to broaden access to MAID as directed by the court, we were very aware of the need for Canadians to know their options, to ensure that their consent was informed, to have a real choice.

I spoke earlier about equality rights, about personal autonomy. I spoke about a human rights-based approach to disability inclusion. I spoke about meaningful options and about having the opportunity to make a good life for oneself. If our systems, processes, programs and services do not offer these options, and if our citizens don't see that these options are available to them, then their equality rights are not being fully realized.

The proposed legislation recognizes the significant role that social, mental health, disability and community support services play in the full realization of equality rights.

Accessing MAID should not be easier than accessing disability supports. The new legislation makes it the responsibility of the medical practitioner to ensure that the individual is made aware of the supports that are available to them.

Senators, the harsh reality is that many Canadians with disabilities are not living with dignity, in the sense that they are not properly supported, face barriers to inclusion, and regularly experience discrimination.

I know that this committee has heard from disability rights groups and advocates about these realities, and about concerns that the proposed legislation does not afford the choice it purports to, absent underlying systems that truly support Canadians with disabilities to live with dignity. Several members of your committee have reached out to me on this issue.

I have heard these concerns as well and I share them. We have seen in these times of pandemic how many of our systems fall far short of truly supporting and including all Canadians. Canadians with disabilities are rightfully calling for governments to address these inequities, and we must.

In the recent Speech from the Throne, our government committed to a disability inclusion plan. This will include a Canada disability benefit modelled after the GIS, an employment strategy, and a modernized approach to eligibility for Government of Canada disability programs and services. The disability inclusion plan is an important next step in advancing the rights and inclusion of persons with disabilities. I look

En cherchant à élargir l'accès à l'AMM, comme l'a demandé la Cour, nous étions très conscients de la nécessité que les Canadiens et les Canadiennes connaissent les options qui s'offrent à eux, de manière à s'assurer que leur consentement soit éclairé et qu'ils disposent d'un véritable choix.

J'ai parlé tout à l'heure des droits à l'égalité et du droit à l'autonomie. J'ai parlé d'une approche à l'égard de l'inclusion des personnes en situation de handicap fondée sur les droits de la personne. J'ai parlé de la possibilité concrète de prendre des décisions pour soi-même et de l'égalité des chances d'épanouissement. Si nos systèmes, nos processus, nos programmes et nos services n'offrent pas ces options, et si nos citoyens ne savent pas qu'ils disposent de ces options, alors leurs droits à l'égalité ne sont pas exercés pleinement.

Ce projet de loi reconnaît le rôle important que jouent les services de soutien social et communautaire et les services de soutien en matière de santé mentale et d'invalidité pour assurer le plein exercice des droits à l'égalité.

Il ne devrait pas être plus facile pour les personnes en situation de handicap d'avoir accès à l'AMM qu'à des services de soutien. Le projet de loi confère au médecin la responsabilité de s'assurer que la personne est informée des services de soutien qui s'offrent à elle.

Honorables sénateurs, la dure réalité, c'est que bon nombre de Canadiens et de Canadiennes qui ont un handicap ne vivent pas dans la dignité, en ce sens qu'ils ne disposent pas du soutien approprié, sont confrontés à des obstacles à l'inclusion et sont régulièrement victimes de discrimination.

Je sais que ce comité a entendu des groupes de défense des droits des personnes en situation de handicap parler de ces réalités, et qu'il s'inquiète du fait que ce projet de loi n'offre pas le choix qu'il prétend en l'absence de systèmes sous-jacents qui aident réellement les Canadiens et Canadiennes en situation de handicap à vivre dans la dignité. Plusieurs membres de votre comité ont communiqué avec moi à ce sujet.

J'ai également entendu ces préoccupations. Je les partage. Nous avons constaté, en cette période de pandémie, que bon nombre de nos systèmes sont loin d'appuyer et d'inclure véritablement toute la population canadienne. Les Canadiens et les Canadiennes qui ont un handicap demandent à bon droit aux gouvernements de corriger ces inégalités. Et nous sommes tenus de le faire.

Dans le récent discours du Trône, notre gouvernement s'est engagé à élaborer un plan pour l'inclusion des personnes en situation de handicap. Celui-ci comprend une prestation canadienne pour les personnes en situation de handicap qui est inspirée du SRG, une stratégie d'emploi et une approche modernisée pour déterminer l'admissibilité aux programmes et aux services du gouvernement du Canada qui visent les

forward to sharing more on this plan with all Canadians in the coming months.

With these initiatives, I believe we are getting at some of the systemic challenges linked to this issue. With enhanced direct income support, we will be lifting many working-age Canadians with disabilities out of poverty. By removing barriers to employment, we are affording dignity, independence and self-sufficiency. And by modernizing our federal government's approach to disability supports and programs, we are broadening and enhancing our ability to meaningfully deliver directly to our citizens with disabilities.

But so much more needs to be done. Many of the supports referred to in Bill C-7 are primarily within provincial jurisdiction, so I am working with my provincial and territorial colleagues. There is a long-overdue need for a national discussion on modernizing — I would say overhauling and reconceiving — disability supports and services.

Before concluding, I will mention the need for robust federal monitoring and data collection on MAID. We need a reliable national data set that promotes accountability and improves the transparency of implementation. Quite frankly, we also need to better understand who is accessing MAID and why. This is of the utmost importance to the disability community. It is incumbent upon all of us to ensure that the regulations that flow from this legislation allow for fulsome data analysis.

Honourable senators, we have before us legislation that seeks to balance making medical assistance in dying available, without undue obstacles, to those who choose it, with safeguards to ensure that this decision is truly informed and voluntary.

I imagine you can hear the weight of this in my voice and that you feel that weight as well. This is a deeply personal issue. For many of our citizens with disabilities, it is existential. Both for those who advocate for increased access to MAID and for those who advocate a return to an end-of-life regime, this is fundamentally about equality rights. This is about personal autonomy and about ensuring the inherent and equal value of every life.

personnes en situation de handicap. Le plan pour l'inclusion des personnes en situation de handicap est la prochaine étape importante pour faire avancer leurs droits et favoriser leur intégration. J'ai hâte de donner à l'ensemble de la population canadienne plus de renseignements à ce sujet au cours des prochains mois.

Avec ces initiatives, je crois que nous nous attaquons à certains des défis systémiques liés à cette question. Grâce à l'amélioration du soutien direct au revenu, nous sortirons de la pauvreté de nombreux Canadiens et Canadiennes en situation de handicap en âge de travailler. En supprimant les obstacles à l'emploi, nous leur offrons la dignité, l'indépendance et l'autosuffisance. En modernisant l'approche du gouvernement fédéral en matière de soutien et de programmes pour les personnes en situation de handicap, nous élargissons et améliorons notre capacité à fournir directement des services utiles à nos citoyens en situation de handicap.

Toutefois, il reste encore tellement plus à faire. Bon nombre des mesures de soutien figurant dans le projet de loi C-7 relèvent principalement de la compétence des provinces, c'est pourquoi je travaille avec mes collègues des provinces et territoires. Il est grand temps d'engager un débat national sur la modernisation — je dirais même la refonte et la reconception — des mesures de soutien et des services à l'intention des personnes en situation de handicap.

Avant de conclure, j'aimerais mentionner qu'il est essentiel de pouvoir compter sur un régime fédéral robuste pour la surveillance et la collecte de données sur l'AMM. Il nous faut des données nationales fiables qui favorisent la responsabilité et améliorent la transparence de la mise en œuvre. Honnêtement, nous devons aussi mieux comprendre qui bénéficie de l'AMM et pourquoi. C'est primordial pour les personnes en situation de handicap. Il est de notre devoir à tous de veiller à ce que les règlements qui découleront du projet de loi permettront qu'une analyse des données complète soit effectuée.

Honorables sénateurs, nous sommes saisis d'un projet de loi qui vise à établir un équilibre entre l'accès à l'aide médicale à mourir, pour que les personnes qui choisissent cette option puissent le faire sans obstacle indu, et les mesures de sauvegarde, pour faire en sorte que cette décision soit prise de façon véritablement éclairée et volontaire.

J'imagine que vous pouvez entendre le poids de cette question dans ma voix et que vous ressentiez cette pression vous aussi. Il s'agit d'une question profondément personnelle. Pour beaucoup de nos citoyens en situation de handicap, elle est existentielle. Tant pour ceux qui préconisent un accès accru à l'AMM que pour ceux qui plaident pour un retour à un régime de fin de vie, il s'agit fondamentalement de droits à l'égalité. Il s'agit de respecter l'autonomie personnelle et de garantir la valeur inhérente et égale de chaque vie.

I'll end with a personal comment. As you know, I live with a disability, as do many of my friends, as do many of our parents and our children. Daily, we — Canadians with disabilities — hear comments like, "I could never live like that." "If I had to live like that, I would rather be dead." "How can you live like that?" We face stigma, stereotypes and ignorance. This is the backdrop for these conversations.

As we talk about MAID and court-imposed amendments to the Criminal Code — in a federal environment where jurisdiction makes it challenging, but not impossible, to improve our systems — the tools at our disposal sometimes seem blunt. But we do have ways to address the underlying systemic inequities. We are moving ahead to improve our systems so that our citizens have meaningful options and choices, and so that everyone can make the life for themselves that they choose.

I'm now happy to take your questions. Thank you.

The Deputy Chair: Thank you very much, minister. We will start with the bill's sponsor, Senator Petitsclerc. You have, I believe, five minutes. Please go ahead, senator.

Senator Petitsclerc: Thank you so much, Minister Qualtrough, for being here with us today, for the time you've spent on this bill, but also being available to those who needed to connect with you, including myself.

Today, I would like for you — and you did mention it in your presentation, but I would like for you to go a little deeper and with more details in terms of that second track of safeguards that you mentioned, specifically the 90-day requirement and the requirement to be informed on different means and support services that exist.

What I would like for our colleagues to hear is really a bit of a run-through of the process that you went through to compete with those safeguards, so consultation, involvement of persons with disabilities, how the international experience was taken into consideration and if you feel that this bill achieves the rights when it comes to keeping in mind the rights to autonomy and the need for safeguards.

Ms. Qualtrough: Wow, okay. Thank you, senator, for all those questions.

Senator Petitsclerc: And thank you.

Je terminerai par un commentaire personnel. Comme vous le savez, je vis avec un handicap. Comme beaucoup de mes amis. Tout comme beaucoup de nos parents et de nos enfants. Chaque jour, nous, les Canadiens et Canadiennes en situation de handicap, entendons des commentaires du genre « Je ne pourrais jamais vivre comme ça », « Je préférerais être mort plutôt que de vivre comme ça », « Comment pouvez-vous vivre de cette façon? ». Nous sommes confrontés à la stigmatisation, aux stéréotypes et à l'ignorance. C'est la toile de fond de ces conversations.

Alors que nous parlons de l'AMM et des modifications au Code criminel imposées par les tribunaux — dans un environnement fédéral où la question de compétence rend difficile, mais non impossible, l'amélioration des systèmes — les outils à notre disposition semblent émoussés. Mais nous avons vraiment des moyens de remédier aux inégalités systémiques sous-jacentes. Nous allons vraiment de l'avant en améliorant nos systèmes afin que nos citoyens disposent d'options et de choix significatifs, afin que chacun puisse se construire la vie qu'il souhaite.

Je répondrai aux questions avec plaisir. Merci!

Le vice-président : Merci beaucoup, madame la ministre. Nous allons commencer par la marraine du projet de loi, la sénatrice Petitsclerc. Je crois que vous avez cinq minutes. Allez-y, madame la sénatrice.

La sénatrice Petitsclerc : Merci beaucoup, madame la ministre, d'être parmi nous aujourd'hui, d'avoir consacré du temps à ce projet de loi et aussi de vous être rendue disponible à ceux qui avaient besoin de communiquer avec vous, dont moi-même.

Aujourd'hui, je souhaiterais — vous en avez fait mention dans votre allocution préliminaire — que vous approfondissiez un peu et nous donniez plus de détails sur le deuxième volet de mesures de sauvegarde, c'est-à-dire la période d'évaluation de 90 jours et l'obligation de donner de l'information sur les différents moyens et services de soutien qui existent.

J'aimerais que mes collègues aient un aperçu du processus que vous avez suivi en vue de déterminer ces mesures de sauvegarde, c'est-à-dire la consultation, la participation des personnes handicapées, la prise en considération de l'expérience de pays étrangers. Lorsqu'il s'agit des droits à l'autonomie et de la nécessité de mesures de sauvegarde, estimez-vous que ce projet de loi protège les droits?

Mme Qualtrough : Wow, d'accord. Je vous remercie, madame la sénatrice, de toutes ces questions.

La sénatrice Petitsclerc : C'est moi qui vous remercie.

Ms. Qualtrough: Let me hopefully provide a fulsome answer. I appreciate people will follow up if I've missed an aspect of your question.

Historically, as you all know, this law has been driven primarily by court decisions. It wasn't a government that wanted or had committed in any platform to move forward with this conversation on medical assistance in dying. When we made the decision not to appeal *Truchon* — and I appreciate that you had conversations with the justice minister on that earlier this week — we undertook a very fulsome, I would say, although a short-timeline consultation with Canadians about what was next, how far we had come since 2016, what were people's concerns, how were we going to modify this law in a way that would continue to address both the side of personal autonomy and having greater access and the very legitimate concerns about any possible negative perceptions there would be around the value of one life over another.

We consulted. We had a survey with 300,000 people. We did disability stakeholder-specific consultations. We did consultations with experts in — I can't even remember the number of cities. I will say seven; it could have been nine. Trying to find a way to balance all the different interests that were at play here.

By making the reasonable foreseeability of natural death no longer a gatekeeping function to access MAID but, rather, serving the function of what track people would — what particular safeguards would be in place is probably a better way of saying it, we no longer have an end-of-life regime in this country. There are specific safeguards for if your death is reasonably foreseeable or if your death is not reasonably foreseeable.

We heard very clearly about the broader socio-economic circumstances that might lead to a person's consideration for MAID, particularly a person who is suffering, and we wanted to dig in on that. So we talked to experts about the connection, as I said in my opening remarks, between services and supports and options and choices and the provision of MAID. What we have done in this law, I think, is to signal the very important connection between access — knowing these supports are out there and being able to access them — and the choice of medical assistance in dying.

I think the closer we get to a place where people see, not a choice between a life lived in poverty, in isolation and unhappiness in MAID but, rather, a choice of fulfilment and employment and happiness and support in MAID, the closer we're going to get to the full realization of our equality rights as citizens with disabilities.

Mme Qualtrough : J'espère pouvoir vous donner une réponse complète. Je sais qu'il y aura des questions de suivi si j'omets un élément de votre question.

Historiquement, comme vous le savez tous, la nécessité de légiférer résulte principalement de décisions judiciaires. Ce n'est pas le gouvernement qui a pris l'initiative d'ouvrir ce débat sur l'aide médicale à mourir ou qui avait pris quelque engagement dans ce sens. Après avoir décidé de ne pas en appeler de l'arrêt *Truchon* — et je suis heureuse que vous ayez eu des discussions à ce sujet avec le ministre de la Justice plus tôt cette semaine —, nous avons mené une consultation, je dirais exhaustive, bien que de courte durée, auprès des Canadiens sur ce qui se préparait, sur le chemin parcouru depuis 2016 afin de connaître les préoccupations des gens et de voir de quelle façon modifier la loi de manière à continuer de tenir compte, d'une part, de l'autonomie des personnes et du besoin d'un meilleur accès et, d'autre part, des préoccupations très légitimes au sujet d'éventuelles perceptions négatives entourant la valeur relative accordée à une vie par rapport à une autre.

Nous avons consulté largement. Nous avons mené un sondage auprès de 300 000 personnes. Nous avons tenu des consultations auprès de personnes en situation de handicap. Nous avons consulté des experts dans — je ne me souviens plus trop bien — sept villes, peut-être neuf, pour tenter d'établir un équilibre entre tous les différents intérêts en jeu.

En décidant que la prévisibilité raisonnable de la mort naturelle ne serait plus un critère pour contrôler l'accès à l'AMM, mais plutôt un critère pour décider quelle voie les gens — quelles mesures de sauvegarde particulières seraient en place, est probablement une meilleure façon de l'exprimer —, nous cesserons d'avoir un régime de fin de vie au Canada. Des mesures de sauvegarde précises sont prévues, selon que la mort d'une personne est raisonnablement prévisible ou qu'elle ne l'est pas.

Nous avons été informés très clairement des circonstances socioéconomiques plus générales qui pourraient amener une personne, particulièrement une personne souffrante, à envisager l'aide médicale à mourir et nous voulions approfondir la question. Nous avons donc parlé à des experts, comme je l'ai dit dans ma déclaration préliminaire, au sujet du lien entre, d'une part, les services, soutiens, options et choix et, d'autre part, la prestation de l'AMM. Ce que nous avons fait dans ce projet de loi, je crois, c'est de faire ressortir le lien très important entre l'accès — le fait de savoir que ces soutiens existent et d'y avoir accès — et le choix de l'aide médicale à mourir.

Je pense que plus nous en viendrons à voir, non pas un choix entre une vie de pauvreté, de solitude et de malheur dans l'AMM, mais plutôt un choix d'accomplissement, d'emploi, de bonheur et de soutien dans l'AMM, plus nous nous rapprocherons de la pleine réalisation de nos droits à l'égalité en tant que citoyens en situation de handicap.

It's complicated. It's hard to get at — as I said, the Criminal Code is in some ways a very blunt tool. I think mentioning in the preamble the United Nations convention, mentioning the Charter, mentioning a human-rights-based approach to disability inclusion, we're getting there. But in some ways we're not there yet.

The Deputy Chair: Thank you, minister.

Ms. Qualtrough: Sorry, senator. I tend to babble on things that are important to me.

The Deputy Chair: No problem at all.

[Translation]

Senator Carignan: My question is about the exclusion of people with mental illnesses. I look at what the Government of Canada's site currently says about medical assistance in dying in relation to mental illness and physical disabilities, and based on the current legislation, and I quote:

If you have a mental illness or a physical disability and wish to seek medical assistance in dying, you may be eligible. Eligibility is assessed on an individual basis, looking at all of the relevant circumstances.

That is the current situation. Bill C-7 proposes to exclude one category, the category of persons living with mental illness solely. Why take away the rights of people in this category without considering the possibility of assessing the situation on a case-by-case basis, as is currently done?

[English]

Ms. Qualtrough: Thank you, senator, for the question. This is a very important topic. Bill C-7 does specifically propose to make individuals, whose sole medical condition is a mental illness, ineligible for MAID, and that is a change. I can tell you I participated in so many of the consultations, and there was not a consensus on this issue, and we felt it more prudent, at this time, to wait for the broader parliamentary review to tackle this particular question.

There are significant complexities and risks around the provision of MAID to persons suffering from a mental illness only, which include the fact that the trajectory of mental illness is generally harder to predict than those with physical diseases, and we wanted to make sure we got it right.

La question est compliquée. Comme je l'ai dit, le Code criminel est un outil très approximatif. Je pense qu'en faisant mention, dans le préambule, de la Convention des Nations unies, de la Charte et d'une approche fondée sur les droits de la personne pour l'inclusion des personnes handicapées, nous y arriverons. Mais d'une certaine façon, nous n'en sommes pas encore là.

Le vice-président : Merci, madame la ministre.

Mme Qualtrough : Désolée, monsieur le sénateur. J'ai tendance à m'étendre longuement sur les sujets qui me paraissent importants.

Le vice-président : Ce n'est pas du tout un problème.

[Français]

Le sénateur Carignan : Ma question porte sur l'exclusion des personnes atteintes d'une maladie mentale. Je regarde ce que dit le site du gouvernement du Canada actuellement sur l'aide médicale à mourir et on dit en parlant de la maladie mentale et de l'incapacité physique et en fonction de la loi actuelle, et je cite :

Si vous êtes atteint d'une maladie mentale ou d'une incapacité physique et désirez obtenir l'aide médicale à mourir, vous pourriez être admissible. L'admissibilité est évaluée au cas par cas en examinant toutes les circonstances pertinentes.

C'est la situation actuelle. Le projet de loi C-7 propose d'exclure une catégorie, soit la catégorie des personnes atteintes uniquement de maladie mentale. Pourquoi priver de droits cette catégorie de personnes sans étudier la possibilité d'évaluer la situation au cas par cas, comme cela se fait actuellement?

[Traduction]

Mme Qualtrough : Je vous remercie, monsieur le sénateur, de votre question. C'est un sujet très important. Le projet de loi C-7 propose précisément de rendre inadmissibles à l'aide médicale à mourir les personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale, et c'est un réel changement. Ayant participé à un grand nombre de consultations, je peux vous dire qu'il n'y a pas de consensus à ce sujet, et nous avons estimé qu'il était plus prudent, pour le moment, d'attendre l'examen parlementaire plus général pour nous attaquer à cette question particulière.

La prestation de l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes seulement d'une maladie mentale comporte des complexités et des risques importants, notamment du fait que l'évolution d'une maladie mentale est généralement plus difficile à prédire que celle des maladies physiologiques. Nous voulions nous assurer de bien faire les choses.

Senator, I appreciate your perspective on this. We know that the Council of Canadian Academies also recognizes these challenges, and we are confident that the broader parliamentary review of Bill C-14 will address this issue once and for all.

[Translation]

Senator Carignan: Do you not think it's a little unusual or dangerous to discriminate based on consultations, because consultations are not clear? What I'm hearing from the government is, "we have no consensus," "it's a bit complicated" and "we're not sure." What I mean is that you can't discriminate against people on that basis.

Ms. Qualtrough: I absolutely understand, senator —

Senator Carignan: We do not govern by survey, and you can't discriminate by survey either.

[English]

Ms. Qualtrough: I know this issue was addressed with the Minister of Justice, and I will defer to his legal analysis on the constitutionality of this particular provision. I will offer more public policy considerations of the complexity and the lack of consensus, understanding that we're on a journey here with this law and that there will be a more fulsome discussion of this issue that we didn't think we had had sufficiently during the parliamentary review.

Senator Carignan: Thank you.

Senator Dalphond: Thank you, minister, for your very interesting presentation. My apologies on my behalf and on behalf of the group about the difficulties you raised about your appearance before the committee today.

In your presentation, you referred to three facts that have been raised by many witnesses before the committee so far. First, the persistent lack of equal access to support and health care for disabled people across Canada; second, the fact that disabled persons still, unfortunately, face systemic bias and stereotypes; and third, the lack of complete data on the people who have used MAID and why they have done so. In these circumstances, minister, what do you say to those who say it is unwise or not prudent to provide broader access to MAID, especially to disabled people, in these circumstances?

Ms. Qualtrough: Thank you, senator, for the question. I share the concern that our systems and our supports are lacking. In fact, like other marginalized populations in Canada, there is

Monsieur le sénateur, je vous suis reconnaissante d'avoir exprimé votre point de vue sur cette question. Nous savons que le Conseil des académies canadiennes reconnaît également ces difficultés, et nous sommes convaincus que l'examen parlementaire du projet de loi C-14 permettra de régler cette question une fois pour toutes.

[Français]

Le sénateur Carignan : Vous ne trouvez pas cela un peu spécial ou dangereux de faire de la discrimination sur la base de consultations, parce que les consultations ne sont pas claires? Ce que j'entends de la part du gouvernement, c'est : « Il n'y a pas consensus », « C'est un peu compliqué » et « On n'est pas sûrs ». Ce que je veux dire, c'est qu'on ne peut pas discriminer les gens sur cette base.

Mme Qualtrough : Je comprends absolument, sénateur...

Le sénateur Carignan : On ne gouverne pas par sondage et on ne discrimine pas par sondage non plus.

[Traduction]

Mme Qualtrough : Je sais que cette question a été abordée par le ministre de la Justice, et je m'en remets à son analyse juridique de la constitutionnalité de cette disposition. Je vais vous parler davantage de considérations d'intérêt public liées à la complexité et à l'absence de consensus, étant entendu que nous sommes en train d'étudier ce projet de loi et qu'il y aura une discussion sur cette question plus approfondie qu'au cours de l'examen parlementaire, qui nous est apparu insuffisant.

Le sénateur Carignan : Merci.

Le sénateur Dalphond : Merci, madame la ministre, de votre exposé très intéressant. En mon nom et au nom du groupe, je vous présente mes excuses pour les difficultés que vous avez mentionnées au sujet de votre comparution devant le comité aujourd'hui.

Dans votre exposé, vous avez fait état à trois faits qui ont été soulevés par de nombreux témoins qui ont comparu devant le comité jusqu'à maintenant. Premièrement, le manque persistant d'accès égal au soutien et aux soins de santé pour les personnes en situation de handicap partout au Canada; deuxièmement, le fait que ces personnes sont encore malheureusement confrontées à des préjugés et à des stéréotypes systémiques; troisièmement, le manque de données complètes sur les personnes qui ont eu recours à l'aide médicale à mourir et les raisons pour lesquelles elles l'ont fait. Dans ces circonstances, madame la ministre, que répondez-vous à ceux qui disent qu'il est téméraire ou imprudent d'élargir l'accès à l'aide médicale à mourir, surtout pour les personnes en situation de handicap?

Mme Qualtrough : Merci, monsieur le sénateur, de votre question. Je suis aussi préoccupée par le fait que nos systèmes et nos mesures de soutien sont défectueux. En fait, comme d'autres

systemic discrimination against citizens with disabilities in this country. I'm not shying away from the conversations we need to have at both the federal and provincial levels to address those realities.

What I also hear from individuals within the disability community is the irony, almost, or the potential double jeopardy of denying somebody something because they have been denied something. I don't know if that makes sense — it made sense in my head — but this idea that we are saying we will not offer access to MAID because we have not provided sufficient supports to you. That we're going to doubly harm you is the argument or the concern that is raised with me.

That being said, by requiring in this legislation that individuals be informed of and have considered their options, that this is an important part of the process to make those supports and systems better. In the meantime, though, I can't justify denying something because we're not providing something.

Senator Dalphond: I understand that you expect that these measures will increase better access to support and care for disabled people?

Ms. Qualtrough: What I understand is that I am raising the alarm and pointing out the obligation on all levels of government to provide this support. It is certainly why we are trying to get at some of these issues through direct income support for people with disabilities through a new Canada disability benefit. I think that, in and of itself, will allow for more options for people as we lift so many people out of poverty with this investment. Yes, there is a heck of a lot to do, and we have a lot of ground to make up.

Senator Dalphond: Thank you.

Senator Batters: Minister Qualtrough, in addition to being the minister for disability inclusion, you are a lawyer, and as you said, you live with a disability. During the course of our Bill C-7 study, we have heard alarming concerns from so many in the disabled community about how the removal of the end of life criteria on Bill C-7 will actually result in Bill C-7 being found to be unconstitutional because it violates section 15, and that it violates the equality rights of people with disabilities. It would discriminate against them. We have heard this from Krista Carr of Inclusion Canada, that because Bill C-7 removes the end of life criteria, that is the only current MAID criteria in Bill C-14 that would not be applicable on a daily basis for many disabled people in Canada. University of Ottawa law professor, Elizabeth Sheehy, echoes this concern.

populations marginalisées au Canada, il y a une discrimination systémique à l'endroit des citoyens en situation de handicap au pays. Je ne chercherai pas à éviter les discussions que nous devons avoir aux niveaux fédéral et provincial pour faire face à ces réalités.

Ce que j'entends aussi de la part des personnes en situation de handicap, c'est l'ironie, presque, ou le double péril éventuel, de refuser quelque chose à quelqu'un parce qu'on lui a déjà refusé quelque chose. Je ne sais pas si c'est logique — ce l'est dans mon esprit —, mais selon ce raisonnement, nous disons que nous n'offrirons pas l'accès à l'aide médicale à mourir parce que nous n'avons pas fourni suffisamment de soutien. C'est l'argument ou la préoccupation de causer un double tort qui m'interpelle.

Cela dit, en exigeant dans le projet de loi que les gens soient informés de leurs options et qu'ils les aient examinées, nous incitons à améliorer ces mesures de soutien et ces systèmes. Entretemps, cependant, je ne peux pas justifier qu'on refuse quelque chose parce qu'on n'offre pas autre chose.

Le sénateur Dalphond : Dois-je comprendre que vous vous attendez à ce que ces mesures améliorent l'accès aux soutiens et aux soins pour les personnes en situation de handicap?

Mme Qualtrough : Ce que je comprends, c'est que je sonne l'alarme et que je rappelle l'obligation de tous les ordres de gouvernement de fournir ce soutien. C'est certainement la raison pour laquelle nous essayons de régler certains de ces problèmes en apportant un soutien direct du revenu aux personnes en situation de handicap, qui prendra la forme d'une prestation canadienne d'invalidité. Je pense que cela, en soi, donnera plus d'options aux gens du fait que cet investissement permettra à tellement d'entre eux de sortir de la pauvreté. Oui, il y a beaucoup à faire, et nous avons beaucoup de terrain à rattraper.

Le sénateur Dalphond : Merci.

La sénatrice Batters : Madame la ministre, outre que vous êtes la ministre responsable de l'inclusion des personnes handicapées, vous êtes avocate et, comme vous l'avez dit, vous vivez avec un handicap. Au cours de notre étude du projet de loi C-7, de nombreux membres de la communauté des personnes en situation de handicap ont exprimé des préoccupations alarmantes devant le fait que la suppression des critères de fin de vie prévue dans le projet de loi C-7 le rendra inconstitutionnel parce qu'il enfreint l'article 15 et porte atteinte aux droits à l'égalité des personnes en situation de handicap. Il y aurait discrimination à leur endroit. Mme Krista Carr, d'Inclusion Canada, nous a dit que, parce que le projet de loi C-7 supprime les critères de fin de vie, c'est le seul critère d'AMM actuellement dans le projet de loi C-14 qui ne s'appliquerait pas

Minister, as a lawyer and as the minister for disability inclusion, why are you persisting in trying to push through this bill, which so many in the disabled community say discriminates against them and will likely be thrown out as unconstitutional?

Ms. Qualtrough: Thank you, senator, for those important and difficult questions. I'll defer again to my colleague, the Attorney General, on the constitutionality of this. I don't think it's appropriate for me to weigh in as a lawyer on this, but I will tell you that I have heard these concerns. I am aware that there are important conversations going on that in some way Bill C-7 creates a class of people discriminatorily who would have access to MAID by virtue of a personal characteristic — they simply have a disability.

I have looked into this. I personally believe that the eligibility criteria, more specifically, is a grievous and irremediable medical condition that has three specific components: serious and incurable, advanced state of irreversible decline and enduring physical and psychological suffering. That means it doesn't include everyone with a disability. Those three particular requirements for something to be a grievous and irremediable medical condition is a subset of people with disabilities, for sure, but it's people with significant incurable illnesses or diseases. Now, a broad definition of disability would include everybody in that definition, but it wouldn't include me, de facto, because I can't see. I wouldn't have access to MAID unless I personally met the other criteria where my condition was serious and incurable, in an advanced state of irreversible decline and I would be suffering an enduring and intolerable physiological or physical suffering. It's a subset of the group.

Senator Batters: I'm sorry, I need to go on.

Ms. Qualtrough: Please go ahead. I apologize.

Senator Batters: One safeguard that the disability community has been adamant about preserving is the 10-day waiting period when death is reasonably foreseeable. We have heard your government talk about usual scenarios and what is often the case. For example, often an individual has come to this decision after years of consideration and consultation, and that the 10 days is unnecessarily cruel. However, would you not agree that safeguards are not intended for clear cases, but rather there in order to prevent the worst case scenario, a wrongful death, and to protect the most vulnerable?

couramment à beaucoup de personnes en situation de handicap au Canada. La professeure de droit à l'Université d'Ottawa, Mme Elizabeth Sheehy, fait écho à cette préoccupation.

Madame la ministre, en tant qu'avocate et ministre responsable de l'inclusion des personnes handicapées, pourquoi persistez-vous à essayer de faire adopter ce projet de loi qui, selon de nombreux membres de la communauté des personnes en situation de handicap, est discriminatoire à leur égard et sera probablement rejeté comme inconstitutionnel?

Mme Qualtrough : Merci, madame la sénatrice, de ces questions importantes et difficiles. Je m'en remets encore une fois à mon collègue, le procureur général, pour ce qui est de la constitutionnalité. Je ne pense pas qu'il soit approprié que je me prononce en tant qu'avocate, mais je peux vous dire que je suis au courant de ces préoccupations. Je sais qu'il y a d'importantes discussions en cours dont il ressort que, d'une certaine façon, le projet de loi C-7 crée une catégorie discriminatoire de personnes qui auraient accès à l'aide médicale à mourir en raison d'une caractéristique personnelle, simplement parce qu'elles ont un handicap.

Je me suis penchée sur la question. Personnellement, je crois que le critère d'admissibilité, précisément, est un problème de santé grave et irrémédiable qui comporte trois éléments précis, soit un état grave et incurable, un déclin avancé et irréversible et des souffrances physiques et psychologiques persistantes. Cela signifie qu'il n'englobe pas toutes les personnes en situation de handicap. Ces trois exigences précises pour déclarer un problème de santé grave et irrémédiable concernent un sous-ensemble de personnes en situation de handicap, c'est certain, mais seulement celles atteintes d'une maladie incurable importante. Une définition large de l'invalidité engloberait tout le monde, mais ne m'inclurait pas du simple fait que je ne vois pas. Je n'aurais pas accès à l'aide médicale à mourir à moins de répondre aux autres critères, à savoir que mon état est grave et incurable, que mon état de déclin est avancé et irréversible et que j'éprouve des souffrances physiologiques ou physiques persistantes et intolérables. C'est un sous-ensemble du groupe.

La sénatrice Batters : Désolée de vous interrompre. Je voudrais poursuivre.

Mme Qualtrough : Allez-y, s'il vous plaît. Je m'excuse.

La sénatrice Batters : La période d'attente de 10 jours, lorsque la mort est raisonnablement prévisible, est une mesure de sauvegarde que les défenseurs des personnes en situation de handicap tiennent mordicus à préserver. Nous avons entendu le gouvernement parler des scénarios habituels et de cas qui se présentent souvent. On fait valoir, par exemple, qu'il arrive souvent qu'une personne prenne la décision après des années de réflexion et de consultation et que le délai de 10 jours est inutilement cruel. Cependant, ne convenez-vous pas que les mesures de sauvegarde ne sont pas destinées à des cas clairs,

Ms. Qualtrough: I agree with you absolutely that the purpose of safeguards is to protect the most vulnerable and not the normal best-case fact pattern we can put forward to test something. But we did hear that the 10-day reflection period did not have the intended safeguard effect that we had contemplated in Bill C-14. We honestly heard that it prolonged suffering; that people had gone through the assessment process that they had been assessed and had been approved, they made their decision and they talked to their family.

I honestly don't recall — and I'm not saying this didn't happen — but I don't recall someone saying to me that it was an effective safeguard as it was intended. The decision was made to allow for more dignified end-of-life decision-making in order to not have people not taking their medications so they can remain having capacity. This decision was not taken lightly, but we heard very consistently that this 10-day reflection period didn't have the intended safeguard effect.

Senator Batters: Seventy-two organizations who serve Canadians with disabilities across the country signed a public letter urging the government to appeal the *Truchon* decision, the lowest-level court in Quebec. They gave several reasons why a failure to appeal would be disastrous for the disability community, including that:

The decision will entrench stereotypes and exacerbate stigma for Canadians with disabilities, contributing to the adversity and oppression experienced by this vulnerable group.

As the disability inclusion minister, you are obviously well aware of the major concerns expressed to your government from that community, including every major national disability organization.

Could you please tell the committee which specific concerns from the disability community that were included in that letter your government determined not to be valid when you made that decision not to appeal the *Truchon* decision, at least to the Quebec Court of Appeal?

Ms. Qualtrough: Thanks for the question. I know the Minister of Justice spoke in more detail about the rationale for not appealing.

I can tell you I was concerned about having an inclusive analysis of what came next. I believe strongly that the parliamentary process is a more inclusive process than the justice

mais plutôt à prévenir le pire des scénarios, un décès injustifié, et à protéger les plus vulnérables?

Mme Qualtrough : Je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire que l'objectif des mesures de sauvegarde est de protéger les personnes les plus vulnérables, non celles qui correspondent à un modèle idéal de situation factuelle vérifiable. Mais nous avons entendu dire que la période de réflexion de 10 jours n'avait pas l'effet de sauvegarde qui était envisagé dans le projet de loi C-14. On nous a rapporté honnêtement des cas de gens qui avaient subi le processus d'évaluation, dont la demande avait été évaluée et approuvée, qui avaient pris leur décision après en avoir parlé à leur famille et dont les souffrances avaient été prolongées.

Bien honnêtement, je ne me souviens pas — je ne dis pas que cela ne s'est jamais produit —, mais je ne me souviens pas que quelqu'un m'ait dit que c'était une mesure de sauvegarde qui avait l'utilité prévue. Cette décision a été prise pour permettre une démarche décisionnelle plus digne en fin de vie et éviter que les gens cessent de prendre leurs médicaments pour préserver leur aptitude à consentement. La décision n'a pas été prise à la légère, mais nous avons entendu très souvent que la période de réflexion de 10 jours n'avait pas l'effet de sauvegarde escompté.

La sénatrice Batters : Soixante-douze organismes au service des Canadiens en situation de handicap de partout au pays ont signé une lettre publique exhortant le gouvernement à en appeler de l'arrêt *Truchon* rendu par le tribunal de première instance au Québec. Ils ont donné plusieurs raisons pour lesquelles le fait de ne pas interjeter appel serait désastreux pour les personnes handicapées, notamment :

La décision consacrera les stéréotypes et exacerbera la stigmatisation des Canadiens handicapés, contribuant ainsi à l'adversité et à l'oppression vécues par ce groupe vulnérable.

En tant que ministre responsable de l'inclusion des personnes handicapées, vous êtes évidemment au courant des principales préoccupations que cette communauté, y compris toutes les grandes organisations nationales qui la représentent, a fait connaître au gouvernement.

Pourriez-vous, s'il vous plaît, nous dire quelles préoccupations précises exprimées dans cette lettre ont été jugées non valables par le gouvernement quand il a décidé de ne pas interjeter appel de l'arrêt *Truchon*, du moins devant la Cour d'appel du Québec?

Mme Qualtrough : Merci de la question. Je sais que le ministre de la Justice a expliqué de façon plus détaillée la décision de ne pas interjeter appel.

Je peux vous dire que je me préoccupais d'assurer un examen inclusif pour la suite des choses. Je crois fermement que le processus parlementaire est un processus plus inclusif que le

process in these kinds of circumstances where we want public policymakers — I wouldn't be at the table, for example, to have this conversation if we had made the appeal. We don't know where we would be. We wouldn't have all the voices you have heard from.

There was a strong rationale, particularly given pre-existing concerns around the constitutionality of this regime, to move forward through Parliament to make this law better rather than to tie it up without certainty in the courts for a number of years and then potentially end up exactly where we are today.

Since that decision, I have worked very hard to include everyone and make sure that all the voices, experts and thinkers who needed and wanted to be heard on this issue have had the space to do so.

Senator Cotter: Thank you very much, Minister Qualtrough, for coming and joining us and sharing your perspectives on the bill and the overall circumstances that are no doubt challenging for very many sectors of our society and communities.

I have, essentially, two questions or concerns. The first one is a statement, but I would invite you to respond.

With respect to the exclusion of mental illness as a result of the bill, your discussion in relation to it is entirely in policy terms. However, one of the points that various senators have shared, including Senator Carignan, is that this is not so much a policy question as a constitutional question, and the choice that you're making to examine it in policy terms leaves some people who will feel constitutionally excluded and that their only option will be to go back to court. Then we will have yet another round of constitutional litigation on this question. It doesn't feel as though you're taking the constitutional dimension of this question seriously enough.

Let me state my second question, if I may. This concerns less the legislation, with respect to which I'm generally supportive, and more concerns the services that are made available to people with disabilities. Let me offer you a small analogy. In the last 10 months or so, we have faced an enormous challenge as a result of the COVID pandemic. As a result of government policies, federal and provincial, people have been put out of work, necessarily so, and businesses have been shuttered or made very vulnerable. What we did as a result of this was to put in place, through the very good work of your colleagues and yourself, safety nets to support those consequences of a government initiative. Good for you. That was the right thing to do.

processus judiciaire dans les situations de ce genre, où nous voulons que les décideurs de la politique publique... Je ne serais pas ici aujourd'hui, par exemple, pour cette discussion si nous avions interjeté appel. Nous ne savons pas où nous en serions. Nous n'aurions pas entendu toutes les voix qui se sont fait entendre.

Il était tout à fait justifié, compte tenu surtout des préoccupations préexistantes entourant la constitutionnalité de ce régime, d'aller de l'avant au Parlement afin d'améliorer ce texte législatif, plutôt que de tout paralyser devant les tribunaux, sans certitude du résultat, pendant nombre d'années, puis finalement de se retrouver exactement là où nous en sommes aujourd'hui.

Depuis cette décision, j'ai travaillé très fort pour inclure tout le monde et m'assurer que toutes les voix, tous les experts et penseurs qui avaient besoin et qui voulaient se faire entendre sur cette question, aient l'espace nécessaire pour le faire.

Le sénateur Cotter : Merci beaucoup, madame la ministre, d'être venue nous faire part de vos points de vue sur le projet de loi et sur l'ensemble des circonstances qui posent très certainement des difficultés pour de nombreux secteurs de notre société et de nos collectivités.

J'ai essentiellement deux questions ou préoccupations. La première prend la forme d'une déclaration, mais je vous invite à y répondre.

En ce qui concerne l'exclusion de la maladie mentale découlant du projet de loi, votre position porte entièrement sur les politiques. Cependant, l'un des points que divers sénateurs ont fait valoir, dont le sénateur Carignan, c'est qu'il ne s'agit pas tant d'une question de politique que d'une question constitutionnelle et que le choix que vous faites de la cantonner dans la sphère des politiques ne laisse à certaines personnes qui se sentiront exclues sur le plan constitutionnel d'autre option que de s'adresser aux tribunaux. Nous aurons alors une autre série de litiges constitutionnels sur cette question. J'ai l'impression que vous ne prenez pas suffisamment au sérieux la dimension constitutionnelle de cette question.

Voici ma deuxième question. Elle concerne moins le projet de loi, auquel je suis généralement favorable, et davantage les services offerts aux personnes en situation de handicap. Permettez-moi de faire une petite analogie. Au cours des 10 derniers mois environ, nous avons été confrontés à un énorme défi en raison de la pandémie de la COVID. Du fait des politiques gouvernementales, fédérales et provinciales, des gens ont, nécessairement, cessé de travailler et des entreprises ont été fermées ou rendues très vulnérables. Nous avons donc mis en place, grâce au très bon travail de vos collègues et de vous-même, des filets de sécurité pour atténuer les répercussions de l'action gouvernementale. C'est tout à votre crédit. C'était la chose à faire.

In this legislation, we are creating a greater opportunity for people with disabilities to have a chance to access a particular program but with, at least, it's been strongly stated from disability communities, a greater degree of vulnerability being created. I'm concerned that you're not providing targeted federal resources that you insist be delivered, not just on the question of making people a little better off financially, which is a good initiative, but in all of the rest of the dimensions of their lives that will reduce that degree of vulnerability.

It seems to me, if you take an action like this, you need to take the corresponding reaction so both sides of the autonomy equation are raised up. It doesn't seem to me that conversation is much of a commitment. That's my question. Thanks.

Ms. Qualtrough: Thank you, senator. I'll begin by clearing up that I'm focusing on the public policy considerations particularly in my explanation of the exclusion of mental illness, which is not to say in any way that we did not seriously consider the constitutionality. I was deferring, out of respect, to my colleague, the Minister of Justice, on the constitutionality of it. But I can assure you that those considerations were very much taken into account, and a Charter statement was tabled in the House of Commons addressing the constitutionality. If I'm not mistaken, the Minister of Justice offered to provide further analysis to this committee if you're so inclined. If you would like to take him up on that offer, I'm sure he would be happy to provide you with that information.

I agree with you regarding the services. Again, I'm highlighting a recent commitment around the disability benefit employment strategy and modernizing our federal approach to disability in the Speech from the Throne. I can assure you that we are investing in housing. We are investing in personal support workers. We are investing in mental health support. We are investing in palliative care. We are investing in community service organizations that provide support to Canadians with disabilities.

My job, it feels like, the vast majority of the time, is working with Krista and her team to ensure that the initiatives and measures we put forth as a government are considered from the disability lens perspective and that we make sure we target our investments. We carve out investments where appropriate, and we make sure that our criteria are as inclusive as possible to make sure that, in everything we do, we understand the impact on people with disabilities.

We are desperately trying to raise the tide on this.

Dans ce projet de loi, nous donnons aux personnes en situation de handicap la possibilité d'avoir accès à un programme particulier, mais en créant, du moins c'est ce que les organismes les représentant disent haut et fort, une plus grande vulnérabilité. Ce qui m'inquiète, c'est que vous n'apportez pas les ressources fédérales ciblées que vous insistez être nécessaires, non seulement pour améliorer un peu la situation financière des gens, ce qui est une bonne initiative, mais aussi pour réduire cette vulnérabilité qui caractérise toutes les autres dimensions de leur vie.

Il me semble que si vous prenez une mesure comme celle-ci, vous devez réagir de façon à ce que les deux côtés de l'équation de l'autonomie soient soulevés. Je ne vois pas vraiment un engagement dans cette conversation. C'était ma question. Merci.

Mme Qualtrough : Merci, monsieur le sénateur. Je commencerai par préciser que je me concentre sur les considérations d'intérêt public, particulièrement dans mon explication de l'exclusion de la maladie mentale. Cela ne veut pas dire que nous n'avons pas sérieusement examiné l'aspect constitutionnel. Par respect pour mon collègue, le ministre de la Justice, je m'en remettais à la constitutionnalité. Mais je peux vous assurer que nous avons dûment tenu compte de ces considérations et que nous avons déposé une déclaration sur la constitutionnalité à la Chambre des communes. Si je ne m'abuse, le ministre de la Justice a offert de fournir une analyse plus approfondie au comité, si vous le souhaitez. Si vous voulez accepter son offre, je suis sûre qu'il se fera un plaisir de vous remettre cette information.

Je suis d'accord avec vous dans le cas des services. Permettez-moi de souligner une fois de plus l'engagement récemment exprimé dans le discours du Trône au sujet de la stratégie d'emploi avec prestations pour les personnes en situation de handicap et de la modernisation de l'approche fédérale à l'égard des personnes en situation de handicap. Je peux vous assurer que nous investissons dans le logement. Nous investissons dans les préposés aux services de soutien à la personne. Nous investissons dans le soutien en santé mentale. Nous investissons dans les soins palliatifs. Nous investissons dans les organismes de services communautaires qui offrent du soutien aux Canadiens en situation de handicap.

J'ai l'impression de travailler la plupart du temps avec Mme Freeland et son équipe pour veiller à ce que les initiatives et les mesures que le gouvernement propose soient considérées du point de vue des personnes en situation de handicap afin d'axer nos investissements sur elles. Nous répartissons les investissements là où il le faut. Nous veillons à ce que nos critères soient aussi inclusifs que possible afin de bien comprendre, dans tout ce que nous faisons, les répercussions que ces mesures auront sur les personnes en situation de handicap.

Nous nous efforçons désespérément d'en faire le plus possible.

Senator Cotter: If I could ask one brief supplementary question, Mr. Chair. Are you making new investments that are specific in response to the Bill C-7 initiative?

Ms. Qualtrough: I would say, senator, that our Speech from the Throne was a catalyst for the approach we're taking in our disability inclusion plan and is absolutely the conversation we're having here today. We know that we need to provide better supports and fix our systems. This is a direct way that we can do that without in any way saying it's enough or we don't need to do more.

The Deputy Chair: Thank you very much.

[Translation]

Senator Dupuis: Thank you, minister, for being with us today. I truly regret the problems you have had and even the fact that you had to ask for accommodation to appear before a Senate committee. I find it unacceptable that it is not a given. I wanted to tell you that. It's regrettable. I find it most unfortunate.

I would like to take you back to the cases of Ms. Gladu and Mr. Truchon. They went to court because the federal Parliament had responded to the *Carter* decision, which established that a person's suffering was the only criterion to be considered for them to have access to medical assistance in dying. The Quebec legislation, which preceded the federal act, also includes an end-of-life requirement. Federally, Parliament maintained the "naturally foreseeable death" test. According to the professional bodies regulating the provincial colleges of physicians, that is a vague and ambiguous concept and it cannot be regulated. So we are dealing with a concept that is not easy to apply.

It has been acknowledged that, like all other Canadians, people with disabilities may be eligible for medical assistance in dying, which is recognized as a constitutional right. Why are we going backwards with Bill C-7 by reintroducing a concept on which there is no consensus and that cannot be defined or regulated by physicians?

[English]

Ms. Qualtrough: Thank you, senator, for the question. As you all know, reasonable foreseeability of natural death is no longer applicable under Bill C-7 as an eligibility criteria. Rather, it is used to determine what set of safeguards apply to a particular MAID request. Again, in the consultations with doctors, with advocates, with individuals, with families, we found it necessary to find a way to both allow dignified access to MAID for those people who are near the end of their lives and a more rigorous set of safeguards for those who aren't.

Le sénateur Cotter : J'aimerais poser brièvement une autre question, monsieur le président. Faites-vous de nouveaux investissements en réponse à l'initiative du projet de loi C-7?

Mme Qualtrough : Je dirais, monsieur le sénateur, que notre discours du Trône a déclenché l'approche que nous adoptons dans notre plan d'inclusion des personnes en situation de handicap. C'est précisément ce que nous vous disons aujourd'hui. Nous savons que nous devons renforcer nos soutiens et réparer nos systèmes. Nous avons ici une occasion directe de le faire sans sous-entendre que c'est assez et qu'il n'est pas nécessaire d'en faire plus.

Le vice-président : Merci beaucoup.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Merci, madame la ministre, d'être parmi nous aujourd'hui. Je déplore vraiment les problèmes que vous avez eus et même le fait que vous ayez dû demander un accommodement pour comparaître devant un comité du Sénat. Je trouve cela inacceptable que cela n'aille pas de soi. Je tenais à vous le dire. Je trouve cela regrettable. Je déplore la situation.

J'aimerais vous ramener à la situation de Mme Gladu et M. Truchon, qui sont allés devant les tribunaux parce que le Parlement fédéral avait répondu à la décision *Carter*, qui établissait que les souffrances d'une personne étaient le seul critère à prendre en compte pour lui permettre d'avoir accès à l'aide médicale à mourir. La loi québécoise, qui a précédé la loi fédérale, comporte aussi une exigence de fin de vie. Le Parlement fédéral maintenait le critère de « mort naturellement prévisible ». Selon les ordres professionnels qui réglementent les collèges des médecins provinciaux, c'est un concept ambigu et vague et il ne peut pas être régulé. Nous avons donc l'expérience d'un concept qui n'est pas facilement applicable.

On a reconnu que les personnes qui ont un handicap peuvent, de la même manière que n'importe quel citoyen, avoir accès à l'aide médicale à mourir, ce qui est reconnu comme un droit constitutionnel. Pourquoi revient-on en arrière avec le projet de loi C-7 en réintroduisant un concept qui ne fait pas consensus et qui ne peut être ni défini ni régulé par les médecins?

[Traduction]

Mme Qualtrough : Je vous remercie pour votre question, madame la sénatrice. Comme vous le savez tous, la prévisibilité raisonnable de la mort naturelle n'est plus un critère d'admissibilité aux termes du projet de loi C-7. Il sert plutôt à déterminer quelles mesures de protection s'appliquent à chaque demande d'AMM. Après avoir consulté des médecins, des intervenants, des particuliers et des familles, nous avons compris qu'il nous faudrait trouver un moyen de permettre aux personnes qui sont en phase de fin de vie de mourir dans la dignité tout en

We heard that as much as there is ambiguity, medical practitioners, MAID practitioners have come to have a certain level of comfort and collective understanding of what reasonable foreseeability of natural death is. They asked us to continue to permit a flexible connection and not a specific timeline, that there had to be a temporal connection, and that the practitioner was best positioned to determine the way that an individual's condition would be impacted and the trajectory of their life.

People decline toward death along trajectories that are of greater or less predictability is the way I would say it. We heard from practitioners that the best way to proceed, if we wanted to have different safeguards in different circumstances, was to keep our RFND, because there is some familiarity, it does allow flexibility, but then to tailor safeguards depending on the practitioner's determination of RFND depending on the circumstances of the person making the request.

[Translation]

Senator Dupuis: Minister, in the course of your consultations, have you had the opportunity to consult with those who have been administering Quebec's medical assistance in dying regime for a number of years now?

Witnesses have told us of their great fear of potential abuses, and those fears are legitimate. However, that is not at all what we were told by the witnesses — doctors, lawyers and others — who have appeared before the committee and who have experience with the Quebec medical assistance in dying regime. Have you had the opportunity to consult with them?

[English]

Ms. Qualtrough: Yes, I did, senator. I actually participated in the Montreal consultation. We heard from practitioners in Quebec who both were worried that broadening the criteria would result in some practitioners choosing to no longer perform MAID because the limit of their comfort ended when we moved beyond an end-of-life regime. But we also heard from practitioners who were concerned that we would define RFND and make it a legal definition with a timeline, a number of months. If your death isn't within 9 months or 12 months or 18 months, one day after that you no longer have access to specific safeguards or you have to fulfill heightened criteria.

My take away from the many consultations and conversations I had was that practitioners wanted to retain the flexibility on a case-by-case basis in relation to the specific person seeking

imposant des mesures de protection plus rigoureuses à celles qui ne le sont pas.

On nous a dit que malgré l'ambiguïté, les médecins et les praticiens de l'aide médicale à mourir en sont venus à mieux comprendre et à définir en quoi consiste une mort naturelle raisonnablement prévisible. Ils nous ont demandé d'accorder un lien temporel plus souple et non un échéancier précis, car le médecin soignant est mieux placé que tout autre pour entrevoir l'évolution de la maladie dans la vie de la personne.

Je dirais que le déclin de la vie des gens suit une trajectoire qui n'est souvent pas clairement prévisible. Certains praticiens nous ont dit que la meilleure façon de procéder, si nous voulions imposer des mesures de protection en fonction des circonstances, serait de conserver notre critère de mort naturelle raisonnablement prévisible, ou MRP, parce qu'il évoque une notion déjà familière et accorde une certaine souplesse. Ils nous suggèrent ensuite d'adapter les mesures de protection en fonction de la MRP que le médecin soignant détermine en fonction des circonstances de la personne qui fait la demande.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Madame la ministre, dans le cadre de vos consultations, avez-vous eu l'occasion de consulter les gens qui font fonctionner le régime québécois d'aide médicale à mourir depuis un certain nombre d'années maintenant?

Des témoins nous ont fait part de leurs grandes craintes en ce qui a trait aux possibles dérapages, et ces craintes sont légitimes. Cependant, ce n'est pas du tout le discours des témoins — médecins, avocats ou autres — qui ont comparu devant le comité, qui ont eu ou qui ont l'expérience du régime québécois d'aide médicale à mourir. Avez-vous eu l'occasion de les consulter?

[Traduction]

Mme Qualtrough : Oui, madame la sénatrice. En fait, j'ai participé à la consultation de Montréal. Nous avons entendu deux praticiens du Québec qui s'inquiétaient du fait que l'élargissement des critères inciterait des médecins à ne plus pratiquer l'AMM, parce qu'en passant au-delà d'un régime de fin de vie, la loi les mettrait mal à l'aise. Cependant, nous avons aussi entendu des médecins qui craignaient que la loi définisse la MRP en fonction d'un échéancier, d'un certain nombre de mois. Si la personne n'est pas décédée dans les 9, 12 ou 18 mois qui suivent, le lendemain elle perd son accès aux mesures de protection ou la loi lui impose des critères plus rigoureux.

Les nombreuses consultations et conversations auxquelles j'ai participé m'ont convaincue que les praticiens désirent conserver la souplesse du cas par cas afin de tenir compte de l'ensemble

MAID, consider the whole of their circumstances and then determine if the person's natural death was reasonably foreseeable.

The Deputy Chair: Thank you, minister.

Senator Plett: Minister, thank you for being here. You felt the need in your opening comments — by the way, I agreed with them — to talk about respect for ministers showing up here and indeed for witnesses showing up here.

I hope all senators will take that admonition seriously. I was disappointed yesterday when senators actually questioned the credentials of witnesses because those witnesses' views did not happen to line up with the honourable senators. So I hope everybody will take that admonition seriously and I thank you, minister, for raising it.

Minister, as I am sure you are aware, Roger Foley, a Canadian struggling with disabilities, testified at the House of Commons Justice Committee. He was offered assisted suicide by a physician when he was simply inquiring about adequate living arrangements. He recorded one such incident which received widespread media attention. This incident even caused great concern to the UN Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities.

Minister, do you acknowledge the power differential that exists between physicians and patients? Do you see an issue with a physician offering assisted suicide to a vulnerable patient who has not asked for a way to end his or her life? Do you think there should be a limit to how many times a physician can offer assisted suicide to a disabled patient who has demonstrated no such interest?

I do have a supplementary, minister, but please.

Ms. Qualtrough: Thank you, senator. I absolutely acknowledge and am quite preoccupied by the power imbalance between practitioners and patients, particularly patients who have been in systems that have discriminated against them and ignored their voices their entire lives. I have grave concerns with the particular circumstances of the individual that you spoke of. Quite frankly, I can tell you, he is not alone. I regularly hear from families who are appalled by the fact that they take their child, potentially their older child and are offered unprovoked MAID. I think that has to stop. That's a matter of practice, I would suggest, and we need to get at that through our regulations, through working with our medical associations.

des circonstances de la personne qui demande l'AMM en déterminant si sa mort naturelle est raisonnablement prévisible.

Le vice-président : Merci, madame la ministre.

Le sénateur Plett : Madame la ministre, je vous remercie d'être venue. Vous avez senti le besoin, dans votre déclaration préliminaire — soit dit en passant, je suis d'accord avec vous —, de parler du respect que nous devons aux ministres qui se présentent ici et, en fait, aux témoins qui comparaissent devant nous.

J'espère que tous mes collègues prendront cet avertissement au sérieux. J'ai été déçu, hier, lorsque des sénateurs ont remis en question les titres de compétence de certains témoins parce que leurs points de vue différaient de ceux de ces honorables sénateurs. J'espère donc qu'ils prendront tous cet avertissement au sérieux et je vous remercie, madame la ministre, d'avoir soulevé cette préoccupation.

Madame la ministre, comme vous le savez sans doute, M. Roger Foley, un Canadien en situation de handicap, a témoigné devant le Comité de la justice de la Chambre des communes. Un médecin lui avait offert le suicide assisté alors qu'il s'informait simplement des conditions de logement qui lui conviendraient. Il a enregistré cet incident, qui s'est rapidement répandu dans les médias. Cet incident a même profondément préoccupé la Rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées.

Madame la ministre, reconnaissez-vous la différence de pouvoir entre médecin et patient? Comment réagissez-vous en entendant dire qu'un médecin offre le suicide assisté à un patient vulnérable qui n'a pas demandé de mettre fin à ses jours? Croyez-vous qu'il devrait y avoir une limite au nombre de fois qu'un médecin peut offrir le suicide assisté à un patient handicapé qui n'y a manifesté aucun intérêt?

J'ai une autre question à poser, madame la ministre, mais je vais vous demander de répondre à celle-ci avant.

Mme Qualtrough : Merci, monsieur le sénateur. Je suis tout à fait consciente de l'écart du pouvoir entre les médecins et les patients, surtout pour ceux contre qui les systèmes pratiquent de la discrimination et qui se sentent ignorés tout au long de leur vie. La situation de la personne dont vous parlez me préoccupe profondément. Je vous dirai franchement que cet homme est loin d'être le seul. J'entends régulièrement des familles scandalisées que le médecin qu'elles ont consulté pour leur enfant handicapé d'âge adulte ait suggéré l'aide médicale à mourir alors que ni la famille ni l'enfant n'ont manifesté l'intérêt de mettre un terme à la vie de cet enfant. Cela doit cesser. Il faut abolir cette pratique professionnelle en ajoutant des clauses aux règlements et en collaborant avec les ordres professionnels.

But it really speaks to the underlying systemic discrimination that we can't not talk about any more in this country. If there is any good that comes out of these difficult conversations, I hope it is that. I hope that we figure out a way to do better by our citizens.

As I said, senator, the Criminal Code is a blunt instrument for me to get at discrimination in provincial health systems. I'm aware of it, and we are working with colleagues to address it.

Senator Plett: Minister, other jurisdictions have acknowledged this power differential and have enshrined it into law, that discussions about assisted suicide must be patient-led. I am wondering why we wouldn't have something for greater certainty in the bill, but in order to protect the vulnerable from subtle coercion, like in the case of Mr. Foley, did your government consider this legislative option to mandate that discussions about the assisted suicide must be patient-led? If so, why did your government ultimately reject it?

Ms. Qualtrough: Thank you. I'll start, senator, by saying that that has not been rejected by virtue of the fact that it's not in Bill C-7, please don't take from that, that conversation is off the table moving forward. Again, I would suggest that the timeliness and the focus of our conversations to address *Truchon* necessarily required us to not have other important conversations and this would be one of them.

Senator Plett: Would you support an amendment, minister, to that effect in the bill, put something about it for greater certainty? I'm certainly not a lawyer, but I'm sure there would be a way of amending the bill that would clearly address that. Would you, minister, as a minister responsible, would you support that amendment?

Ms. Qualtrough: I personally, as a matter of philosophy, support anything that makes our laws better and would be open to considering that senator, yes. Again, I don't have the legal analysis in front of me. I'm not sure if our consultations were fulsome enough at this point on that point. But I absolutely commit to you to consider it and to look into it after this committee appearance.

Senator Plett: Thank you very much, minister.

Senator Pate: Thank you very much, minister, for attending and also, Senator Petitclerc and Ms. Wilcox, for your work on this bill.

I also want to join my colleagues in apologizing to you for the situation you faced when you joined us. I'm very sorry to hear that happened. I join my colleagues in assuring that we will try to ensure that never happens again.

Cet incident témoigne d'une discrimination systémique sous-jacente que nous ne pouvons plus ignorer dans ce pays. Si ces conversations difficiles produisent des résultats bénéfiques, j'espère que ce sera cela. J'espère que nous trouverons moyen de mieux traiter ces citoyens.

Comme je l'ai dit, monsieur le sénateur, le Code criminel est un instrument très massif pour s'attaquer à la discrimination dans les systèmes de santé provinciaux. Je le reconnais, et nous collaborons avec nos homologues pour remédier à cette situation.

Le sénateur Plett : Madame la ministre, d'autres gouvernements ont reconnu cet écart de pouvoir et l'ont enchâssé dans leurs lois en exigeant que les discussions sur le suicide assisté soient dirigées par les patients. Je me demande pourquoi le projet de loi ne contient pas de disposition qui donne plus de certitude. Pour protéger les personnes vulnérables contre la coercition subtile, comme dans le cas de M. Foley, votre gouvernement a-t-il envisagé d'ajouter à ce projet de loi que les discussions sur le suicide assisté doivent être dirigées par les patients? Si oui, pourquoi votre gouvernement a-t-il fini par rejeter cela?

Mme Qualtrough : Merci. Tout d'abord, monsieur le sénateur, ne pensez pas que cela a été rejeté parce qu'on ne le trouve pas dans le projet de loi C-7. Je vous prie de ne pas déduire cela, et n'en parlons plus. Je le répète, nous avons ici l'occasion de discuter de l'arrêt *Truchon*, ce qui exclut toute autre conversation importante, et celle-ci en serait une.

Le sénateur Plett : Madame la ministre, seriez-vous en faveur d'un amendement à cet effet dans le projet de loi, pour y ajouter une certaine certitude? Je ne suis pas avocat, bien entendu, mais je suis sûr qu'il y aurait moyen d'amender le projet de loi pour régler ce problème. Madame la ministre, à titre de ministre responsable, appuieriez-vous cet amendement?

Mme Qualtrough : Personnellement, du point de vue philosophique, j'appuie tout ce qui peut améliorer nos lois et je suis ouverte à l'idée de considérer cela, oui, monsieur le sénateur. Évidemment, je n'ai pas l'analyse juridique devant moi. Je ne sais pas si nos consultations à ce sujet ont été assez approfondies. Toutefois, je vous promets d'examiner cette question après ma comparution devant ce comité.

Le sénateur Plett : Merci beaucoup, madame la ministre.

La sénatrice Pate : Merci beaucoup d'être venue, madame la ministre. Je remercie aussi la sénatrice Petitclerc et Mme Wilcox pour leur travail sur ce projet de loi.

Je tiens également à me joindre à mes collègues pour vous présenter mes excuses pour l'incident que vous avez subi en vous joignant à nous. J'ai été vraiment désolée d'apprendre ce qui s'est produit. Je me joins à mes collègues pour vous assurer que nous ferons tout pour que cela ne se reproduise plus jamais.

As you well know — and you certainly have been in leadership on this minister — both prior to and during the pandemic, we have seen the incredible challenges faced by many people in this country. We have seen the gaps, huge, gaping chasms, in terms of our economic, our health and our social services systems. I thank you for leading the way in trying to ensure that people with disabilities and all people who are experiencing marginalization have their needs and rights realized and can access adequate care.

I'm going to ask you this, as I did your colleagues. I find it deeply troubling that Bill C-7 entrenches in the health care act the right of access to medical assistance in dying as a core service under the Canada Health Act. And yet as we've heard and as you have acknowledged, there is evidence about the number of people who have not had access to services.

While I appreciate your promises and those of others that things are coming that will assist in this regard, you can imagine it is cold comfort in light of the fact that we don't see it now. It really causes significant concern to me that we would be passing something without first having clear evidence of what is actually going to be implemented.

So as such, I'm asking you whether you would support an amendment to Bill C-7 regarding supports such as palliative care, disability services, home care, housing and income support for those who would be eligible for MAID and, in particular, an amendment to the Canada Health Act that would require palliative care and related disability services as core services under the Canada Health Act?

We know this is something that the Canadian government can do. During the pandemic, we've seen the development of clear guidelines. We know that, certainly through the transfer payments, the income support could be assured for individuals as well as the service support. I'm asking whether you would support those amendments. Thank you.

Ms. Qualtrough: Thank you, senator. Thank you for the conversation we had earlier on this bill.

I am very interested, while respecting jurisdictional boundaries, in finding ways to show leadership and address inequities within whatever systems we can, as a federal government. I'm hesitant to commit specifically to an amendment of that magnitude without having the benefit of an analysis in front of me, but I find it a very creative solution.

You and I spoke about guidelines earlier this week. I've already been looking into the kinds of guidelines we can create by regulation, whether it be for assisted living, whether it be for disability supports. I've also been looking at having a national

Vous le savez bien — et vous avez activement participé à l'intervention, madame la ministre —, tant avant que pendant la pandémie, de nombreuses personnes au pays ont fait face à des défis incroyables. Nous avons découvert d'énormes lacunes dans notre structure économique ainsi que dans nos systèmes de santé et de services sociaux. Je vous remercie d'avoir dirigé les efforts visant à respecter les besoins et les droits des personnes en situation de handicap et de toutes les personnes marginalisées afin de leur ouvrir l'accès à des soins adéquats.

Je vais vous poser la question que j'ai posée à vos collègues. Je trouve profondément troublant que le projet de loi C-7 enchâsse dans la Loi canadienne sur la santé le droit d'accès à l'aide médicale à mourir parmi les services de base. Pourtant, comme nous l'avons entendu et comme vous l'avez reconnu, il a été prouvé qu'un grand nombre de personnes n'ont pas eu accès à ces services.

Bien que j'apprécie vos promesses et celles d'autres personnes, indiquant que l'on prendra des mesures pour corriger cela, vous pouvez imaginer que c'est un bien piètre réconfort, puisque nous ne voyons pas cette aide à l'heure actuelle. Je crains vraiment que nous n'adoptions une mesure législative sans vraiment savoir ce qu'elle instaurera.

Je vous demande donc si vous appuieriez un amendement au projet de loi C-7 auquel on aurait ajouté des mesures de soutien comme les soins palliatifs, les services aux personnes en situation de handicap, les soins à domicile, le logement et le soutien du revenu pour les personnes admissibles à l'AMM. Je me demande en particulier si vous appuieriez une modification à la Loi canadienne sur la santé qui exigerait que les soins palliatifs et les services connexes aux personnes en situation de handicap soient considérés comme des services de base.

Nous savons que le gouvernement canadien peut le faire. Pendant la pandémie, il a établi des lignes directrices claires. Nous savons que, par les paiements de transfert, il pourrait soutenir le revenu des particuliers et les services. Je vous demande si vous appuieriez ces amendements. Merci.

Mme Qualtrough : Merci, madame la sénatrice. Je vous remercie pour la conversation que nous avons eue plus tôt sur ce projet de loi.

Je désire instamment, tout en respectant les limites de mon champ de compétence, diriger des initiatives du gouvernement fédéral visant à remédier aux iniquités de tous les systèmes qui existent. J'hésite à promettre d'apporter un amendement de cette ampleur sans avoir une analyse devant moi, mais je trouve cette solution très créative.

Vous et moi avons parlé de lignes directrices plus tôt cette semaine. J'ai déjà examiné le type de lignes directrices que nous pouvons créer par des règlements, comme l'aide à la vie autonome ou le soutien aux personnes en situation de handicap.

conversation with my P-T colleagues on harmonizing and bettering disability supports. I don't know if those things can be done through Bill C-7.

I appreciate your reference to cold comfort because I hear it. I hear how I'm talking and I'm trying to be as definitive as I can, but I appreciate that a lot of this is not baked yet and there is rightful concern about the solidity of my promises.

Senator Pate: Minister, in light of that, would you support requesting a further extension from the court in order to ensure that these sorts of issues are more fully addressed?

Ms. Qualtrough: Again, senator, those conversations with Justice certainly can be had. I would not want to weigh in, in deference to my colleague, the Attorney General, and his prerogative on such matters, but certainly I understand that we're in a pandemic but I also understand that we've already requested a couple of extensions. We felt it prudent not to assume we would get one. Given the consultation we had done, we felt we could put forth something meaningful at this time. That doesn't preclude those conversations. I'm just not the lead on that decision.

Senator Pate: Great. Thank you. Certainly there has been much indication and speculation that if the *Truchon* decision was decided now, in light of the pandemic, we might have a difference response. Thank you very much, minister, for your response and all of your work. It's much appreciated.

Ms. Qualtrough: Thank you.

Senator Kutcher: Thank you, minister, for joining us today. Please let me add my voice to the concerns that my colleagues have also raised.

Bill C-7 creates what many have argued is a vague and unjustifiable exclusion criteria for persons who have mental illness as their sole condition, but it allows for when mental illness is comorbid with another illness, even when death is not foreseeable. As you know, that could be 20% or up to 50% or more who could have that kind of comorbidity.

Since it is impossible to determine if the request for MAID is primarily due to the mental disorder or not, this *prima facie* distinction does not seem to be logical. Can you share with us your thinking on this conundrum, please?

Ms. Qualtrough: Thank you, senator. The starting point, of course, for us was concern about the lack of consensus on mental illness solely, but then the impact of mental illness on other conditions which in and of themselves may meet eligibility criteria because of grievous and irremediable.

J'ai également envisagé de tenir une conversation nationale avec mes collègues P-T sur l'harmonisation et l'amélioration des mesures de soutien à ces personnes. Je ne sais pas si nous pourrions les insérer dans le projet de loi C-7.

Je comprends que vous jugiez cela une maigre consolation. Je m'entends parler, et j'essaie d'être aussi assurée que possible, mais une bonne part de ces propositions sont loin d'être définitives, et mes promesses seront difficiles à tenir.

La sénatrice Pate : Madame la ministre, compte tenu de cela, envisageriez-vous de demander une autre prolongation au tribunal pour traiter ces problèmes plus en profondeur?

Mme Qualtrough : Je le répète, madame la sénatrice, il est possible d'en discuter avec le ministère de la Justice. Je ne veux pas trop m'avancer par respect pour mon collègue, le procureur général, et pour sa prérogative dans ces initiatives. Je sais que nous sommes en pleine pandémie, mais nous avons déjà demandé deux ou trois prolongations. Nous avons jugé prudent de ne pas nous assurer qu'on nous en accorderait une. Nous pensions qu'à la suite de nos consultations, nous pourrions présenter quelque chose de valable. Il serait possible d'en discuter, mais cette décision ne relève pas de moi.

La sénatrice Pate : Excellent. Merci. Bien des gens supposent que si la décision sur l'arrêt *Truchon* avait été prise maintenant, pendant la pandémie, la réponse aurait peut-être été différente. Merci beaucoup, madame la ministre, pour votre réponse et pour tout le travail que vous avez effectué. C'est très apprécié.

Mme Qualtrough : Merci.

Le sénateur Kutcher : Merci, madame la ministre, d'être venue aujourd'hui. Permettez-moi d'ajouter ma voix à celles de mes collègues.

Le projet de loi C-7 crée ce que beaucoup ont dit être des critères d'exclusion vagues et injustifiables pour les personnes atteintes uniquement d'une maladie mentale. Il autorise cependant une comorbidité avec la maladie mentale, même si le décès n'est pas prévisible. Comme vous le savez, de 20 à 50 % ou plus de gens pourraient avoir ce genre de comorbidité.

Comme il est impossible de déterminer si la demande d'AMM est principalement attribuable à un trouble de santé mentale, il ne semble pas logique d'établir cette distinction de prime abord. Pouvez-vous nous dire ce que vous pensez de ce dilemme, s'il vous plaît?

Mme Qualtrough : Merci, monsieur le sénateur. Au départ, nous craignons l'absence d'un consensus sur la maladie mentale seulement, mais il y avait l'incidence de la maladie mentale sur d'autres troubles qui en soi pourraient répondre aux critères d'admissibilité parce qu'ils sont graves et irrémédiables.

This is where I have landed on this, senator, and I will confess that I am always open to persuasion. The more information I get, I tend to adjust my thoughts accordingly. If someone has a grievous and irremediable medical condition, again, we look at the individual and the whole of their circumstances. As a result of the whole of their circumstances, they may be in a position where their illness, injury or disability is serious and incurable, where they are in an advanced stage of irreversible decline that is causing this enduring and intolerable or psychological suffering. It's the whole person that we look at, their medical circumstances individually, and we meet them where they are, not prejudging the relative impact a particular condition would have. It wouldn't be an inconsequential comorbid condition because that condition, in and of itself, would have to meet the criteria for "grievous and irremediable," as I understand it.

Senator Kutcher: Right. But again you see the difficulty here. I just wonder; I can understand the wish to safeguard individuals who may be suffering from a mental illness as their sole underlying condition. I heartily agree with that, but I wonder if it may be more prudent to remove this stipulation where it may actually, as Senator Cotter noted, cause constitutional challenges and beef up the safeguards, even something like putting in a sunset clause which would allow additional safeguards to come into place.

Would you be willing to take that under advisement or consider that as a potential amendment to the bill?

Ms. Qualtrough: I think we would, senator. Again, I put that out as a general *modus operandi* of myself. But, yes, we want to make this law as good as it can be. We will consider whatever the Senate gives back to us very seriously.

Senator Kutcher: Thank you very much for that, minister. I've always found you to be open and thoughtful. I appreciate your being with us again here today.

[Translation]

Senator Boisvenu: Welcome, minister. I am having trouble understanding how you relentlessly advocate for equal rights for people with disabilities and "normal" people and yet fail to defend that principle when it comes to people with mental illness. Since 2016, your government has been aware that this bill discriminates against people with disabilities and those with serious mental health issues. So it seems you have made no progress with respect to mental illness, even though attitudes in the provinces and among those on the ground have changed in that respect. As a result, this bill is lagging behind society, which means we will have to do this all over again in a few years.

Voilà ce que j'en ai déduit, monsieur le sénateur, et je dois avouer que l'on pourrait toujours me persuader d'autre chose. Quand je reçois de l'information, j'ai tendance à adapter mes pensées en conséquence. Si une personne souffre d'un trouble de santé grave et irrémédiable, je le répète, nous examinons la personne et l'ensemble de sa situation. L'ensemble de sa situation peut rendre sa maladie, sa blessure ou son handicap grave et irrémédiable et l'amener à un stade avancé de déclin irréversible qui cause des souffrances persistantes intolérables ou psychologiques. Nous examinons toute la personne et sa situation médicale et nous la considérons dans l'état où elle se trouve en nous écartant de toute préconception des répercussions qu'un trouble particulier pourrait causer. Cette comorbidité ne serait pas sans importance, parce que cette maladie en soi devrait répondre aux critères de « grave et irrémédiable », d'après ce que je comprends.

Le sénateur Kutcher : C'est vrai. Vous voyez donc mon dilemme. Je comprends que l'on veuille protéger les personnes qui ne souffrent que d'une maladie mentale sous-jacente. Je suis tout à fait d'accord avec cela, mais je me demande s'il ne serait pas plus prudent de supprimer cette disposition qui, comme l'a fait remarquer le sénateur Cotter, pourrait entraîner des contestations constitutionnelles et de renforcer les mesures de sauvegarde. Même une disposition de réexamen permettrait la mise en place de mesures de protection supplémentaires.

Seriez-vous prêts à prendre cela en délibéré ou à envisager de proposer cet amendement au projet de loi?

Mme Qualtrough : Je crois que oui, monsieur le sénateur. Je le répète, ce que je vous présente ici n'est que mon mode opératoire. Mais il est évident que nous voulons que cette législation soit aussi efficace que possible. Nous examinerons très sérieusement tout ce que le Sénat nous suggérera.

Le sénateur Kutcher : Merci beaucoup, madame la ministre. Je vous ai toujours trouvée ouverte et réfléchie. Je vous remercie d'être revenue comparaître devant nous aujourd'hui.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Bienvenue, madame la ministre. J'ai de la difficulté à comprendre votre acharnement à défendre bec et ongles l'égalité des droits entre les personnes handicapées et les personnes « normales » et à ne pas avoir défendu ce principe pour les personnes souffrant d'une maladie mentale. Depuis 2016, votre gouvernement est au courant du fait que ce projet de loi est discriminatoire par rapport aux personnes handicapées et aux personnes souffrant de troubles de santé mentale graves. Il ne semble donc pas qu'il y ait eu des progrès en ce qui concerne la maladie mentale, alors que les mentalités dans les provinces et chez les gens sur le terrain ont évolué à cet effet. Cela fait en

It's all the more difficult to comprehend your decision, given that people with mental health issues are the poor cousins of our health care system in Canada, and federal end-of-life support barely meets 10% of their needs.

Are you aware that, in the next three to four years, before people are open to new insights into mental illness, the only solution for many of these individuals, who are suffering and want to end that suffering, will be suicide? Between 2016 and 2020, many have been denied medical assistance in dying. Every month, every week, we hear disturbing stories of mothers, grandmothers and fathers who have ended their lives, particularly by starving themselves to death.

We are considering a bill that needs to be humanitarian. I believe your position on mental illness is to politicize this bill, and I feel that is to the detriment of those who are suffering.

Minister, would you consent to the bill being amended to include people with serious mental health issues, by adding a sunset clause that would ensure that we would not have to come back to Parliament in one or two years to make those individuals eligible for medical assistance in dying? The sunset clause could be brought into effect simply by a ministerial decision.

The situation in 2022-23 will be no different from what we have experienced between 2016 and 2020, that is, that people will be left on their own to cope with their suffering, and that is not our mandate.

[English]

Ms. Qualtrough: Thank you, senator, for your question. I hear you and I understand your concern. I believe what we heard was that there was not a clear definition of mental illness in the medical context, nor was there consensus within the medical community about the types of concerns these particular conditions raise when it comes to eligibility for MAID. We were not prepared to, without further analysis and discussion with experts — this is not a political decision, I can assure you — knowing that the parliamentary review was coming —

[Translation]

Senator Boisvenu: I understand, minister, but did you know that this month Quebec will be tabling a document that will effectively regulate which individuals would be eligible for

sorte que ce projet de loi est en retard sur la société, et cela signifie qu'il faudra reprendre notre travail dans quelques années.

Votre décision est d'autant plus difficile à comprendre qu'au Canada, les gens qui souffrent de problèmes de santé mentale sont les parents pauvres de notre système de santé, et que le soutien fédéral en matière de fin de vie comble à peine 10 % des besoins de ces personnes.

Êtes-vous consciente du fait que, d'ici les trois ou quatre prochaines années, avant que l'on s'ouvre à de nouvelles perspectives sur la maladie mentale, la seule solution pour beaucoup de ces gens qui souffrent et qui veulent abréger leurs souffrances sera le suicide? Entre 2016 et 2020, plusieurs personnes se sont vu refuser l'aide médicale à mourir. On entendait tous les mois, toutes les semaines, des histoires troublantes de mères de famille, de grand-mères, de pères qui se donnaient la mort, surtout en faisant la grève de la faim.

Nous étudions un projet de loi qui doit être humanitaire. Je pense que votre position par rapport à la maladie mentale, c'est de politiser ce projet de loi, et je pense que cela se fait au détriment des gens qui souffrent.

Madame la ministre, consentiriez-vous ce que l'on amende le projet de loi afin d'inclure les personnes souffrant de troubles de santé mentale graves, en ajoutant une disposition de temporisation qui ferait en sorte que, dans un ou deux ans, on n'aurait pas à revenir devant le Parlement afin de rendre ces personnes admissibles à l'aide médicale à mourir? Il serait possible, par une décision strictement ministérielle, de mettre en vigueur une telle disposition de temporisation.

On va revivre en 2022-2023 ce qu'on a vécu entre 2016 et 2020, c'est-à-dire que des gens seront laissés à eux-mêmes avec leurs souffrances, et ce n'est pas notre mandat.

[Traduction]

Mme Qualtrough : Merci d'avoir posé cette question, monsieur le sénateur. Je comprends votre préoccupation. On nous a fortement souligné qu'il n'existe pas de définition claire de la maladie mentale dans le contexte médical et que la communauté médicale ne réussit pas à s'entendre sur les préoccupations que les troubles mentaux soulèvent dans le cas de l'admissibilité à l'AMM. Nous n'étions pas prêts, sans mener une analyse plus poussée et sans en discuter avec des experts — ce n'est pas une décision politique, je peux vous l'assurer —, sachant que l'examen parlementaire n'était pas loin...

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Je comprends, madame la ministre, mais saviez-vous que le Québec déposerait ce mois-ci un document qui encadrera effectivement les personnes qui seraient

medical assistance in dying due to serious psychological distress? Quebec is already there; they are moving faster than the federal government, and you do not seem to realize it.

[English]

Ms. Qualtrough: I am aware, senator, of this. I will reiterate that our preference was to address this issue within the broader context of the parliamentary review, which is imminent and which I would suggest, had we not been in a pandemic, would have already started by now.

The Minister of Justice and I, in particular, are committed to this happening as soon as possible, given everything else that is happening right now in Canada. Yes, I'm aware of what's happening in Quebec and the progression of both the thinking and the law, and I remain of the opinion that this is the most prudent course of action for now. That's the best I can offer you.

Senator McCallum: One of the dangers of having doctors help people to die when they are sick and suffering is a lack of cultural competence. Health service research has called attention to the issue of the lack of culturally appropriate training for doctors when dealing with racial and ethnic peoples. This lack of training has resulted in documented disparities and inequities in the existing health services and outcomes provided to all segments of Indigenous peoples but particularly the disability community.

Now, on top of these existing disparities, and to make the situation more complex, this bill has imposed another level of health service — assisted dying — on a group of people that are the most marginalized in Canada: the First Nations Métis, Inuit and non-status people who are challenged in multiple ways.

Living with the reality of disparities means that voices are not being heard. Therefore, Indigenous peoples are already unable to make decisions in many areas of their lives, including quality of life. Disparities mean that their dignity has been, and continues to be, assaulted.

The health system has been complicit in health disparities in Indigenous communities, so how can we trust the system to now correct existing disparities and also act on these new concerns raised by Bill C-7?

It is understandable that there is distrust by the Indigenous communities — and particularly the disability community — in the health system, including health professionals, as we continue to see blatant acts of racism. Trust is critical when offering MAID.

admissibles à l'aide médicale à mourir à cause d'une souffrance psychologique grave? Le Québec est déjà là, il avance plus vite que le gouvernement fédéral et vous ne semblez pas en tenir compte.

[Traduction]

Mme Qualtrough : Je le sais, monsieur le sénateur. Je répète que nous préférierions aborder cette question dans le contexte plus vaste de l'examen parlementaire, qui est imminent et qui, à mon avis, aurait déjà commencé si nous n'avions pas été aux prises avec une pandémie.

Le ministre de la Justice et moi-même, en particulier, sommes déterminés à régler cela le plus rapidement possible, compte tenu de tout ce qui se passe actuellement au Canada. Oui, je suis au courant de ce qui se passe au Québec et de la progression de cette réflexion et de la loi, et je demeure d'avis que c'est la ligne de conduite la plus prudente pour l'instant. C'est tout ce que je peux vous dire.

La sénatrice McCallum : Le manque de compétence culturelle des médecins qui aideront des gens malades et souffrants à mourir est inquiétant. La recherche sur les services de santé a attiré l'attention sur le manque de formation culturelle des médecins qui traitent des personnes racialisées et ethniques. Ce manque de formation a créé des disparités et des inégalités dont les résultats observés dans tous les groupes des peuples autochtones, et particulièrement dans l'ensemble des personnes en situation de handicap, sont bien documentés.

Maintenant, en plus de ces disparités, et ce qui rend la situation encore plus complexe, ce projet de loi impose un autre niveau de services de santé — l'aide médicale à mourir — aux groupes les plus marginalisés au Canada : les Métis, les Premières Nations, les Inuits et les Indiens non inscrits, qui se heurtent déjà à de très nombreux défis.

Ces disparités indiquent que nous n'écoutons pas ces gens. Les peuples autochtones sont déjà incapables de prendre des décisions dans plusieurs domaines de leur vie, notamment sur leur qualité de vie. Ces disparités indiquent que nous continuons à bafouer leur dignité.

Le système de santé a été complice de ces disparités dans les communautés autochtones, alors comment pouvons-nous espérer qu'il corrigera les disparités existantes tout en donnant suite aux nouvelles préoccupations soulevées par le projet de loi C-7?

On comprend tout à fait la méfiance que les communautés autochtones, et surtout les personnes en situation de handicap, ressentent à l'égard du système de santé, notamment face aux professionnels de la santé qui commettent des actes de racisme flagrants. La confiance est essentielle pour offrir l'AMM.

When looking at this from a lens of existing disparities in health outcomes among population groups with disabilities, it should already trigger moral scrutiny. When looking at it from an anti-discriminatory lens, disparities in terms of adverse health outcomes among racial, ethnic or other disadvantaged patient groups that are disabled should trigger a heightened moral security.

What steps has your office taken to ensure that the disability community — particularly Indigenous people and people of colour — will have their security, safety, and freedom from oppression and colonization upheld in a meaningful manner in this bill? Was a gender-based analysis done on this bill? How were the multiple and intersecting forms of barriers on these various groups accommodated? Thank you.

Ms. Qualtrough: Thank you, senator. I agree with you that this concern is well-founded. We did a disability analysis from my shop. I know that GBA+ and race-based analysis were done by the Minister of Justice and the Justice Department. I will again highlight the significance of people being informed of the options that are available to them. However, we do have to recognize that our medical practitioners themselves have to then know what options are available.

Through provision of services equivalent to the navigator role that, say, BCANDS — the British Columbia Aboriginal Network on Disability Society — is playing, it's a useful model. We are looking at that in terms of meaningfully supporting individuals in a culturally appropriate way, and working with doctors and practitioners to improve their cultural sensitivities.

During consultations with the First Nations Health Authority in B.C. and with the B.C. Aboriginal Network on Disability Society, we did have Aboriginal participation, but we absolutely need to do more.

The rate of disability in Indigenous communities is twice that of the national average. That sets off major alarm bells for me. It means the most vulnerable people continue to be not properly included in our systems, nor to have a voice in the future of these systems.

The Deputy Chair: Thank you, minister.

[Translation]

Senator Dupuis: Minister, would you agree to include a provision in Bill C-7 that would allow one year in which to define safeguards for people suffering solely from mental illness? The safeguards would be necessary to guarantee safe access to medical assistance in dying. So this section would provide that no one would be excluded outright, and experts

Ces disparités qui apparaissent dans les résultats de santé de l'ensemble des groupes de personnes en situation de handicap devraient déjà déclencher un examen moral. Du point de vue de la lutte contre la discrimination, les disparités entre les effets néfastes sur la santé que subissent les groupes de patients racialisés, ethniques et autrement défavorisés qui sont en situation de handicap devraient déclencher l'application de nouvelles mesures de sécurité morale.

Quelles mesures votre bureau a-t-il prises pour veiller à ce que l'ensemble des personnes en situation de handicap, en particulier les Autochtones et les personnes de couleur, soient sérieusement protégées contre l'oppression et la colonisation dans ce projet de loi? Ce projet de loi a-t-il fait l'objet d'une analyse comparative entre les sexes? A-t-on tenu compte des formes multiples et interreliées d'obstacles auxquels ces divers groupes font face? Merci.

Mme Qualtrough : Merci, madame la sénatrice. En effet, votre préoccupation est tout à fait justifiée. Mon bureau a mené une analyse des handicaps. Je sais que le ministre de la Justice et son ministère ont mené l'ACS+ et l'analyse raciale. Je vais encore une fois souligner l'importance d'informer les gens des options qui s'offrent à eux. Il faut toutefois reconnaître que nos médecins eux-mêmes devraient être au courant des options offertes.

Les services équivalant au rôle de navigateur que joue, par exemple, la société BCANDS — le réseau autochtone des personnes en situation de handicap en Colombie-Britannique —, constituent un modèle utile. Nous examinons la question sous l'angle d'un soutien culturel efficace et nous nous efforçons d'améliorer la sensibilité culturelle des médecins et des praticiens.

Certains Autochtones ont participé aux consultations menées auprès de l'autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique et de la société BCANDS, mais nous devons absolument en faire plus.

Les communautés autochtones ont deux fois plus de personnes en situation de handicap que la moyenne nationale. Ces taux m'affolent. Cela indique que nos systèmes n'incluent toujours pas les personnes les plus vulnérables, qui continuent à ne pas avoir voix au chapitre lorsque nous préparons l'avenir de ces systèmes.

Le vice-président : Merci, madame la ministre.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Madame la ministre, seriez-vous d'accord pour inclure, dans le projet de loi C-7, une disposition selon laquelle on aurait un an pour définir quelles seraient les mesures de sauvegarde pour les personnes qui ont des maladies mentales seulement? Ces mesures de sauvegarde seraient nécessaires pour avoir un accès sécuritaire à l'aide médicale à

would be asked to comment on the nature of the safeguards needed to ensure that people make this choice safely.

[English]

Ms. Qualtrough: Thank you, senator. I'm certainly open to looking at any amendment, as I've said. I would suggest that this same analysis will be undertaken through the broader parliamentary review. Perhaps we could work with your committee even on identifying specifics that the government would put forward as aspects of the parliamentary review.

I hear you, and I'm certainly open to considering what you just put forth. I'm curious as to the overlap with the parliamentary review, but absolutely, please put that forth if your committee thinks that that's an appropriate way forward on this issue.

[Translation]

Senator Dupuis: Thank you.

Senator Boisvenu: Minister, first of all, I'd like to commend you for your openness, because Senator Dupuis is asking much the same question as I would have asked.

I remind you that, in 2016, the Senate did a great job improving Bill C-14, and, when the justice and health ministers at the time testified before us, they were very open to our concerns. Yet nothing was done. That's why we are here today to discuss improvements to this bill with the government.

So, Minister, when we consider this bill over the next few weeks, the people who will be testifying before us, especially those advocating for the rights of people living with mental illness or those treating them, will certainly be asking for an amendment in that regard. I am sure of it. So we will have to find a compromise so that we can tell those people that we have heard them and that we will not leave them in limbo for another three or four years. Are you prepared to defend the commitment you have made by responding positively to my colleague Senator Dupuis before your colleagues? If not, that commitment may well be worth nothing.

[English]

Ms. Qualtrough: I can commit to you sincerely, senator, that I am open to making this law better. We displayed that openness when we accepted amendments from the Justice Committee in the House of Commons. I think they were accepted yesterday. I've lost track of my days. I apologize. But the message I'm sending to you is, please, yes, let's work together; let's find a way forward on this. And I absolutely will be open to

mourir. Donc, cet article prévoirait que personne ne serait éliminé au départ, et on demanderait à des experts de se prononcer sur la nature des mécanismes de sauvegarde nécessaires pour assurer que les personnes visées fassent ce choix en toute sécurité.

[Traduction]

Mme Qualtrough : Merci, madame la sénatrice. Je suis certainement disposée à examiner tous les amendements, quels qu'ils soient. Je pense que cette analyse fera partie de l'examen parlementaire. Votre comité pourrait peut-être nous aider à définir les détails des aspects que le gouvernement pourrait présenter en vue de l'examen parlementaire.

Je comprends ce que vous dites, et je suis tout à fait disposée à examiner ce que vous suggérez. Je crains cependant de dédoubler un aspect de l'examen parlementaire, mais je vous prie de le suggérer si votre comité estime que c'est une bonne façon de procéder.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Merci.

Le sénateur Boisvenu : Madame la ministre, j'aimerais d'abord reconnaître votre ouverture, parce que la sénatrice Dupuis pose à peu près la même question que j'aurais posée.

J'aimerais vous rappeler qu'en 2016, le Sénat a fait un travail formidable pour améliorer le projet de loi C-14, et les ministres de la Justice et de la Santé de l'époque, lorsqu'ils ont témoigné devant nous, ont montré une grande ouverture face à nos préoccupations. Pourtant, rien n'a été fait. C'est pour cela qu'on se retrouve ici aujourd'hui à discuter avec le gouvernement pour améliorer ce projet de loi.

Il est donc sûr, madame la ministre, que lorsqu'on va étudier ce projet de loi au cours des prochaines semaines, les gens qui vont témoigner devant nous, surtout ceux qui défendent les droits des personnes souffrant de maladie mentale ou qui traitent ces personnes, vont demander un amendement à cet égard. J'en suis convaincu. Il faudra donc trouver un compromis pour dire à ces gens qu'on les a entendus et qu'on ne les laissera pas dans le néant pendant trois ou quatre années encore. L'engagement que vous prenez en donnant une réponse positive à ma collègue la sénatrice Dupuis, allez-vous le défendre devant vos collègues? Sinon, c'est un engagement qui risque de rester lettre morte.

[Traduction]

Mme Qualtrough : Je peux vous promettre sincèrement, monsieur le sénateur, que je désire améliorer cette législation. Nous avons fait preuve d'ouverture en acceptant des amendements du comité de la justice de la Chambre des communes. Je pense qu'ils ont été adoptés hier. J'ai perdu la notion du temps, pardonnez-moi. Le message que je vous transmets est le suivant : s'il vous plaît, travaillons ensemble;

considering whatever you put forward and working together to make this law the best that we can.

Senator Plett: Minister, I get the very distinct impression you are almost as uncomfortable with this bill as most senators are. I want to thank you, minister, first and foremost for being very open about your feelings and concerns certainly for the — [Technical difficulties]

Ms. Qualtrough: Sorry, chair. I've lost the senator.

The Deputy Chair: Senator Plett, I don't know if you can hear me or not, but you froze. You're back.

Senator Plett: I don't know how much of that the minister heard, but let me go to my question. For people whose death is not reasonably foreseeable the bill introduces an assessment period of 90 days, combined with an evaluation of eligibility by a practitioner with expertise in the patient's condition. These measures are meant to ensure that people with disabilities and chronic illnesses are informed of other available treatments or support options outside of assisted suicide. But as international health law expert, Dr. Trudo Lemmens, wrote recently in his article:

... unlike any other country in the world, the new bill fails to explicitly require that all reasonable options be made available and tried first, before allowing physicians to end a patient's life.

He continues:

In other words, the bill makes their dying easier than living. Rather than instilling hope and helping to build resilience by focusing on options for living, health care providers will now be asked to discuss an early death.

Minister, are you concerned that the provisions of this bill make Canada the most permissive assisted-suicide regime in the world? And why, minister, would your government not have ensured that assisted suicide be the very-last-resort option only, the way all other jurisdictions have, that it is the last resort and not one of a number of options, whether you want to move to a different apartment or you want to kill yourself. I find that kind of ironic.

Ms. Qualtrough: Thank you, senator. We put in place the 90-day assessment period — and remember this is an assessment period, not a reflection period — for those individuals whose death is not reasonably foreseeable in recognition of how challenging the assessments can be in these circumstances to

trouvons une solution. Je suis tout à fait disposée à envisager tout ce que vous suggérerez et à collaborer pour que cette loi soit aussi efficace que possible.

Le sénateur Plett : Madame la ministre, j'ai l'impression très nette que vous êtes presque aussi mal à l'aise face à ce projet de loi que la plupart des sénateurs. Je tiens d'abord et avant tout à vous remercier, madame la ministre, d'avoir exprimé très ouvertement vos sentiments et vos préoccupations au sujet de... [Difficultés techniques]

Mme Qualtrough : Désolée, monsieur le président. Je n'ai pas entendu le sénateur.

Le vice-président : Sénateur Plett, je ne sais pas si vous m'entendez, mais votre son a été coupé. Ah, vous voilà.

Le sénateur Plett : Je ne sais pas ce que la ministre en a entendu, alors je vais poser ma question. Pour les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, le projet de loi prévoit une période d'évaluation de 90 jours combinée à une évaluation de l'admissibilité par un praticien qui a l'expertise de la maladie du patient. Ces mesures visent à renseigner les personnes en situation de handicap et celles qui ont une maladie chronique sur les autres traitements ou les choix de soutien autres que le suicide assisté. Mais comme le spécialiste du droit international de la santé, M. Trudo Lemmens, écrit dans un article récemment publié :

[...] contrairement à tout autre pays au monde, le nouveau projet de loi n'exige pas explicitement que l'on offre et que l'on essaie tous les choix raisonnables avant de permettre aux médecins de mettre fin à la vie d'un patient.

Il poursuit ainsi :

Autrement dit, ce projet de loi les aide plus à mourir qu'à vivre. Au lieu de donner l'espoir et de renforcer la résilience en se concentrant sur les choix de vie, les fournisseurs de soins de santé devront désormais offrir une mort prématurée.

Madame la ministre, craignez-vous que les dispositions de ce projet de loi fassent du régime canadien de suicide assisté le plus permissif au monde? Et pourquoi, madame la ministre, votre gouvernement n'aurait-il pas veillé à ce que le suicide assisté ne soit qu'un choix de dernier recours, comme l'ont fait tous les autres gouvernements? Pourquoi n'est-ce pas une option de dernier recours et non un choix parmi tant d'autres, comme emménager dans un nouvel appartement ou se suicider? Je trouve cela un peu ironique.

Mme Qualtrough : Merci, monsieur le sénateur. Nous avons fixé la période d'évaluation de 90 jours — soulignons qu'il s'agit d'une période d'évaluation et non d'une période de réflexion — pour les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, vu que les évaluations sont souvent difficiles dans ces

really get to the cause of the suffering. We did not go as far as other jurisdictions to require that individuals avail themselves of every possible alternative. We did not think that was appropriate. We heard that people felt that a corresponding right to try something was the right not to have to do it. Chemo may be available and it might prolong my life by a couple of months, but I choose not to do it as a matter of personal choice and dignity. We did not see it as appropriate to go as far as to require that that alternative be imposed on an individual from a personal autonomy point of view.

Right now, the legislation says that individuals need to be informed of possible alternatives to alleviate their suffering. I appreciate your mentioning that they be made aware of those options. I would suggest that would be the next step in terms of imposing an obligation to provide these. I'm not comfortable going as far as to say that they have to have exhausted all their options. I feel that's actually impositional, personally, but I hear you on the perceived irony that you mentioned and am sensitive to it. I think where we are right now in Canada is what is reflected in this law. I don't think Canadians want us to impose that somebody has tried something against their will in order for them to access this procedure.

Senator Plett: Minister and chair, I'll just make a very brief closing comment if the minister would allow a bit of a partisan comment here coming from the Leader of the Opposition in the Senate to a Liberal cabinet minister.

I thank you for being one of the most open ministers that we have had at any committee hearing and for, indeed, expressing your very personal beliefs on this bill. Thank you very much for that.

Ms. Qualtrough: Much appreciated, senator.

The Deputy Chair: That's no small thing, minister, believe me.

Ms. Qualtrough: Thank you.

Senator Kutcher: Minister, in exploring improvements to safeguards in the bill, a number of my Senate colleagues and I have been aptly looking at the possibility of having several health care organizations — national and from Quebec — collaborate on developing a continuing professional development program for the assessment and delivery of MAID, leading to a national certification for MAID providers. This would be a major step forward and would include the issues that Senator McCallum raised around cultural competencies.

Would you be interested in learning more about such an innovation and be open to considering supporting it?

circstances, afin de découvrir la vraie cause de leur souffrance. Nous ne sommes pas allés aussi loin que d'autres gouvernements, qui exigent que les demandeurs essaient tous les choix possibles. À notre avis, une telle imposition n'est pas convenable. On nous a dit que les gens pensaient qu'en leur offrant un choix à essayer, nous leur permettions de ne pas accepter ce choix. La chimiothérapie est souvent disponible et elle peut prolonger ma vie de quelques mois, mais je décide de la refuser par choix personnel et pour préserver ma dignité. Nous n'avons pas jugé convenable d'imposer l'essai de ces choix afin de respecter l'autonomie personnelle des gens.

Pour le moment, la loi stipule que les personnes doivent être informées des autres moyens d'alléger leur souffrance. Je vous remercie d'avoir mentionné qu'elles devraient être mises au courant de ces options. Je dirais que la prochaine étape serait l'obligation de fournir ces renseignements. Je n'irais pas jusqu'à dire que les demandeurs doivent avoir épuisé toutes leurs options. Personnellement, je trouve cela oppressif, mais je comprends l'ironie dont vous avez parlé. Je crois que cette loi reflète la pensée canadienne actuelle. Je ne pense pas que les Canadiens veuillent que nous imposions aux demandeurs d'essayer quelque chose contre leur gré pour avoir accès à cette procédure.

Le sénateur Plett : Madame la ministre et monsieur le président, j'aimerais faire un très bref commentaire en guise de conclusion, si la ministre accepte que le chef de l'opposition au Sénat émette un commentaire quelque peu partisan à une ministre libérale.

Je vous remercie d'être parmi les ministres les plus ouverts qui aient comparu devant notre comité et d'avoir exprimé vos convictions très personnelles au sujet de ce projet de loi. Merci beaucoup.

Mme Qualtrough : Merci beaucoup, monsieur le sénateur.

Le vice-président : Ce n'est pas peu de chose, madame la ministre, croyez-moi.

Mme Qualtrough : Merci.

Le sénateur Kutcher : Madame la ministre, en envisageant les améliorations à apporter aux mesures de protection prévues dans le projet de loi, un certain nombre de mes collègues du Sénat et moi-même avons examiné à fond la possibilité de charger quelques organismes de soins de santé — nationaux et québécois — de collaborer à l'élaboration d'un programme de perfectionnement professionnel continu sur l'évaluation et la prestation de l'AMM afin de créer une certification nationale pour les fournisseurs d'AMM. Ce serait un grand pas en avant, et nous réglerions ainsi les problèmes soulevés par la sénatrice McCallum au sujet des compétences culturelles.

Voudriez-vous en savoir plus sur cette innovation, et envisageriez-vous de l'appuyer?

Ms. Qualtrough: I certainly would. I think it's a very powerful idea and gets at the people who are in the position to make these very difficult decisions. Absolutely. I would encourage you to include disability-inclusive training as well in that proposal. I'm happy to look at it.

Senator Kutcher: Thank you very much, minister.

Senator McCallum: Thank you, Minister Qualtrough, for all the work that you do. I also apologize for the problems that you had in accessing this meeting.

The interjurisdictional problems that First Nations continue to face is concerning, as provinces continue to create gaps as they see health services as a federal responsibility for Indigenous peoples but not for other Canadians. Yet Parliament continues to force bills through that create more gaps or widens these gaps due to these interjurisdictional issues. Only one group falls into these gaps — Indigenous peoples. Do you see this as an issue of discrimination, and does this bill address this in anyway?

I also continue to hear once again that Indigenous communities express the view that they have not been consulted, despite the Prime Minister's statement that we are in a new relationship between Indigenous and non-Indigenous citizens and moving toward reconciliation. Now we are back with the current situation of time constraints that prevent fulsome discussion and triggers heightened concerns. Will your office accept amendments made by Indigenous communities to ensure that justice in some form is done?

Due to these time constraints, it seems that this is the only option that remains for parliamentarians so they can uphold their responsibilities in ensuring the security and safety of all Canadians, and particularly the most marginalized Indigenous peoples from the disability community. Thank you.

Ms. Qualtrough: Thank you, senator. The short answer to your question is, yes. The longer answer is again rooted in my strong belief that it is not up to us, or me or any one of us, to determine if consultation has been sufficient. We'll know when people feel that they have been heard and see themselves in the laws we make. If there is a particular group that isn't seeing themselves, that's a problem. I am certainly open to doing whatever I can to remedy that, and to work with you and the Indigenous community.

As I said, we did have participation. I have heard the same concerns that you have and will do what I can to remedy them.

Mme Qualtrough : Certainement. C'est une excellente idée qui vise justement les personnes chargées de prendre ces décisions difficiles. Absolument. Je vous encouragerais également à y inclure une formation sur les personnes en situation de handicap. Je me ferai un plaisir de l'examiner.

Le sénateur Kutcher : Merci beaucoup, madame la ministre.

La sénatrice McCallum : Merci, madame la ministre, pour tout le travail que vous accomplissez. Je vous demande moi aussi pardon pour les problèmes auxquels vous vous êtes heurtée pour participer à cette réunion.

Les entraves intergouvernementales auxquelles les Premières Nations font face sont préoccupantes, puisque les provinces continuent à créer des écarts en considérant les services de santé comme une responsabilité fédérale pour les peuples autochtones, mais pas pour les autres Canadiens. Malgré cela, le Parlement continue à pousser l'adoption de projets de loi qui créent plus d'écarts ou qui les élargissent à cause de ces obstacles intergouvernementaux. Un seul groupe se perd dans ces écarts : les peuples autochtones. Considérez-vous cela comme un problème de discrimination, et ce projet de loi règle-t-il ce problème d'une manière ou d'une autre?

Je continue aussi à entendre les communautés autochtones affirmer qu'elles n'ont pas été consultées, bien que le premier ministre ait annoncé que nous entamons une relation nouvelle entre les citoyens autochtones et non autochtones et que nous nous dirigeons vers la réconciliation. Nous faisons de nouveau face à un délai serré qui nous empêche de mener une discussion approfondie, ce qui intensifie les préoccupations. Votre bureau acceptera-t-il les modifications proposées par les communautés autochtones pour que justice soit faite sous une forme ou une autre?

Avec ce délai, il semble que ce soit la seule solution qui reste aux parlementaires pour assurer la sécurité de tous les Canadiens, et en particulier celle des Autochtones les plus marginalisés de l'ensemble des personnes en situation de handicap. Merci.

Mme Qualtrough : Merci, madame la sénatrice. Je vous réponds tout de suite oui. En guise d'explication, je vous dirai que je suis fortement convaincue qu'il ne nous appartient pas, ni à moi ni à aucun d'entre nous, de déterminer si les consultations ont été suffisantes. Nous le saurons quand les gens auront l'impression d'avoir été entendus et de reconnaître leurs opinions dans les lois que nous adopterons. Si un groupe particulier ne s'y reflète pas, nous ferons face à un problème. Je suis prête à faire tout mon possible pour y remédier et à collaborer avec vous et avec la communauté autochtone.

Comme je l'ai dit, bien des intervenants y ont participé. J'ai entendu les mêmes préoccupations que vous et je ferai tout mon possible pour y remédier.

The Deputy Chair: Thank you.

Senator Pate: Thank you again, minister. I was asked a question by some constitutional law experts that I do not know the answer to. I recognize you may not, but I felt it important to get it on the record. The question is: Was the recent *Fraser* decision taken into account in the development of the Charter analysis? Because in the *Fraser* decision, the whole area of choice was examined and it was clearly articulated that where you have a choice that is massively influenced by a lack of state supports and general devaluation of the lives of persons — such as in this case, persons with disabilities — then there will be a constitutional issue around the ability of individuals to autonomously choose MAID, if in fact that is essentially the only option provided to them. I recognize and I do not mean to put you in an unduly difficult position, minister, but if that was not taken into account, is it possible for it to be taken into account now and an updated Charter analysis be provided to us?

Ms. Qualtrough: Thank you, senator. I think the best response is for me to defer to my colleague, get that information for you and make sure it's accurate. I have an idea, but I wouldn't want to speculate. It's more responsible to commit to you to get back to you if analysis hasn't been done with one that is sufficient. That's my preferred course of action if you're okay with that.

Senator Pate: Absolutely. Thank you very much.

[Translation]

Senator Dupuis: Minister, you have made the point, and rightly so in my view, that major discussions must still be held on the issue of medical assistance in dying. The context of a review of the legislation would be more helpful than the current context of a bill such as this one, which is being rushed through due to COVID-19, but also to meet the court's December 18 deadline.

I asked the Minister of Justice a question and I was struck by his response. I asked him whether he would commit to undertaking a review and he replied that it was not up to him, but to Parliament, to do so. I was a little concerned and worried because, after all, he has the responsibility to enforce the law and, in that sense, one would expect a clearer commitment from him.

I do not want to ask you to comment on his commitment. However, one thing struck me when we were collectively thinking about this issue in Quebec in 2010. The in-depth study took the form of a bipartisan parliamentary committee essentially focused on the social and collective thinking around medical assistance in dying.

Le vice-président : Merci.

La sénatrice Pate : Merci encore, madame la ministre. Des experts en droit constitutionnel m'ont posé une question à laquelle je n'ai pas su répondre. Vous ne pourrez peut-être pas y répondre non plus, mais il me semble important de l'insérer au compte rendu. La question est la suivante : a-t-on tenu compte du récent arrêt *Fraser* en élaborant l'analyse de la Charte? En effet, l'arrêt *Fraser* traite de toute la question du choix. On y énonce clairement que dans le cas d'un choix massivement influencé par un manque de soutien de l'État et par la dévaluation générale de la vie des personnes — comme, dans ce cas-ci, les personnes en situation de handicap —, on se heurte à un problème constitutionnel ayant trait à la capacité des personnes de choisir de façon autonome l'aide médicale à mourir, si c'est effectivement la seule option qui leur est offerte. Je ne voudrais surtout pas vous placer dans une position indûment difficile, madame la ministre, mais si l'on n'en a pas tenu compte, est-il possible d'en tenir compte maintenant et de nous fournir une analyse à jour de la Charte?

Mme Qualtrough : Merci, madame la sénatrice. Je pense que ma meilleure réponse sera de m'en remettre à mon collègue afin d'obtenir cette information pour vous en étant sûre qu'elle est exacte. Je pourrais vous donner une réponse, mais elle serait hypothétique. Il sera plus sage de vous promettre de revenir avec une analyse complète si ce point n'a pas été examiné. Je préférerais agir ainsi, si vous voulez bien.

La sénatrice Pate : Absolument. Merci beaucoup.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Madame la ministre, vous avez, à juste titre je crois, invoqué le fait qu'il y a des discussions importantes à tenir sur la question de l'aide médicale à mourir. Le contexte d'une révision de la loi serait plus favorable que le contexte actuel d'un projet de loi comme celui-ci, d'abord bousculé par la COVID-19, mais aussi par le délai du 18 décembre pour répondre à l'exigence de la cour.

J'ai posé une question au ministre de la Justice et sa réponse m'a frappée. Je lui ai demandé s'il s'engageait à amorcer cette révision et il m'a répondu que ce n'était pas à lui, mais bien au Parlement de le faire. Cela m'a un peu interpellée et inquiétée, parce qu'il a quand même la responsabilité d'appliquer cette loi et, en ce sens, on s'attendrait à un engagement plus clair de sa part.

Je ne veux pas vous demander de vous prononcer sur son engagement à lui. Cependant, il y a une chose qui m'a frappée dans une réflexion collective menée au Québec en 2010. Cette réflexion profonde avait pris la forme d'une commission parlementaire bipartisane, et elle était essentiellement axée sur la réflexion sociale et collective au sujet de l'aide médicale à mourir.

Do you believe that all these issues introduced in Bill C-7 should be reserved for a review of the act, and that the review should begin as soon as possible?

Ms. Qualtrough: That's a good question.

[English]

We decided not to appeal. That is the track we are on. I think absent *Truchon*, the parliamentary review — well, it might have been stalled because of COVID, but it certainly would have included all the questions we are talking about and are attempted to be addressed in Bill C-7. There are broader questions, there are more details, and I think what we owe you is a commitment that when the parliamentary review can start, to seek your guidance on the topics that you would like to see considered and have a flexible composition on the committee doing the review, so we can dig in as a country on these most complicated issues.

Senator McCallum: Thank you. I want to go to the topic of the mature minors. It doesn't only include mature minors, it's adults who don't understand their situation, specifically anxiety. The reason I bring this up is that when I was 30, I went through extreme anxiety and I understood why people commit suicide. I was fortunate to have a doctor who told me it was anxiety and I knew it was treatable.

I am a residential school [Technical difficulties] and I look at the people in the communities and the intergenerational trauma from multiple [Technical difficulties] and the mental issues that this brings up. I wanted to ask, who determines that these health professionals fully understand what is happening in this situation? Especially when the majority of the people are not getting adequate mental health services as it is. Thank you.

Ms. Qualtrough: Thank you, senator. I respect your voice so much on this issue.

You have addressed some of the challenges we faced in making our decision not to include mental illness at this point where the sole underlying medical condition is mental illness. Generally, there is an understanding that there is a reference, when you talk about mental illness, to conditions that are permanently treated by psychiatrists or psychologists. Again, I don't think we have sufficiently explored this topic so that it can be weighed in on.

I will refer you to the reason we wanted to ensure, particularly in track two, where death is not reasonably foreseeable that one of the individuals has expertise in the patient's condition, which is to get at some of the things that are underlying your concern. I appreciate there was an amendment in the House to this

Est-ce que vous pensez que toutes ces questions introduites dans le projet de loi C-7 devraient plutôt être réservées pour la révision de la loi, et qu'on ne devrait pas amorcer cette révision le plus rapidement possible?

Mme Qualtrough : C'est une bonne question.

[Traduction]

Nous avons décidé de ne pas interjeter appel. C'est la voie dans laquelle nous nous sommes engagés. Je pense qu'en l'absence de *Truchon*, l'examen parlementaire — il a été retardé par la COVID, mais il aurait certainement couvert tous les enjeux dont nous parlons et que l'on tente d'aborder dans le projet de loi C-7. Il y a des enjeux plus vastes, plus de détails, et je pense que nous nous devons de vous promettre que lorsque l'examen parlementaire pourra commencer, nous vous demanderons conseil sur les enjeux que vous voudriez que l'on examine. La composition du comité d'examen devra être assez souple pour se pencher sur ces enjeux extrêmement complexes qui concernent tout le pays.

La sénatrice McCallum : Merci. J'aimerais mentionner les mineurs matures. Cette question concerne aussi les adultes qui ne comprennent pas leur situation, notamment l'anxiété qu'ils ressentent. La raison pour laquelle je soulève cette question, c'est qu'à 30 ans, j'ai traversé une période d'extrême anxiété. J'ai alors compris pourquoi les gens se suicident. J'ai eu la chance d'avoir un médecin qui m'a expliqué que c'était de l'anxiété, et je savais qu'on pourrait la traiter.

Je suis... [Difficultés techniques]... un pensionnat. Je regarde les gens dans les communautés et le traumatisme intergénérationnel découlant de multiples... [Difficultés techniques]... et les problèmes mentaux que cela cause. Je voulais vous demander qui détermine que ces professionnels de la santé comprennent bien ce qui se passe dans cette situation? D'autant plus que la majorité des gens ne reçoivent pas de services de santé mentale adéquats. Merci.

Mme Qualtrough : Merci, madame la sénatrice. Je comprends parfaitement ce que vous ressentez à ce sujet.

Vous avez abordé certains des défis auxquels nous avons fait face en décidant de ne pas inclure la maladie mentale à ce stade, dans les cas où la maladie mentale est le seul trouble médical sous-jacent. En général, on pense que lorsqu'on parle de maladie mentale, on fait référence à des troubles traités en permanence par des psychiatres ou par des psychologues. De nouveau, je ne pense pas que nous ayons suffisamment examiné ce sujet pour présenter une opinion.

Pour aborder certaines de vos préoccupations, je vais revenir à la raison pour laquelle nous voulions nous assurer, particulièrement dans le volet deux où la mort n'est pas raisonnablement prévisible, que l'une des personnes possède une expertise sur l'état du patient. Je sais que la Chambre a proposé

requirement, but nevertheless, there has to be a medical opinion with respect to the individual's particular condition so that there is some knowledge base regarding the particular circumstances of the individual that practitioners can draw upon.

The Deputy Chair: Thank you. Are there any more questions for the minister? Minister, on behalf of the committee, I want to thank you for coming here today. Our leadership will get in touch with your office regarding the issue that happened setting up this meeting, so that we can ensure that we have better communication and so that everybody understands what happened.

Your testimony, as always, is heartfelt and is — I can't use the two words that we use in B.C., but it's straight-on, if you know what I'm saying.

Ms. Qualtrough: Thank you.

The Deputy Chair: You have always been honest with us. As you can tell, when Senator Plett jumps in on that, it's really something special. I want to thank you for coming here today. I want you and your staff to be safe. Hopefully, we won't have to call you back before Santa Claus comes. Thank you very much.

Ms. Qualtrough: Thank you, senator. I'm happy to come back if you need me to. I appreciate you digging in on this. You are doing our country a great service. Thank you.

The Deputy Chair: Thank you. Next we will hear from Dr. Carrie Bourassa, from the University of Saskatchewan and Grace Pastine from British Columbia. Good, we have the two provinces represented.

The Chair: To the panellists, I want to thank you for making time to meet with us, the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs. While studying Bill C-7, we really believe your input and testimony is very important to our deliberations. We do want to hear your point of view. I also want to thank each and every one of you because we know that you had to prepare and be here on very short notice and you made great efforts to be here, so thank you very much.

We will start with our first witness, Dr. Carrie Bourassa, Professor, Community Health and Epidemiology, College of Medicine, University of Saskatchewan.

un amendement à cette exigence. Néanmoins, il faut obtenir une opinion médicale sur l'état particulier de la personne afin d'établir une base de connaissances sur la situation particulière de la personne qui aide les praticiens à prendre la décision.

Le vice-président : Merci. Avez-vous d'autres questions pour madame la ministre? Madame, au nom du comité, je tiens à vous remercier d'être venue aujourd'hui. Nos dirigeants communiqueront avec votre bureau au sujet de la question qui a été soulevée lors de l'organisation de cette réunion afin d'établir une meilleure communication et pour que tout le monde comprenne ce qui s'est passé.

Votre témoignage, comme toujours, est profondément sincère et — je ne peux pas utiliser les deux mots que nous utilisons en Colombie-Britannique. Votre témoignage est direct, si vous voyez ce que je veux dire.

Mme Qualtrough : Merci.

Le vice-président : Vous avez toujours été honnête avec nous. Comme vous pouvez le constater, pour que le sénateur Plett le mentionne pendant son temps de parole, c'est une qualité vraiment spéciale. Je tiens à vous remercier d'être venue aujourd'hui. Je souhaite que vous et votre personnel soyez en sécurité. J'espère que nous n'aurons pas à vous rappeler avant l'arrivée du père Noël. Merci beaucoup.

Mme Qualtrough : Merci, monsieur le sénateur. Je reviendrai volontiers si vous avez besoin de moi. Je vous remercie d'approfondir ce sujet. Vous rendez un grand service à notre pays. Merci.

Le vice-président : Merci à vous. Nous entendrons maintenant Mme Carrie Bourassa, de l'Université de la Saskatchewan, et Mme Grace Pastine, de la Colombie-Britannique. Très bien, les deux provinces sont représentées.

La présidente : Je tiens à remercier les témoins de prendre le temps de comparaître devant le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles. Dans le cadre de notre étude du projet de loi C-7, nous croyons sincèrement que votre contribution et votre témoignage sont essentiels à nos délibérations. Nous tenons à entendre votre point de vue. Je tiens aussi à remercier chacun d'entre vous, parce que nous savons que vous avez eu très peu de temps pour préparer votre témoignage et que vous avez fait de grands efforts pour être ici. Je vous en remercie sincèrement.

Nous allons commencer par notre premier témoin, Mme Carrie Bourassa, professeure au département d'épidémiologie et de santé communautaire du Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan.

Dr. Carrie Bourassa, Professor, Community Health and Epidemiology, College of Medicine, University of Saskatchewan, as an individual: Greetings. Thank you for the opportunity today.

The Government of Canada has indicated between January 2020 and early February 2020 that they engaged the Canadian public, as well as provinces and territories, Indigenous groups, health care providers, experts and key stakeholders to receive their feedback expanding Canada's MAID legislation in response to the *Truchon* decision. Over 300,000 Canadians participated in the online public consultations between January 13 and 27, 2020.

The Minister of Justice and Attorney General of Canada, David Lametti; Minister of Health, Patty Hajdu; and Minister of Employment, Workforce Development and Disability Inclusion, Carla Qualtrough, met with experts, health care providers, health professional associations and regulatory bodies, representatives of persons living with disabilities, Indigenous organizations and other key stakeholders, over 125 participants in total, to consult them directly on revising Canada's federal MAID legislation. My question is: How many First Nations, Métis and Inuit stakeholders were consulted?

Second, I was a member of the Council of Canadian Academies expert panel on medical assistance in dying in 2018. I helped to organize the Indigenous elders' circle below, and I suggest that this gap remains. Indigenous elders' circle was facilitated by the Indigenous panel members. It was held in February of 2018 to provide insight into Indigenous perspectives on MAID, particularly with respect to the three topic areas. Six elders from Métis and First Nations in British Columbia, Saskatchewan, Manitoba and Ontario offered their knowledge to end-of-life attitudes, practices, issues and concerns. Notably, the elders felt that Indigenous peoples had not been consulted on the issue of MAID and the panel recognized that the elders' circle was limited in scope and representation and did not constitute consultation with Indigenous peoples on the topic of MAID. This remains a significant knowledge gap.

Furthermore, although Indigenous communities and stakeholders may provide feedback into the legislative processes related to MAID, it is very important to ensure to take a distinctions-based approach as opposed to a pan-Indigenous approach. This is why I asked how many First Nations, Métis and Inuit stakeholders or communities were consulted. Our world views are different, particularly when it comes to the

Carrie Bourassa, professeure, Département d'épidémiologie et de santé communautaire, Collège de médecine, Université de la Saskatchewan, à titre personnel : Bonjour à tous. Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Le gouvernement du Canada a dit avoir lancé un appel, entre janvier et le début de février de 2020, à la population canadienne, aux provinces et aux territoires, à des groupes autochtones, à des fournisseurs de soins de santé, à des experts et à des intervenants clés pour connaître leurs points de vue sur l'élargissement de la loi canadienne sur l'aide médicale à mourir en réponse à l'arrêt *Truchon*. Plus de 300 000 Canadiens ont participé aux consultations publiques en ligne entre le 13 et le 27 janvier 2020.

Le ministre de la Justice et procureur général du Canada, David Lametti, la ministre de la Santé, Patty Hajdu, la ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et de l'Inclusion des personnes handicapées, Carla Qualtrough, ont rencontré des experts, des fournisseurs de soins de santé, des associations de professionnels de la santé, des organismes de réglementation, des représentants de personnes en situation de handicap, des organisations autochtones et d'autres intervenants clés, soit plus de 125 participants au total, pour connaître leur opinion sur la révision de la loi fédérale sur l'aide médicale à mourir. Je vous pose donc une question : combien d'intervenants métis, inuits et des Premières Nations ont été consultés?

Par ailleurs, je faisais partie du groupe d'experts du Conseil des académies canadiennes qui s'est penché sur l'aide médicale à mourir en 2018. J'ai participé à l'organisation du cercle des aînés autochtones. Je pense que cette lacune n'a pas été corrigée. Le cercle des aînés autochtones a été réuni sous la gouverne des membres autochtones du groupe d'experts en février 2018 afin de présenter les perspectives autochtones sur l'aide médicale à mourir, en particulier sur les trois sujets à l'étude. Six aînés de nations métisses et de Premières Nations de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Ontario ont partagé leurs connaissances sur les attitudes, les pratiques, les problèmes et les inquiétudes ayant trait à la fin de vie. Ils ont notamment dit que les Autochtones n'avaient pas été consultés sur la question de l'aide médicale à mourir et le groupe d'experts a reconnu que le cercle des aînés avait une portée et une représentativité limitées et qu'il ne remplaçait pas une consultation auprès des peuples autochtones sur la question de l'aide médicale à mourir. Il y a donc encore une grave lacune en matière de connaissances.

De plus, même si les communautés et les intervenants autochtones peuvent donner leurs points de vue dans le cadre des mécanismes législatifs liés à l'aide médicale à mourir, il est très important d'adopter une approche qui tient compte des différences entre les peuples autochtones, de préférence à une approche panautochtone. Voilà pourquoi j'ai demandé combien d'intervenants des Premières Nations et des collectivités

sensitive issue of death and dying. Just as there are divergent views regarding MAID among Parliamentarians, so too there are divergent views among Indigenous peoples across Canada on the acceptability and potential impacts of MAID in their communities.

Since there is no one-size-fits-all approach to incorporating Indigenous voices, health care facilities must communicate and work with nearby Indigenous communities to know what services they wish to see incorporated into their health care. Indigenous stakeholders must be engaged at the very outset of policy making and program design.

Moreover, culturally safe training for health professionals who may be involved in MAID should be mandatory. *Meegwetich.*

The Chair: Thank you very much, Dr. Bourassa.

We will now go on to the second panellist, from the Collège des médecins du Québec, Dr. Yves Robert, Secretary of the Order.

[Translation]

Dr. Yves Robert, Secretary of the Order, Collège des médecins du Québec: On behalf of the Collège des médecins du Québec, I would like to thank you for inviting us to comment on Bill C-7. With me today is Dr. Isabelle Tardif, Deputy Director General and Assistant Secretary, who will replace me as of January 2021.

The Collège des médecins du Québec has been involved in medical assistance in dying and end-of-life care. In 2006, the Collège was the first to develop practice guidelines for medical assistance in dying that now serve as standards in Quebec, Canada and some other countries.

We understand that Parliament's decision to introduce Bill C-7 is based on the Quebec Superior Court decision on September 11, 2019, in *Truchon v. Attorney General of Canada*, which ruled unconstitutional a criterion in the Quebec legislation, namely the concept of "end of life", and a criterion in the Criminal Code, namely the concept of "naturally foreseeable death."

First of all, the Collège supports Parliament in its legal approach to amending the Criminal Code, but for the good of patients and to make life easier for physicians, we would like to see better harmonization between Quebec's Act Respecting

métisses et inuites avaient été consultés. Nos visions du monde sont différentes, surtout en ce qui concerne la question sensible de la mort et de la fin de vie. Tout comme il existe une diversité de points de vue parmi les parlementaires au sujet de l'aide médicale à mourir, il existe également des points de vue divergents parmi les peuples autochtones du Canada sur l'acceptabilité de l'AMM et les répercussions qu'elle risque d'avoir au sein de leurs communautés.

Puisqu'il n'y a pas d'approche unique pour intégrer les voix autochtones, les établissements de soins de santé doivent communiquer et travailler avec les communautés autochtones qu'ils servent afin de savoir quels services elles souhaitent intégrer à leur éventail de soins de santé. Les intervenants autochtones doivent être invités à participer à l'élaboration des politiques et des programmes, dès le tout début du processus.

Enfin, les professionnels de la santé susceptibles de prodiguer l'AMM devraient être tenus de suivre une formation culturellement sécuritaire. *Meegwetich.*

La présidente : Merci beaucoup, madame Bourassa.

Nous accueillons maintenant notre deuxième témoin, le Dr Yves Robert, secrétaire de l'ordre, Collège des médecins du Québec.

[Français]

Dr Yves Robert, secrétaire de l'ordre, Collège des médecins du Québec : Le Collège des médecins du Québec vous remercie de lui permettre de présenter ses commentaires concernant le projet de loi C-7. Je suis accompagné de la Dre Isabelle Tardif, directrice générale adjointe désignée et secrétaire désignée, qui me remplacera au début de 2021.

Le Collège des médecins du Québec a été impliqué dans l'aide médicale à mourir et les soins de fin de vie. Depuis 2006, il a développé — et il est le premier à l'avoir fait — des guides d'exercice sur l'aide médicale à mourir qui servent maintenant de normes, tant au Québec qu'au Canada et dans certains autres pays.

Nous comprenons que la décision du Parlement canadien de déposer le projet de loi C-7 fait suite au jugement rendu par la Cour supérieure du Québec le 11 septembre 2019 dans l'affaire *Truchon c. Procureur général du Canada*, jugement déclarant inconstitutionnels un critère contenu dans la loi québécoise, soit la notion de « fin de vie », et un critère contenu dans le Code criminel, soit la notion de « mort naturelle raisonnablement prévisible ».

Tout d'abord, le Collège des médecins soutient le Parlement canadien dans sa démarche légale visant à apporter des modifications au Code criminel, mais il souhaiterait, pour le bien des patients et pour faciliter la vie des médecins, qu'il y ait une

End-of-Life Care and the Criminal Code. We hope that the amendments will go in that direction.

Parliament intends to introduce some flexibility in the legal eligibility criteria for medical assistance in dying. In particular, we support including a requirement that compliance with the criteria must be confirmed by two physicians, one of whom has expertise in the individual's condition, as well as specific requirements to ensure that the individual is making an informed request. It should be noted that these are necessary measures and that Quebec's legislation, practice guides and guidelines ask physicians to comply with them — it's already a requirement — whether or not the death of the individual seeking medical assistance in dying is foreseeable.

We also support the amendment to the Criminal Code that would require the signature of a single witness only on a request for medical assistance in dying. This will greatly facilitate the request process.

However, Parliament intends to retain the concept of "naturally foreseeable death" — an ill-defined concept that was criticized in the Boudouin decision of September 2019 — and to introduce different safeguards depending on the foreseeability of death of the individual seeking medically assistance in dying.

In an effort to ensure that the legal framework does not impede good medical practice, the college has serious reservations about this concept. In the logic of care that we have been advocating since we first became involved in 2009, a request for medical assistance in dying must not go unanswered and must not lead systematically to authorizing the medical assistance in dying, under the pretext that the law authorizes it under certain conditions.

Mr. Palmer: Dr. Robert, I'm sorry, but the sound is cutting out frequently. Can Dr. Tardif take over? We really can't hear you very well.

Dr. Robert: Of course, I can ask her to continue.

Dr. Isabelle Tardif, Deputy Director General and Assistant Secretary, Collège des médecins du Québec: I'll pick up where Dr. Robert left off.

The college recommends removing the reference to "reasonably foreseeable natural death" and introducing the same safeguards, regardless of the foreseeable nature of the death of the person requesting medical assistance in dying.

meilleure harmonisation entre la Loi concernant les soins de fin de vie du Québec et le Code criminel. Nous espérons que les modifications iront en ce sens.

Le Parlement a l'intention de procéder à des assouplissements concernant les critères légaux d'admissibilité à l'aide médicale à mourir. Nous appuyons en particulier l'inscription dans la loi d'une exigence selon laquelle le respect des critères doit être confirmé par deux médecins, dont un possédant une expertise dans la condition dont souffre la personne, ainsi que l'ajout dans la loi d'exigences particulières favorisant le caractère éclairé de la demande de la personne. Notons qu'il s'agit de mesures nécessaires et que la loi, les guides d'exercice et les lignes directrices du Québec demandent aux médecins de s'y conformer, et les exigent déjà, peu importe que la mort de la personne qui demande l'aide médicale à mourir soit prévisible ou non.

Nous appuyons également l'amendement au Code criminel qui n'exigerait plus que la signature d'un seul témoin sur la demande d'aide médicale à mourir. Cela facilitera grandement le processus de demande.

Cependant, le législateur a l'intention de conserver le concept de « mort naturelle raisonnablement prévisible » — un concept mal défini et qui a été dénoncé dans le jugement Boudouin de septembre 2019 — et d'instaurer des mesures de sauvegarde différentes selon la prévisibilité de la mort de la personne qui demande l'aide médicale à mourir.

Soucieux de s'assurer que le cadre légal ne nuit pas à la bonne pratique médicale, le collège émet de sérieuses réserves sur ce concept. Dans la logique de soins que nous défendons depuis le début de notre implication en 2009, une demande d'aide médicale à mourir ne doit pas rester sans réponse ni conduire systématiquement à autoriser cette aide médicale à mourir, sous prétexte que la loi l'autorise à certaines conditions.

M. Palmer : Docteur Robert, je suis désolé. Le son coupe souvent. Est-ce que la Dre Tardif peut prendre la relève? On n'entend vraiment pas très bien.

Dr Robert : Certainement, je peux lui demander de poursuivre.

Dre Isabelle Tardif, directrice générale adjointe désignée et secrétaire désignée, Collège des médecins du Québec : Je vais reprendre là où le Dr Robert a terminé.

Le collège recommande donc le retrait de la mention de « mort naturelle raisonnablement prévisible » et l'instauration des mêmes mesures de sauvegarde, peu importe la prévisibilité de la mort de la personne qui demande l'aide médicale à mourir.

In particular, we recommend that the 90-day assessment period be replaced by a reasonable period of time, taking into account the development of the person's condition, and that, unless he or she declines, any person whose application for medical assistance in dying has been accepted, and who risks losing his or her capacity to consent just before the time agreed upon for its administration, may waive his or her final consent.

Lastly, the bill provides that the administration of medical assistance in dying to a person with a mental illness shall not be permitted where that illness is the sole underlying condition for receiving it.

The Collège des médecins takes note of this, and we are available to contribute to the process to delve into this issue.

We've been interested in the mental health issue for several months. We've developed ways to address the issue in an informed way so we can eventually contribute to the discussion on medical assistance in dying for someone with a mental illness.

On that note, we thank you for listening.

The Chair: Thank you very much, Dr. Tardif.

[English]

We will now go on to the last witness on this panel, from the British Columbia Civil Liberties Association, Grace Pastine, Litigation Director. Ms. Pastine has very kindly agreed to read, after her remarks, the statement of Julia Lamb.

Senators, we had approached Ms. Lamb, and she preferred to make a written statement, so this is how we are going to proceed. Ms. Pastine, thank you.

Grace Pastine, Litigation Director, British Columbia Civil Liberties Association: Thank you for inviting me to speak today. I'm the litigation director for the British Columbia Civil Liberties Association. I'm appearing virtually from Vancouver, and I'd like to acknowledge that I'm speaking to you from the traditional, ancestral and unceded territories of the Coast Salish peoples — the Squamish, Tsleil-Waututh and Musqueam Nations.

I make this acknowledgment, understanding that the history of colonialism and ongoing oppression has led to glaring disparities in health care and health outcomes between Indigenous and non-Indigenous peoples. Any public health discussion, including a discussion about MAID, must recognize and transform this fundamental, ongoing injustice.

Nous recommandons en particulier que le délai d'évaluation de 90 jours soit remplacé par un délai raisonnable, compte tenu de l'évolution de l'état de la personne, et que, à moins qu'elle ne manifeste son refus, toute personne dont la demande d'aide médicale à mourir a été acceptée, et qui risque de perdre son aptitude à consentir juste avant le moment convenu pour son administration, puisse renoncer à son consentement final.

Enfin, le projet de loi prévoit de ne pas autoriser l'administration de l'aide médicale à mourir à une personne atteinte d'une maladie mentale lorsque cette maladie est la seule condition invoquée pour la recevoir.

Le Collège des médecins en prend acte, et nous sommes disponibles pour contribuer à la démarche visant à approfondir cette question.

Nous nous intéressons à la question de la santé mentale depuis plusieurs mois. Nous nous sommes donné des moyens d'aborder la question de façon éclairée afin de pouvoir éventuellement contribuer à la discussion concernant l'aide médicale à mourir pour une personne atteinte d'une maladie mentale.

Sur ce, nous vous remercions de nous avoir écoutés.

La présidente : Merci beaucoup, docteure Tardif.

[Traduction]

Nous entendrons maintenant le dernier témoin de ce groupe. De l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique, nous accueillons Grace Pastine, directrice des litiges. Mme Pastine a aimablement accepté de lire, au terme de son allocution, la déclaration de Julia Lamb.

Chers collègues, nous avons invité Mme Lamb à témoigner, mais elle a préféré faire une déclaration par écrit. Madame Pastine, merci de bien vouloir la lire.

Grace Pastine, directrice des litiges, Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique : Je vous remercie de m'avoir invitée à m'adresser à vous aujourd'hui. Je suis directrice des litiges à l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique. Je me joins à vous virtuellement de Vancouver et j'aimerais souligner que je vous parle depuis les territoires traditionnels, ancestraux et non cédés des Salish de la Côte, soit les nations Squamish, Tsleil-Waututh et Musqueam.

Je tiens à le souligner, sachant que le colonialisme et l'oppression incessante ont conduit à des disparités flagrantes entre les Autochtones et les non-Autochtones pour ce qui est des soins de santé et de l'état de santé. Tout débat sur la santé publique, y compris sur l'aide médicale à mourir, doit en tenir compte et réparer cette injustice fondamentale qui existe toujours.

The British Columbia Civil Liberties Association, along with Joseph Arvay, represents Julia Lamb in her case challenging the constitutionality of the current MAID legislation. As the senator said, Julia was not feeling well enough to speak to you today, but she did ask that I read a statement on her behalf, which I will do now.

She writes:

Thank you for the time and opportunity to have my words heard today during this pre-study. Four years ago, I joined the British Columbia Civil Liberties Association after the passing of Bill C-14. Motivated by the understanding that as it stood, if and when I would apply for MAID, my application would be unjustly denied as not fitting the reasonably foreseeable natural death eligibility category.

This exclusion was felt by me immediately, and its reality proposed to me that the prolonged and agonizing suffering of those who are not on a definitive trajectory to death would be left without choices or to make heartbreakingly terrible ones. At this time, I faced that this could be the state of my future.

Out of the fight from Nicole Gladu and Jean Truchon, Bill C-7 acknowledges the truth that reasonably foreseeable natural death is an unconstitutional sole criterion. The decision of this case was also felt immediately, except that instead of exclusion, many Canadians felt heard and respected, for MAID is the individual's choice to make, regardless of the timeline of their intolerable suffering. I have heard this firsthand through personal stories shared with me.

Now, Bill C-7 exists in this moment containing three areas of concern, from my point of view.

First, the adjournment of my case was based upon evidence that I would now be eligible under the reasonably foreseeable natural death requirement. Worryingly, though, this language has been kept in this bill, yet has had no added or detailed definition and is being used to differentiate the defining two-track setup of Bill C-7. This leaves confusion as to where I personally may fit in, and I fear that the language lacks clarity. I think if "dying" were struck from the preamble of Bill C-7, it would go a long way to help me and my doctors know that reasonably foreseeable natural death applies to my medical condition.

L'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique, de concert avec Joseph Arvay, représente Julia Lamb dans sa contestation de la constitutionnalité de la loi actuelle sur l'aide médicale à mourir. Comme l'a dit la sénatrice, Mme Lamb ne se sentait pas assez bien pour vous parler aujourd'hui, mais elle m'a demandé de lire une déclaration en son nom, ce que je vais faire dès maintenant.

Voici ce qu'elle écrit :

Je vous remercie de me donner le temps et l'occasion de m'exprimer aujourd'hui dans le cadre de votre étude préalable. Il y a quatre ans, après l'adoption du projet de loi C-14, j'ai adhéré à l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique. Motivée par la certitude qu'en vertu de ce projet de loi, si jamais je voulais un jour faire une demande d'aide médicale à mourir, ma demande serait rejetée injustement parce qu'elle ne répond pas au critère de la mort naturelle raisonnablement prévisible.

Cette exclusion m'a immédiatement frappée et son existence même m'a fait comprendre que les personnes qui ne sont pas engagées sur une trajectoire inéluctable vers la mort, malgré leurs souffrances incessantes et intolérables, seraient laissées sans aucun choix, ou devant un choix déchirant. À cet instant, j'ai compris que c'était peut-être ce que l'avenir me réservait.

Grâce au combat mené par Nicole Gladu et Jean Truchon, le projet de loi C-7 reconnaît la vérité, soit l'inconstitutionnalité du critère de la mort naturelle raisonnablement prévisible. La décision rendue dans cette affaire a eu un effet immédiat, sauf que dans ce cas-ci, de nombreux Canadiens, au lieu de se sentir exclus, se sont sentis entendus et respectés, car l'aide médicale à mourir est un choix personnel qui ne doit pas être assujéti à la durée de leurs intolérables souffrances. C'est ce que j'ai entendu à travers les expériences personnelles qui m'ont été racontées.

À mon avis, le projet de loi C-7 actuellement à l'étude comporte trois éléments préoccupants.

Premièrement, l'ajournement de mon procès reposait sur la preuve que je serais maintenant admissible à l'AMM en vertu du critère de la mort naturelle raisonnablement prévisible. Ce qui me préoccupe, c'est que ce libellé a été maintenu dans le présent projet de loi, sans que la définition n'ait été éteinte ni précisée, et il est utilisé pour établir une distinction entre les deux volets de l'approche proposée dans le projet de loi C-7. Cela crée une ambiguïté et, personnellement, je ne sais pas où je me situe dans cela. Je trouve que le libellé manque de clarté. Si le mot « mourir » était supprimé du préambule du projet de loi C-7, cela

Second, someone who is eligible, meeting all criteria, but is not determined to be “reasonably foreseeable” in their decline must confront a 90-day waiting period. I say “confront” because a 90-day waiting period is a large and looming time frame to be under when suffering intolerably. I have great concern what these criteria might mean for my future if I choose MAID — the last days of life being not something of my choosing, and the drawn-out pain and suffering I may endure because it is not determined as equal to those who are more timely in their matter of dying. A bill that is supposed to be a choice, to end feeling trapped and hopeless in unbearable suffering, instead may trap me within an excruciating 90-day waiting period.

Third, additionally, someone whose death is not reasonably foreseeable will be denied the waiver for final consent. This is very worrying for me. As you may know, I have SMA, Type 2, a hereditary, progressive degenerative disease that causes weakness and wasting of the voluntary muscles. I experience frequent pain from muscle contractures and suffer from falls and repeated broken bones because of severe osteoporosis. I also have severe breathing difficulties that have led to recurring instances of pneumonia. Because my health is so compromised, there are several reasons why I might lose capacity and be denied my right to assisted death if I cannot waive final consent. After fighting for years for my rights, this is a heartbreaking possibility.

Bill C-7 is hope for so many. It must uphold compassion and choice. The pillars of the *Carter* decision, the human rights of Canadians with incurable, grievous illness and intolerable suffering, matter and should be reflected in this legislation that was ordered to improve on the previous bill that got it wrong. It now must get it right for all of us who were left out.

It is also important for me that I say I write these words as a member of the disability community. I acknowledge that when I speak, I have the privilege of speaking for myself, and my testimony is to share my personal beliefs and understanding. I do not share the same viewpoint that some

aiderait grandement mes médecins et moi-même à comprendre que le critère de la mort naturelle raisonnablement prévisible s’applique à mes problèmes de santé.

Deuxièmement, une personne admissible, qui répond à tous les critères, mais dont la mort n’est pas « raisonnablement prévisible » malgré le déclin de sa condition, doit endurer une attente de 90 jours. J’emploie le mot « endurer », parce qu’un délai de 90 jours, c’est long et terrible à vivre quand les souffrances sont intolérables. J’appréhende grandement ce que ces critères pourraient signifier pour ma fin de vie si je choisis l’AMM — je ne choisis pas de prolonger les derniers jours de ma vie ni la douleur et la souffrance qui seront probablement miennes —, parce que cette aide ne me sera pas prodiguée dans un délai équivalent à celui des autres personnes qui l’obtiennent plus rapidement. Ce projet de loi, qui est censé m’offrir un choix et mettre fin à ma sensation d’être prisonnière de mes souffrances intolérables, risque plutôt de me piéger dans une attente insoutenable de 90 jours.

Troisièmement, une personne dont la mort n’est pas raisonnablement prévisible ne pourra renoncer à son consentement final. Je trouve cela très préoccupant. Comme vous le savez, je suis atteinte d’amyotrophie spinale de type II, une maladie héréditaire, dégénérative et progressive caractérisée par la faiblesse et la destruction des muscles volontaires. J’éprouve des douleurs récurrentes causées par des contractures musculaires, je fais des chutes et j’ai des fractures osseuses à répétition à cause d’une ostéoporose avancée. J’ai également de graves problèmes respiratoires qui m’ont causé des pneumonies récurrentes. Comme mon état de santé est grandement détérioré, je risque de perdre mon aptitude à consentir pour diverses raisons et d’être ainsi privée de mon droit à l’aide à mourir si je suis incapable de donner mon consentement final. Après avoir lutté pendant des années pour mes droits, cette possibilité me crève le cœur.

Le projet de loi C-7 est une source d’espoir pour beaucoup et il doit maintenir les notions de compassion et de choix. Les piliers de la décision *Carter*, les droits fondamentaux des Canadiens atteints d’une maladie incurable et grave leur causant des souffrances intolérables, sont importants et doivent être pris en compte dans cette mesure législative qui a été exigée pour améliorer le projet de loi précédent qui allait dans la mauvaise direction. Le présent projet de loi doit corriger la situation pour tous ceux d’entre nous qui ont été laissés pour compte.

Il est également important pour moi de vous dire que j’écris ces mots en tant que membre de la communauté des personnes en situation de handicap. Je reconnais qu’en prenant la parole, j’ai le privilège de parler en mon nom personnel et mon témoignage vise à exprimer mes

members hold of Bill C-7, and I respect and uphold the diversities and commonalities within this community.

There are other members of the community that share my view. Some, advocating for voices to be heard, laws to be changed, justice to begin and for the oppression to be not only acknowledged but be held equal in priority. I believe MAID, and the work that is happening and is to be done for and by our community, do not have to be pitted against each other, but instead exist within their own right, reflecting the needs and diversities of our lived experiences. Thank you.

That was the statement that Julia Lamb asked that I share with you. I will now continue with some brief further remarks from the British Columbia Civil Liberties Association.

When Julia asked the British Columbia Civil Liberties Association to represent her in her challenge to the MAID legislation currently in force, we were guided by the principles of the *Carter* case. I was part of the trial team in that case. It's worth rereading, I believe, the first paragraph of the *Carter* decision because it sets out what's at stake for sick and suffering people and for physicians who provide compassionate health care. That first paragraph reads:

It is a crime in Canada to assist another person in ending her own life. As a result, people who are grievously and irremediably ill cannot seek a physician's assistance in dying and may be condemned to a life of severe and intolerable suffering. A person facing this prospect has two options: she can take her own life prematurely, often by violent or dangerous means, or she can suffer until she dies from natural causes. The choice is cruel.

This absolute prohibition on assistance in dying is what led Sue Rodriguez and then Gloria Taylor and then Julia to ask, "Whose life is it anyway?" They are expressing their view of the fundamentally personal nature of the decision to hasten dying and the fact that an individual's choice in dying is critical to autonomy and dignity and also to the value of compassion.

There are many aspects of Bill C-7 that are positive and respect the rights and serve the interests of Canadians. Just recently, Dr. Downie canvassed with you these positive aspects of the proposed legislation in her remarks to you, and the BCCLA endorses her submission.

convictions personnelles et ma façon de voir les choses. Je ne partage pas le point de vue de certains membres de cette communauté concernant le projet de loi C-7 et je respecte les divergences et les points communs exprimés par chacun des membres.

D'autres membres de notre communauté sont toutefois du même avis que moi. Certains militent pour que les voix soient entendues, pour que les lois soient modifiées et pour que justice soit rendue. Ils veulent que l'oppression ne soit pas seulement reconnue, mais que ce soit un enjeu tout aussi prioritaire. Je crois en l'AMM et le travail amorcé pour et par notre communauté ne doit pas nous dresser les uns contre les autres, mais reconnaître les droits de chacun des membres ainsi que la diversité de nos besoins et de nos expériences personnelles. Je vous remercie.

Voilà ce que Julia Lamb m'a demandé de vous lire. Je vais maintenant vous livrer de brefs commentaires au nom de l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique.

Quand Mme Lamb a demandé à notre association de la représenter dans sa contestation judiciaire de la loi sur l'AMM actuellement en vigueur, nous nous sommes appuyés sur les principes de l'arrêt *Carter*. Je faisais partie de l'équipe de défense dans cette affaire. Il est important de lire attentivement le premier paragraphe de l'arrêt *Carter* parce qu'il énonce les enjeux pour les personnes malades et souffrantes ainsi que pour les médecins qui prodiguent des soins de compassion. Le premier paragraphe se lit ainsi :

Au Canada, le fait d'aider une personne à mettre fin à ses jours constitue un crime. Par conséquent, les personnes gravement et irrémédiablement malades ne peuvent demander l'aide d'un médecin pour mourir et peuvent être condamnées à une vie de souffrances aiguës et intolérables. Devant une telle perspective, deux solutions s'offrent à elles : soit mettre fin prématurément à leurs jours, souvent par des moyens violents ou dangereux, soit souffrir jusqu'à ce qu'elles meurent de causes naturelles. Le choix est cruel.

Cette interdiction absolue de recourir à l'aide à mourir a conduit Sue Rodriguez, Gloria Taylor et Mme Lamb à demander : « Mais il s'agit de la vie de qui, après tout? » Elles parlent de la nature foncièrement personnelle de leur décision de hâter leur mort et du fait que lorsqu'une personne choisit de mourir, son choix est inhérent à son autonomie et à sa dignité ainsi qu'à la valeur de la compassion.

Le projet de loi C-7 comporte de nombreux éléments positifs, il respecte les droits et sert les intérêts des Canadiens. Il y a quelques jours, la Dre Downie vous a donné un aperçu des points positifs du projet de loi et notre association appuie ses propos.

We also accept and endorse the three areas of grave concern raised by Julia. Shortly, we will be pleased to provide detailed submissions to the Senate on those points.

I am going to focus my remaining remarks on the mental illness exclusion.

As you know, Bill C-7 contains an absolute prohibition against permitting people whose sole underlying condition is mental illness from having the choice of medical assistance in dying. The prohibition applies to all persons suffering from a sole condition of mental illness, regardless of whether they are decisionally capable individuals.

This absolute prohibition does not comply with the Supreme Court of Canada's *Carter* decision and is therefore unconstitutional. In addition, the provision unjustifiably infringes section 7, the rights to life, liberty and security of the person; and section 15, the right to equality of the Charter.

It's important to remember that the *Carter* decision sets the floor and not the ceiling of what is constitutionally required to respect the rights of Canadians. This means that while Parliament may extend the rights to assisted dying beyond what the court required — for example, by permitting nurse practitioners to provide MAID and permitting final consent waivers — it cannot restrict those rights.

Canada should support human rights in mental health care, but Bill C-7 has the opposite effect. It stigmatizes and abandons those suffering from mental health issues.

In the *Carter* proceedings, the plaintiffs challenged and the court declared unconstitutional the criminal law's absolute prohibition against physician-assisted dying. The prohibition was absolute because it did not permit patients the benefit of being individually assessed for eligibility for physician-assisted dying. It was absolute because it did not distinguish between those who were vulnerable and those who were entitled to choose for themselves.

The specific issue of whether those suffering from psychiatric conditions should be excluded from the declaration of invalidity was squarely before the Supreme Court in *Carter*. The court rejected the government's argument that there was no reliable way to identify those who are vulnerable and those who are not. The court ultimately concluded — this is at paragraph 116 — that:

... it is possible for physicians, with due care and attention to the seriousness of the decision involved, to adequately assess decisional capacity.

Nous sommes également tout à fait d'accord avec les trois points très préoccupants soulevés par Mme Lamb. Il nous fera plaisir de transmettre notre mémoire au Sénat sur ces points.

Je vais maintenant consacrer le reste de mon temps à l'exclusion des personnes atteintes d'une maladie mentale.

Comme vous le savez, le projet de loi C-7 contient une interdiction absolue de recourir à l'aide médicale à mourir visant les personnes dont la maladie mentale est leur seul problème de santé. Cette interdiction s'applique à toutes les personnes dont la maladie mentale est le seul problème de santé, même lorsqu'elles sont aptes à prendre des décisions.

Cette interdiction absolue est contraire à l'arrêt *Carter* de la Cour suprême du Canada et, par conséquent, elle est inconstitutionnelle. De plus, cette disposition porte atteinte, de manière injustifiée, aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, garantis à l'article 7 de la Charte, ainsi qu'au droit à l'égalité, garanti à l'article 15.

Il est important de rappeler que l'arrêt *Carter* établit le minimum et non le maximum de ce qui est constitutionnellement requis pour respecter les droits des Canadiens. Cela veut dire que, même si le Parlement peut étendre les droits liés à l'aide médicale à mourir au-delà de ce que le tribunal a exigé — par exemple en autorisant les infirmiers praticiens à administrer l'AMM et en autorisant la renonciation au consentement final —, il ne peut restreindre ces droits.

Le Canada devrait défendre les droits fondamentaux des personnes atteintes d'une maladie mentale, mais le projet de loi C-7 fait le contraire. Il les stigmatise et les abandonne.

Dans l'affaire *Carter*, les demandeurs contestaient l'interdiction absolue de l'aide médicale à mourir et le tribunal l'a déclarée inconstitutionnelle. Cette interdiction était absolue parce qu'elle ne permettait pas à des patients de faire évaluer leur admissibilité à l'aide médicale à mourir. Elle était absolue parce qu'elle ne faisait aucune distinction entre les personnes vulnérables et celles qui étaient en mesure de choisir par elles-mêmes.

La question de savoir si les personnes souffrant de troubles psychiatriques devaient être exclues de la déclaration d'invalidité a été clairement soulevée dans l'arrêt *Carter*. La Cour suprême a rejeté l'argument du gouvernement selon lequel il n'existait aucun moyen fiable d'identifier les personnes vulnérables et celles qui ne l'étaient pas. La cour en est arrivée à la conclusion suivante au paragraphe 116 :

... il est possible pour les médecins de bien évaluer la capacité décisionnelle avec la diligence requise et en portant attention à la gravité de la décision à prendre.

The government now asserts that the *Carter* decision does not apply to those with mental illness, and these assertions rest on a particular interpretation of *Carter*. It's an interpretation that has been rejected multiple times by multiple courts.

In one such application in 2016, in the *E.F.* case, the Attorney General argued that the scope of the *Carter* decision, and therefore the *Carter* exemption relief, was limited to those with terminal illnesses and expressly precluded those with psychiatric conditions. It lost that argument before the Court of Queen's Bench of Alberta and the Alberta Court of Appeal in a unanimous decision. That legal challenge was brought by E.F., a woman who received MAID when a mental disorder was her sole underlying medical condition. The Alberta Court of Appeal unanimously rejected the argument that psychiatric conditions are excluded.

The Attorney General then advanced the same argument that the scope of the declaration in *Carter* was narrowly limited to a subset of persons before the Ontario Superior Court of Justice in the *IJ* case. It lost there too, and again it did not appeal. It also lost the argument in *Truchon*, and again it did not appeal.

Significantly, as it is something that Canada is uniquely able to do, Canada did not refer the issue of the proper scope of *Carter* to the Supreme Court of Canada for an opinion. Instead, it continues to press its argument in the court of public opinion and before senators and members of Parliament.

Historically, individuals with mental disorders have been assumed to lack capacity and they have endured significant injustice as a result. A blanket restriction on MAID for persons with mental disorders dismisses the magnitude of the suffering that some of these individuals experience.

We support strong and appropriate procedural safeguards that would permit patients with mental health issues to access the law under certain strict and limited circumstances. These safeguards, including practice guidelines and standards for training, should be developed by clinicians and professional and regulatory bodies. In our view, these safeguards are not appropriately regulated through the prohibitions and penal sanctions of the Criminal Code.

In closing, in 2016 you'll remember well the Senate recognized that the government's insistence that MAID should only be available to those Canadians whose death was reasonably foreseeable flew in the face of the *Carter* decision and was unconstitutional. We call on you once again to bravely

Le gouvernement affirme maintenant que l'arrêt *Carter* ne s'applique pas aux personnes ayant une maladie mentale, et cette affirmation repose sur une interprétation particulière de l'arrêt *Carter*, une interprétation rejetée à maintes reprises par de nombreux tribunaux.

Par exemple, en 2016, dans l'affaire *E.F.*, le procureur général a soutenu que la portée de l'arrêt *Carter* et, par conséquent, de l'assouplissement de l'exemption, se limitait aux personnes en phase terminale et excluait expressément celles atteintes de troubles psychiatriques. Le gouvernement a été débouté devant la Cour du banc de la Reine de l'Alberta et la Cour d'appel de l'Alberta dans une décision unanime. L'action en justice avait été intentée par E.F., une femme qui a reçu l'AMM même si un trouble mental était son seul problème de santé sous-jacent. La Cour d'appel de l'Alberta a rejeté à l'unanimité l'argument voulant que les troubles psychiatriques soient exclus.

Dans l'affaire *I.J.* entendue par la Cour supérieure de justice de l'Ontario, le procureur général a présenté le même argument, soit que la portée de la déclaration dans l'arrêt *Carter* ne concernait qu'un sous-groupe de personnes. Il a été débouté encore une fois et n'a pas interjeté appel de cette décision non plus. Il a aussi été débouté dans l'affaire *Truchon* et n'a pas interjeté appel.

Il importe de souligner que le Canada, puisqu'il s'agit de quelque chose qu'il est en mesure de faire, n'a pas cherché à obtenir l'opinion de la Cour suprême du Canada au sujet de la portée réelle de l'arrêt *Carter*. Il continue plutôt de faire valoir son argument devant le tribunal de l'opinion publique et devant les sénateurs et les députés.

Dans le passé, les personnes ayant des troubles mentaux ont toujours été considérées comme étant inaptes, ce qui les a placées dans une situation de grave injustice. Étendre la restriction relative à l'AMM à toutes les personnes atteintes de troubles mentaux, c'est nier l'ampleur des souffrances que vivent certaines de ces personnes.

Nous sommes en faveur de la mise en place de solides sauvegardes procédurales, ce qui permettrait aux patients ayant des troubles mentaux de se prévaloir de la loi dans certaines circonstances bien circonscrites. Ces mesures de sauvegarde, notamment des lignes directrices et des normes de pratique en matière de formation, devraient être établies par des cliniciens, des professionnels et des organismes de réglementation. À notre avis, les interdictions et les sanctions pénales du Code criminel du Canada n'encadrent pas suffisamment les mesures de sauvegarde.

En terminant, vous vous rappelez sans doute qu'en 2016, le Sénat a reconnu que l'insistance du gouvernement à limiter l'AMM aux seuls Canadiens dont la mort était raisonnablement prévisible allait à l'encontre de l'arrêt *Carter* et était inconstitutionnelle. Nous faisons appel à vous encore une fois en

recognize and uphold the rights and freedoms of all Canadians. Thank you.

The Chair: Thank you very much, Ms. Pastine. Thank you for reading Ms. Lamb's statement as well. We'll go to questions now.

[Translation]

Senator Carignan: My question is for the physicians, particularly the ones from Quebec, and it has to do with the idea of excluding mental illness and the clarity of the definition.

Yesterday, we had Dr. Mona Gupta with us, and I asked her the same question. She made it clear that she felt that the concept was imprecise and that it could encompass different groups, that it was not necessarily meant only to exclude people who are receiving psychiatric treatment. I am paraphrasing, but that was the gist of her message. I wanted to hear from you on that.

It also seems that you have already looked into the matter. Indeed, in your conclusion, you say:

The college takes note of this, and we are available to contribute to the process to delve into this issue.

I understand from this that you may have already done some work on this, so I would like to hear from you.

Dr. Robert: Indeed. We are concerned about this issue. We tasked the Association des médecins psychiatres du Québec to produce an opinion. The working group was chaired by Dr. Gupta. This report has been available since the end of October. We will be discussing it with the six other professional orders with which we work, including the Barreau du Québec, the Chambre des notaires du Québec, the Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, the Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec and the Ordre des psychologues du Québec.

We will be discussing this on December 9, and the Quebec government has called a forum on assisted dying and mental health for December 14, two and a half weeks from now. This issue is on the agenda. For us, the question is not whether to administer medical assistance in dying to patients, but when and how it will be done.

I believe that the Quebec Minister of Health had announced in February the holding of this forum, which has been delayed due to the pandemic. However, the debate will take place. We have begun to try to identify the criteria and guidelines referred to by Ms. Pastine to frame this practice, to allow people suffering from mental illness to benefit from it, but also to protect those who

vous demandant de reconnaître courageusement et de respecter les droits et les libertés de tous les Canadiens. Je vous remercie.

La présidente : Merci beaucoup, madame Pastine. Je vous remercie également d'avoir fait lecture de la déclaration de Mme Lamb. Nous allons maintenant passer aux questions.

[Français]

Le sénateur Carignan : Ma question s'adresse aux médecins, particulièrement ceux du Québec, et elle porte sur la notion de l'exclusion de la maladie mentale et sur la clarté de la définition.

Hier, nous avons reçu la Dre Mona Gupta, à qui j'ai posé la même question. Elle disait clairement que, pour elle, la notion était imprécise et qu'elle pouvait englober différents groupes, que cette notion n'existait pas nécessairement uniquement dans l'objectif d'exclure les personnes qui reçoivent des traitements psychiatriques. Je paraphrase, mais c'était l'essentiel de son message. Je voulais vous entendre à ce sujet.

Il semble également que vous ayez déjà approfondi la question. En effet, dans votre conclusion, vous dites ce qui suit :

Le Collège en prend acte et nous offrons notre disponibilité afin de contribuer à la démarche d'approfondissement de cette question.

Je comprends de ces propos que vous avez peut-être déjà fait des travaux sur la question, alors j'aimerais vous entendre.

Dr Robert : Effectivement. Nous sommes préoccupés par cette question. Nous avons mandaté l'Association des médecins psychiatres du Québec pour produire un avis. Le groupe de travail était présidé par la Dre Gupta. Ce rapport est disponible depuis la fin d'octobre. Nous allons en discuter avec les six autres ordres professionnels avec qui nous travaillons, y compris le Barreau du Québec, la Chambre des notaires du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec.

Nous allons en discuter le 9 décembre prochain, et le gouvernement du Québec a convoqué un forum sur l'aide médicale à mourir et la santé mentale pour le 14 décembre, dans deux semaines et demie. Cette question est à l'ordre de jour. Pour nous, la question n'est pas de savoir si on doit administrer l'aide médicale à mourir à des patients, mais quand et comment cela va se faire.

Je pense que la ministre de la Santé du Québec avait annoncé en février la tenue de ce forum, qui a été retardé en raison de la pandémie. Cependant, le débat aura lieu. Nous avons commencé à tenter de cerner les critères et les balises auxquels faisait allusion Me Pastine pour encadrer cette pratique, pour permettre aux personnes souffrant de maladie mentale d'en bénéficier,

could benefit from curative treatments. Therefore, a balance is achieved and the process continues.

We understand from reading Bill C-7 that this is an interim measure, since in 2016, it was anticipated that the Criminal Code would have to be revised five years later, in 2021, to include the three topics that had not been included in 2016: mental health, incapable persons and minors who could potentially consent to care.

We understand that we are currently following a process and that the Criminal Code may be amended in the future to allow for the provision of medical assistance in dying to persons suffering from mental disorders. However, I agree with Dr. Gupta, and I believe that when we talk about mental disorders, we are talking about a concept that is not always clinically accurate.

Senator Carignan: I'll ask my question quickly to our lawyer witness from the British Columbia Civil Liberties Association.

I imagine that you have heard the ministers say, "We don't have the time," "We haven't had enough time to go into it in depth," "We've consulted and there is no consensus." From the point of view of constitutionality or the reasons given for discrimination, what do you think?

[English]

Ms. Pastine: Our point of view on this is that the *Carter* decision set out strict requirements for eligibility for MAID. Those are the requirements that a person be an adult, that they be grievously and irremediably ill, that they be suffering intolerably, that they be fully informed, making a voluntary choice and be competent to make that decision.

In our view, the exclusion of mental illness is unconstitutional, and it should not remain in the legislation. Without that provision, there would be strong safeguards in the legislation in the interim period, and we would expect that in short order colleges and regulatory bodies would provide further safeguards on eligibility. But we do think it's unconstitutional to have the blanket prohibition and that blanket prohibition flies in the face of the *Carter* decision.

Senator Batters: My question is to Professor Carrie Bourassa, from my alma mater, the University of Saskatchewan. Thank you for being here.

You spoke about the current assisted suicide Bill C-16:

For some communities, it may not even be possible. When we're trying to deal with suicide and multiple loss in communities, is this even a conversation that communities are going to want to have?

mais aussi pour protéger celles qui pourraient bénéficier de traitements curatifs. Ainsi, l'équilibre est atteint et la démarche se poursuit.

Nous comprenons, à la lecture du projet de loi C-7, qu'il s'agit d'une mesure intermédiaire, puisqu'en 2016 il était prévu que le Code criminel devrait être révisé cinq ans plus tard, c'est-à-dire en 2021, pour inclure les trois sujets qui n'avaient pas été inclus en 2016, soit la santé mentale, les personnes incapables et les mineurs qui pourraient éventuellement consentir aux soins.

Nous comprenons que nous nous trouvons actuellement dans une démarche et que le Code criminel pourrait être modifié éventuellement pour permettre d'offrir l'aide médicale à mourir aux personnes qui souffrent de troubles mentaux. Par contre, je partage l'opinion de la Dre Gupta et je crois que, lorsque l'on parle de troubles mentaux, on parle d'une notion qui n'est pas toujours cliniquement précise.

Le sénateur Carignan : Je pose ma question rapidement à notre témoin avocate de l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique.

J'imagine que vous avez entendu les ministres dire : « On n'a pas le temps », « On a manqué de temps pour approfondir la question », « On a consulté et il n'y a pas de consensus ». Du point de vue de la constitutionnalité ou des raisons invoquées pour discriminer, qu'en pensez-vous?

[Traduction]

Mme Pastine : Nous sommes d'avis que l'arrêt *Carter* énonçait des exigences strictes d'admissibilité à l'AMM. Pour être admissible, une personne doit être adulte, être affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables lui causant des souffrances intolérables, être bien informée, faire un choix de son plein gré et être apte à prendre cette décision.

Nous sommes d'avis que l'exclusion des personnes atteintes d'une maladie mentale est inconstitutionnelle et qu'elle doit être retirée du texte de loi. Sans cette disposition, il y aurait de solides mesures de sauvegarde dans la loi durant la période intérimaire; nous sommes confiants qu'à brève échéance, les ordres professionnels et les organismes de réglementation proposeront de nouvelles mesures de sauvegarde relatives à l'admissibilité. Nous sommes toutefois d'avis que l'interdiction générale est inconstitutionnelle et contraire à l'arrêt *Carter*.

La sénatrice Batters : Ma question s'adresse à Mme Carrie Bourassa, professeure à l'Université de la Saskatchewan, mon alma mater. Merci d'être là.

Vous avez parlé du projet de loi C-16 sur l'aide au suicide :

Pour certaines communautés, ce n'est peut-être même pas possible. Pour régler le problème du suicide et des pertes multiples dans les communautés, est-ce même une conversation que les communautés voudront avoir?

Professor Bourassa, you have expressed past concerns in relation to the potentially disproportionate impact that MAID may have on communities already grappling with physical and mental health issues. You indicated that you thought Bill C-14 was rushed. Now, four years later, do we have any better information on the potential impact on vulnerable communities of the expanded access to MAID under Bill C-7?

Dr. Bourassa: Thank you for the question. I frankly don't think we have any more information. I'm not sure how much engagement there has been. That's why I asked the question. I don't know how many First Nations, Inuit and Métis have been engaged or what that engagement looked like. I don't think that we're any closer to answering that question.

I think there has to be, frankly, a lot more engagement, many more conversations. I continue to bring up the issue around training. We know right now the kind of urgency that we know from Minister Miller just in terms of systemic racism that's happening in the health care system, let alone talking about this very sensitive issue in terms of MAID.

So I'm very worried about the idea of training in the midst of what COVID-19 has laid bare in terms of systemic racism that we know is happening. Then you add on what's happening right now, which I think is a lot of unknown. So I'm very worried and I don't think we're any closer to having answers. I really believe that we have to take this very seriously in terms of engaging communities. I'm not trying to minimize the kind of engagement that happened between January 13 and 27, but I think there has to be a wholesale engagement with First Nations, Métis, Inuit, and thinking about the geography and the regions that would have to be engaged appropriately.

Senator Batters: Absolutely. Thank you for bringing that important perspective to our committee. Also, Dr. Bourassa, in the brief you provided to our committee on Bill C-7, you stated this:

To now introduce new controversial legislation without first ensuring that standards are being met, how can individuals and communities reasonably be assured that culturally safe protocols are being utilized in order to ensure informed consent is being obtained of the patient let alone that the family and community understand the process of medically assisted dying.

That's such an important point on a key issue of informed consent. Professor Bourassa, could you please tell us more about that very aspect?

Madame Bourassa, vous avez déjà exprimé des préoccupations au sujet des incidences disproportionnées que l'aide médicale à mourir pourrait éventuellement avoir sur les communautés qui sont déjà aux prises avec des problèmes de santé physique et mentale. Vous avez dit que le projet de loi C-14 a été, selon vous, adopté à la hâte. Quatre ans plus tard, avons-nous une meilleure information sur l'incidence que pourrait avoir sur les communautés vulnérables l'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir dans le sens du projet de loi C-7?

Mme Bourassa : Je vous remercie de la question. Franchement, je ne pense pas que nous ayons plus d'information. J'ignore quelle a été la consultation. C'est pourquoi j'ai posé la question. Je ne sais pas combien de membres des Premières Nations, d'Inuits et de Métis ont participé ou à quoi ressemblait la consultation. Je ne pense pas que nous soyons plus près d'avoir la réponse à cette question.

Franchement, je pense qu'il faut intensifier considérablement la consultation, multiplier les conversations. Je continue de soulever la question de la formation. Nous savons aujourd'hui à quel point il est urgent que le ministre Miller nous parle du racisme systémique qui sévit dans le régime de soins de santé et de la question extrêmement délicate de l'aide médicale à mourir.

Je suis donc très préoccupée par l'idée d'offrir de la formation en plein contexte de racisme systémique que la COVID-19 a mis au jour. Ajoutez à cela ce qui se passe aujourd'hui, dont une bonne part est inconnue, selon moi. Je suis donc très inquiète et je ne pense pas que nous soyons sur le point d'avoir des réponses. Je crois fermement que nous devons travailler très sérieusement à consulter les communautés. Je ne cherche pas à minimiser le genre de consultation qui a eu lieu du 13 au 27 janvier, mais je pense qu'il faut une consultation à grande échelle avec les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits et une réflexion sur la géographie et les régions qu'il faudrait consulter de la bonne façon.

La sénatrice Batters : Absolument. Je vous remercie de nous avoir fait part de cette importante perspective. De même, madame Bourassa, dans le mémoire que vous avez remis au comité sur le projet de loi C-7, vous dites :

On présente maintenant un nouveau projet de loi controversé sans d'abord vérifier que les normes sont respectées. Comment les personnes et les communautés peuvent-elles avoir l'assurance raisonnable que des protocoles culturellement sécurisants sont appliqués pour garantir le consentement éclairé du patient et que la famille et la communauté comprennent le processus d'aide médicale à mourir.

C'est un point tellement important concernant le consentement éclairé. Madame Bourassa, pourriez-vous nous en dire davantage sur cet aspect?

Dr. Bourassa: I think it's very important for everybody to understand that when it comes to palliative care in death and dying, it usually isn't about an individual. It's usually about family and communities. If you've ever been with somebody who is passing, it is usually about having the community helping to make that decision. Often physicians get quite frustrated because they want to have that one person making that decision; that one person having that consent. That is often not the case for communities. It's often a family decision, and family is also often not just blood family or blood relatives. It becomes very difficult from the perspective of clinicians, but it's not difficult from the perspective of the community. The context is very different.

Ultimately, when you're talking about MAID, again, it's very different. There has been a case with, I think it was a young woman, a young First Nations woman who had cancer and she wanted to have MAID. It became very controversial, to the point where the family took her to the United States. Again, because it wasn't an individual discussion; it was a family discussion.

There has to be a lot more understanding and a lot more education. This is why I think cultural safety training is so important, as well as understanding different contexts. For First Nations, Métis and Inuit peoples, there are very divergent views around not only MAID, but their own health care and what they expect in terms of end-of-life care and palliative care, death and dying, and the spiritual perspectives that occur at that time.

Senator Batters: Thanks for joining us.

[Translation]

Senator Dalphond: I have two questions, and they are for Dr. Robert. I will try to be brief, and I'll ask you to be brief as well.

My first question concerns the fact that there are two options when it comes to mental illness. At present, the option chosen by Parliament is to exclude mental illness because the principles of the state of medical science are not advanced enough.

The other option would be not to exclude mental illness, but to ensure that the provision for people with mental illness, the second track, would not be effective for one year. Do you think that in one year's time, the Collège des médecins du Québec will be able to reach a consensus on the establishment of major principles regarding mental illness and access to medical assistance in dying?

Dr. Robert: In Quebec, that is indeed the schedule we have set for ourselves. Over the next year, the intention is to revise the Quebec legislation and include mental illness and other elements,

Mme Bourassa : Il importe au plus haut point que tout le monde comprenne que, lorsqu'il est question de soins palliatifs à l'approche de la mort, cela ne concerne habituellement pas une personne. C'est habituellement l'affaire des familles et des communautés. Accompagner un mourant, vous savez que c'est habituellement une question de demander à la communauté de participer à la décision. Souvent, les médecins sont très frustrés, parce qu'ils veulent une seule personne pour prendre la décision, la personne qui détient le consentement. Ce n'est pas souvent le cas pour les communautés. C'est souvent une décision de famille, et la famille n'est pas toujours la famille biologique ou la parenté biologique. Cela devient très difficile dans la perspective des cliniciens, mais ce ne l'est pas dans celle de la communauté. Le contexte est très différent.

En fin de compte, lorsqu'on parle d'aide médicale à mourir, encore une fois, c'est très différent. Il y a eu un cas — celui d'une jeune femme, je pense, une jeune femme autochtone qui avait le cancer et qui voulait l'aide médicale à mourir. C'est devenu très litigieux, au point où la famille l'a emmenée aux États-Unis. Encore une fois, parce qu'il ne s'agissait pas d'une discussion individuelle, mais d'une discussion familiale.

Il faut beaucoup plus de compréhension et de sensibilisation. C'est pourquoi j'estime que la formation en sécurité culturelle est si importante, tout comme la connaissance des différents contextes. Les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits ont des vues très divergentes non seulement sur l'AMM, mais encore sur leurs propres soins de santé et sur leurs attentes en matière de soins de fin de vie et de soins palliatifs et de mort et sur les perspectives spirituelles.

La sénatrice Batters : Merci de votre présence.

[Français]

Le sénateur Dalphond : J'ai deux questions qui s'adressent au Dr Robert. Je vais tenter d'être bref et je vous demanderais d'en faire autant.

Ma première question concerne le fait qu'il existe deux options en matière de maladie mentale. À l'heure actuelle, l'option que retient le législateur est d'exclure la maladie mentale, parce que les principes de l'état de la science médicale ne sont pas assez avancés.

L'autre option serait de ne pas exclure la maladie mentale, mais de faire en sorte que la disposition à l'égard des personnes qui en souffrent, la deuxième voie, ne soit effective que dans un an. Pensez-vous que, dans un an, le Collège des médecins du Québec sera en mesure d'en arriver à un consensus quant à l'établissement de grands principes en matière de maladie mentale et d'accessibilité à l'aide médicale à mourir?

Dr Robert : Au Québec, c'est effectivement l'échéancier que nous nous sommes fixé. Au cours de la prochaine année, l'intention est de réviser la loi québécoise et d'y inclure la

such as incapable persons. It is certainly something that will develop rapidly over the next few months.

Senator Dalphond: This means that in the future, if we continue to exclude mental illness, we risk sterilizing part of the Quebec legislation.

My second question is about access to psychiatric care. Those who oppose the inclusion of mental illness tell us that 90 days is not long enough because the time to be referred to an expert is much longer than 90 days. So, the only option for someone who is in a bad state, but who might be able to benefit from some care, is to opt for medical assistance in dying because of the lack of available services.

Could you tell us about access to psychiatric care in Quebec and the delays associated with it?

Dr. Robert: I am not completely up to speed on the organization of mental health services. Certainly, there are needs that exceed the supply of services. The college is trying to raise awareness among the authorities who organize accessibility to care.

In my view, it is clear that medical assistance in dying should not be used as a stopgap measure in the absence of appropriate mental health services. This is a view that is consistent with public protection, and we will advocate, first and foremost, for access to psychiatric care before providing an option for patients who would go through medical assistance in dying to receive care. This is certainly not a path that the Collège des médecins du Québec would favour.

Senator Dalphond: Am I to understand from your comments that psychiatrists specializing in the field do not consider that people with a mental illness are automatically incapable of judging their situation and assessing whether medical assistance in dying is a solution that meets their needs, as long as they are experiencing irremediable suffering and meet the other criteria set out in the legislation?

Dr. Robert: I think Quebec psychiatrists have done an excellent job of thinking about the issues of medical assistance in dying and mental health. The training needs of psychiatrists are an important element, and it is with this in mind that we are discussing with them, while taking into account their opinion on this subject.

Senator Dalphond: Am I to understand that you are also working with the Canadian federation that regulates the medical professions so that this information is shared across Canada?

maladie mentale et d'autres éléments, comme les patients inaptes. C'est certainement quelque chose qui se développera rapidement au cours des prochains mois.

Le sénateur Dalphond : C'est donc dire qu'à l'avenir, si on continue d'exclure les maladies mentales, on risque de stériliser une partie de la loi québécoise.

Ma deuxième question porte sur l'accès aux soins psychiatriques. Ceux qui s'opposent à l'inclusion de la maladie mentale nous disent que le délai de 90 jours n'est pas suffisamment long, car le délai pour être recommandé à un expert est beaucoup plus long que 90 jours. Donc, la seule option pour une personne qui se trouve dans un mauvais état, mais qui pourrait peut-être bénéficier de certains soins, c'est d'opter pour l'aide médicale à mourir, faute de services disponibles.

Pourriez-vous nous parler de l'accès aux soins psychiatriques au Québec et des délais qui s'y rattachent?

Dr Robert : Je ne suis pas complètement au fait de l'organisation des services en matière de santé mentale. Il y a certainement des besoins qui dépassent l'offre de services. Le collège essaie de sensibiliser les autorités qui organisent l'accessibilité aux soins.

À mon avis, il est évident qu'il ne faudrait pas que l'aide médicale à mourir serve de pis-aller en l'absence de services appropriés en matière de santé mentale. C'est un point de vue qui va dans le sens de la protection du public, et nous allons défendre, d'abord et avant tout, l'accessibilité aux soins psychiatriques avant d'offrir une option pour les patients qui passeraient par l'aide médicale à mourir afin de recevoir des soins. Ce n'est sûrement pas une voie que privilégierait le Collège des médecins du Québec.

Le sénateur Dalphond : Dois-je comprendre de vos commentaires que les psychiatres spécialisés dans le domaine ne considèrent pas que les personnes qui souffrent de maladie mentale sont automatiquement incapables de juger de leur situation et d'évaluer si l'aide médicale à mourir est une solution qui répond à leurs besoins, pour autant qu'ils éprouvent des souffrances irrémédiables et qu'ils satisfont aux autres critères prévus par la loi?

Dr Robert : Je pense que les psychiatres du Québec ont fait un excellent travail de réflexion autour des questions de l'aide médicale à mourir et de la santé mentale. Les besoins en formation des psychiatres constituent un élément important, et c'est dans cette optique que nous discutons avec eux, tout en tenant compte de leur opinion à ce sujet.

Le sénateur Dalphond : Dois-je comprendre que vous travaillez également en collaboration avec la fédération canadienne qui réglemente les professions médicales, afin que cette information soit partagée dans l'ensemble du Canada?

Dr. Robert: Absolutely. Yesterday, before the committee, Fleur-Ange Lefebvre relayed the point of view of the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada, and we are working along those same lines.

Senator Dalphond: Thank you, Dr. Robert.

[English]

Senator Plett: It's unfortunate that we have as many witnesses on one panel as we do. It doesn't properly afford us the time to ask everybody questions, and I do have a few. I will focus my question to Dr. Bourassa as well.

Dr. Bourassa, thank you very much for your presentation. It is important to hear this perspective, especially from someone like yourself, who was on the CCA panel, as you have been part of this discussion from the outset. I'm saddened to hear that there has been such a lack of meaningful consultation with the Indigenous community, especially considering that we have heard this government boast repeatedly about the meaningful consultation that led to this bill we have before us today.

Doctor, I have spent a good part of my adult life working in Indigenous communities, and there is a disproportionate number of suicides, especially suicides among children. We've heard the justice minister saying that he actually wants to advance this further into mental health being the only criterion and also possibly advancing this to mature minors, which will further exacerbate the issues in Indigenous communities.

We heard Senator McCallum earlier today talk about her anxieties, but she had been told it was anxieties and it was treatable.

If mental illness is going to end up being the only criterion, people with anxiety will ask for assisted suicide. I'm really troubled by that, especially if it goes onto minors further.

Why do you believe the government left such an important and crucial perspective out of this process? What changes would you like to see to this bill that would better reflect the perspectives of Indigenous communities and especially the elders?

Dr. Bourassa: I'm honestly not sure. I guess I was happy to see that there was some engagement. Again, I don't know how much. I don't have the answer. Maybe I will hear the answer. I had said in the last two times that I presented in the Senate that it is very difficult for Indigenous communities, particularly for the elders, to really understand about assisted suicide — MAID, I guess — because there are so many suicides in our communities.

Dr Robert : Tout à fait. Hier, devant le comité, Mme Fleur-Ange Lefebvre a relayé le point de vue de la Fédération des ordres des médecins du Canada, et nous travaillons dans le même sens.

Le sénateur Dalphond : Merci, docteur Robert.

[Traduction]

Le sénateur Plett : Il est malheureux que nous ayons autant de témoins dans un même groupe. Cela ne nous laisse pas suffisamment de temps pour poser des questions à tout le monde, et j'en ai quelques-unes. Ma question s'adresse à Mme Bourassa également.

Madame Bourassa, je vous remercie beaucoup de votre exposé. Il est important d'entendre cette perspective, surtout de la part d'une personne comme vous, qui avez siégé au groupe d'experts du Conseil des académies canadiennes, puisque vous participez à cette discussion depuis le début. Je suis attristé d'apprendre qu'il y a eu un tel manque de consultation significative auprès de la communauté autochtone, d'autant plus que nous avons entendu le gouvernement se vanter à maintes reprises de la consultation significative qui a débouché sur le projet de loi dont nous sommes saisis aujourd'hui.

Madame, j'ai consacré une bonne partie de ma vie adulte au service de communautés autochtones, où j'ai été témoin d'un nombre disproportionné de suicides, surtout chez les enfants. Le ministre de la Justice nous a dit qu'il veut effectivement faire avancer ce projet selon le seul critère de la santé mentale et peut-être aussi en faire la promotion chez les mineurs matures, ce qui aggravera encore davantage les problèmes dans les communautés autochtones.

Plus tôt aujourd'hui, la sénatrice McCallum nous a parlé de ses angoisses, des angoisses traitables, lui avait-on dit.

Si la santé mentale finit par être le seul critère, les personnes qui souffrent d'angoisse demanderont l'aide au suicide. Cela me trouble profondément, surtout si cela touche davantage les mineurs.

Selon vous, pourquoi le gouvernement a-t-il exclu du processus une perspective aussi importante et cruciale? Quels changements souhaiteriez-vous à ce projet de loi pour mieux refléter les perspectives des communautés autochtones et, surtout, des aînés?

Mme Bourassa : Honnêtement, je ne sais pas trop. Je suppose que j'ai été heureuse de constater une certaine consultation. Encore une fois, je ne sais pas combien. Je n'ai pas la réponse. Je l'aurai peut-être. Les deux dernières fois que j'ai fait un exposé au Sénat, j'avais dit qu'il est très difficile pour les communautés autochtones, et surtout pour les aînés, de vraiment comprendre le suicide — l'aide médicale à mourir, je suppose — parce qu'il y a

When I've talked to elders, the response is very difficult because many hold the perspectives that we have so many people who are dying in our communities, how can we even have this conversation? How do we even talk about this?

When we had the circle two years ago, there was certainly some movement around, "Yes, we should have this discussion," but we have not been appropriately engaged. And if we're going to have this discussion, it has to be done in a very delicate manner. You can't just pull together three or four elders and expect that to be engagement.

As I said before, so many other issues need to be addressed. Their perspective — and I can't speak for them, but this is the gist that I receive, the gist of what I hear from them — is that there are so many other issues. People want their youth to be alive and well. They're trying to find solutions to the suicide crisis, rather than thinking about MAID.

I'm not saying we should not be having the conversation. I think we do need to have the conversation, particularly in light of what you just said around mental health. But I think we have not had a fulsome conversation, and we seem to continue to have the very same conversation over and over again but no action, no implementation.

I'm quite concerned about the lack of cultural safety, about the lack of leadership from the communities and the understanding of spirituality and death and dying. These are things that don't seem to come to fruition in terms of any action behind it. There's a lot of talk without real action. It has to happen from the communities, from the leadership and, in my opinion, not from what we would consider to be academia. Even though I'm Indigenous and from a community, we're considered to be academics. It can't come from us.

Senator Plett: Thank you very much, doctor. I appreciate that.

Senator Boniface: Good afternoon, everyone. Thank you all for being here. My question is to the B.C. Civil Liberties Association. I'm looking to get perspective here.

We seem to be at an impasse in the information we've heard from many witnesses that many believe that an exclusion of having a mental illness as a sole underlying condition will likely be up to the courts to decide as there's a view that this could be unconstitutional. But others believe that the "not reasonably foreseeable" track created due to *Truchon* doesn't hold constitutional muster either as it affects the rights of those with disabilities as a singled-out group.

tellement de suicides dans nos communautés. Lorsque je parle aux aînés, la réponse est très difficile, car la perspective d'un grand nombre d'entre eux est que tellement de gens meurent dans nos communautés qu'il n'est même pas pensable d'avoir cette conversation. Comment pouvons-nous même en parler?

Au cercle que nous avons tenu il y a deux ans, il y avait certainement du mouvement, « Oui, nous devons avoir cette discussion », mais nous n'avons pas été correctement consultés. Et si nous devons avoir cette discussion, il faut y aller très délicatement. On ne peut pas simplement réunir trois ou quatre aînés et s'attendre à ce que cela donne une consultation.

Je l'ai déjà dit, il y a tellement d'autres problèmes à régler. Leur perspective — et je ne peux pas parler en leur nom, mais c'est l'essentiel de ce qu'ils me disent — est qu'il y a tellement d'autres problèmes. On veut que la jeunesse soit bien vivante. On cherche des solutions à la crise du suicide plutôt que de penser à l'AMM.

Je ne dis pas que nous ne devrions pas avoir la conversation. Il nous la faut cette conversation, surtout à la lumière de ce que vous venez de dire au sujet de la santé mentale. Selon moi, nous n'avons pas eu de conversation poussée, et nous semblons reprendre la même conversation encore et encore, mais sans action concrète, sans mise en œuvre.

Je m'inquiète beaucoup du manque de sécurité culturelle, du manque de leadership de la part des communautés et de la compréhension de la spiritualité et de la mort. Ces choses-là ne semblent pas se traduire en actions. On parle beaucoup, sans vraiment aller de l'avant. Cela doit venir des communautés, des dirigeants, et pas des milieux intellectuels, à mon avis. Même si je suis autochtone et issue d'une communauté, nous sommes considérés comme des intellectuels. Cela ne peut pas venir de nous.

Le sénateur Plett : Merci beaucoup, madame. Je vous sais gré de vos commentaires.

La sénatrice Boniface : Bonjour, tout le monde. Merci à vous tous d'être là. Ma question s'adresse à l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique. J'aimerais avoir une idée de la situation.

Nous semblons être dans une impasse avec l'information que nous avons reçue de nombreux témoins, qui croient que ce sont probablement les tribunaux qui devront trancher l'exclusion de la maladie mentale comme seule condition sous-jacente, car certains sont d'avis qu'elle pourrait être inconstitutionnelle. Mais d'autres sont d'avis que la voie du « non raisonnablement prévisible » ouverte par l'arrêt *Truchon* n'est pas non plus constitutionnelle, car elle touche les droits des personnes handicapées en tant que groupe isolé.

It seems we're getting pulled in two different directions on the constitutionality grounds. We're either going too far or we're not going far enough. Could you give me some comments on that and perhaps some clarity? Thank you.

Ms. Pastine: Thank you for the question. I'm not sure I see it as being pulled in two different directions. Our argument is that the legislation must pass constitutional muster. Bill C-14 did not. It was challenged in the courts. It was found to be unconstitutional. In our view, Bill C-7 is another piece of legislation that does not pass constitutional muster.

We certainly hope that this honourable body will make the necessary changes to the law so that it upholds the rights and freedoms of all Canadians and doesn't single out one group for discriminatory treatment — that is, people who are deemed under the law to have a mental disorder.

We would also point out that the current end-of-life practises in Canada allow patients the right to refuse or to discontinue treatment. There's a very strong value placed on the right of patients to have autonomy to make profound decisions about how much suffering to endure and when enough is enough. For example, a person could decide to be removed from kidney dialysis or not to receive a life-saving treatment. It's their right to do that.

MAID is no different, although sometimes it's singled out and it's stigmatized but, really, it is part and parcel of compassionate health care. The Supreme Court of Canada in its unanimous decision set out what those strong safeguards ought to be and the category of people who are entitled to this compassionate health care. Our request is that the government recognizes and adheres to that very important decision.

Senator Keating: My question is for Ms. Pastine. I apologize because I had some technical difficulties and I didn't hear all of Senator Boniface's question.

We have heard over the past few days several witnesses who have told us the blanket exclusion with regard to the mentally ill is unconstitutional. Even those who agree with the exemption have told us it's unconstitutional, but it's saved by section 1.

Really, only the federal government continues to say that it's constitutional. I was wondering with your experience, what would be the reasons, if any, by the federal government to justify that blanket exclusion? Would you be okay if the exclusion remains but with a sunset clause of one year let's say?

Ms. Pastine: I'll begin with the question of the sunset clause. The view of the Civil Liberties Association is that it's far preferable to pass legislation that is constitutional in the first

Il semble que nous soyons tiraillés dans deux directions opposées pour des considérations constitutionnelles. Soit nous allons trop loin, soit nous n'allons pas assez loin. Pourriez-vous me donner des précisions à ce sujet? Merci.

Mme Pastine : Merci de la question. Je ne suis pas sûre que nous soyons ainsi tiraillés. Notre argument est que le projet de loi doit être constitutionnel. Le projet de loi C-14 ne l'était pas. Il a été contesté devant les tribunaux et jugé inconstitutionnel. À notre avis, le projet de loi C-7 est une autre mesure qui ne respecte pas la Constitution.

Nous espérons certainement que cet honorable chambre apportera les changements nécessaires à la loi afin de protéger les droits et libertés de tous les Canadiens sans faire de discrimination contre un groupe particulier — c'est-à-dire les personnes qui sont réputées en vertu de la loi souffrir d'un trouble mental.

Nous signalons également que les pratiques actuelles donnent aux Canadiens en fin de vie le droit de refuser ou d'interrompre un traitement. On accorde un très grand prix au droit des patients d'avoir l'autonomie nécessaire pour décider en connaissance de cause de l'ampleur des souffrances à endurer et du moment où assez c'est assez. Par exemple, une personne pourrait décider de cesser sa dialyse rénale ou de refuser un traitement qui lui sauverait la vie. C'est son droit.

L'aide médicale à mourir, ce n'est pas différent, même si elle est parfois ciblée et stigmatisée, mais, en réalité, elle fait partie intégrante des soins compatissants. Dans sa décision unanime, la Cour suprême du Canada a fixé ce que devraient être ces mesures de sauvegarde et la catégorie de personnes qui ont droit à ces soins de santé compatissants. Nous demandons au gouvernement de reconnaître et de respecter cette décision très importante.

La sénatrice Keating : Ma question s'adresse à Mme Pastine. Je vous prie de m'excuser, car j'ai eu des difficultés techniques et je n'ai pas saisi toute la question de la sénatrice Boniface.

Ces derniers jours, plusieurs témoins nous ont dit que l'exclusion générale des personnes atteintes de maladie mentale est inconstitutionnelle. Même ceux qui sont d'accord sur l'exemption nous ont dit qu'elle était inconstitutionnelle, mais elle est protégée par l'article 1.

En réalité, seul le gouvernement fédéral persiste à dire qu'elle est constitutionnelle. D'après votre expérience, par quelles raisons, s'il en est, le gouvernement fédéral pourrait-il justifier cette exclusion générale? Seriez-vous d'accord si l'exclusion était maintenue, mais assortie d'une disposition de temporisation d'un an, par exemple?

Mme Pastine : Commençons par la disposition de temporisation. L'Association des libertés civiles est d'avis qu'il est de loin préférable d'adopter une loi qui est

instance, rather than to pass unconstitutional legislation with a sunset clause.

That being said, we understand that many of the experienced professionals and stakeholders who have appeared before you and other groups have expressed concerns about the difficulty of assessing individuals whose sole underlying medical condition is a mental disorder or what might be termed mental illness.

It seems that a sunset clause in that context might be a reasonable compromise to allow groups such as that of Dr. Robert to promulgate effective guidelines and safeguards.

Returning to your first question about the constitutionality of a blanket exclusion, I think what's really important to remember is that a number of courts have determined that the blanket exclusion of individuals with a psychiatric illness or a mental disability is not constitutional. That's because there are less impairing ways to meet the goals of the government. The key to ensuring that rights are upheld and there are appropriate safeguards in place is ensuring that patients are competent to make the decision. What the Supreme Court of Canada determined on a very voluminous record, on a record where many experts from around the globe were cross-examined on this very point, is that there is, first of all, no disproportionate impact on vulnerable populations in permissive jurisdictions and that the safeguards are effective and work.

Namely, the capacity assessment, which is part and parcel of our medical system as it currently stands. It's completely routine in the context of end-of-life care to refer a patient, for example, to a psychiatrist for a capacity assessment, to ensure they are fully informed, not under any coercion or duress and making a free and voluntary choice. This is already part of our medical system, and the experience in Canada in these last five years has shown that it is working very well and it's also working well in the context of other end-of-life practises that are not legislated by the Criminal Code.

Senator Keating: Thank you so much. That's refreshing, actually.

Senator Cotter: I had two questions for Ms. Pastine, but Senator Keating asked one of them in relation to the suspension of inclusion of mental illness in the legislation.

My question is slightly different. To some extent, I'm interested in your perspective on how lawyers and the Government of Canada have considered this question of mental illness and its constitutionality. Let me just present the context.

constitutionnelle dès le départ plutôt que d'adopter une loi inconstitutionnelle assortie d'une disposition de temporisation.

Cela dit, nous comprenons que de nombreux professionnels et intervenants d'expérience qui ont comparu devant vous et d'autres groupes ont marqué leurs préoccupations au sujet de la difficulté d'évaluer les personnes dont la seule condition médicale sous-jacente est un trouble mental ou ce qu'on pourrait appeler une maladie mentale.

Il me semble qu'une disposition de temporisation dans ce contexte pourrait être un compromis raisonnable pour permettre à des groupes comme celui du Dr Robert de promulguer des lignes directrices et des mesures de sauvegarde efficaces.

Pour revenir à votre première question sur la constitutionnalité d'une exclusion générale, je pense qu'il est vraiment important de se rappeler que divers tribunaux ont statué que l'exclusion générale des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique ou d'une incapacité mentale n'est pas conforme à la Constitution. C'est parce qu'il y a des façons moins nuisibles d'atteindre les objectifs du gouvernement. La clé pour faire en sorte que les droits soient maintenus et qu'il y ait en place des mesures de sauvegarde appropriées est d'être sûr que les patients sont compétents pour décider. En s'appuyant sur un dossier très volumineux, un dossier où de nombreux experts du monde entier ont été contre-interrogés sur ce point précis, la Cour suprême du Canada a décidé qu'il n'y a tout d'abord aucune incidence disproportionnée sur les populations vulnérables dans les secteurs de compétence où c'est permis et qu'ensuite les mesures de sauvegarde sont efficaces et fonctionnent.

Il s'agit notamment de l'évaluation de la capacité, qui fait partie intégrante de notre système médical. Il est tout à fait courant, dans le contexte des soins de fin de vie, d'aiguiller un patient, par exemple, chez un psychiatre pour faire évaluer sa capacité, afin de vérifier qu'il est pleinement informé, ne subit aucune contrainte et est capable de faire un choix volontaire. Cela est déjà dans notre système médical, et l'expérience canadienne des cinq dernières années prouve que cela fonctionne très bien, en particulier dans le contexte d'autres pratiques de fin de vie qui ne sont pas couvertes par le Code criminel.

La sénatrice Keating : Merci beaucoup. C'est rafraîchissant, en fait.

Le sénateur Cotter : J'avais deux questions à poser à Mme Pastine, mais la sénatrice Keating en a déjà posé une, celle sur la suspension de l'inclusion de la maladie mentale dans le projet de loi.

Ma question est légèrement différente. Dans une certaine mesure, j'aimerais connaître votre perspective sur la façon dont les avocats et le gouvernement du Canada ont examiné la question de la maladie mentale et de sa constitutionnalité. Permettez-moi de situer le contexte.

The *Truchon* decision was a decision from Quebec made 18 months ago or so, and the Government of Canada has not appealed it and has immediately responded in this exercise with respect to Bill C-7 to make some modifications to the existing Criminal Code provisions to respond in part or entirely to it. One's judgment is open on that.

At the same time, and you referred to this case earlier, the *E.F.* case from the Alberta Court of Appeal, the unanimous decision of the Alberta Court of Appeal in circumstances in which the basis upon which *E.F.* was entitled to MAID was she was suffering a psychiatric disorder as the trial court judge and the Court of Appeal found.

I'm interested in your perspective as to why the Government of Canada doesn't simply respond to that Alberta Court of Appeal decision in the same way that it is responding to *Truchon* and, in a sense, making mental illness as the sole condition underlying a legitimate constitutional basis for access to medical assistance in dying.

Ms. Pastine: At the Civil Liberties Association, we have the same question. It seems that there's clear guidance from the courts as to how to structure legislation that upholds the constitutional right to assistance in dying for those who are grievously and irremediably ill.

I also think Canadians should take great confidence in the tremendous work of physicians and nurse practitioners over the last five years in making those rights a reality for their patients and for providing compassionate care in a very sensitive way. Now, colleges and territories across this country have promulgated robust standards for providing this care and ensuring that there are really robust safeguards in place.

I think there's an opportunity now to do the right thing with this legislation. That is to ensure that those Canadians who are entitled to compassionate assistance in dying, be allowed to receive it after consulting with their families, after receiving guidance from their doctors and making this very personal, very difficult decision.

[Translation]

Senator Dupuis: My first question is for Dr. Robert and my second for Ms. Pastine. Dr. Robert, I remember very well the work done by the Barreau du Québec and the Collège des médecins du Québec, in which you and I participated as part of a social pedagogical exercise for the work of the Special Committee on Dying with Dignity of the National Assembly of Quebec. Do you have the impression that this educational exercise — in other words a very broad consultation of the population — helped to clarify the social acceptability of this extremely difficult question about medical assistance in dying?

L'arrêt *Truchon* est un arrêt du Québec rendu il y a 18 mois ou à peu près, et le gouvernement du Canada ne l'a pas porté en appel et a immédiatement réagi dans cet exercice relativement au projet de loi C-7 pour apporter certaines modifications aux dispositions existantes du Code criminel afin d'y répondre en partie ou en totalité. On peut en penser ce qu'on veut.

En même temps, et vous en avez parlé plus tôt, l'affaire *E.F.* en Cour d'appel de l'Alberta, la décision unanime de la Cour d'appel de l'Alberta dans des circonstances où *E.F.* avait droit à l'AMM parce qu'elle souffrait d'un trouble psychiatrique, comme l'ont conclu le juge de première instance et la Cour d'appel.

J'aimerais connaître votre perspective sur la raison pour laquelle le gouvernement du Canada ne répond pas simplement à la décision de la Cour d'appel de l'Alberta de la même façon qu'il répond à *Truchon* et, en un sens, fait de la maladie mentale la seule condition qui puisse sous-tendre un fondement constitutionnel légitime pour l'accès à l'aide médicale à mourir.

Mme Pastine À l'Association des libertés civiles, nous nous posons la même question. Il semble que les tribunaux ont donné des directives claires sur la façon de structurer les lois pour maintenir le droit constitutionnel à l'aide médicale à mourir pour les personnes dont la maladie est grave et irrémédiable.

Je pense aussi que les Canadiens devraient avoir une grande confiance dans le travail extraordinaire que les médecins et les infirmiers praticiens ont accompli au cours des cinq dernières années en faisant de ces droits une réalité pour leurs patients et en leur assurant des soins compatissants avec une très grande sensibilité. Les collèges et les territoires de tout le pays ont depuis promulgué des normes rigoureuses pour la prestation de ces soins et pour veiller à mettre en place des mesures de sauvegarde vraiment robustes.

Je pense que nous avons aujourd'hui l'occasion de faire ce qu'il faut avec ce projet de loi. Il faut faire en sorte que les Canadiens qui ont droit à une AMM bienveillante puissent la recevoir après avoir consulté leur famille, après avoir reçu les conseils de leur médecin et après avoir pris cette décision très personnelle et très difficile.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Ma première question s'adresse au Dr Robert et ma deuxième à Mme Pastine. Docteur Robert, je me souviens très bien des travaux effectués par le Barreau du Québec et le Collège des médecins du Québec, auxquels vous et moi avons participé dans le cadre d'un exercice pédagogique social pour les travaux de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité de l'Assemblée nationale du Québec. Avez-vous l'impression que cet exercice pédagogique, c'est-à-dire une consultation très large de la population, a pu aider à préciser l'acceptabilité sociale de cette question qui est extrêmement difficile autour de l'aide médicale à mourir?

Dr. Robert: I completely agree with you. The consultation exercise carried out in Quebec with the commission on the issue of dying with dignity between 2009 and 2012 has certainly contributed to the social debate and has made it possible to better define the reality of medical assistance in dying and to prepare the public for the adoption of this legislation in June 2014. There was also an educational exercise with professionals in general, and health professionals in particular, between June 2014 — when the legislation was adopted — and December 2015. We're talking about 18 months during which we prepared ourselves to provide good patient care. Indeed, it has certainly been an educational exercise that has not been done in the rest of Canada. I observe these differences between Quebec and the rest of Canada, particularly with my colleagues from other professional orders, who have been somewhat less involved in the regulation and supervision of practices.

The other important element is that the responsibility for managing requests for medical assistance in dying has been assigned not to physicians, but to the health care system as a whole, which becomes responsible for providing these services. So there are expectations, and the acceptability has not only been very strong in Quebec, but much stronger than we originally expected. It is certainly an exercise that has made things easier and that explains why the requests to remove barriers to access to medical assistance in dying, particularly because of the Truchon and Gladu cases, have been so rapid in Quebec.

Senator Dupuis: When you talk about revising the legislation and mental health, the question for you is not whether medical assistance in dying should be allowed, but rather when and how.

Dr. Robert: Yes.

Senator Dupuis: The legislation could state that medical assistance in dying is available, but that if it is necessary to set out specific modalities for mental illness only, a provision would be made, with a specific time frame that would require a definition to be determined.

I have read the report of the Association des médecins psychiatres du Québec. The preamble clearly states that, over the past five to 10 years, a mass of information has been produced about mental illness alone. The documentation exists and research has been done. Would you agree that this issue should instead be the subject of a review of the legislation, if necessary, that nothing fundamental that infringes on people's rights be specified in Bill C-7 and that, if specific safeguards are needed, a specific time frame be provided for their adoption?

Dr. Robert: Absolutely. This is somewhat similar to the question of Senator Carignan, who said that if we replaced this ban by an effective authorization in a few months, it would certainly be an option.

Dr Robert : Je suis parfaitement d'accord avec vous. L'exercice de consultation fait au Québec avec la Commission sur la question de mourir dans la dignité entre 2009 et 2012 a certainement contribué au débat social et a permis de mieux définir la réalité qui est l'aide médicale à mourir et de préparer le public à l'adoption de cette loi en juin 2014. Il y a eu également un exercice pédagogique auprès des professionnels en général, et de la santé en particulier, entre juin 2014 — moment de l'adoption de la loi — et décembre 2015. On parle de 18 mois pendant lesquels nous nous sommes préparés à bien offrir les soins aux patients. Effectivement, cela a certainement été un exercice pédagogique qui n'a pas été fait dans le reste du Canada. J'observe ces différences entre le Québec et le reste du Canada, notamment avec mes collègues d'autres ordres professionnels, qui se sont un peu moins impliqués dans la réglementation et l'encadrement des pratiques.

L'autre élément important est que la responsabilité de gérer les demandes d'aide médicale à mourir a été attribuée non pas aux médecins, mais à l'ensemble du système de soins de santé, qui devient responsable d'offrir ces services. Donc, il y a des attentes et l'acceptabilité a été non seulement très forte au Québec, mais beaucoup plus forte que ce à quoi nous nous attendions à l'origine. C'est certainement un exercice qui a facilité la chose et qui explique pourquoi les demandes visant à supprimer les barrières à l'accessibilité à l'aide médicale à mourir, notamment en raison des affaires de Truchon et Gladu, ont été si rapides au Québec.

La sénatrice Dupuis : Quand vous parlez de la révision de la loi et de la santé mentale, la question, pour vous, n'est pas de savoir si l'aide médicale à mourir doit être autorisée, mais plutôt de savoir quand et comment.

Dr Robert : Oui.

La sénatrice Dupuis : On pourrait indiquer dans la loi que l'aide médicale à mourir est disponible, mais que, s'il est nécessaire de préciser des modalités particulières pour la maladie mentale uniquement, une disposition serait prévue, avec un délai précis qui obligerait à décider d'une définition.

J'ai lu le rapport de l'Association des médecins psychiatres du Québec. Le préambule dit clairement que, au cours des cinq à dix dernières années, une masse d'information a été produite au sujet de la maladie mentale seule. La documentation existe et des recherches ont été faites. Consentiriez-vous à ce que cette question fasse plutôt l'objet d'une révision de la loi, s'il y a lieu, qu'on ne précise rien de fondamental qui brime les droits des gens dans le projet de loi C-7 et que, si des mesures de sauvegarde particulières sont nécessaires, on accorde un délai précis pour les adopter?

Dr Robert : Tout à fait. Cela rejoint un peu la question du sénateur Carignan qui disait que, si on remplaçait cette interdiction par une autorisation effective dans quelques mois, ce serait certainement une option.

Senator Dalphond: Senator Dalphond.

Dr. Robert: I am sorry. This would allow us to prepare ourselves and prepare physicians to manage this kind of request.

Senator Dupuis: The nuance I am making is this. I think that people, including those living with a disability, have a constitutional right. If we want to limit the modalities that concern them, for security reasons, and we are able to define them, we can then specify them in the legislation.

Dr. Robert: Absolutely. You are absolutely right.

Senator Boisvenu: I will be very brief. First of all, thank you very much to all the witnesses. The perspectives you bring to us are very interesting.

Dr. Robert, on the subject of palliative care, yesterday or the day before yesterday, Senator Carignan gave us some rather disturbing figures on the funds distributed to the provinces by the federal government for palliative care. These amounts meet only 10% of the needs. Where do Quebec and Canada stand compared to other countries that have legislation comparable to ours on end-of-life care? I am interested in the availability of palliative care for people who do not want to obtain medical assistance in dying, but who prefer to choose palliative care. How does this compare, as a province or as a country, to other countries that have similar legislation?

Dr. Robert: That's a good question. I am not an epidemiologist, and I do not have any figures to give you on that. Our impression, as regulators, is that there has been some improvement and standardization of practices. In the past, there were a lot of disparities from one region to another in Quebec. The situation has improved over the last five years because of the Act Respecting End-of-Life Care, which is not legislation on medical assistance in dying, but a much broader act on the ability to provide quality end-of-life care, including palliative care, continuous palliative sedation and medical assistance in dying. The legislation is not restrictive.

Since the legislation was passed in June 2014, there has been significant investment and standardization of practices. There is always room for improvement, but, curiously enough, the debate surrounding medical assistance in dying has raised the awareness of government authorities and made them decide to invest in the quality of palliative care.

Senator Boisvenu: Dr. Robert, there have been recent tragic events in Quebec where people have murdered citizens, while families, according to the media, had called for help to obtain psychotherapeutic or psychiatric services, and it was impossible

Le sénateur Dalphond : Le sénateur Dalphond.

Dr Robert : Je m'excuse. Cela nous permettrait de nous préparer et de préparer les médecins à gérer ce type de demande.

La sénatrice Dupuis : La nuance que je fais est la suivante. Je pense que le droit constitutionnel est reconnu aux personnes, y compris celles qui vivent avec un handicap. Si on veut limiter les modalités qui les concernent, pour des raisons de sécurité, et qu'on est capable de les définir, on pourra les préciser ensuite dans la loi.

Dr Robert : Tout à fait. Vous avez parfaitement raison.

Le sénateur Boisvenu : Je serai très bref. Tout d'abord, merci beaucoup à tous les témoins. Les points de vue que vous nous apportez sont très intéressants.

Docteur Robert, au sujet des soins palliatifs, hier ou avant-hier, le sénateur Carignan nous a donné des chiffres plutôt inquiétants sur les fonds distribués aux provinces par le gouvernement fédéral pour les soins palliatifs. Ces montants ne comblent que 10 % des besoins. Où se situent le Québec et le Canada par rapport à d'autres pays qui ont des lois comparables à la nôtre sur les soins de fin de vie? Je m'intéresse à la disponibilité des soins palliatifs pour les personnes qui ne veulent pas obtenir l'aide médicale à mourir, mais qui préfèrent choisir les soins palliatifs. Où se situe-t-on, comme province ou comme pays, par rapport à d'autres pays qui ont une loi similaire?

Dr Robert : C'est une bonne question. Je ne suis pas épidémiologiste et je n'ai pas de chiffres à vous donner à ce sujet. L'impression que nous avons, en tant que régulateurs, c'est qu'il y a eu une certaine amélioration et normalisation des pratiques. Auparavant, on voyait beaucoup de disparités d'une région à l'autre au Québec. La situation s'est améliorée au cours des cinq dernières années en raison de la Loi concernant les soins de fin de vie, qui n'est pas une loi sur l'aide médicale à mourir, mais une loi beaucoup plus large sur la capacité d'offrir des soins de fin de vie de qualité, y compris les soins palliatifs, la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir. La loi n'est pas limitative.

Après l'adoption de la loi, en juin 2014, on a vu des investissements importants et une normalisation des pratiques. Il y a toujours place à l'amélioration, mais, curieusement, le débat autour de l'aide médicale à mourir a sensibilisé les autorités gouvernementales et les a décidées à investir dans la qualité des soins palliatifs, et ce, dans l'esprit de ne pas faire en sorte qu'une demande d'aide médicale à mourir soit justifiée par la difficulté d'avoir accès à des soins palliatifs.

Le sénateur Boisvenu : Docteur Robert, on a vu au Québec récemment des événements dramatiques où des gens ont assassiné des citoyens, alors que les familles, selon les médias, avaient appelé à l'aide pour obtenir des services

to obtain these services within a year or even two years. If tomorrow Quebec gives access to medical assistance in dying to people suffering from mental illness, while the supply of psychiatric services is insufficient, how will you manage this situation?

Dr. Robert: There is a shift away from palliative care to mental health care.

Senator Boisvenu: One cannot be distinguished from the other. For someone who suffers from psychiatric problems, who asks for help and does not get an answer from the government, the solution is very often suicide or committing an unrecoverable act that results in ending up in a federal penitentiary. We are currently seeing peaks in mental health problems in federal penitentiaries. We are at 50% of women and 40% of men who suffer from mental health problems. We have only shifted the problem by sending people to these penitentiaries.

[English]

The Chair: Senator Boisvenu, you only have 15 seconds left.

[Translation]

Senator Boisvenu: I will let you finish, Dr. Robert.

Dr. Robert: Your question is good. The Collège des médecins du Québec is probably not in the best position to answer it, but the authorities of the Quebec health care system would be.

[English]

The Chair: Thank you to all the panellists. I want to thank you for all the extraordinary work you have done to speak to us today. We learned a lot from you, so thank you very much.

Senators, we will now go on to the next panel.

[Translation]

Senator Dupuis: Madam Chair, could we take a few seconds to thank Julia Lamb for sharing her own experience with us?

The Chair: Yes, of course.

Senator Dupuis: Thank you very much.

psychothérapeutiques ou en psychiatrie et qu'il était impossible d'obtenir ces services dans un délai d'un an, voire deux ans. Si demain le Québec donne accès à l'aide médicale à mourir aux personnes souffrant de troubles mentaux, alors que l'offre de services en psychiatrie est insuffisante, comment allez-vous gérer cette situation?

Dr Robert : On s'écarte du sujet des soins palliatifs pour entrer plutôt dans celui des soins en santé mentale.

Le sénateur Boisvenu : On ne peut pas distinguer l'un de l'autre. Pour une personne qui souffre de problèmes psychiatriques, qui demande de l'aide et qui n'obtient pas de réponse de l'État, la solution est bien souvent de se suicider ou de commettre un geste irrécupérable ayant pour conséquence de se retrouver dans un pénitencier fédéral. Nous voyons actuellement des sommets pour ce qui est des problèmes de santé mentale dans les pénitenciers fédéraux. Nous en sommes à 50 % de femmes et 40 % d'hommes qui souffrent de problèmes de santé mentale. On n'a fait que déplacer le problème en envoyant les personnes dans ces pénitenciers.

[Traduction]

La présidente : Sénateur Boisvenu, vous n'avez plus que 15 secondes.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Je vous laisse finir, docteur Robert.

Dr Robert : Votre question est bonne. Ce n'est probablement pas le Collège des médecins du Québec qui est le mieux placé pour y répondre, mais plutôt les autorités du système de soins de santé du Québec.

[Traduction]

La présidente : Merci à tous les témoins. Je tiens à vous remercier de tout le travail extraordinaire que vous avez fait pour nous parler aujourd'hui. Vous nous en avez beaucoup appris, alors merci beaucoup.

Chers collègues, nous allons maintenant passer au prochain groupe de témoins.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Madame la présidente, est-ce qu'on peut prendre quelques secondes pour remercier Mme Julia Lamb de nous avoir fait part de sa propre expérience?

La présidente : Oui, certainement.

La sénatrice Dupuis : Merci beaucoup.

[English]

The Chair: Ms. Pastine, could you kindly tell Ms. Lamb that we very much appreciated her statement? She's in our thoughts. She was courageous in sending her statement, so please thank her for us.

We will go to the next panel. Dr. Ewan Goligher, Assistant Professor of Medicine, University of Toronto and Dr. François Primeau, Clinical Professor, Psychiatry and Neurosciences, Physicians' Alliance against Euthanasia. We have Dr. Thomas Bouchard, a family physician from the Alberta Committee for Conscience Protection. Dr. Goligher, you have five minutes. Thank you.

Dr. Ewan Goligher, Assistant Professor of Medicine, University of Toronto, as an individual: Thank you, Madam Chair. I thank the honourable senators for the opportunity to speak. I want to begin by introducing myself, so that you have some frame of reference for where I'm coming from. I'm an academic physician, a physician-scientist at the University of Toronto. I practise critical care medicine. I've published over 100 peer-reviewed papers and book chapters, including ones on the question of medical ethics and the ethics of euthanasia and conscientious objection. I'm currently involved in COVID-19 research and have raised millions of dollars to support research for COVID-19 this year, and I'm leading a global clinical trial. I've dedicated my life to improving outcomes for patients with respiratory failure.

I'm telling you this not because I'm trying to impress you but rather so you can understand that, as an objecting physician, I'm still a serious, thoughtful and altruistic physician. I'm deeply concerned about the welfare of my patients, just like those who are supportive of euthanasia.

I want to begin by expressing my dismay about Bill C-7. The thought that we, as a society, are willing to support assisted suicide for a specific group of patients with physical disabilities is deeply grieving. When I had the opportunity to speak to the House of Commons on this matter, I shared a story about a patient with a severe disability I saw as a medical student who made a profound impression because so much of his suffering had to do with loneliness and isolation, the need for affirmation and value, and the deep hopelessness he felt. Now, as a society, we're telling patients like him that his life is potentially not worth living, that we would be supportive of his act of suicide.

As the father of a child with physical disabilities, this law would send a message that is exactly contrary to what I try to teach him, which is that he matters, not because of what he can do but because of who he is.

[Traduction]

La présidente : Madame Pastine, auriez-vous l'amabilité de dire à Mme Lamb que nous avons beaucoup apprécié sa déclaration? Elle est dans nos pensées. Elle a fait preuve de courage en nous envoyant son texte, et je vous prie de la remercier pour nous.

Nous allons passer au prochain groupe de témoins. Le Dr Ewan Goligher, professeur adjoint de médecine à l'Université de Toronto, et le Dr François Primeau, professeur titulaire clinique, Psychiatrie et neurosciences, au Collectif des médecins contre l'euthanasie. Nous accueillons le Dr Thomas Bouchard, médecin de famille du Comité albertain pour la protection de la liberté de conscience. Docteur Goligher, vous avez cinq minutes. Merci.

Dr Ewan Goligher, professeur adjoint de médecine, Université de Toronto, à titre personnel : Merci, madame la présidente. Je remercie les honorables sénateurs de me donner l'occasion de prendre la parole. Je me présente, pour vous donner un point de repère, pour vous indiquer d'où je viens. Je suis un médecin universitaire, médecin-chercheur à l'Université de Toronto. Je pratique la médecine en soins intensifs. J'ai publié plus de 100 chapitres de livres et articles revus par des pairs, notamment sur l'éthique médicale et l'éthique de l'euthanasie et l'objection de conscience. Je travaille actuellement en recherche sur la COVID-19, et j'ai recueilli des millions de dollars pour appuyer la recherche sur la COVID-19 cette année. Je dirige un essai clinique global. J'ai consacré ma vie à l'amélioration des résultats pour les patients souffrant d'insuffisance respiratoire.

Je vous raconte cela, non pas pour vous impressionner, mais plutôt pour vous faire comprendre que, en tant que médecin objecteur de conscience, je demeure un médecin sérieux, réfléchi et altruiste. Je suis profondément préoccupé par le bien-être de mes patients, tout comme ceux qui sont en faveur de l'euthanasie.

Permettez-moi d'exprimer d'abord la consternation dans laquelle me plonge le projet de loi C-7. L'idée que nous, comme société, soyons prêts à appuyer le suicide assisté pour un groupe particulier de patients souffrant d'une incapacité physique est répugnante. Lorsque je me suis adressé à la Chambre des communes à ce sujet, j'ai raconté l'histoire d'un patient gravement handicapé que j'ai vu en tant qu'étudiant en médecine et qui m'a laissé une profonde impression parce qu'une grande partie de sa souffrance tenait à la solitude et à l'isolement, au besoin d'affirmation et de valeur, et au profond désespoir qui l'accablait. Or, voici que, comme société, nous disons à des patients comme lui que leur vie ne vaut peut-être pas la peine d'être vécue, et que nous appuierions son acte de suicide.

Le message que cette loi enverrait à mon enfant physiquement handicapé est tout à fait l'opposé de ce que j'essaie de lui enseigner, c'est-à-dire qu'il est important, en raison non pas tant de ce qu'il peut faire que de qui il est.

Nevertheless, based on the discussions I'm hearing, unfortunately, there seems to be tremendous political will to push forward with this legislation, so I want to specifically address the question of conscience; namely, whether objecting physicians should be forced to refer patients for euthanasia.

I want to point out that if euthanasia were still illegal, referring would be a criminal act of aiding and abetting an active suicide or homicide. This legal culpability signifies the moral culpable attached to a referral.

Second, euthanasia may no longer be illegal, but that doesn't settle the question of whether euthanasia is actually ethical. Making something legally permissible is not the same as making it ethically permissible, as indicated by the justices themselves, who said that nothing in their decision in the *Carter* case should compel anyone to provide euthanasia. I want to give you a simple argument. If euthanasia can reasonably be regarded as unethical, doctors should not be forced to refer patients for euthanasia.

So let's begin by examining this question: Can euthanasia be reasonably regarded as unethical? I want to give you several reasons. I'm not doing this because I recognize this is not the time or place to adjudicate the ethics of euthanasia, but rather, once you understand that those of us who object, have deeply and sincerely held reasons for our objection.

First of all, euthanasia treats the patient as a means to an end. In order to end their suffering, we are destroying them; we are ending the patient; we are ending the person. This treats them as a means to an end, and people should never be treated as a means to an end. It's inconsistent with affirming the intrinsic and incalculable worth of persons.

Second, willingness to end the person and treat them as a means to an end undermines any basis for respecting their autonomy. The duty to respect their autonomy derives from the duty to respect persons. When we treat them as a means to an end, as we do with euthanasia, we're undermining any basis for respecting their preferences. If the person themselves is not sacred, it's not clear why their autonomy is sacred. But, of course, both are sacred.

Third, it violates the basic purpose of medicine. This is controversial, as there's no settled consensus on what the purpose of medicine may be. However, those of us who object — and we inherited a tradition that's objected for hundreds of years and millennia — feel that this violates the basic purpose of medicine, which is restorative rather than

Quoi qu'il en soit, d'après les discussions que j'entends, malheureusement, il semble y avoir une énorme volonté politique d'aller de l'avant avec ce projet de loi, et c'est pourquoi je tiens à soulever justement la question de liberté de conscience, à savoir s'il faut forcer les médecins objecteurs de conscience à aiguiller des patients vers l'euthanasie.

Permettez-moi de signaler que si l'euthanasie était encore illégale, l'aiguillage d'un patient constituerait un acte de complicité criminelle dans un suicide actif ou un homicide. Cette culpabilité juridique signifie la culpabilité morale rattachée à un aiguillage.

En second lieu, l'euthanasie n'est peut-être plus illégale, mais cela n'empêche pas de se demander si elle est en réalité conforme à l'éthique. Modifier la loi pour permettre une chose, ce n'est nécessairement rendre cette chose conforme à l'éthique, comme l'ont indiqué eux-mêmes les juges en disant que rien dans leur décision dans l'affaire *Carter* ne devrait en rien contraindre qui que ce soit à participer à l'euthanasie. Je présente un argument simple. Si l'euthanasie peut être raisonnablement considérée comme contraire à l'éthique, les médecins ne devraient pas être obligés d'aiguiller des patients vers l'euthanasie.

Commençons donc par examiner la question suivante : peut-on raisonnablement considérer que l'euthanasie est contraire à l'éthique. J'ai plusieurs raisons à vous donner. Ce n'est pas que je reconnais que ce n'est ni le moment ni la place pour juger de l'éthique de l'euthanasie. C'est plutôt pour que vous compreniez que ceux d'entre nous qui s'y opposent ont des raisons profondes et sincères.

En premier lieu, l'euthanasie traite le patient comme un moyen d'arriver à une fin. Pour mettre fin à ses souffrances, nous le détruisons; nous éliminons le patient; nous supprimons la personne. Nous traitons le patient comme un moyen de parvenir à une fin, et personne ne devrait jamais être traité comme cela. C'est incompatible avec l'affirmation de la valeur intrinsèque et incalculable de la personne.

En second lieu, la volonté d'éliminer la personne et de la traiter comme un moyen de parvenir à une fin ébranle le fondement du respect de son autonomie. L'obligation de respecter son autonomie découle de l'obligation de respecter la personne. Lorsque nous traitons la personne comme un moyen de parvenir à une fin, comme nous le faisons avec l'euthanasie, nous sapons toute raison de respecter ses préférences. Si la personne elle-même n'est pas sacrée, on voit mal comment son autonomie pourrait l'être. Bien sûr, les deux sont sacrées.

En troisième lieu, cela viole le principe fondamental de la médecine. C'est controversé, car il n'y a pas de consensus définitif sur ce que peut être l'objet de la médecine. Cependant, ceux d'entre nous qui s'y opposent — et nous avons hérité d'une tradition qui est contestée depuis des centaines d'années et des millénaires — estiment que cela viole l'objectif fondamental de

destructive. This is what distinguishes palliative care from euthanasia — the restorative versus the destructive.

Fourth, there's no evidence of medical benefit whatsoever. Claiming that euthanasia is beneficial relies on blind metaphysical assumptions of what it's like to be dead. And I can assure you that doctors have no idea what it's like to be dead.

I would point out that all of these arguments are rooted and grounded in respect for the patient and a concern for the patient's well-being.

So given that euthanasia can reasonably with regarded as unethical, should doctors be forced to refer for euthanasia? To argue "no," I want to point out simply that a famous physician by the name of Asperger, who originally described Asperger's syndrome, has had his name removed from the condition. Why? Because historical investigation revealed that he referred his patients for euthanasia. Now, he was referring them for involuntary euthanasia, and that's not the same as voluntary euthanasia.

That's beside the point; the point is a referral makes a physician morally culpable. Just as I should not refer for euthanasia, nor should I refer for conversion therapy nor should I refer a patient to a physician who will sell prescription opioids — all of those acts of referral would be unacceptable and ones for which I ought to be liable.

I conclude that physicians should not be forced to refer for euthanasia. I ask you to amend Bill C-7 to achieve what Bill C-14 failed to achieve, which is meaningful conscience protection for Canadian physicians and nurses.

The Chair: Thank you, Dr. Goligher. We will now go to Dr. François Primeau.

[Translation]

Dr François Primeau, Clinical professor, Psychiatry and Neurosciences, Physicians' Alliance against Euthanasia, as an Individual: Thank you for this invitation. I am a psychiatrist with more than 30 years of experience and I am also a clinical professor in psychiatry at the Université Laval. I was also the first medical specialist to receive a bursary from the FRSQ to study clinical ethics at Louvain and Chicago more than 30 years ago.

Let me jump to page 3 so that I can talk about mental conditions. I find it surprising that the legislation proposes that mental illness is not an illness within the meaning of the act. This lack of a definition, with the possibility of requesting euthanasia for intolerable psychological suffering, clearly opens

la médecine, qui est de restaurer plutôt que de détruire. C'est la différence entre soins palliatifs et euthanasie — entre soins réparateurs et soins destructeurs.

En quatrième lieu, rien ne prouve le moindre avantage médical. Dire que l'euthanasie est bénéfique, c'est s'appuyer sur des hypothèses métaphysiques aveugles de ce que c'est que d'être mort. Or, je peux vous assurer que les médecins n'ont aucune idée de ce que c'est que d'être mort.

Je dirais que tous ces arguments sont fondés sur le respect du patient et le souci de son bien-être.

Ainsi donc, étant donné que l'euthanasie peut raisonnablement être considérée comme contraire à l'éthique, les médecins devraient-ils être forcés d'aiguiller des patients vers l'euthanasie? En disant « non », je signalerai seulement qu'un médecin célèbre, du nom d'Asperger, qui avait décrit le syndrome d'Asperger, a vu son nom disparaître dans la désignation de cette maladie. Pourquoi? Parce que l'investigation historique a révélé qu'il avait aiguillé des patients vers l'euthanasie. Il les aiguillait vers l'euthanasie involontaire, ce qui n'est pas la même chose que l'euthanasie volontaire.

Mais là n'est pas la question; la question est qu'un aiguillage rend le médecin moralement coupable. Tout comme je ne devrais pas recommander l'euthanasie, ni la thérapie de conversion, je ne devrais pas aiguiller un patient vers un médecin qui vend des opioïdes d'ordonnance — tous ces actes d'aiguillage seraient inacceptables et le médecin devrait en être tenu responsable.

Je conclus que les médecins ne devraient pas être forcés de demander l'euthanasie. Je vous demande de modifier le projet de loi C-7 pour permettre ce que le projet de loi C-14 n'a pas su faire, c'est-à-dire protéger vraiment la liberté de conscience des médecins et des infirmiers du Canada.

La présidente : Merci, docteur Goligher. Nous allons maintenant passer au Dr François Primeau.

[Français]

Dr François Primeau, professeur titulaire clinique, psychiatrie et neurosciences, Collectif des médecins contre l'euthanasie, à titre personnel : Merci de cette invitation. Je suis un psychiatre qui a plus de 30 ans d'expérience et je suis aussi professeur titulaire clinique en psychiatrie à l'Université Laval. J'ai également été le premier médecin spécialiste lauréat d'une bourse du FRSQ pour étudier l'éthique clinique à Louvain et à Chicago il y a plus 30 ans.

Je saute à la page 3 pour parler des troubles mentaux. Je trouve surprenant que la loi propose que la maladie mentale ne soit pas une maladie au sens de la loi. Cette absence de définition, avec la possibilité de demander l'euthanasie pour souffrance psychologique intolérable, ouvre clairement la porte à

the door to euthanasia for mental conditions, despite statements to the contrary. Even if one believes that mental conditions are excluded, one must not underestimate medical comorbidities. For example, psychiatric patients have twice as many chronic illnesses, such as hypothyroidism, pulmonary disease, and diabetes, and seven times as many electrolyte disorders. Suicidal thoughts are a symptom of a number of mental conditions. The end goal of therapeutic interventions in psychiatry has always been to restore the patients' autonomy and freedom, not to suppress that autonomy by eliminating them as people.

It is alleged that there must be no discrimination against psychiatric patients who ask for euthanasia. But the crying need for appropriate resources to which Senator Boisvenu alludes, is, in itself, blatant discrimination. The culmination would be to kill them under the pretext that they have asked for that, in a situation when their suicidal thoughts cannot be adequately and quickly treated because of the delay in obtaining care.

As for cognitive disorders, the anticipated guidelines for cognitive disorders — and I am a geriatric psychiatrist — are difficult to put into operation. In situations where aptitude may fluctuate, those guidelines may even lead to abuse in the advanced stages of dementia, as in the case of a 74-year-old woman in the Netherlands, about whom I could talk later, if senators are interested.

Would physicians proposing or agreeing with euthanasia for individuals suffering from dementia not be validating the lack of meaning of those individuals' existence? Recent studies on resilience confirm the pivotal role of meaning in everyone's life. Killing a person's meaning is killing the person. Devaluing their existence by endorsing their desire to die by euthanasia seems to me to be the height of discrimination, masquerading as the compassion of the moment. Subtle pressure for euthanasia is everywhere in the media, who amplify this systemic ageism by leading elderly people with cognitive disorders to believe that they are a burden to themselves and to society.

In fact, Bill C-7 devalues the psychiatric profession, which exists to save the lives of patients struggling with suicidal thoughts, not to do everything, out of a false sense of empathy, to put those thoughts into action. Requesting euthanasia represents a clinical imperative to start a dialogue between patients in existential distress and physicians, in order to understand what the request means. Moreover, there is no adequate scientific consensus on the irremediable nature of psychiatric disorders.

In 2012, a former socialist physician in France emphasized the point that euthanasia is an act of great violence that might have been contemplated as a progressive idea in the 1970s, when the means of combatting pain were limited and when physicians

l'euthanasie pour troubles mentaux, même si l'on affirme le contraire. Même si on croyait à l'exclusion des troubles mentaux, il ne faut pas sous-estimer les comorbidités médicales. Par exemple, les patients psychiatriques souffrent deux fois plus de maladies chroniques comme l'hypothyroïdie, de maladies pulmonaires ainsi que de diabète, et sept fois plus de problèmes électrolytiques. Les idées suicidaires sont un symptôme dans plusieurs troubles mentaux. La finalité de l'action thérapeutique psychiatrique a toujours été de restaurer l'autonomie et la liberté des patients, pas de supprimer cette autonomie en liquidant leur personne.

On allègue qu'il ne faut pas exercer de discrimination envers les patients psychiatriques qui demandent l'euthanasie. Or, le manque criant de ressources appropriées auxquelles faisait allusion le sénateur Boisvenu est, en soi, une discrimination flagrante. Le comble serait de les tuer sous prétexte qu'ils le demandent dans un contexte où leurs idées suicidaires ne peuvent être traitées adéquatement et rapidement en raison des délais pour obtenir les soins.

Quant aux troubles cognitifs, les directives anticipées dans le domaine des troubles cognitifs — et je suis gériopsychiatre — sont difficilement opérationnalisables. Dans un contexte de fluctuation de l'aptitude, ces directives prêtent à l'abus même dans des stades avancés de démence, comme dans le cas d'une femme de 74 ans aux Pays-Bas dont je pourrai parler plus tard si les sénateurs sont intéressés.

Le médecin qui proposerait ou serait d'accord avec l'euthanasie d'une personne souffrant de démence ne validerait-il pas le non-sens de l'existence de cette personne? Or, les recherches récentes sur la résilience confirment le rôle central du sens dans la vie de toute personne. Tuer le sens, c'est déjà tuer la personne. Déprécier leur existence en avalisant leur désir de mort par l'euthanasie me paraît le comble de la discrimination au nom de la bien-pensance du moment. La coercition vers l'euthanasie est subtile et omniprésente dans les médias, qui amplifient cet âgeisme systématique en faisant croire aux personnes âgées qui ont des troubles cognitifs qu'elles sont un fardeau pour elles-mêmes et pour la société.

En fait, le projet de loi C-7 dénature la profession de psychiatre, qui est de sauver la vie des patients aux prises avec des idées suicidaires, et non de tout faire par fausse empathie pour mettre ces idées en pratique. La demande d'euthanasie est un impératif clinique pour établir un dialogue entre le patient en détresse existentielle et le médecin, afin de comprendre la signification de cette requête. De plus, il n'y a pas de consensus scientifique adéquat sur le caractère irrémédiable des troubles psychiatriques.

En 2012, un ancien médecin socialiste français a souligné que l'euthanasie était un geste d'une grande violence qui pouvait faire illusion dans les années 1970 à titre d'idée progressiste, lorsque les moyens de lutte contre la douleur étaient limités et

were often cloaked in their omnipotence, but it has now become an archaic concept. Those words are still true. To give physicians the power of euthanasia over those with mental and cognitive disorders is to make them all-powerful at the expense of the patients' autonomy.

To claim that euthanasia for suicidal patients prevents suicide, or to say that there is no link between suicide and euthanasia, is pure sophistry. Killing patients quicker by means of euthanasia rather than waiting for the suicide later, has the same result and the same intent: death.

Furthermore, the issue of safeguards is an illusion. Yesterday's safeguards in the 2016 Act become obstacles that must be done away with in 2020. They are all meant to disappear little by little.

Finally, it seems to me that there is an unbelievable failure in Bill C-7. This is that, unlike other legislation to legalize euthanasia, this bill contains no provision on the obligation to provide, especially in the case of mental illness, all possible therapeutic options before culminating in euthanasia. I will stop there.

[English]

The Chair: Thank you, Dr. Primeau. We'll now go to Dr. Thomas Bouchard.

Dr. Thomas Bouchard, Family Physician, Alberta Committee for Conscience Protection: Honourable senators, I'm pleased to be with you today to discuss these important issues.

I'm part of a growing group of physicians who come from a variety of backgrounds and walks of life. Our goal is to respect patient values while highlighting the importance of mutual freedoms of patients and physicians. We don't want to frame disagreements as a rights competitions or even conflicts. Every day, conscientious physicians strive for solutions that lead to mutual respect, even if there are differences between what a physician might recommend based on professional and personal experience, and what a patient might be looking for.

I want to stress that the relationship of trust exists in such a way that the vast majority of situations that patients and physicians might disagree on never arises to the level of conflict. It's in that light that I want to highlight that conscience protection is not primarily about protecting a physician himself or herself, but about protecting the therapeutic relationship of trust between the two of them.

que les médecins étaient souvent enfermés dans leur toute-puissance, mais elle est aujourd'hui devenue un concept archaïque. Ces paroles sont toujours d'actualité. Donner au médecin le pouvoir de l'euthanasie sur les personnes souffrant de troubles mentaux et cognitifs, c'est rendre leur toute-puissance absolue au détriment de l'autonomie de ces personnes.

Prétendre que l'euthanasie, pour les patients suicidaires, prévient les suicides ou dire qu'il n'y a aucun lien entre suicide et euthanasie, voilà de purs sophismes. Tuer le patient plus vite par euthanasie plutôt qu'attendre qu'il se suicide plus tard a le même résultat et la même intention : la mort.

De plus, la question des balises est un leurre. Les balises d'hier de la loi de 2016 deviennent des obstacles qu'il faut abattre en 2020. Elles sont progressivement toutes appelées à disparaître.

Finalement, il me semble qu'il y a une faille inconcevable dans le projet de loi C-7, c'est-à-dire que, contrairement aux autres lois qui ont légalisé l'euthanasie, cette loi ne contient pas de disposition sur l'obligation d'offrir, surtout dans le cas des maladies mentales, toutes les options thérapeutiques possibles avant d'en arriver à l'euthanasie. Je vais m'arrêter ici.

[Traduction]

La présidente : Merci, docteur Primeau. Passons maintenant au Dr Thomas Bouchard.

Dr Thomas Bouchard, médecin de famille, Comité albertain pour la protection de la liberté de conscience : Honorables sénateurs, je suis heureux d'être des vôtres aujourd'hui pour discuter de ces questions importantes.

Je fais partie d'un groupe de médecins de plus en plus nombreux issus de divers milieux et de diverses conditions sociales. Notre objectif est de respecter les valeurs des patients tout en affirmant l'importance des libertés mutuelles des patients et des médecins. Nous ne voulons pas voir les désaccords comme des concours au sujet des droits, voire des conflits. Chaque jour, des médecins consciencieux s'efforcent de trouver des solutions qui déboucheront sur le respect mutuel, même s'il y a des différences entre ce qu'un médecin pourrait recommander en se fondant sur son expérience professionnelle et personnelle et ce qu'un patient pourrait rechercher.

Je tiens à souligner que la relation de confiance existe de telle manière que la grande majorité des situations sur lesquelles les patients et les médecins pourraient être en désaccord n'atteignent jamais le niveau du conflit. C'est dans cette optique que je veux souligner que la protection de la liberté de conscience ne vise pas principalement à protéger le médecin lui-même, mais bien à protéger la relation thérapeutique de confiance entre le médecin et le patient.

That trust exists when neither the physician nor [Technical difficulties] fear consequences from their disagreements, but are supported to find new ways of caring. This is a creative process. It's a team approach, and it requires conscience protection for the physician-patient team.

The patient first requires protection from coercion. A physician can't coerce a patient because of the power they have, and especially by bringing up things that the patient is not bringing to the table. For example, bringing up MAID unsolicited by the patient. Second, the physician requires protection from coercion. He or she must not be made to do something that in their judgment is harmful to patients. Protecting that physician-patient relationship of trust means that questions of access must not enter into the equation. Many politicians, ethicists and other observers are suggesting that an essential part of the physician-patient relationship is access, when in reality access is something guaranteed by the provincial health care system.

In 2018, Dr. Diane Kelsall, an editor at the *Canadian Medical Association Journal*, wrote that: "The responsibility to ensure access to MAiD does not rest with an individual physician, but with society."

She highlighted that the Ontario Ministry of Health established a care coordination service where patients and caregivers can request directly to be connected to a doctor or nurse practitioner who provides MAID, and yet she mentions that, ironically, the provincial college still requires physicians to provide a direct referral. How would it be possible for a physician in a small town to ensure access to MAID if he was not a MAID provider? Every intervener for this bill has agreed that no one should be compelled to provide MAID. Conversely, how could a physician ever be construed as obstructing access to MAID if the provinces have done their job to provide an accessible system that doesn't require a referral? Policies enforcing effective referral are solving a problem that doesn't exist, as Dr. Kelsall points out in her editorial.

What I would highlight to you is that the patient-physician encounter has to be one of the safest places in society. What I and many others would call a medical home. For me as a family doctor, sometimes that safe place involves choosing a physician who is like-minded. For that, we need to respect the diversity of views that Canadians hold. We need to feel at home with our physicians, and that means we have different types of homes for this pluralistic Canadian society we live in. I'm not naive to the fact that many of my patients might be strongly in favour of MAID, and in some circumstances we might come to a disagreement. Maybe that means that I'm not a good fit for them as a physician. In rare cases, that may involve a transfer of care to another colleague, but a transfer of care is different from a referral. In my experience with the vast majority of patients of

Cette confiance existe lorsque ni le médecin ni [Difficultés techniques] ne craignent les conséquences de leurs désaccords, mais sont incités à trouver de nouvelles façons de prodiguer des soins. Le processus est créatif. C'est une approche d'équipe, qui nécessite la protection de la liberté de conscience de l'équipe médecin-patient.

Le patient a d'abord besoin d'être protégé contre la coercition. Le médecin ne peut contraindre son patient en raison du pouvoir qu'il détient, et surtout pas en soulevant des choses que le patient n'apporte pas à la table. Par exemple, proposer une AMM non sollicitée par le patient. En second lieu, le médecin doit être protégé contre la coercition. Il ne faut pas lui faire faire quelque chose qui, selon son jugement, est néfaste pour le patient. La protection de cette relation de confiance entre le médecin et son patient signifie que les considérations d'accès ne doivent pas faire partie de l'équation. De nombreux politiciens, éthiciens et autres observateurs font valoir qu'un élément essentiel de la relation médecin-patient est l'accès, alors qu'en réalité l'accès est garanti par le régime de santé provincial.

En 2018, la Dre Diane Kelsall, rédactrice au *Journal de l'Association médicale canadienne*, a écrit que « la responsabilité d'assurer l'accès à l'aide n'incombe pas à un médecin particulier, mais à la société ».

Elle souligne que le ministère de la Santé de l'Ontario a mis sur pied un service de coordination des soins où les patients et les soignants peuvent demander directement à être rattachés à un médecin ou à un infirmier praticien fournissant l'AMM, et du même coup elle mentionne que, ironiquement, le collège provincial oblige encore les médecins à effectuer un aiguillage direct. Comment un médecin d'une petite ville pourrait-il assurer l'accès à l'AMM s'il ne la fournit pas? Chaque intervenant à ce projet de loi a convenu que personne ne devrait être obligé de fournir l'AMM. À l'inverse, comment pourrait-on jamais dire qu'un médecin bloque l'accès à l'AMM si la province s'est acquittée de sa responsabilité d'assurer un système accessible qui n'exige pas d'aiguillage? Les politiques qui imposent l'aiguillage efficace permettent de résoudre un problème qui n'existe pas, comme le souligne la Dre Kelsall dans son éditorial.

Le lieu de rencontre patient-médecin doit être l'un des endroits les plus sûrs de la société. Il est ce que j'appellerais, comme bien d'autres, un foyer médical. Pour moi, médecin de famille, parfois ce lieu sûr suppose le choix d'un médecin qui partage les vues du patient. Pour cela, nous devons respecter la diversité des points de vue des Canadiens. Nous devons nous sentir chez nous avec nos médecins, ce qui signifie que nous avons différents types de foyers pour la société canadienne pluraliste dans laquelle nous vivons. Je ne suis pas naïf : bon nombre de mes patients sont peut-être tout à fait favorables à l'aide médicale à mourir et, dans certaines circonstances, nous pourrions être en désaccord. Cela pourrait signifier que je ne suis pas le bon médecin pour le patient. Dans de rares cas, cela peut entraîner un transfert à un collègue. Mais un transfert, ce n'est pas un aiguillage. D'après

mine, we can agree to disagree on many issues and continue to carry on that relationship of trust. I would say this medical home is a place of creativity, where we work together to improve their lives. For me, every suffering person is an opportunity to find new ways of caring.

John Fletcher, another editor, at that time editor-in-chief of CMAJ when MAID was being legalized, said:

Canadian society may soon allow some doctors to redefine their role, but this should not compel the majority of physicians who are not comfortable with this to abandon their convictions.

Even if the Supreme Court, Bill C-14 and now Bill C-7, have exempted physicians and nurse practitioners from the crime of homicide when ending the lives of their patients, there are many of us who don't want to be included in the exemption. Our participation, including the form of arranging or referring for this legal service, would be an endorsement or recommendation of falling through with MAID, which we can't do. Conscience, I would highlight, is not a matter of personal taste or preferences, but a deeply held conviction that prevents us from sharing the will of somebody to pursue certain courses of action. Freedom of conscience is not the freedom to do what I want, but the freedom to do what I must.

I strongly urge you, dear senators, do not abandon us as we try to care creatively for our patients in the best way we know. Don't abandon us as we try to defend our vulnerable and voiceless patients who are sometimes too afraid to speak up against discrimination. We won't abandon hope for our patients in a time of need, and I ask you not to forget us in protecting the relationship we have with our patients. Thank you.

The Chair: Thank you very much, Dr. Bouchard.

[Translation]

Senator Carignan: My question is about the obligation to act. When Bill C-14 was passed, Criminal Code section 241.2(9) was also passed. It reads as follows:

For greater certainty, nothing in this section compels an individual to provide or assist in providing medical assistance in dying.

mon expérience auprès de la grande majorité de mes patients, nous pouvons convenir de ne pas être d'accord sur de nombreuses questions, tout en maintenant cette relation de confiance. Je dirais que ce foyer médical est un lieu de créativité, où nous travaillons ensemble pour améliorer leur vie. Pour moi, chaque personne qui souffre est une occasion de trouver de nouvelles façons de la soigner.

John Fletcher, un autre rédacteur, alors rédacteur en chef du JAMC, pendant la légalisation de l'aide médicale à mourir, a dit :

La société canadienne pourrait bientôt permettre à certains médecins de redéfinir leur rôle, mais cela ne devrait pas obliger la majorité des médecins que cela met mal à l'aise à renoncer à leurs convictions.

Même si la Cour suprême, le projet de loi C-14 et maintenant le projet de loi C-7 ont exempté les médecins et les infirmiers praticiens du crime d'homicide lorsqu'ils mettent fin à la vie de leurs patients, un grand nombre d'entre eux ne veulent pas invoquer l'exemption. Notre participation, y compris la forme de prise de dispositions ou d'aiguillage pour ce service juridique, serait une approbation ou une recommandation de passer par l'AMM, ce que nous ne saurions faire. La conscience, et j'insiste là-dessus, n'est pas seulement une question de goût ou de préférences, mais une conviction profondément enracinée qui nous empêche de partager le désir de quelqu'un de poursuivre certaines lignes de conduite. La liberté de conscience, ce n'est pas la liberté de faire ce que je veux, mais la liberté de faire ce que je dois.

Je vous exhorte vivement, chers sénateurs, à ne pas nous abandonner pendant que nous cherchons des solutions créatives pour traiter nos patients du mieux que nous pouvons. Ne nous abandonnez pas dans les efforts que nous faisons pour défendre nos patients vulnérables et sans voix qui sont parfois trop timides pour dénoncer la discrimination. Nous n'abandonnerons pas l'espoir pour nos patients en cette période difficile, et je vous demande de ne pas nous oublier et de protéger la relation que nous avons avec eux. Merci.

La présidente : Merci beaucoup, docteur Bouchard.

[Français]

Le sénateur Carignan : Ma question porte sur l'obligation de poser un acte. Dans le Code criminel, lorsque le projet de loi C-14 a été adopté, on a aussi adopté le paragraphe 241.2(9), qui stipule ce qui suit :

Il est entendu que le présent article n'a pas pour effet d'obliger quiconque à fournir ou à aider à fournir l'aide médicale à mourir.

After hearing your presentation today, I gather that you believe that that section is not sufficient to protect you or to protect your freedom of conscience, and you do not wish to be forced into an action with which you disagree?

[English]

Dr. Goligher: Sorry, may I ask who the question was posed to?

[Translation]

Senator Carignan: To all the witnesses.

[English]

Dr. Goligher: Thank you, honourable senator. If I may begin, I appreciate that there was a good-faith effort in Bill C-14 to protect conscience on the part of all health care professionals. Unfortunately, there are two jurisdictions in Canada where physicians and nurse practitioners are required to make an effective referral for euthanasia, and that's Ontario and Nova Scotia. In Ontario, I have friends and colleagues who have been forced to change practice, in particular, to stop practising palliative care because they are put in a difficult situation where they could face professional discipline for being unwilling to make an effective referral for euthanasia.

I also know of colleagues who have retired early, and I also know that applicants to medical school are being screened with respect to their beliefs about this practice when they're interviewing for medical school. Despite the good faith effort in Bill C-14, there is a genuine problem with protecting conscience, and it's important to find a way that we can all live together in a pluralistic society. Those of us who have been involved in efforts to protect conscience, have put forward good faith efforts to propose reasonable approaches that would accommodate the desires of patients while also upholding the freedom of conscience of Canadian physicians and nurses.

Dr. Bouchard: I'll dovetail into that and say that if Bill C-14, if paragraph 9 of 241.2 was adequate, I don't think there would be so much confusion among the panels of people you've heard regarding referral. Since you've heard so many different opinions with regard to referral, I think it's unclear and needs to be clarified. Further than already clarified.

[Translation]

Senator Carignan: If I still have any time; do I still have any time?

The Chair: No, I am sorry.

Je crois déduire, après avoir entendu votre présentation aujourd'hui, que vous croyez que cet article n'est pas suffisant pour vous protéger ou pour protéger votre liberté de conscience, et que vous ne voulez pas être obligé de poser un acte avec lequel vous êtes en désaccord?

[Traduction]

Dr Goligher : Désolé, puis-je demander à qui la question s'adresse?

[Français]

Le sénateur Carignan : À tous les témoins.

[Traduction]

Dr Goligher : Merci, honorable sénateur. Permettez-moi de commencer. Je sais que le projet de loi C-14 traduisait un effort de bonne foi de la part de tous les professionnels de la santé pour protéger la liberté de conscience. Malheureusement, il y a deux provinces au Canada où les médecins et les infirmiers praticiens sont tenus de faire un aiguillage efficace vers l'euthanasie : l'Ontario et la Nouvelle-Écosse. En Ontario, j'ai des amis et des collègues qui ont été forcés de changer de pratique, et en particulier de cesser d'offrir des soins palliatifs parce qu'ils se trouvent dans une situation difficile où ils s'exposent à des mesures disciplinaires pour refus de faire un aiguillage efficace vers l'euthanasie.

Il y a aussi des collègues qui ont pris une retraite anticipée. Et je sais également que les candidats à la faculté de médecine sont évalués en fonction de leurs croyances au sujet de cette pratique lors de leur entrevue d'admission. Malgré l'effort de bonne foi que traduit le projet de loi C-14, la protection de la liberté de conscience pose un problème réel, et il est important de trouver un moyen de vivre ensemble dans une société pluraliste. Ceux d'entre nous qui ont participé aux efforts visant à protéger la liberté de conscience ont cherché de bonne foi à proposer des approches raisonnables susceptibles de répondre aux désirs des patients tout en respectant la liberté de conscience des médecins et des infirmiers du Canada.

Dr Bouchard : Je vais enchaîner là-dessus pour dire que, si le projet de loi C-14, si le paragraphe 9 de l'article 241.2 était adéquat, je ne pense pas qu'il y aurait une si grande confusion parmi les groupes de témoins que vous avez entendus au sujet de l'aiguillage. Puisque vous avez entendu tellement d'opinions différentes, je pense que ce n'est pas clair et qu'il y a des choses à préciser. Plus que ce qui a déjà été précisé.

[Français]

Le sénateur Carignan : Si j'ai encore du temps; ai-je encore du temps?

La présidente : Non, je suis désolée.

[English]

Senator Batters: First of all, to Dr. Goligher — I'm sorry if I didn't say that right, correct me if I didn't. I wanted to give you a brief chance to tell us what the amendment is that you proposed because you ran out of time in your opening statement.

Dr. Goligher: Thank you for the opportunity. We're proposing amended language to the statute that would state clearly that no one is compelled to aid or abet in the provision of assisted suicide, euthanasia or medical aid in dying. We think that the language of aiding and abetting would be appropriate and sufficient according to the legal opinions we've received, to ensure that effective referral would not be permitted under the law.

Senator Batters: Thank you. A further question to you: There seems to be in general a consensus among many senators that conscientious objectors have the right to not physically administer a lethal substance to a patient. However, there does seem to be more understanding needed about the importance of a physician not being forced to provide an effective referral for something as morally controversial as assisted suicide.

I do recall when we studied Bill C-14, Dr. Jeff Blackmer, a member of the Canadian Medical Association, when testifying at the very committee that we're in right now, said that a referral is effectively an endorsement of a procedure and that is morally problematic for many practitioners.

Dr. Goligher, I'm wondering if you agree with that characterization, and can you please elaborate on why practitioners should be protected from having to provide an effective referral? Thank you.

Dr. Goligher: Thank you, Senator Batters. I agree with Dr. Blackmer's characterization of what a referral is. I can understand that many people who don't practise medicine aren't familiar with what it means to refer a patient.

When I refer a patient to another physician, I am responsible — I'm doing so in order to benefit the patient as an act of care to the patient. I'm sending them because they will receive care or expertise that I cannot provide, but I'm doing so in good faith that the patient will be treated with the appropriate respect, treated ethically and with the appropriate expertise.

The patient is putting their faith in me to ensure I'm referring them to someone who will provide appropriate medical care. So there is still that act of faith independence on the part of the patient, and I'm still legally and morally culpable for the referrals I make. I try to emphasize that by pointing out that we

[Traduction]

La sénatrice Batters : En premier lieu, je m'adresse au Dr Goligher. Je suis désolée si je n'ai pas bien dit cela et corrigez-moi si je me suis trompée. Je voulais vous donner une petite chance de nous dire quelle était la modification que vous avez proposée, parce que vous avez manqué de temps dans votre déclaration préliminaire.

Dr Goligher : Je vous remercie. Nous proposons de modifier le libellé de la loi pour stipuler clairement que personne n'est obligé d'aider ou d'encourager le suicide assisté, l'euthanasie ou l'aide médicale à mourir. Nous pensons que les mots « aider et encourager » seraient appropriés et suffisants, selon les avis juridiques que nous avons reçus, pour faire en sorte que l'aiguillage efficace ne soit pas permis en vertu de loi.

La sénatrice Batters : Merci. J'ai une autre question pour vous : il semble y avoir un consensus parmi de nombreux sénateurs pour dire que les objecteurs de conscience ont le droit de ne pas administrer physiquement une substance mortelle à un patient. Cependant, il faudrait peut-être mieux comprendre l'importance de ne pas obliger un médecin à fournir un aiguillage efficace vers quelque chose d'aussi moralement controversé qu'un suicide assisté.

Je me rappelle que, lors du projet de loi C-14, le Dr Jeff Blackmer, membre de l'Association médicale canadienne, témoignant devant le comité où nous sommes en ce moment, a dit qu'un aiguillage est effectivement l'approbation d'une procédure, qui soulève un problème moral pour de nombreux praticiens.

Docteur Goligher, êtes-vous d'accord sur cette façon de voir. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi il faudrait protéger les praticiens contre l'obligation de fournir un aiguillage efficace? Merci.

Dr Goligher : Merci, madame la sénatrice Batters. Je suis d'accord avec l'interprétation du Dr Blackmer sur ce qu'est un aiguillage. Je peux comprendre que bien des gens qui ne pratiquent pas la médecine ne sachent pas ce que c'est que d'aiguiller un patient.

Lorsque je renvoie un patient à un autre médecin, je suis responsable — je le fais dans l'intérêt du patient comme acte de soins. Je fais un aiguillage pour qu'il reçoive des soins ou de l'expertise que je ne peux pas lui procurer, mais j'agis de bonne foi, convaincu que le patient sera traité avec le respect approprié, conformément à l'éthique et avec l'expertise nécessaire.

Le patient me fait confiance pour que je le dirige vers quelqu'un qui lui prodiguera les soins médicaux nécessaires. Il y a donc toujours cet acte de foi indépendant de la part du patient, et je demeure légalement et moralement responsable des aiguillages que j'effectue. J'essaie d'insister là-dessus en

all agree that when Asperger referred his patients for something unethical, he did something wrong for which history should hold him accountable.

I suspect none of the honourable senators would look kindly upon me referring a patient for another unethical practice like, as I mentioned, the sale of prescription opioids. It's a profoundly significant act to make an effective referral and one for which we feel a great deal of responsibility to ensure patients receive the very best care.

Senator Batters: Thank you very much. Madam Chair, if I do have additional time, I'd like to ask an additional question to Dr. Bouchard. If I don't, I'd ask to get put on the second round.

The Chair: I'll put you on the list.

Senator Dalphond: The question is for the members of the panel. I think the first and the third one. I have difficulty understanding what you're proposing. The Criminal Code already provides that nothing in this section compels a doctor to provide or assist in providing medical assistance in dying.

You say that the problem is with the decisions made by the medical college in Ontario and in another province. So it's a matter of discipline and a matter of ethics and the Criminal Code is not there to govern the ethics of doctors. I fail to understand. You want to address a problem which is a problem with the governance and ethics within the governance body by amending the Criminal Code?

Dr. Goligher: I'll allow Dr. Bouchard to speak more to that, but I'll briefly say that clearly if this body and the House saw fit that it was necessary to state that no one should be required or compelled to provide this service, that there was a need to provide for such legislation, and that it must be appropriate within the law to specify some constraints on expectations.

Also to say the justices themselves in the *Carter* case made clear their decision did not compel anyone to provide the service. It does seem to me — and I'm not a lawyer, so you no doubt know better — there is a place to ensure that the law puts appropriate constraints on what it permits.

Dr. Bouchard: What I would say just to clarify how this has a position in the Criminal Code, mainly because I agree with Dr. Goligher, that paragraph 9 certainly does leave places for the Criminal Code to comment on this. I think it needs to be further clarified because the confusion that exists among all your panellists, including that referral, seems not to be an issue in paragraph 9. So maybe considering how to amend paragraph 9 to include not being compelled to refer because of the reasons that

signalant que nous sommes tous d'accord pour dire que, lorsque Asperger a aiguillé ses patients vers quelque chose de contraire à l'éthique, il a mal agi et que l'histoire devrait lui en tenir rigueur.

Je soupçonne qu'aucun des honorables sénateurs ne verrait d'un bon œil que je fasse un aiguillage vers une autre pratique contraire à l'éthique comme, je l'ai mentionné, la vente d'opioïdes d'ordonnance. Un aiguillage efficace est un acte extrêmement important, un acte qui nous fait nous sentir très responsables de veiller à ce que le patient reçoive les meilleurs soins.

La sénatrice Batters : Merci beaucoup. Madame la présidente, s'il me reste du temps, j'aimerais poser une autre question au Dr Bouchard. Sinon, je vous demanderais de m'inscrire sur la liste pour la deuxième ronde.

La présidente : Je vous inscris sur la liste.

Le sénateur Dalphond : Ma question s'adresse aux membres du groupe de témoins. Le premier et le troisième, je pense. J'ai de la difficulté à comprendre ce que vous proposez. Le Code criminel prévoit déjà que cet article n'a pas pour effet d'obliger le médecin à fournir ou à aider à fournir l'aide médicale à mourir.

Vous dites que le problème se situe au niveau des décisions prises par le collège des médecins en Ontario et dans une autre province. Donc, c'est une question de discipline et d'éthique. Le rôle du Code criminel n'est pas de régir l'éthique des médecins. Je ne comprends pas. Vous voulez régler un problème de gouvernance et d'éthique au sein de l'organisme de gouvernance en modifiant le Code criminel?

Dr Goligher : Je vais laisser le Dr Bouchard en parler davantage, mais je dirai brièvement que, si le Sénat et la Chambre ont jugé bon d'affirmer que personne ne devrait être tenu de fournir ce service, cette loi était nécessaire, et il est opportun d'y préciser certaines contraintes quant aux attentes.

De plus, les juges eux-mêmes dans l'affaire *Carter* ont clairement indiqué que leur décision n'obligeait personne à fournir le service. Il me semble — je ne suis pas avocat, et vous le savez sans doute mieux que moi — qu'il y a lieu de voir à ce que la loi encadre de certaines contraintes ce qu'elle permet.

Dr Bouchard : Je dirais seulement, pour expliquer comment cela peut être inscrit dans le Code criminel, surtout parce que je suis d'accord avec le Dr Goligher, que le paragraphe 9 permet certainement d'apporter des précisions à cet égard. Je pense que cela doit être clarifié davantage parce que le paragraphe 9 ne semble pas pouvoir dissiper la confusion qui règne parmi tous vos témoins, y compris au sujet de l'aiguillage. On pourrait peut-être envisager de modifier le paragraphe 9 pour ajouter que nous

we've described why referral is participation in the act but needs clarification further.

I would also say that we don't consider ourselves as exempt from these actions that are related to homicide and suicide. Even though exemptions did exist for physicians as a whole, for us it still remains a problem to be participants in homicide or suicide. If you take a step back to five or six years ago, before this was legal, aiding and abetting were still a crime. We're saying that for us, if we don't see the exemption as applicable to us because we don't want to be exempt from these problems, then the same things in the Criminal Code apply to that, meaning aiding and abetting as a problem.

Senator Dalphond: So you think that a Jehovah Witness who is a doctor, if he feels his patients will need a treatment that will include a blood transfusion he will not refer the patient to a specialist who could provide the blood transfusion?

Dr. Bouchard: I think that's not actually relevant to Bill C-7 or Bill C-14 because this is specifically related to MAID. I don't think there is a federal bill that I'm aware of that is related to the Jehovah Witnesses.

Dr. Goligher: If I may comment more generally. I think the senator raises a good point, which is the freedom of conscience that a physician has, is not unlimited. It's constrained by what is good for the patient. Our point is that we oppose doing so because we think this is wrong. It's an inappropriate way to treat the patient. Our objection is grounded in respect for the patient.

I wholeheartedly agree with you that there is no absolute freedom to refuse to do anything for the patient that you don't want to do. You, as a physician, have a duty to show that your objection is grounded in a concern for the welfare of the patient. We tried to lay that out briefly before you today.

Senator Plett: Thank you, witnesses. We're having some sound problems again. At least I'm getting a lot of echo. Maybe I'm the only one.

Senator Dalphond: Same for me.

Senator Plett: Dr. Goligher and Dr. Bouchard, there seems to be, in general, consensus among senators, and indeed I think even with the government, that conscientious objectors have the right not to administer a lethal substance to the patient.

However, there seems to be a lack of understanding about the importance of a physician not being forced to provide an effective referral for something as morally controversial as assisted suicide. I think even in my colleague Senator

ne sommes pas obligés d'aiguiller le patient pour les raisons que nous avons décrites, à savoir qu'il s'agit d'une participation à l'acte, mais il faut que ce soit plus clair.

Je dirais également que nous ne nous considérons pas exemptés des actes apparentés à l'homicide et au suicide. Même s'il y avait des exemptions pour l'ensemble des médecins, la participation à un homicide ou à un suicide nous pose un problème. Il y a cinq ou six ans, avant que cela ne soit légal, l'aide et l'encouragement étaient encore des crimes. Nous disons que si nous ne considérons pas que l'exemption s'applique à nous parce que nous ne voulons pas être exemptés de ces problèmes, cela vaut également pour les dispositions du Code criminel visant l'aide et l'encouragement.

Le sénateur Dalphond : Vous pensez donc qu'un témoin de Jéhovah qui est médecin, et qui estime qu'un patient a besoin d'un traitement incluant une transfusion sanguine, ne dirigera pas ce patient vers un spécialiste qui pourrait lui fournir la transfusion sanguine?

Dr Bouchard : Je pense que cela n'a rien à voir avec le projet de loi C-7 ou le projet de loi C-14 parce que cela concerne précisément l'AMM. Je ne crois pas qu'il y ait un projet de loi fédéral portant sur les Témoins de Jéhovah.

Dr Goligher : Si je peux me permettre un commentaire plus général, je pense que le sénateur soulève un bon argument, à savoir que la liberté de conscience d'un médecin n'est pas illimitée. Elle est limitée par ce qui est bon pour le patient. Nous nous opposons à l'AMM parce que nous pensons que c'est néfaste. C'est une façon inappropriée de traiter le patient. Notre objection est fondée sur le respect du patient.

Je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire qu'il n'y a pas de liberté absolue de refuser de faire quoi que ce soit pour le patient parce que vous êtes contre. En tant que médecin, vous avez le devoir de démontrer que votre objection est fondée sur le souci du bien-être du patient. Nous avons essayé de vous expliquer cela brièvement aujourd'hui.

Le sénateur Plett : Merci aux témoins. Nous avons encore des problèmes de son. En tout cas, je reçois beaucoup d'échos. Je suis peut-être le seul.

Le sénateur Dalphond : Même chose pour moi.

Le sénateur Plett : Docteur Goligher et docteur Bouchard, on semble d'accord, en général, parmi les sénateurs, et je crois même au sein du gouvernement, pour dire que les objecteurs de conscience ont le droit de ne pas administrer de substance mortelle au patient.

Cependant, il semble y avoir un manque de compréhension quant à l'importance de ne pas obliger le médecin à aiguiller efficacement le patient vers une chose aussi moralement controversée que le suicide assisté. Je pense que même dans ses

Dalphond's questions there seemed to be some question as to what it is you were asking for. I think I have a pretty clear understanding because I'm very much of that same ilk.

At the committee study on Bill C-14, Dr. Dawn Davies of the Canadian Pediatric Society stated quite fervently that there has been a shift that has been imposed upon physicians. She stated:

I would agree that in almost every other case there is a duty to refer or a duty to transfer care. I think that at a provincial level they're collecting lists of physicians willing to perform this procedure and that patients will navigate their own way.

To say there is a duty to refer makes people, that may not be comfortable with this in any way, shape or form feel complicit and part of it. There's enough of a groundswell that people will be able to navigate themselves.

Many have suggested to the contrary, that there is not that and that enshrining these protections will create a barrier of access for patients.

So to both of you: Do you believe that to be the case? And what can be done to ensure that both patients and physicians are accommodated in the context of conscientious objection?

Dr. Bouchard: In Alberta, I have asked the people who developed the Care Coordination Services if there's been any evidence of obstruction on the part of physicians who might be opposed to referrals, and there has been none. So I think we can't rely only on anecdotal evidence of potential obstruction. We have to say that if the province has allowed for direct access, then it's the province who has resolved that problem. We can't impose on physicians when the provinces already arranged the system of self-referral for patients.

Dr. Goligher: In Ontario, for example, there is a similar care coordination service that patients can access. There are various routes. In my own hospital, if I were to receive such a request, I would be happy to transfer the patient to a MRP, most responsible physician, who would then oversee the process and make a referral if they deemed it appropriate.

There are many ways by which this can easily be accommodated, and good-faith proposals have been submitted. But I can honestly say that I know of multiple people — in particular, palliative care physicians — who have left practice because they are put in this very difficult position, and

questions, mon collègue, le sénateur Dalphond, semblait s'interroger sur ce que vous demandiez. Je pense que je comprends assez bien, car je suis tout à fait du même avis.

Lors de l'étude en comité du projet de loi C-14, la Dre Dawn Davies, de la Société canadienne de pédiatrie, a déclaré avec ferveur qu'un changement avait été imposé aux médecins. Elle a dit ce qui suit :

Je conviens que dans presque toutes les autres hypothèses, il y a obligation de renvoyer le patient devant un autre praticien, ou d'opérer un transfert des soins. Je crois savoir que les autorités provinciales sont actuellement en train de dresser la liste des médecins qui acceptent de faire ce genre d'intervention médicale et que la décision sera laissée au patient.

Si l'on impose l'obligation de renvoyer le patient devant un autre praticien, ceux qui éprouvent déjà en cela de grandes réserves, risquent de se sentir un peu complices. Le mouvement est déjà tellement avancé cependant que les patients vont pouvoir décider d'eux-mêmes.

Beaucoup ont laissé entendre le contraire, que ce n'est pas le cas et que l'enchâssement de ces protections créera un obstacle à l'accès pour les patients.

Ma question s'adresse donc à vous deux. Croyez-vous que ce soit le cas? Et que peut-on faire pour veiller à ce que les intérêts des patients et des médecins soient protégés dans le contexte de l'objection de conscience?

Dr Bouchard : En Alberta, j'ai demandé aux gens qui ont mis sur pied les services de coordination des soins s'il y avait eu des preuves d'obstruction de la part de médecins qui pourraient s'opposer à l'aiguillage, et il n'y en a eu aucune. Je pense donc que nous ne pouvons pas nous fier uniquement à des preuves anecdotiques d'obstruction potentielle. Nous devons dire que si la province a autorisé l'accès direct, alors c'est la province qui a réglé le problème. Nous ne pouvons pas imposer cela aux médecins quand les provinces ont déjà mis en place un système d'accès direct pour les patients.

Dr Goligher : En Ontario, par exemple, il existe un service semblable de coordination des soins auquel les patients peuvent avoir accès. Il y a différentes voies. Dans mon propre hôpital, si je devais recevoir une telle demande, je serais heureux de transférer le patient au MPR, le médecin le plus responsable, qui superviserait le processus et aiguillerait le patient s'il le jugeait approprié.

Il y a de nombreuses façons de répondre à ces demandes, et des propositions de bonne foi ont été soumises. Mais je peux honnêtement dire que je connais de nombreuses personnes — surtout en médecine palliative — qui ont quitté la pratique parce qu'elles se retrouvent dans cette situation très difficile, et

unfortunately that does decrease access for patients to good palliative care.

Senator Cotter: I had not intended to join the conversation with respect to Dr. Goligher, but I do have one or two questions in light of what was said.

My suggestion to you, doctors, is that this is not quite as confusing a question as you or others are suggesting. This matter was addressed fully in the Ontario courts, including a distinguished panel of judges in the Ontario Court of Appeal who decided unanimously that this question should be resolved in favour of doctors having the responsibility to provide effective referrals pursuant to the directives of their own College of Physicians and Surgeons.

If you and your colleagues had thought that was so problematic and unclear, you had available to you the option of appealing to the Supreme Court of Canada, and you did not do so. It seems to me that this is a kind of eleventh hour, desperate effort to get the Government of Canada to intervene in circumstances where your own colleagues think that this is a legitimate choice in terms of service delivery.

My second observation is more a question. You were invited to describe the legislation that you would present, and you described that doctors should not be required to aid and abet. I'm shocked, actually, that some lawyer would propose that kind of language. The language of "aid and abet" implicitly declares crime. You suggest that this is to protect your conscience, but embedded in that language is an allegation that others are committing crimes. Aside from my disinclination to be sympathetic to your argument, I'm offended that that would be the way in which you would present this point. Now, I think —

Senator Plett: Maybe Senator Cotter should offer to be a witness in the next panel.

Senator Cotter: I'm just joining your style here, Senator Plett, and I'd invite the witnesses to respond.

Dr. Goligher: As a physician living in Ontario, I'll respond first. I thank the honourable senator for the observations. Unfortunately, as I said before, making something legally permissible or declaring something to be the law does not make it ethical. We're here today on the grounds that there's an ethical problem that we are facing and that the judges in the Ontario court freely admitted that what was required in an effective referral was a serious violation of Charter rights of freedom of religion.

malheureusement, cela réduit l'accès des patients à de bons soins palliatifs.

Le sénateur Cotter : Je n'avais pas l'intention de me joindre à la conversation avec le Dr Goligher, mais j'ai une ou deux questions à poser à la lumière de ce qui a été dit.

À mon avis, docteurs, cette question n'est pas aussi déroutante que vous ou d'autres le laissez entendre. Elle a été examinée à fond par les tribunaux de l'Ontario, y compris un groupe distingué de juges de la Cour d'appel de l'Ontario qui ont décidé à l'unanimité que cette question devrait être réglée en faveur des médecins ayant la responsabilité de fournir un aiguillage efficace conformément aux directives de leur propre Ordre des médecins et chirurgiens.

Si vous pensiez, vous-mêmes et vos collègues, que c'était si problématique et si peu clair, vous aviez la possibilité d'interjeter appel devant la Cour suprême du Canada, mais vous ne l'avez pas fait. Il me semble qu'il s'agit d'un effort désespéré de la onzième heure pour amener le gouvernement du Canada à intervenir dans des circonstances où vos propres collègues estiment qu'il s'agit d'un choix légitime en matière de prestation de services.

Ma deuxième observation est plutôt une question. On vous a invité à décrire le projet de loi que vous proposeriez, et vous avez dit que les médecins ne devraient pas être tenus d'aider et d'encourager. Je suis choqué, en fait, qu'un avocat propose ce genre de libellé. L'expression « aider et encourager » déclare implicitement un crime. Vous laissez entendre que c'est pour protéger votre conscience, mais ce libellé contient une allégation selon laquelle les autres médecins commettent des crimes. Mis à part ma réticence à être sympathique à votre argument, je suis offusqué que vous présentiez les choses de cette façon. Maintenant, je pense...

Le sénateur Plett : Le sénateur Cotter devrait peut-être offrir de témoigner dans le prochain groupe.

Le sénateur Cotter : J'adopte seulement le même style que vous, sénateur Plett, et j'invite les témoins à répondre.

Dr Goligher : En tant que médecin vivant en Ontario, je vais répondre en premier. Je remercie le sénateur de ses observations. Malheureusement, comme je l'ai déjà dit, ce n'est pas parce que quelque chose est légalement permis ou qu'on déclare quelque chose être la loi que c'est éthique. Nous sommes ici aujourd'hui au motif qu'il y a un problème d'éthique auquel nous sommes confrontés et que les juges de la Cour de l'Ontario ont admis librement que ce qui était requis pour assurer un aiguillage efficace était une violation grave du droit à la liberté de religion garanti par la Charte.

Secondly, the case was not litigated on the grounds of conscience. Moreover, it seemed in the judges' opinion that effective referral was necessary to ensure access, and I think that was a mistake.

Respectfully, judges reaching a decision doesn't settle the question. As you know, the original prohibition against euthanasia was upheld by the Supreme Court in the 1990s and subsequently overturned by the *Carter* decision. So we think that the decision was wrong.

I wasn't involved in the legal issues. I'm here representing myself and asking that you and the federal government ensure that this version of the bill achieves the benefit that was intended in Bill C-14. Certainly, if you have superior wording about how to achieve that without implying a criminal act on the part of others, I would welcome that. We have very reasonable disagreement. I've discussed this with many colleagues who see it differently. We work together in a tolerant and respectful fashion. If there were better wording that achieved that end, we would welcome it.

Dr. Bouchard: I'll briefly add that I think the enforcement of effective referral, like I said before, is trying to solve a problem that doesn't exist if access is guaranteed already by a care coordination service.

Senator Keating: I want to endorse Senator Cotter's comments. You present this as if it was a topic that was still up for discussion. I know you're not lawyers, but we live in a constitutional democracy, and the Supreme Court of Canada has vested an absolute right in individuals and Canadian citizens of choice of the right to die. Not only that, but there is the decision of the Court of Appeal of Ontario, which also is now the law in this province, and in this country probably — unless it was appealed, which I understand it wasn't — where the Court of Appeal says the following, and I will quote it for the benefit of everybody:

Physicians who object on moral grounds to providing health care services such as assisted dying, abortion and birth control must offer their patients an "effective referral to another doctor." And given the importance of family physicians as gatekeepers in the health care system, there is compelling evidence before the court that patients will suffer harm in the absence of effective referral.

Let's leave aside Senator Dalphond's comparison with Jehovah's Witnesses, and I'll ask you this question: This case wasn't just about effective referral for assisted dying, was it? It also includes referral for birth control. Do you feel the same way about referral for birth control?

Deuxièmement, l'affaire n'a pas été portée devant les tribunaux pour des motifs de conscience. De plus, les juges semblaient d'avis qu'un aiguillage efficace était nécessaire pour assurer l'accès, et je pense que c'était une erreur.

Avec tout le respect que je vous dois, le fait que les juges aient rendu une décision ne règle pas la question pour autant. Comme vous le savez, l'interdiction initiale de l'euthanasie a été confirmée par la Cour suprême dans les années 1990, puis annulée par l'arrêt *Carter*. Nous pensons donc que la décision était erronée.

Je ne me suis pas occupé des questions juridiques. Je suis ici à titre personnel et je vous demande, à vous et au gouvernement fédéral, de veiller à ce que cette version de la loi donne les résultats que visait le projet de loi C-14. Il est certain que si vous avez un meilleur libellé pour y parvenir sans laisser entendre que les autres médecins ont commis un acte criminel, j'en serais très heureux. Nous avons un désaccord très raisonnable. J'en ai discuté avec de nombreux collègues qui voient les choses différemment. Nous travaillons ensemble de façon tolérante et respectueuse. S'il y avait un meilleur libellé pour atteindre cet objectif, nous l'accueillerions favorablement.

Dr Bouchard : J'ajouterai brièvement qu'à mon avis, l'obligation de faire un aiguillage efficace, comme je l'ai déjà dit, vise à résoudre un problème qui n'existe pas si l'accès est déjà garanti par un service de coordination des soins.

La sénatrice Keating : Je suis d'accord avec le sénateur Cotter. Vous présentez cela comme s'il s'agissait d'un sujet qui était encore à l'ordre du jour. Je sais que vous n'êtes pas des avocats, mais nous vivons dans une démocratie constitutionnelle, et la Cour suprême du Canada a accordé aux gens, aux citoyens canadiens, le droit absolu de mourir. De plus, il y a la décision de la Cour d'appel de l'Ontario, qui a maintenant force de loi dans cette province, et probablement dans tout le pays — à moins qu'il y ait eu appel, ce qui, à ma connaissance, n'a pas été le cas —, où la Cour d'appel a déclaré, et je vais la citer pour la gouverne de tous :

Les médecins qui s'opposent pour des raisons morales à la prestation de services de santé comme l'aide à mourir, l'avortement et le contrôle des naissances doivent offrir à leurs patients un « aiguillage efficace vers un autre médecin ». Et compte tenu du rôle important que jouent les médecins de famille pour permettre d'accéder au système de santé, la cour a devant elle des preuves convaincantes que les patients subiront un préjudice en l'absence d'aiguillage efficace.

Laissons de côté la comparaison du sénateur Dalphond avec les Témoins de Jéhovah, et je vous pose la question suivante : cette cause ne portait pas seulement sur un aiguillage efficace pour l'aide médicale à mourir, n'est-ce pas? Cela comprend également l'aiguillage vers le contrôle des naissances. Êtes-vous

Dr. Goligher: Thank you, senator, for the question.

Senator Campbell: I don't believe that's an appropriate question to be asked. I don't think that's any of our business.

Senator Plett: I would echo that entirely.

Senator Keating: Well, you're making a case here —

Senator Plett: And I would ask the witnesses not to answer that question because it's not relevant to this topic.

The Chair: We'll go on to the next — did you have any other questions, Senator Keating?

Senator Keating: I will make a statement. The witnesses do not have to answer the question. However, they have brought up their moral obligation — they have suggested to us that we amend the Criminal Code to make it a crime for them to have to refer a patient. So I don't think that asking them if they feel the same way about either Jehovah's Witnesses — which they kind of skirt the question — or the statement of the Court of Appeal about referring for birth control is a bad question to answer. But if they don't want to answer, then we do have our answer. Thank you.

Dr. Goligher: Respectfully, I'm happy to answer the question.

The question is whether the thing for which you are referring is unethical. If you have good reasons to regard it as unethical, you ought not to refer for it and that's the general principle in medicine.

The argument I've given you is with respect to euthanasia. I do not think euthanasia is ethical. I think it's quite reasonable for me to hold that belief, and that's why I'm here talking about euthanasia specifically.

Senator Keating: Thank you for your answer.

The Chair: Thank you, Dr. Goligher.

[Translation]

Senator Dupuis: I have a question for Dr. Goligher and then for Dr. Primeau. Dr. Goligher, you spoke about palliative care as restorative, as opposed to medical assistance in dying, which you see as destructive, and therefore as homicide. How can you present palliative care, which by definition is care provided to patients who can no longer receive treatment that will "restore"

du même avis au sujet de l'aiguillage vers le contrôle des naissances?

Dr Goligher : Merci, sénatrice, de votre question.

Le sénateur Campbell : Je ne crois pas qu'il soit approprié de poser cette question. Je ne pense pas que cela nous regarde.

Le sénateur Plett : Je suis tout à fait d'accord.

La sénatrice Keating : Eh bien, vous faites valoir votre point de vue...

Le sénateur Plett : Et je demanderais aux témoins de ne pas répondre à cette question parce qu'elle ne se rapporte pas au sujet qui nous intéresse.

La présidente : Nous allons passer au prochain — aviez-vous d'autres questions, sénatrice Keating?

La sénatrice Keating : Je vais faire une déclaration. Les témoins n'ont pas à répondre à la question. Cependant, ils nous ont fait part de leur obligation morale — ils nous ont suggéré de modifier le Code criminel pour criminaliser le fait d'avoir à référer un patient. Je ne pense donc pas qu'il soit mauvais de leur demander s'ils pensent la même chose au sujet des Témoins de Jéhovah — une question qu'ils esquivent en quelque sorte — ou de la déclaration de la Cour d'appel au sujet de l'aiguillage pour le contrôle des naissances. Mais s'ils ne veulent pas répondre, nous avons notre réponse. Merci.

Dr Goligher : Si vous le permettez, je me ferai un plaisir de répondre à la question.

La question est de savoir si la chose pour laquelle vous aiguillez le patient est contraire à l'éthique. Si vous avez de bonnes raisons de considérer que c'est contraire à l'éthique, vous ne devriez pas faire cet aiguillage, et c'est le principe général en médecine.

L'argument que je vous ai présenté concerne l'euthanasie. Je ne crois pas que l'euthanasie soit éthique. Je pense qu'il est tout à fait raisonnable que je maintienne cette conviction, et c'est pourquoi je suis ici pour parler précisément de l'euthanasie.

La sénatrice Keating : Merci de votre réponse.

La présidente : Merci, docteur Goligher.

[Français]

La sénatrice Dupuis : J'ai une question pour le Dr Goligher, et ensuite pour le Dr Primeau. Docteur Goligher, vous avez parlé de la médecine palliative comme étant une médecine réparatrice, par opposition à l'aide médicale à mourir, qui serait destructrice, donc un homicide. Comment pouvez-vous présenter les soins palliatifs, qui sont en principe des soins offerts à un patient qui

their previous state, as restorative medicine, as opposed to medical assistance in dying?

[English]

Dr. Goligher: Thank you, Senator Dupuis. That's a very thoughtful question. I recognize the distinction is not obvious to everyone.

With respect to palliative care, the purpose of drugs and treatments that are administered as part of a palliative care regimen is to maximize the patient's ability to live as they're dying, to function and to flourish. That's really the original dream, vision and philosophy of palliative medicine.

Even at the end of life, the goal of administering opioids to relieve dyspnea or pain, even though they may render the patient relatively more drowsy, is to allow that patient to be as human as medically possible while they go through the dying process. It is to maximize our humanity. It never takes deliberate aim at the person themselves with an intention to end them. That's the distinction that I make between something that's restorative and something that's destructive.

Now, the law itself refers to this as an act of homicide. It says that in the case of medical assistance in dying, it doesn't count as illegal homicide. I recognize that just because something is homicide, that doesn't make it wrong. There's a key distinction, a very meaningful distinction to be made between euthanasia and other forms of medicine.

[Translation]

Senator Dupuis: Thank you, Dr. Goligher. Dr. Primeau, you stated that killing just because someone asks for it goes against your conscience. Currently — with no reference at all to medical assistance in dying — you may have a patient at the end of her life, whose physician makes the decision to provide care that will render her comatose and unaware of her surroundings. He acts without her asking him to. She has asked him for nothing. How do you believe that that physician will reconcile with his conscience? Basically, you are saying that physicians do not want to kill anyone. I understand that very well, but how do you decide on that current issue?

Dr. Primeau: Thank you for the question, senator. That comment applies to psychiatric patients, of whom it is often said that they must have trust, in order to make good decisions. As you know, those patients often have suicidal thoughts or plans. The problem that I was seeing was this: With the delays in current care, how can patients have trust? Let me give you two clinical examples. Last week, a young, 19-year-old woman — I interviewed her myself — said that, after she was hospitalized in 2018, the CLSC told her that they would be back in touch with

ne peut plus recevoir de traitement pour « restaurer » son état antérieur, comme une médecine réparatrice par opposition à l'aide médicale à mourir?

[Traduction]

Dr Goligher : Merci, sénatrice Dupuis. C'est une question très judicieuse. Je reconnais que la distinction n'est pas évidente pour tout le monde.

En ce qui concerne les soins palliatifs, le but des médicaments et des traitements administrés dans le cadre d'un régime de soins palliatifs est de maximiser la capacité du patient de vivre pendant qu'il meurt, de fonctionner et de s'épanouir. C'est vraiment le rêve original, la vision et la philosophie de la médecine palliative.

Même en fin de vie, l'objectif de l'administration d'opioïdes pour soulager la dyspnée ou la douleur, même si cela peut rendre le patient relativement plus somnolent, est de lui permettre d'être le plus humain possible sur le plan médical pendant qu'il est en train de mourir. C'est pour maximiser notre humanité. Il ne s'agit jamais de chercher délibérément à mettre fin à la vie de la personne. C'est la distinction que je fais entre quelque chose de réparateur et quelque chose de destructeur.

La loi elle-même parle d'un acte d'homicide. Elle dit que l'aide médicale à mourir ne compte pas comme un homicide illégal. Je reconnais que quelque chose qui tue n'est pas forcément répréhensible. Il y a une distinction très importante à faire entre l'euthanasie et les autres formes de médecine.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Je vous remercie, docteur Goligher. Docteur Primeau, vous avez affirmé que tuer sous prétexte que quelqu'un le demande va à l'encontre de votre conscience. Dans le contexte actuel — en dehors de toute référence à l'aide médicale à mourir —, vous avez une patiente en fin de vie dont le médecin prend l'initiative de lui donner des soins qui la rendront comateuse, inconsciente de ce qui se passe autour d'elle. Il pose un geste sans qu'elle le lui demande. Elle ne lui demande rien. Comment croyez-vous que ce médecin va s'organiser avec sa conscience? En principe, vous dites que le médecin ne veut pas tuer quelqu'un. Je comprends très bien, mais comment jugez-vous la question dans le contexte actuel?

Dr Primeau : Je vous remercie de la question, sénatrice. Ce commentaire s'inscrivait dans le cas des patients en psychiatrie, où l'on dit souvent que les patients doivent avoir confiance pour prendre de bonnes décisions. Comme vous le savez, ces patients-là ont souvent des idées suicidaires ou des plans suicidaires. Le problème que je voyais était le suivant : avec les délais dans les soins actuels, comment les patients peuvent-ils être confiants? Je vais vous donner deux exemples cliniques. La semaine dernière, une jeune femme de 19 ans — dont j'ai fait l'entrevue — a dit

her for a follow-up in 24 to 48 hours. She received the call two years later. Yesterday, I interviewed another 26-year-old patient with an autism spectrum disorder. She was referred to the CLSC. They told her that someone would get back to her in a year, at the latest.

I made those remarks in the context of psychiatric care. How can we claim that the period of 90 days in Bill C-7 is sufficient, when the delays in obtaining care are much longer? At that point, a proposal for euthanasia would become the first treatment “available” of all the others, because patients cannot obtain care —

Senator Dupuis: Do you agree with what professional medical associations have told us... I would like to ask my question in the second round, please.

[English]

The Chair: Senator Dupuis, I’m really sorry. You have run out of time. I apologize. If you want, I’ll put you on second round.

[Translation]

Senator Carignan: I am going to explore the same issue as Dr. Primeau, about the delays in obtaining care and consultations. The 90-day period begins at the first assessment. If a year or a year and a half is needed to get that assessment, the 90 days makes that time much longer.

Setting your experience in psychiatric care aside, you seem to have a lot of experience in palliative care, and I also saw that you are also a deacon. Does your experience in palliative care come from your work as a deacon or as a psychiatrist?

Dr. Primeau: Most of my experiences is in psychiatry. I am testifying from a professional standpoint. Yes, I am a deacon and that is qualification, a specialty, that I acquired much later in my career. I have 30 years of experience as a psychiatrist and I have been a deacon for only 8 years. My activities as a deacon are not clinical in nature, they are pastoral.

In the clinical context where I work, the difficulty I see is that not enough care is available. Earlier, you alluded to the fact that the time starts at the first assessment. I actually wanted to emphasize the fact that the first assessment is done by a psychiatrist for care recommended by a family doctor. If, for example, I diagnose an autism spectrum disorder or any other condition, a lot of time is needed before community care or monitoring can be obtained. The wait time is very long and beyond what is reasonable. It’s a serious problem. There was even a manifesto on behalf of Quebec psychiatrists on access to mental health care. I hope that the concern shown for psychiatric

que, à la suite de son hospitalisation en 2018, le CLSC lui avait dit qu’on allait la recontacter pour un suivi dans les 24 à 48 heures. Elle a reçu l’appel deux ans plus tard. Hier, j’ai interrogé un autre patient de 26 ans qui souffre d’un trouble du spectre de l’autisme. On l’a dirigé vers le CLSC. On lui a dit qu’on lui répondrait au plus tard dans un an.

J’ai tenu ces propos dans un contexte de soins psychiatriques. Comment peut-on prétendre que le délai de 90 jours dans le projet de loi C-7 est suffisant quand les délais pour obtenir des soins sont beaucoup plus longs? À ce moment-là, la proposition de l’euthanasie deviendrait le premier soin « disponible » parmi les autres, puisque les patients ne peuvent pas obtenir les soins...

La sénatrice Dupuis : Êtes-vous d’accord avec ce que les ordres professionnels de médecins nous ont dit... J’aimerais poser ma question au second tour, s’il vous plaît.

[Traduction]

La présidente : Sénatrice Dupuis, je suis vraiment désolée. Votre temps est écoulé. Mes excuses. Si vous le voulez, je vous accorderai la parole au deuxième tour.

[Français]

Le sénateur Carignan : Je vais poursuivre dans la même veine que le Dr Primeau en ce qui concerne les délais pour obtenir des soins et des consultations. Le délai de 90 jours commence à la première évaluation. S’il faut un an ou un an et demi pour obtenir une évaluation, alors le délai de 90 jours est beaucoup plus long.

Outre votre expérience en soins psychiatriques, vous semblez avoir beaucoup d’expérience en soins palliatifs, et j’ai vu que vous êtes également diacre. Votre expérience en soins palliatifs vient-elle de votre travail à titre de diacre ou de psychiatre?

Dr Primeau : En fait, j’ai une plus grande expérience en psychiatrie. Je fais mon témoignage sur une base professionnelle. Oui, je suis diacre et c’est une qualification, une spécialisation, et je l’ai faite beaucoup plus tard dans ma carrière. J’ai 30 ans d’expérience en tant que psychiatre et je suis diacre depuis 8 ans seulement. Mes activités de diacre ne s’inscrivent pas dans un contexte clinique, mais dans un contexte pastoral.

Dans le contexte clinique où je travaille, la difficulté que je constate, c’est l’insuffisance des soins offerts. Vous avez fait allusion plus tôt au fait que le délai commence à la première évaluation. Justement, je voulais faire ressortir le fait que la première évaluation est faite par un psychiatre pour des soins recommandés par un médecin de famille — si, par exemple, je diagnostique un trouble du spectre de l’autisme ou toute autre condition — et qu’il faut beaucoup de temps pour obtenir des soins communautaires ou faire un suivi. L’attente est très longue et dépasse tout ce qui est raisonnable. C’est un grave problème. Il y a même eu un manifeste de la part des psychiatres au Québec

patients and patients with mental health problems by senators — particularly those on this committee — is real. I find that it's excluded as an issue, and dealt with last.

In my testimony, I showed the extent to which psychiatric patients often have very significant medical comorbidities. Psychiatric illness itself is an obstacle to seeking medical care and it's more difficult for those patients to access basic medical care. In that context, in my opinion, the bill does not respond adequately to the problems these patients are experiencing. Euthanasia is suggested to them as an option, but they are having suicidal thoughts and not obtaining the treatment they need. Rational suicides exist, but, in my 30-year career, I could not count the number of rational suicides on my hands because I have too many fingers. In general, suicidal thoughts are rooted in a context of significant mental disorders. How do we deal with that problem when we can't get care or the wait is too long? Other speakers, like Dr. Bouchard, have alluded to the fact that it is up to provincial health care systems to guarantee access to Canadian legislation. But actually, we have to keep fighting to get care. We hear reports every day about people who have no access to care, or who have committed suicide because they were not able to get the appropriate care in time. A Senate committee is studying Bill C-7, but why is no Senate committee studying a bill to improve access to mental health care? As a psychiatrist, my great disappointment is that there is a lot of attention on this issue of medical assistance in dying — or euthanasia, as I call it — but that, for five or six years, governments have paid much less attention to the problems of access to mental health care.

The Chair: Thank you.

Senator Carignan: I understand. Thank you.

[English]

Senator Batters: Dr. Primeau, thank you for making that very important point about how long it takes to get in to see psychiatrists in Canada. Millions of Canadians deal with that, unfortunately, every day.

Dr. Bouchard, do you have examples to provide us of patients who are fearful of our medical system because of coercion that they've experienced to consider MAID or assisted suicide?

Dr. Bouchard: Thank you for the question. One example that comes to mind right off the bat is a patient — she has given me permission to share this because she feels strongly about it — who got a tattoo that says, "Don't euthanize me." She knows I'm not in favour of it and I wouldn't refer for it, yet she still wanted

sur l'accès aux soins en santé mentale. J'espère que l'inquiétude des sénateurs — particulièrement de ce comité — à l'égard des patients en psychiatrie et des patients qui ont des problèmes de santé mentale est bien réelle. Je trouve qu'il s'agit souvent d'une question d'exclusion qui est traitée en dernier.

Dans mon témoignage, j'ai montré à quel point les patients en psychiatrie ont souvent des comorbidités médicales très importantes. La maladie psychiatrique elle-même est un obstacle à aller chercher des soins médicaux et c'est plus difficile pour ces patients d'avoir accès à des soins médicaux de base. Dans ce contexte-là, à mon avis, le projet de loi est insuffisant pour répondre aux problèmes que vivent ces patients. On leur propose l'euthanasie alors qu'ils ont des idées suicidaires et qu'ils n'obtiennent pas les traitements dont ils ont besoin. Les suicides rationnels existent, mais, en 30 ans de carrière... J'ai trop de doigts à la main pour compter le nombre de suicides rationnels. En général, les idées suicidaires sont ancrées dans un tableau de troubles mentaux importants. Comment aborder ce problème quand on ne peut obtenir des soins ou que les délais sont trop importants? D'autres conférenciers, comme le Dr Bouchard, ont fait allusion au fait qu'il revient aux systèmes de santé provinciaux de garantir l'accès à la loi canadienne, mais dans les faits on continue à se battre pour obtenir des soins. Vous entendez tous les jours des reportages à propos de gens qui n'ont pas accès à des soins ou qui se sont suicidés parce qu'ils n'ont pas eu accès à temps à des soins appropriés. Un comité sénatorial étudie le projet de loi C-7, mais pourquoi n'y a-t-il pas un comité sénatorial qui examine un projet de loi pour faciliter l'accès aux soins en santé mentale? Mon grand malaise, en tant que psychiatre, c'est qu'on se penche beaucoup sur cette question de l'aide médicale à mourir — que j'appelle l'euthanasie —, mais que les gouvernements, depuis cinq ou dix ans, se sont beaucoup moins penchés sur les problèmes en matière d'accès aux soins en santé mentale.

La présidente : Merci.

Le sénateur Carignan : Je comprends et je vous remercie.

[Traduction]

La sénatrice Batters : Docteur Primeau, je vous remercie d'avoir soulevé un point très important sur le temps que cela prend pour consulter un psychiatre au Canada. Des millions de Canadiens doivent malheureusement faire face à cette réalité tous les jours.

Docteur Bouchard, avez-vous des exemples de patients qui craignent notre système médical parce qu'ils ont été poussés à envisager l'aide médicale à mourir ou le suicide assisté?

Dr Bouchard : Je vous remercie de la question. Un exemple qui me vient immédiatement à l'esprit est celui d'une patiente qui m'a donné la permission d'en parler parce que c'est un sujet qui lui tient à cœur. Elle s'est fait faire un tatouage disant : « Ne m'euthanasiez pas ». Elle sait que je ne suis pas pour

to get this tattoo. This means she feels at risk in our medical system, that if she were to go to a hospital, which I don't work at that people would potentially target her, for example, this 83-year-old who is very frail and vulnerable.

To see somebody going to that length to try to object to this practice that we have that's legally available for people who ask for it, but that she feels the need to put a tattoo on her frail 83-year-old skin is a sad state of affairs. I would ask you not to just see us as doctors who want our rights protected but as physicians who have this therapeutic relationship with their patients, and we're asking you to protect them, too, through us.

The Chair: Thank you, Dr. Bouchard.

Senator Plett: I will be very brief and only make an observation. My question was answered when Senator Batters asked it, but I do want to make a respectful observation.

Many of us were involved in Bill C-14. Bill C-14 was as difficult a bill for us to deal with as Bill C-7 is. It is the most personal legislation that probably any of us will deal with in our time here.

In Bill C-14, those of you who were in the Senate at that time will recall how respectful that debate was, both at committee and in the Senate. When people held differing views than I do or others, we respected those opinions. We did not belittle witnesses because of their views. Many senators hold the same views as these witnesses. I, for one, do.

I would be happy to answer questions about how I feel about euthanasia from conception to end of life, but that isn't the point. The point is, we ask witnesses to come here and give their time to answer in their capacity. They're not necessarily lawyers, Senator Cotter. They're doctors, and they came here to answer in their capacity as doctors and how they feel. We need to respect them. I need to respect those people who do not agree with me, and people who have the same opinion as I do also need to be respected.

The Chair: Senator Cotter, Senator Plett named you, so I feel bound to give you an opportunity to respond to that.

Senator Cotter: It's kind of you to say. Senator Plett and I will take this up when the committee discusses these questions in the future. I just want to say, I agree with his core sentiment about the need to respect witnesses, but on the debate on the substance, he and I will sort this out at the committee.

l'euthanasie et que je ne l'orienterai pas dans cette voie, mais elle voulait tout de même se faire tatouer. Cela signifie qu'elle se sent en danger dans notre système médical, qu'elle craint que si elle devait aller dans un hôpital où je ne travaille pas, comme elle a 83 ans et qu'elle est très fragile et vulnérable, elle pourrait être ciblée.

Il est triste de voir quelqu'un aller jusque-là pour s'opposer à cette pratique qui est légalement à la disposition des gens qui en font la demande, mais qu'elle ressent le besoin de faire tatouer son corps fragile de 83 ans. Je vous demanderais de ne pas nous voir seulement comme des médecins qui veulent que nos droits soient protégés, mais comme des médecins qui ont cette relation thérapeutique avec leurs patients, et nous vous demandons de les protéger aussi, par notre entremise.

La présidente : Merci, docteur Bouchard.

Le sénateur Plett : Je serai très bref et je ne ferai qu'une observation. On a répondu à ma question lorsque la sénatrice Batters l'a posée, mais je tiens à faire une observation respectueuse.

Beaucoup d'entre nous ont participé à l'étude du projet de loi C-14. Le projet de loi C-14 était aussi difficile à étudier que le projet de loi C-7. C'est probablement la mesure législative la plus personnelle dont nous serons jamais saisis.

Dans le projet de loi C-14, ceux d'entre vous qui étaient au Sénat à l'époque se rappelleront à quel point le débat était respectueux, tant au comité qu'au Sénat. Lorsque les gens avaient des opinions différentes de la mienne ou d'autres, nous les respectons. Nous n'avons pas rabaisé les témoins en raison de leurs points de vue. De nombreux sénateurs partagent le point de vue de ces témoins. C'est mon cas.

Je serai heureux de répondre à vos questions sur ce que je pense de l'euthanasie, de la conception à la fin de la vie, mais là n'est pas la question. Nous demandons aux témoins de prendre le temps de venir ici pour répondre à nos questions en fonction de leurs compétences. Ce ne sont pas nécessairement des avocats, sénateur Cotter. Ce sont des médecins, et ils sont venus ici pour répondre à nos questions en tant que médecins. Nous devons les respecter. Je dois respecter ceux qui ne sont pas d'accord avec moi, et ceux qui ont la même opinion que moi doivent aussi être respectés.

La présidente : Sénateur Cotter, le sénateur Plett a mentionné votre nom, alors je me sens obligée de vous donner l'occasion de répondre à cela.

Le sénateur Cotter : C'est aimable de votre part. Le sénateur Plett et moi en parlerons lorsque le comité discutera de ces questions à l'avenir. Je veux simplement dire que je partage son point de vue sur la nécessité de respecter les témoins, mais pour ce qui est du débat sur le fond, lui et moi allons régler cette question au comité.

[Translation]

Senator Dupuis: Thank you for giving me the floor. I have no further questions. Thank you.

[English]

The Chair: To all three panellists, I want to say that you certainly have had us think a lot about your presentations. You can see how much senators think about these issues and are listening to you. I want you to understand that we are listening to you very carefully, and we respect you having taken the time to be here today. Thank you for coming on very short notice and being well prepared. Thank you for your presence today.

[Translation]

Thank you so much for being here today, I am very grateful to you.

[English]

I want to thank the panellists for coming this afternoon. We know that we put this week together very fast, and the fact that you made yourselves available — not just available but to even make a presentation — at such short notice is very much appreciated by us. The legal and constitutional committee members are very grateful to you, and we look forward to hearing from all of you.

This afternoon in the panel are Vince Calderhead, Lawyer, from Pink Larkin; Dr. Harvey Schipper, Professor of Medicine and Adjunct Professor of Law, University of Toronto; Disability Rights Coalition of Nova Scotia, Claire McNeil, Lawyer from Dalhousie Legal Aid Service.

Panellists, I can only give you five minutes, so please keep your remarks short. Thank you very much. We'll start with Mr. Calderhead.

Vince Calderhead, Lawyer, Pink Larkin, as an individual: My name is Vince Calderhead. I'm a lawyer and have been for 35-odd years. My background through legal aid, and now in my current practice, is exclusively in the area of social and economic rights, that is to say income support and housing for the poorest of the poor. My clients are typically, not always but typically, people with disabilities. Most recently — and perhaps what brings me to make a presentation to this committee. In the past many years, but intensively for the past three years, myself and others have been involved in a very focused human rights act proceeding in Nova Scotia, the core of which is about the discriminatory lack of supports and services for people with disabilities, that is to say in comparison with people who would qualify for social assistance, generally, non-disabled people. The situation in Nova Scotia is so bad that the matter is now before the Nova Scotia Court of Appeal.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Merci de m'avoir donné la parole. Je n'ai pas d'autres questions. Merci.

[Traduction]

La présidente : Je tiens à dire aux trois témoins que vous nous avez certainement donné matière à réflexion. Vous pouvez voir à quel point les sénateurs réfléchissent à ces questions et vous écoutent. Je veux que vous compreniez que nous vous écoutons très attentivement et que nous apprécions que vous ayez pris le temps de vous joindre à nous aujourd'hui. Merci de l'avoir fait malgré un très court préavis et d'être bien préparés. Je vous remercie de votre présence aujourd'hui.

[Français]

Merci infiniment de votre présence ici, je vous en suis reconnaissante.

[Traduction]

Je tiens à remercier les témoins de se joindre à nous cet après-midi. Nous savons que nous avons organisé cette semaine très rapidement, et nous vous sommes très reconnaissants de vous être libérés — et en plus de nous présenter un exposé — avec un préavis aussi court. Les membres du Comité des affaires juridiques et constitutionnelles vous en sont très reconnaissants, et nous avons hâte de vous entendre tous.

Nous accueillons cet après-midi Vince Calderhead, avocat, de Pink Larkin; le Dr Harvey Schipper, professeur de médecine et professeur adjoint de droit, Université de Toronto; Claire McNeil, avocate, Service d'aide juridique de Dalhousie, Disability Rights Coalition of Nova Scotia.

Mesdames et messieurs les témoins, je ne peux vous accorder que cinq minutes, alors je vous demanderais d'être brefs. Merci beaucoup. Nous allons commencer par M. Calderhead.

Vince Calderhead, avocat, Pink Larkin, à titre personnel : Je m'appelle Vince Calderhead. Je suis avocat depuis environ 35 ans. Mon expérience dans le domaine de l'aide juridique, et maintenant dans ma pratique actuelle, se situe exclusivement dans le domaine des droits sociaux et économiques, c'est-à-dire le soutien du revenu et le logement pour les plus pauvres parmi les pauvres. Mes clients sont habituellement, pas toujours, mais généralement, des personnes handicapées. Plus récemment — et c'est peut-être ce qui m'amène à faire un exposé devant ce comité... Au cours des dernières années, mais de façon intensive depuis trois ans, moi-même et d'autres personnes avons participé à l'étude d'une loi très ciblée sur les droits de la personne en Nouvelle-Écosse. Cette loi porte essentiellement sur le manque discriminatoire de soutien et de services pour les personnes handicapées, c'est-à-dire par rapport aux personnes qui seraient admissibles à l'aide sociale, généralement des personnes non

I really wanted to take a moment to give you the highlights of this situation as it exists in Nova Scotia. Supports and services for people with disabilities — and by that I mean the supports and assistance required to live in community, that is to say a place to live, support staff for those who require it and the kinds of supports that would be required to go through one's day, whether it's bathing, eating, going to shops or whatever — are in very short supply. Over 1,000 people with disabilities want out of institutions in Nova Scotia, and they want to enjoy the right to community living. Unfortunately, there has been a freeze or cap on the opening of additional community spaces since the mid-1990s. As a result, the current wait list is over 1,600 people, and the wait that they endure goes on for many, many years. As a result, people often give up waiting.

With that kind of background — and the Court of Appeal will be rendering a discrimination ruling fairly soon about that — when I review the provisions of Bill C-7, there are two things that come to mind. First of all, there is a requirement to provide counselling for persons with disabilities in clause 3.1[g]. The idea of the counselling, clearly, is to ensure that people with disabilities are aware or made aware of services that could provide support to them, so that they can then exercise a meaningful choice about whether to end their lives.

Our submission is the fact that our very focused and intensive litigation in the last few years leaves absolutely no doubt at all that, in Nova Scotia, those services simply are not available in a timely way for people who don't have them and who do need them.

What is the impact there? There are two things. First, the provision counselling sends a message to people with disabilities, but to Canadians more generally, that they are being offered a choice, or that choices are available. The reality is that way too often in Nova Scotia, that kind of suggestion is a complete sham. Those services are not available, certainly not in a timely way.

The second point, more broadly, is that people with disabilities facing and enduring this kind of social context have their real-life choices constrained by the absence of these supports and services. As a result, you will very often hear that people have chosen to end their lives because they can't take institutionalization any longer, they can't take the lack of services, they're living in homeless shelters. It's really those that ought to be addressed, rather than providing an open door for them to end their lives. It's the contextual misery that needs to be addressed. There are ways to do that, of course, and Canada used to have a very robust federal-provincial cost-sharing arrangement

handicapées. La situation en Nouvelle-Écosse est tellement grave que l'affaire est maintenant devant la Cour d'appel de la province.

Je voulais vraiment prendre un moment pour vous donner les faits saillants de la situation telle qu'elle existe en Nouvelle-Écosse. Il y a une grave pénurie de soutiens et de services pour les personnes handicapées. J'entends par là le soutien et l'aide nécessaires pour vivre dans la collectivité, c'est-à-dire un logement, du personnel de soutien pour ceux qui en ont besoin et l'aide nécessaire au cours de la journée, qu'il s'agisse de prendre un bain, de manger, d'aller faire des courses ou ailleurs. En Nouvelle-Écosse, plus de 1 000 personnes handicapées veulent quitter le milieu institutionnel, et veulent avoir le droit de vivre dans la collectivité. Malheureusement, depuis le milieu des années 1990, on a gelé ou plafonné l'ouverture de nouvelles places en milieu communautaire. Par conséquent, la liste d'attente actuelle compte plus de 1 600 personnes, et l'attente dure de nombreuses années. Par conséquent, les gens finissent souvent par renoncer.

Dans ce contexte — et la Cour d'appel rendra bientôt une décision sur la discrimination à cet égard —, lorsque j'examine les dispositions du projet de loi C-7, deux choses me viennent à l'esprit. Tout d'abord, le paragraphe 3.1 g) exige de fournir des services de consultation aux personnes handicapées. De toute évidence, l'idée de la consultation est de veiller à ce que les personnes handicapées soient au courant des services qui pourraient les aider, afin qu'elles puissent ensuite prendre une décision éclairée à l'égard de leur fin de vie.

Selon nous, les litiges très ciblés et intenses des dernières années ne laissent aucun doute qu'en Nouvelle-Écosse, les services ne sont tout simplement pas offerts en temps opportun aux personnes qui en ont besoin.

Quel en est l'impact? Il y a deux choses. Tout d'abord, la disposition sur la consultation envoie un message aux personnes handicapées, et aux Canadiens en général, à savoir qu'on leur offre un choix ou que des choix sont disponibles. La réalité, c'est que trop souvent, en Nouvelle-Écosse, ce genre de suggestion n'est qu'un leurre. Ces services ne sont pas disponibles, certainement pas en temps opportun.

Le deuxième point, de façon plus générale, c'est que les personnes handicapées, qui doivent affronter et supporter ce genre de contexte social, sont limitées dans leurs choix de vie réels par l'absence de ces soutiens et services. Par conséquent, vous entendrez très souvent dire que les gens ont choisi de mettre fin à leurs jours parce qu'ils ne supportent plus de vivre en établissement, parce qu'ils ne peuvent plus accepter le manque de services, ou parce qu'ils vivent dans des refuges pour sans-abri. Ce sont vraiment ces problèmes qu'il faut régler, plutôt que de leur donner la possibilité de mettre fin à leurs jours. C'est la misère contextuelle qu'il faut régler. Il y a des façons de

that required essential public services of reasonable quality, as is contemplated by section 36 of the Constitution. That has now fully fallen off the rails, certainly for people with disabilities.

I think the remedy here, as lawyers say, is really to hit the pause button on this legislation because the governments for the last two decades have fully allowed social services to deteriorate to the point that now opening the door for people with disabilities to end their lives is simply an acceptable, morally, ethically and quite probably constitutionally from an equality rights —

The Chair: Mr. Calderhead, I'm going to have to — I apologize.

Mr. Calderhead: That's fine.

The Chair: We will now go to Dr. Schipper.

Dr. Harvey Schipper, Professor of Medicine and Adjunct Professor of Law, University of Toronto, as an individual: Thank you very much. I very much appreciate the opportunity to meet with you and to help in any way that I can in these very difficult deliberations. This is not an easy issue to resolve. I've been involved in it for quite a long time. In many respects, it's intractable. Though you will ultimately come to a decision, the opportunity you provided for many of us to have our voices heard is much appreciated.

My interest is both personal and professional. I'm an oncologist. Among other things, I opened the now core discipline of quality of life research worldwide, and it culminated in the creation of the WHO Collaborating Centre for Quality of Life Research in Cancer, in Winnipeg, three decades ago. In addition to running a regional cancer program, I was a global leader in the development of palliative care.

I've also found myself at the centre of very sensitive high-profile public policy issues. For example, I was a founding member of the board of directors of Canadian Blood Services in that very difficult time of the tainted blood crisis. More recently, I served on the Council of Canadian Academies' expert panel on medical assistance in dying.

I have been painted by some advocates, such as Dying With Dignity Canada, as a shrill opponent of assisted dying. As my record clearly shows — and you have parts of it — I am not. My concerns can be summarized in four areas leading to three quite specific recommendations.

le faire, bien sûr, et le Canada avait auparavant une entente fédérale-provinciale très solide de partage des coûts qui exigeait des services publics essentiels de qualité raisonnable, comme le prévoit l'article 36 de la Constitution. La situation a maintenant complètement déraillé, certainement pour les personnes handicapées.

Je pense que la solution ici, comme le disent les avocats, est vraiment de suspendre l'étude de ce projet de loi parce que les gouvernements des deux dernières décennies ont laissé les services sociaux se détériorer à un point tel que maintenant, il est tout simplement acceptable du point de vue moral, éthique et probablement constitutionnel sous l'angle des droits à l'égalité, de donner aux personnes handicapées la possibilité de mettre fin à leurs jours...

La présidente : Monsieur Calderhead, je vais devoir... Excusez-moi.

M. Calderhead : C'est bien.

La présidente : Nous allons maintenant passer à M. Schipper.

Dr Harvey Schipper, professeur de médecine et professeur adjoint de droit, Université de Toronto, à titre personnel : Merci beaucoup. Je suis très heureux d'avoir l'occasion de vous rencontrer et de vous aider autant que je le peux dans ces délibérations très difficiles. Ce n'est pas un problème facile à résoudre. Je m'y intéresse depuis longtemps. À bien des égards, c'est insoluble. Même si vous finirez par prendre une décision, la possibilité que vous avez donnée à bon nombre d'entre nous de nous faire entendre est très appréciée.

Mon intérêt est à la fois personnel et professionnel. Je suis oncologue. Entre autres choses, j'ai ouvert la discipline maintenant fondamentale de la recherche sur la qualité de vie dans le monde, et cela a abouti à la création du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche sur la qualité de vie en cancérologie, à Winnipeg, il y a 30 ans. En plus de diriger un programme régional de lutte contre le cancer, j'ai été un chef de file mondial dans le développement des soins palliatifs.

Je me suis également retrouvé au centre de questions de politique publique très délicates et très médiatisées. Par exemple, j'ai été membre fondateur du conseil d'administration de la Société canadienne du sang pendant la période très difficile de la crise du sang contaminé. Plus récemment, j'ai fait partie du groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir du Conseil des académies canadiennes.

Certains militants, comme Dying With Dignity Canada, m'ont décrit comme un farouche opposant à l'aide médicale à mourir. Comme mon dossier l'indique clairement — et vous en avez des parties —, ce n'est pas le cas. Mes préoccupations peuvent être résumées en quatre points qui mènent à trois recommandations très précises.

The first is that the Government of Canada, in opening this window in the criminal law to allow MAID, still has a very important obligation to oversee that the opening in the window is managed in a way commensurate with the intent of both the court decisions, *Carter* and other, and the legislation that comes forward.

The second thing is that Bill C-14 explicitly mandated the very careful, detailed examination of our experience before moving forward. That was to happen at about the five-year point, and that time is coming now. It did that because it recognized the complexity of the issue and that we would have to really understand what was going on. Mature minors, advance directives and mental illness as a sole criterion were to be the focus, but not the sole focus.

Third, in *Carter, Truchon*, Bill C-14 and now Bill C-7, we're taking a legal approach to what is, in fact, a medical issue. I can cite many issues, including a very tragic one in the United States where legal argument around access, like those being offered now, led to hundreds of women coming to a premature death, or inappropriate marrow transplantation to prevent their breast cancer from coming back. When trials were finally done, over great moral objection, three of the four trials found that those patients were harmed, and the fourth trial was found to be overtly fraudulent. This is what happens when we use the wrong metric. The damage to patients and to medicine of belief overriding evidence is felt to this day. The other thing is the concept of autonomy that the court used. I understand, but it actually comes from a very narrow perspective that's not shared by many other people in our country.

So the three recommendations are: We need to examine in much greater depth than the initial report that came out in July does. We have to get the first-person experience of what it really means to be in this situation; we have to establish clear standards for the selection, training and active oversight of MAID providers and assessors; and we have to ask the right questions of patients and providers to get that information. I'd be glad to help with that.

Let me leave one concluding thought with you. That is, while no other jurisdiction has done this, we've created a new law out of a handful of cases. Now we must learn from that new law by the firsthand, lived, clinical experience of 13,000 and growing Canadians. We have not set up the mechanisms, the processes or the means of doing that properly. We need to understand that before we move forward. Thank you very much for the opportunity to be with you.

La première, c'est que le gouvernement du Canada, en ouvrant cette fenêtre dans le droit pénal pour permettre l'aide médicale à mourir, a toujours l'obligation très importante de veiller à ce que l'ouverture de la fenêtre soit gérée de façon à correspondre à la fois à l'intention des décisions judiciaires, *Carter* et d'autres, et au projet de loi qui est présenté.

La deuxième chose, c'est que le projet de loi C-14 exigeait explicitement un examen très minutieux et détaillé de notre expérience avant d'aller de l'avant. Cela devait se faire au bout d'environ cinq ans, et le moment est venu. Cette exigence a été imposée parce qu'on reconnaissait la complexité du problème et la nécessité de comprendre ce qui se passait. L'examen devait être centré sur les mineurs matures, les directives anticipées et la maladie mentale, mais pas uniquement.

Troisièmement, dans *Carter, Truchon*, le projet de loi C-14 et maintenant le projet de loi C-7, nous adoptons une approche juridique pour ce qui est, en fait, un problème médical. Je peux citer de nombreux cas, y compris un cas très tragique aux États-Unis où des arguments juridiques concernant l'accès, comme ceux qui sont avancés maintenant, ont mené des centaines de femmes à un décès prématuré ou à subir une greffe de moelle osseuse inappropriée pour prévenir la réapparition de leur cancer du sein. Lorsque des essais ont finalement été effectués, en dépit de graves objections morales, trois des quatre essais ont révélé que ces patientes avaient subi un préjudice, et le quatrième essai s'est révélé manifestement frauduleux. C'est ce qui se produit lorsque nous utilisons la mauvaise mesure. Les dommages causés aux patients et à la médecine lorsqu'on laisse les croyances l'emporter sur les données probantes se font encore sentir aujourd'hui. L'autre chose, c'est le concept d'autonomie que la cour a utilisé. Je comprends, mais il s'agit en fait d'une perspective très étroite qui n'est pas partagée par beaucoup d'autres personnes dans notre pays.

Je ferais donc trois recommandations. Nous devons examiner la question beaucoup plus en profondeur que ne le fait le rapport initial qui a été publié en juillet. Nous devons savoir ce que cela signifie vraiment d'être dans cette situation; nous devons établir des normes claires pour la sélection, la formation et la surveillance active des fournisseurs et des évaluateurs de l'AMM; et nous devons poser les bonnes questions aux patients et aux fournisseurs pour obtenir cette information. Je serais heureux de vous aider à cet égard.

Permettez-moi de terminer sur cette note. Bien qu'aucune autre administration ne l'ait fait, nous avons créé une nouvelle loi à partir de quelques causes. Nous devons maintenant tirer des leçons de cette nouvelle loi à partir de l'expérience clinique vécue par 13 000 Canadiens, dont le nombre augmente de plus en plus. Nous n'avons pas établi les mécanismes, les processus ou les moyens pour le faire correctement. Nous devons comprendre cela avant d'aller de l'avant. Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de me joindre à vous.

The Chair: Thank you, Dr. Schipper.

Claire McNeil, Lawyer, Disability Rights Coalition of Nova Scotia: Thank you very much for inviting me to speak here. I'm following Mr. Calderhead's comments and I am also from Nova Scotia, so I plan not to repeat his very detailed and eloquent description of what people with disabilities face in Nova Scotia in their efforts to access their necessities of life. I've also had the honour of following Dr. Schipper, who obviously has a great deal of expertise and experience in this area and speaks very strongly of the need to have careful monitoring, evaluation and review of the data under the current legislation before even thinking about passing a bill, such as this. His recommendation is very much consistent with that of the group that I'm appearing on behalf of, which is a Disability Rights Coalition of Nova Scotia, a non-governmental organization that's made up of 32 other provincial organizations, many individuals committed to the equality rights of people with disabilities and the rights as guaranteed under the convention of the rights of persons with disabilities.

I will focus again, like Mr. Calderhead, on one particular aspect of this bill. I've provided my speaking notes to members of the committee and I don't plan to repeat what's in those notes. Those are available to committee members, I'm assuming, and I'm happy to answer any questions you might have about those notes. But I want to just speak about the notion of safeguards. I think this is an area that Mr. Calderhead has spoken about as well.

The reason that I'm focusing on this is because it's something that has been a top-of-mind concern for people with disabilities in this province for some time, in the fact that they do not have meaningful access to the kinds of disability support services that are anticipated in this bill. Right away, that caused a great deal of concern for people reading this proposed legislation because to suggest that safeguards are necessary presumably means something more than simply counselling someone about what are non-existent services. It's important that those services actually exist in fact.

The meaningful access to the disability support services envisaged by Bill C-7 doesn't exist in Nova Scotia currently. People with disabilities in need — and I should explain that phrase. By that I mean those living in poverty who have no other resources or abilities to meet their needs and find themselves unnecessarily institutionalized in Nova Scotia in homeless shelters, hospitals, jails and other provincially funded facilities. This is well documented. On the other hand, there are many other people who are not so institutionalized who find themselves facing extremely long delays, in some cases decades-long delays, and an indefinite wait list in order to obtain the community-based services and the kind of disability support services envisaged by this bill that will allow them to live in the community. It's very well documented here in Nova Scotia.

La présidente : Merci, docteur Schipper.

Claire McNeil, avocate, Disability Rights Coalition of Nova Scotia : Merci beaucoup de m'avoir invitée à prendre la parole ici. M. Calderhead a parlé avant moi et je viens moi aussi de la Nouvelle-Écosse. Je n'ai donc pas l'intention de répéter sa description très détaillée et éloquente de ce à quoi font face les personnes handicapées en Nouvelle-Écosse dans leurs efforts pour accéder aux nécessités de la vie. J'ai aussi eu l'honneur de prendre la parole après le Dr Schipper, qui a évidemment beaucoup d'expertise et d'expérience dans ce domaine et qui a souligné énergiquement la nécessité de surveiller, d'évaluer et d'examiner soigneusement les données en vertu de la loi actuelle avant même de songer à adopter un projet de loi comme celui-ci. Sa recommandation est tout à fait conforme à celle du groupe que je représente, soit la Disability Rights Coalition of Nova Scotia, une organisation non gouvernementale composée de 32 autres organisations provinciales, de nombreuses personnes qui se sont engagées à défendre les droits à l'égalité des personnes handicapées et les droits garantis par la convention des droits des personnes handicapées.

Comme M. Calderhead, je vais revenir sur un aspect particulier du projet de loi. J'ai remis mes notes d'allocation aux membres du comité et je n'ai pas l'intention de les répéter. Je suppose que les membres du comité peuvent les consulter et je serai heureuse de répondre à vos questions sur ces notes. Mais je veux seulement parler des mesures de sauvegarde. Je pense que M. Calderhead en a aussi parlé.

Si j'insiste là-dessus, c'est parce que c'est une question qui préoccupe depuis un certain temps les personnes handicapées de la province en ce sens qu'elles n'ont pas vraiment accès aux services de soutien aux personnes handicapées prévus dans le projet de loi. Tout de suite, cela a suscité beaucoup d'inquiétude chez les gens qui ont lu le projet de loi. En effet, lorsqu'on laisse entendre que des mesures de sauvegarde s'imposent, il ne s'agit sans doute pas seulement de conseiller quelqu'un au sujet de services inexistantes. Il est important que ces services existent réellement.

À l'heure actuelle, l'accès aux services de soutien aux personnes handicapées prévu dans le projet de loi C-7 n'existe pas en Nouvelle-Écosse. Les personnes handicapées dans le besoin — et je devrais expliquer ce que j'entends par là. Je veux parler de ceux qui vivent dans la pauvreté et qui n'ont pas d'autres ressources ou capacités pour répondre à leurs besoins et qui, en Nouvelle-Écosse, se retrouvent inutilement placés dans des refuges pour sans-abri, des hôpitaux, des prisons et d'autres établissements financés par la province. C'est bien documenté. D'un autre côté, il y a beaucoup d'autres personnes qui ne sont pas aussi institutionnalisées et qui font face à des délais extrêmement longs, de plusieurs décennies dans certains cas, et à une liste d'attente indéfinie pour obtenir des services dans la collectivité et le genre de services de soutien aux personnes

Nova Scotia might be an extreme example of this problem, but I don't think it's unique. I think it's wrong to view it as sufficient to provide for counselling for services that exist only on paper.

The notion of autonomy that seems to underlie this bill is a fiction in the absence of true equality and access to the necessities of life. Our position is that before moving forward with this type of legislation to broaden the availability of medical assistance in ending one's life, that precondition would be to ensure that the proper services are in place for people with disabilities.

Our concern is that the approach taken in this bill in speaking of counselling regarding safeguards without any true examination of whether people with disabilities have meaningful access to those safeguards is rooted in a society designed around the needs of able-bodied people, where the true needs of people with disabilities are ignored or relegated to second-class status. Our recommendation, like Dr. Schipper's and not unlike Mr. Calderhead's, is that this bill must be put on hold until there has been a true consultation with first voice individuals and a thorough review of the monitoring information and evaluation of the current legislation before moving forward to broaden this area of the law.

Those are my comments.

The Chair: Thank you very much.

[Translation]

Senator Carignan: My question is for the witnesses from Nova Scotia. Can you tell us about palliative care in Nova Scotia? Do you have an idea of the number of available beds? Are there waiting lists?

When I looked at the data from the Parliamentary Budget Officer, I was not able to specifically identify the assistance that the federal government provides for palliative care. I am not sure whether there is any, and I don't know the extent of that federal assistance. So I would like to hear from you on the matter, given that you are in the trenches.

[English]

Ms. McNeil: I'm not sure who that question is directed at. Is it to Dr. Schipper?

[Translation]

Senator Carignan: My question goes to the witnesses from Nova Scotia, so to you and to Mr. Calderhead.

handicapées envisagés dans le projet de loi qui leur permettront de vivre dans la collectivité. C'est très bien documenté ici en Nouvelle-Écosse. La Nouvelle-Écosse est peut-être un exemple extrême de ce problème, mais je ne pense pas que ce soit un cas unique. On ne doit pas croire qu'il suffit de prévoir des services de counselling qui n'existent que sur papier.

La notion d'autonomie qui semble sous-tendre ce projet de loi est une fiction en l'absence d'une véritable égalité et d'un accès aux nécessités de la vie. Nous sommes d'avis qu'avant d'aller de l'avant avec ce genre de projet de loi visant à élargir la disponibilité de l'aide médicale à mourir, la condition préalable serait de s'assurer que les services appropriés sont en place pour les personnes handicapées.

Ce qui nous préoccupe à propos du counselling, c'est que l'approche que l'on a adoptée dans ce projet de loi à l'égard des mesures de sauvegarde sans avoir vraiment vérifié si les personnes handicapées avaient vraiment accès à ces mesures est enracinée dans une société conçue pour répondre aux besoins des personnes sans handicap, alors que les véritables besoins des personnes handicapées sont ignorés ou relégués au second rang. Notre recommandation, comme celle du Dr Schipper et un peu comme celle de M. Calderhead, c'est que ce projet de loi doit être mis en veilleuse jusqu'à ce qu'il y ait eu une véritable consultation avec les premiers intervenants et un examen approfondi de la surveillance et de l'évaluation de la loi actuelle avant d'aller de l'avant pour élargir ce domaine de la loi.

Voilà ce que j'avais à dire.

La présidente : Merci beaucoup.

[Français]

Le sénateur Carignan : Ma question s'adresse aux témoins de la Nouvelle-Écosse. Pouvez-vous nous parler des soins palliatifs en Nouvelle-Écosse? Avez-vous une idée du nombre de lits disponibles? Y a-t-il des listes d'attente?

Lorsque j'ai consulté les données du directeur parlementaire du budget, je n'ai pas été en mesure d'identifier de façon spécifique l'aide que le gouvernement fédéral consacre aux soins palliatifs. Je ne suis pas sûr qu'il y en a et je ne sais pas de quel ordre est cette aide fédérale, alors j'aimerais vous entendre à ce sujet, vous qui êtes sur le terrain.

[Traduction]

Mme McNeil : Je ne sais pas à qui cette question s'adresse. S'adresse-t-elle au Dr Schipper?

[Français]

Le sénateur Carignan : Ma question s'adresse aux témoins de la Nouvelle-Écosse, donc à vous et M. Calderhead.

[English]

Ms. McNeil: I'll just lead off and Mr. Calderhead, I'm sure, will have further to add to this. The availability of palliative care I can speak only in the most general terms. Any non-hospital-based services in Nova Scotia are in extremely short supply. So I don't have any data to provide you on the specifics of your question, except to say that there is a very great divide between what is available in institutions like hospitals and what people can access in the community.

What has resulted as a result of that is that hospital beds are now being filled with people who don't need to be there, who could be living in a more humane environment in the community, whether palliative or otherwise, who instead have to remain in hospital while they wait for the type of community-based supports and services they need to be made available.

We had a witness at a recent human rights hearing from the Nova Scotia Health Authority, a very senior individual, Dr. Scott Theriault, who said each year when he meets with the provincial government, that is the number one problem facing the health system, the fact that there are not community-based supports and services for patients who need to leave the hospital. There is no medical or legal reason for them to be there, but they are unable to leave because of this lack of community-based services.

I'm sorry that I'm not able to provide more specifics to you in relation to palliative care, but those would be my comments with respect to that issue.

Mr. Calderhead: Maybe I can just add a couple of words to what Ms. McNeil has informed you about. My area is not medical or health care facilities that are available, including palliative care. Mine are more generally on the ongoing supports and services in the form of social assistance available to all Nova Scotians, but particularly those who need them, that is to say people with disabilities.

The overriding point is that these services simply are not available. As a result, the disproportionate impact of who it is who is interested in considering the MAID health care, or death care I should say, is too often people with disabilities who have simply given up because they're remaining in institutions.

So palliative care really for too many of my clients is not the issue. It's that their quality of life has been allowed to drop to such an abysmal level, as found by you and human rights treaty bodies, that they are not in a position where their choice is fully open and unconstrained.

[Traduction]

Mme McNeil : Je vais commencer et je suis sûr que M. Calderhead aura quelque chose à ajouter. Je ne peux parler de la disponibilité des soins palliatifs qu'en termes très généraux. En Nouvelle-Écosse, il y a très peu de services en dehors des hôpitaux. Je n'ai donc pas de données à vous fournir sur les éléments précis de votre question, sauf pour dire qu'il y a un très grand fossé entre ce qui est disponible dans les institutions comme les hôpitaux et ce à quoi les gens peuvent avoir accès dans la collectivité.

Il en résulte que des lits d'hôpitaux sont maintenant occupés par des gens qui n'ont pas besoin d'être là, qui pourraient vivre dans un environnement plus humain dans la collectivité, qu'il s'agisse de soins palliatifs ou autres, mais qui doivent plutôt rester à l'hôpital pendant qu'ils attendent le type de soutien et de services communautaires dont ils ont besoin.

Lors d'une récente audience sur les droits de la personne, nous avons entendu un témoin de l'autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse, une personne très haut placée, le Dr Scott Theriault, qui dit chaque année, lorsqu'il rencontre le gouvernement provincial, que le principal problème auquel fait face le système de santé, c'est l'absence, au niveau communautaire, de soutiens et de services pour les patients qui doivent quitter l'hôpital. Il n'y a aucune raison médicale ou juridique pour qu'ils soient là, mais ils ne peuvent pas partir à cause de ce manque de services communautaires.

Je suis désolée de ne pas pouvoir vous donner plus de détails sur les soins palliatifs, mais c'est ce que je voulais dire à ce sujet.

M. Calderhead : Je pourrais peut-être ajouter quelques mots à ce que Mme McNeil vous a dit. Mon domaine n'est pas celui des établissements médicaux ou de soins de santé, ou des soins palliatifs. De façon plus générale, je m'intéresse aux mesures de soutien et aux services continus sous forme d'aide sociale offerts à tous les Néo-Écossais, mais plus particulièrement à ceux qui en ont besoin, c'est-à-dire les personnes handicapées.

Ce qu'il faut retenir, c'est que ces services ne sont tout simplement pas disponibles. Par conséquent, l'AMM intéresse de façon disproportionnée les personnes handicapées du fait que, trop souvent, elles renoncent simplement à vivre parce qu'elles séjournent dans un établissement.

Les soins palliatifs ne sont donc pas vraiment la source du problème pour un trop grand nombre de mes clients. C'est que leur qualité de vie a été ramenée à un niveau tellement lamentable, comme vous-mêmes et les organismes de défense des droits de la personne l'avez constaté, qu'ils ne sont pas en mesure de faire un choix vraiment librement et sans contrainte.

[Translation]

Senator Carignan: Thank you. Do I have any more time, Madam Chair?

The Chair: You do not, Senator Carignan, but I will mark you down for the second round.

[English]

Senator Batters: My question is to Dr. Harvey Schipper. We've had witnesses suggest that Bill C-7 should be amended with the insertion of a sunset clause on the exclusion of MAID from people with mental illness as a sole underlying condition.

Senator Plett: I think, Senator Batters, you should repeat what you said. I don't think any witnesses heard anything until now.

Senator Batters: Okay. I'll go a little closer to the mic if that helps. My question is to Dr. Schipper.

We've had witnesses suggest that Bill C-7 should be amended with the insertion of a sunset clause on the exclusion from MAID of people with mental illness as a sole underlying condition. Some have argued that this prohibition should be dropped in as short a time as six months. Even the justice minister, whose job it is to defend this legislation, has stated that he hopes excluding mental illness as a sole underlying condition would be only temporary.

Let's be clear. What we're talking about here is this would be a sunset clause to actually sunset the lives of vulnerable Canadians. Parliament already voted in Bill C-14 that more study was needed on the issue of MAID being extended to people with mental illness, minors and for advance requests. Now proponents of expanding assisted suicide are trying to force the government's hand, regardless of Parliament's instructions, a total lack of consensus in the mental health community and a backlash from vulnerable Canadians.

Dr. Schipper, do you believe we should consider a sunset clause for the exclusion of the sole condition of mental illness? And if not, why not? Thank you.

Dr. Schipper: I heard about that. No, I couldn't begin to support it on my last day on earth.

Let me take you inside the Council of Canadian Academies' deliberations. I was part of the advance directives panel but was very close to what was happening, as we all were, in the mental

[Français]

Le sénateur Carignan : Merci. Ai-je encore du temps, madame la présidente?

La présidente : Vous n'avez plus de temps, sénateur Carignan, mais je vous inscris pour le deuxième tour.

[Traduction]

La sénatrice Batters : Ma question s'adresse au Dr Harvey Schipper. Des témoins nous ont dit que le projet de loi C-7 devrait être modifié par l'insertion d'une disposition de temporisation visant à exclure l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes d'une maladie mentale comme seule condition sous-jacente.

Le sénateur Plett : Je crois, sénatrice Batters, que vous devriez répéter ce que vous avez dit. Je ne pense pas que les témoins aient entendu quoi que ce soit jusqu'à maintenant.

La sénatrice Batters : D'accord. Je vais me rapprocher un peu du micro si cela peut vous aider. Ma question s'adresse au Dr Schipper.

Des témoins nous ont dit que le projet de loi C-7 devrait être modifié par l'insertion d'une disposition de temporisation visant l'exclusion de l'AMM des personnes atteintes d'une maladie mentale comme seule condition sous-jacente. Certains ont fait valoir que cette interdiction devrait être levée en aussi peu que six mois. Même la ministre de la Justice, dont le travail consiste à défendre ce projet de loi, a dit espérer que l'exclusion de la maladie mentale comme condition sous-jacente unique ne serait que temporaire.

Soyons clairs. Ce dont nous parlons ici, c'est d'une disposition qui aurait pour effet de mettre un terme à la vie de Canadiens vulnérables. Le Parlement a déjà voté, dans le projet de loi C-14, qu'il fallait étudier davantage la question de l'aide médicale à mourir dans le cas des personnes atteintes de maladie mentale, des mineurs et des demandes anticipées. Maintenant, les partisans de l'expansion de l'aide au suicide essaient de forcer la main du gouvernement, peu importe les instructions du Parlement, un manque total de consensus dans le milieu de la santé mentale et une réaction négative de la part des Canadiens vulnérables.

Docteur Schipper, croyez-vous que nous devrions envisager une disposition de temporisation pour exclure la seule condition de la maladie mentale? Sinon, pourquoi pas? Merci.

Dr Schipper : J'en ai entendu parler. Non, même à mon dernier jour sur terre, je ne pourrais pas ne fût-ce que commencer à appuyer cette idée.

Permettez-moi de vous parler des délibérations du Conseil des académies canadiennes. J'ai fait partie du groupe chargé d'étudier les directives anticipées, mais je suivais de très près,

health panel. Nowhere more so than in that panel was the lack of understanding of means of gathering evidence and decision-making culture between lawyers and doctors more profound. The lawyers would say, we have a case, the case has been adjudicated and the law is clear. And medical professionals would say, that may be true in black-letter law, but in medicine at the bedside, it's simply not the case.

Let me give you a couple of examples of this kind of thing. Firstly, one of the characteristics of mental health disorders is they're very much less predictable as to their outcome than a lot of other things, like the cancers I treat.

The second thing is they are very deeply cultural and amenable to all sorts of interventions, drug and otherwise. There are times when all of us can feel very black and can't see the sun rising in the morning. Let me give you a direct clinical example of one of those. I was asked to see a patient — and I'm not a MAID assessor, I'm not a MAID provider, but a professor of medicine and an oncologist and all that stuff. This was an elderly, very alert woman who had a fall and had what is called a subdural hematoma. It is a very slow bleed over the surface of the head. It doesn't cause pain but can cause all sorts of deterioration of mental function in an unpredictable way. This woman said, "I want MAID." Now, MAID wasn't the law, quite then. "I want MAID. I don't want to go on."

She repeated this over several days. To anyone listening from the outside, she seemed rational and reasonable and committed. As it happened, a neurosurgeon came in and said, "I can fix this with a very simple procedure." They did the procedure. A week or so later, she was fully back to normal. The neurosurgeon said, "You had made a very strong, convincing argument for MAID and maybe, a few months from now, that would have been possible. And you sustained it for a while." She said, "I wasn't in my right mind. That subdural changed my thinking. That's not the way I think."

That is just one example. To bring in a more permissive intervention, I don't think anything should be sunset. I don't think we should make it less accessible or more accessible until we really understand. A sunset clause, frankly, strikes me as politically dishonest.

The Chair: Thank you, Dr. Schipper.

Senator Dalphond: My question is for the three panellists but most especially for Dr. Schipper. What do you say to those who state that the only option left, if we don't broaden access to MAID, will be to resort to either suicide or to go to Switzerland to one of these clinics that are providing MAID?

comme nous tous, ce qui se passait dans le groupe chargé de la question de la santé mentale. L'incompréhension, entre avocats et médecins, des moyens de recueillir des preuves et de la culture décisionnelle n'était nulle part plus flagrante que dans ce groupe. Les avocats disaient : nous avons une bonne cause, la question a été tranchée et la loi est claire. Et les médecins : c'est peut-être vrai en droit, mais pas du tout en médecine, au chevet du patient.

Voici un ou deux exemples. Premièrement, l'une des caractéristiques des maladies mentales, c'est qu'elles sont beaucoup moins prévisibles que bien d'autres maladies, comme les cancers que je traite.

Deuxièmement, les maladies mentales ont une très importante dimension culturelle et elles se prêtent à toutes sortes d'interventions comme le recours aux médicaments. Il nous arrive tous de tout voir en noir et d'être incapables de voir le soleil se lever le matin. Voici un exemple clinique. On m'a demandé de voir une patiente. Précisons que je n'évalue pas les cas d'aide médicale à mourir et je n'offre pas ce service. J'enseigne la médecine, je suis oncologue. Ce genre de chose. Il s'agissait d'une dame âgée très lucide qui avait fait une chute et souffrait de ce qu'on appelle un hématome sous-dural. C'est une hémorragie très lente à la surface de la tête. Elle n'est pas douloureuse, mais elle peut causer toutes sortes de dégradations imprévisibles de la fonction mentale. Cette dame a réclamé l'AMM. À l'époque, l'AMM n'était pas autorisée par la loi. « Je veux l'AMM. Je ne veux pas continuer. »

Cette dame a répété sa demande pendant plusieurs jours. Aux yeux de tout observateur indépendant, elle semblait rationnelle, raisonnable et déterminée. Il se trouve qu'un neurochirurgien est venu la voir et a dit qu'une opération très simple suffisait pour régler le problème. L'opération a eu lieu et, une semaine après, la patiente avait retrouvé son état normal. Le neurochirurgien a dit : « Vous avez présenté un argument très solide et convaincant en faveur de l'aide médicale à mourir et peut-être que, quelques mois plus tard, cela aurait été possible. Et vous avez maintenu votre position pendant un bon moment. » Elle a répondu : « Je n'avais pas toutes mes facultés. Cet hématome avait changé mon raisonnement. Ce n'est pas ma façon de penser. »

Ce n'est qu'un exemple. Je ne crois pas qu'il faille prévoir une disposition de temporisation pour rendre possible une plus grande permissivité. Nous ne devons pas rendre l'AMM plus accessible ou moins accessible tant que nous n'aurons pas vraiment compris ce qui se passe. Franchement, une disposition de temporisation me semble relever de la malhonnêteté politique.

La présidente : Merci, docteur Schipper.

Le sénateur Dalphond : Ma question s'adresse aux trois témoins, mais plus particulièrement au Dr Schipper. Que dites-vous à ceux qui affirment que la seule option qui reste, si nous n'élargissons pas l'accès à l'AMM, sera le suicide ou le recours à l'une des cliniques suisses qui offrent l'AMM?

Dr. Schipper: Though I'm not a MAID assessor or provider and on grounds of, I suppose, conscience, I will not be one, I do see that there is a place for such. The real issue is addressing the basis of people's suffering. It may well be that there are circumstances where, despite our best efforts, even with good facilities in place, dealing with the issues that Mr. Calderhead had raised, you can't relieve that suffering. I know of such cases, and that's fine. But what I am hearing, frequently, is that that suffering is not being explored. We document it.

If you look in the report that came out in July, in section 6.0, it talks about 78% of the people, for example, having difficulty engaging in normal activities. There is a whole list of things. But nowhere does the report bear down and say, "Okay. So what was done to address that?" And I can cite case after case where that question isn't asked. In other words, in a way, MAID is a therapeutic option beside morphine, antibiotics and surgery.

Really, this was conceived, even in *Carter*, as a last resort when other means of relieving the suffering, are addressed. What we aren't doing is being very aggressive about saying we need to not only identify the suffering; we need to understand it. If we understand it, if we have done our best and if we can't meet it, I think in a very small proportion of cases this is what we are left with. But you know what? Each one of those cases should be a reminder to us of how we have failed as a caring community. If all we can do to relieve suffering is to end someone's life, then it says to us, why is that the case? What can we do to make it better?

Senator Dalphond: Sorry to interrupt. I understand and we agree that there will be some limited cases where this is the only option left and that it makes sense for the decision that was made. But for the other cases, you say that it's a failure to understand the source of the suffering and to address it. Do you think we should ask for more stringent safeguards for those making assessments in order that they address specifically that issue?

Dr. Schipper: For sure. It's like any other specialty training. You have to understand it and have a skill set. We don't have that kind of training. I have heard a number of stories of people who don't understand and who aren't prepared to or capable of probing that deeply. The biggest safeguard is education.

The Chair: Thank you, Dr. Schipper.

Senator Plett: Welcome, witnesses. My question is for Dr. Schipper. Doctor, we have learned in the last few days that there is absolutely no consensus on the best way forward on this

Dr Schipper : Bien que je n'évalue pas les cas d'aide médicale à mourir et que je n'offre pas ce service, et même si, pour des raisons de conscience sans doute, je ne le ferai jamais, j'estime que cette aide a sa place. Le vrai problème, c'est le traitement de la souffrance. Il se peut fort bien qu'il y ait des circonstances où, malgré tous nos efforts, même avec de bonnes installations en place et si on règle les problèmes soulevés par M. Calderhead, il est impossible de soulager cette souffrance. Je connais de tels cas, et l'AMM est alors acceptable. Mais ce que j'entends souvent, c'est que nous n'examinons pas les causes de la souffrance. Nous la décrivons.

Prenez le rapport publié en juillet. À la section 6.0, il est dit qu'environ 78 % des gens ont du mal à s'adonner à des activités normales. Il y a toute une liste de choses. Mais le rapport ne dit nulle part : « Très bien, mais qu'a-t-on fait pour régler ce problème? » Et je peux citer de nombreux cas où cette question n'est pas posée. Autrement dit, d'une certaine façon, l'AMM est considérée comme une option thérapeutique au même titre que la morphine, les antibiotiques et la chirurgie.

En fait, l'AMM a été conçue, même dans l'arrêt *Carter*, comme un dernier recours, lorsque sont épuisés les autres moyens de soulager la souffrance. Ce que nous ne faisons pas, c'est affirmer énergiquement qu'il faut non seulement décrire la souffrance, mais aussi la comprendre. Si nous la comprenons, si nous avons fait de notre mieux et si nous ne pouvons pas la soulager, l'AMM est tout ce qu'il nous reste dans une infime proportion des cas. Mais vous savez quoi? Chacun de ces cas devrait nous rappeler que c'est là un échec des services de santé. Si tout ce que nous pouvons faire pour soulager la souffrance est de mettre fin à la vie d'une personne, il y a lieu de se demander pourquoi. Que pouvons-nous faire pour améliorer la situation?

Le sénateur Dalphond : Désolé de vous interrompre. Je comprends et nous sommes d'accord pour dire qu'il y a un nombre limité de cas où l'AMM est la seule option qui reste et qu'il est logique que la décision soit prise. Mais dans les autres cas, vous dites que nous ne comprenons pas la source de la souffrance et ne cherchons pas à la soulager. Pensez-vous que nous devrions imposer des mesures de sauvegarde plus rigoureuses dans l'évaluation des cas pour qu'il soit tenu compte de cette lacune?

Dr Schipper : Bien sûr. Ce n'est guère différent de toute autre formation spécialisée : il faut comprendre et il faut posséder un ensemble de compétences. Nous n'avons pas ce genre de formation. J'ai entendu parler de cas où certains ne comprennent pas, ne sont pas préparés à faire une évaluation approfondie ou sont incapables de la faire. La meilleure protection est l'éducation.

La présidente : Merci, docteur Schipper.

Le sénateur Plett : Je souhaite la bienvenue aux témoins. Ma question s'adresse au Dr Schipper. Docteur, nous avons appris ces derniers jours que, dans l'étude du projet de loi, il n'y a

legislation. There is no consensus around our own table here. There is no consensus from the expert witnesses we have heard. I believe, after the testimony this morning from Minister Qualtrough, there is indeed no consensus around the cabinet table.

This is a bill that quite literally deals with life and death, to meet a deadline set by the lower court in Quebec. You have advocated, doctor, for the need to exercise extreme caution when expanding this regime, and I could not agree more wholeheartedly.

In your opinion, Dr. Schipper, how should the government have responded to the Quebec Superior Court's *Truchon* ruling? And what can we do at this point to ensure that caution is being appropriately exercised when we go to vote on this bill or possibly to present amendments?

If I have time, I will have a supplementary question. If not, I will go on the second round.

Dr. Schipper: You may have noticed, I'm an adjunct professor of law and I teach biotech law at the law school, but I'm actually a fake lawyer. I'm an engineer and a doctor. So a detailed legal opinion is far beyond my pay grade, although I understand actually, from some of my colleagues, that a single lower court's opinion is not necessarily binding even on the lower courts. So I won't go any further than that.

Whether or not the judgment is binding, I think it's Parliament's responsibility to stand back and say, we have to do the right thing. We have to understand this before we move ahead. I think simply saying that the court has set a time frame misses the point. Some things take time. This is going to take time. We are going to have to live with this. We are going to have to understand it. Maybe three or four years from now, we'll have much greater clarity because we'll have looked at the data. We'll have understood it better. We will have heard voices, and a path will be clear.

I understand why you are conflicted because it's a deep moral, legal and, I would argue, medical fog. You can't just blow the wind to make it clear. We really have to slow down and study it.

Senator Plett: Let me quickly follow up so I can get this in, Dr. Schipper. As you know, before any parliamentary review has taken place, the government has already proposed to remove several safeguards from the existing regime. This I don't think is a legal opinion. In your view, does enough evidence exist to warrant the easing of safeguards at this stage? And which of

aucun consensus sur la meilleure voie à suivre. Il n'y a pas de consensus dans ce comité-ci. Les témoins experts que nous avons accueillis ne s'entendent pas. Et je crois, après le témoignage de la ministre Qualtrough ce matin, qu'il n'y a pas de consensus au Cabinet non plus.

Le projet de loi porte littéralement sur une question de vie et de mort. Il faut respecter un délai fixé par un tribunal inférieur au Québec. Docteur, vous avez fait valoir qu'il fallait aborder avec une prudence extrême l'assouplissement de ce régime. Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Selon vous, docteur Schipper, comment le gouvernement aurait-il dû réagir à la décision de la Cour supérieure du Québec dans l'affaire *Truchon*? Que pouvons-nous faire à ce stade-ci pour agir avec la prudence nécessaire, au moment de nous prononcer sur le projet de loi ou, peut-être, de présenter des amendements?

S'il me reste du temps, j'aurai une question complémentaire à poser. Sinon, je reviendrai au deuxième tour.

Dr Schipper : Vous l'avez peut-être remarqué, je suis professeur auxiliaire de droit et j'enseigne le droit de la biotechnologie à la Faculté de droit, mais je suis en fait un faux avocat. Je suis ingénieur et médecin. Rédiger un avis juridique détaillé est donc bien au-dessus de mes compétences, même si je crois comprendre, d'après certains de mes collègues, qu'un seul avis d'un tribunal inférieur n'est pas nécessairement exécutoire, même pour les instances inférieures. Je n'irai donc pas plus loin.

Que le jugement soit exécutoire ou non, il incombe au Parlement de prendre du recul et de dire que nous devons aborder le problème correctement. Nous devons comprendre la question avant d'aller de l'avant. Se contenter de dire que la cour a fixé un délai, c'est passer à côté de la question. Certaines choses prennent du temps. L'enjeu qui nous occupe va prendre du temps. Nous allons devoir nous en accommoder. Nous allons devoir le comprendre. Peut-être que dans trois ou quatre ans, nous aurons une compréhension beaucoup plus claire, car nous aurons examiné les données. Nous serons parvenus à une meilleure compréhension. Nous aurons vu la lumière et le chemin s'éclairera.

Je comprends que vous ayez du mal à vous y retrouver. Nous sommes dans un épais brouillard sur les plans moral, juridique et, je dirais, médical. On ne peut pas simplement le dissiper avec un grand coup de vent. Nous devons vraiment ralentir le pas et étudier la question.

Le sénateur Plett : Permettez-moi d'enchaîner rapidement pour poser une question, docteur Schipper. Comme vous le savez, avant qu'un examen parlementaire n'ait lieu, le gouvernement a déjà proposé de supprimer plusieurs mesures de sauvegarde du régime actuel. Je ne crois pas que je vous demande un avis juridique, mais, selon vous, y a-t-il

these safeguards would you suggest are the most essential to preserve?

Dr. Schipper: Well, I don't think we have the evidence to remove any safeguards. In fairness, I don't think we have the evidence to add new ones. We just don't know. You have got trivial data from 13,000 cases. Certainly taking out the waiting period is really, really foolish. It's un-biological.

We have addressed putting in a sunset clause. I can't see any grounds for doing that kind of thing.

Taking away the need for a second voice — I mean, this is actively ending someone's life. We need to have as much assurance of that safety as we do not only for cardiac procedures, but any other thing where a life is directly on the line. Actively ending someone's life is a unique thing in Canadian law. I'm all for being very strict until we understand, and that's not a back door way of saying I don't want it to happen at all.

Senator Plett: Thank you.

Senator Pate: Thank you to all of the witnesses for all of your work and for joining us today. I was going to ask two questions, but it sounds as though I already know the answer to the first one, which is whether you think the government should be seeking an extension to more fully examine the provisions. They could be seeking an extension from the court on the *Truchon* decision.

My second question is: Do you think the government should amend the Health Act so that not only is medical assistance in dying available, but, as we have seen during the pandemic, the need for national standards of the sort that Mr. Calderhead has spoken about in the past? And for resourcing, so that there is a requirement for the development of the types of services that are clearly lacking for so many? Not just those who are seeking palliative care, but those living in poverty, those with disabilities, and those requiring other kinds of supports.

The third question is probably more for Mr. Calderhead and Ms. McNeil. Constitutional experts have raised an issue around the *Fraser* decision and asked us to consider whether the voluntariness of a choice can be used to shield a law like Bill C-7 in light of *Fraser*, given that the choices are themselves shaped by systemic inequality and the fact that *Fraser* talked about the need for contextual analysis of the decision and the assessment of choice. So when people are seeking death as a result of suffering, that is not inevitable but rather is the result of systemic policy failures to equally fund, support and ensure

suffisamment de faits pour justifier l'assouplissement des mesures de sauvegarde à ce stade? Et selon vous, lesquelles de ces mesures est-il essentiel de préserver?

Dr Schipper : À mon avis, nous n'avons pas les preuves nécessaires pour supprimer la moindre mesure de sauvegarde. En toute justice, nous n'avons pas non plus les preuves nécessaires pour en ajouter de nouvelles. Nous ne savons tout simplement pas à quoi nous en tenir. Vous avez des données insignifiantes sur 13 000 cas. Il est tout à fait insensé de supprimer la période de réflexion. C'est contraire à ce que nous dit la biologie.

Nous avons discuté de l'ajout d'une disposition de temporisation. Je ne vois aucune raison de faire ce genre de chose.

Éliminer l'obligation de faire appel à une deuxième opinion... Après tout, il s'agit de mettre un terme à la vie d'un être humain. Nous devons avoir autant d'assurance que pour les opérations cardiaques et toutes les interventions qui mettent la vie en danger. Mettre fin activement à la vie d'une personne est une chose unique en droit canadien. Je suis tout à fait d'accord pour être très strict jusqu'à ce que nous ayons une bonne compréhension. Et ce n'est pas un moyen détourné de dire que je rejette l'AMM.

Le sénateur Plett : Merci.

La sénatrice Pate : Je remercie tous les témoins de leur travail et de leur présence parmi nous aujourd'hui. J'allais poser deux questions, mais il semble que je connaisse déjà la réponse à la première : pensez-vous que le gouvernement devrait demander une prolongation pour examiner plus en profondeur les dispositions de la loi? Ils pourraient demander à ce que soit repoussé le délai fixé dans l'arrêt *Truchon*.

Ma deuxième question est la suivante : le gouvernement devrait-il modifier la Loi sur la santé pour que non seulement l'aide médicale à mourir soit disponible, mais aussi, comme nous l'avons vu lors de la pandémie, pour qu'il y ait des normes nationales du genre de celles dont M. Calderhead a parlé par le passé? Et pour qu'il y ait des ressources, de sorte que puissent être mis en place les services qui, manifestement, manquent à tant de gens? Pas seulement ceux qui demandent des soins palliatifs, mais aussi ceux qui vivent dans la pauvreté, ont un handicap et ont besoin d'autres types de soutien.

Ma troisième question s'adresse probablement plutôt à M. Calderhead et à Mme McNeil. Des constitutionnalistes ont soulevé une question au sujet de l'arrêt *Fraser* et nous ont demandé d'essayer de voir si le caractère volontaire d'un choix peut être utilisé pour protéger un texte comme le projet de loi C-7, compte tenu de l'arrêt *Fraser*. Car les choix sont eux-mêmes façonnés par l'inégalité systémique, et cet arrêt souligne la nécessité d'une analyse contextuelle de la décision et de l'évaluation du choix. Donc, lorsque des gens veulent mourir parce qu'ils souffrent, ce n'est pas une issue inévitable, mais

access to such resources as palliative care, home care, mental health care, housing, income supports and the like. Should we be reconsidering on that basis as well?

I apologize for putting them all out there. If you don't have time to answer them all, I would go in second round if possible.

Mr. Calderhead: On the question of extensions and looming deadlines flowing from the lower court's decision, I think that Canadians and, most importantly, the Parliament of Canada ought to see that as a housekeeping or procedural item that can be dealt with in a couple of ways. One would be to simply to seek an extension to deal with the legislation and seek extension for leave to appeal. Yes, that would be extraordinary, but these are extraordinary circumstances. The third one, and I know that several disability rights groups are promoting this, would be a direct reference to the Supreme Court of Canada where the constitutionality of the removal of the reasonable foreseeability clause can be looked at in an authoritative way. That's my first point. I would submit it's not that big an item. I don't think that Canadian legislators should feel that their hands are tied or that we are in a huge rush.

Moving to the second point talking about medical standards in dying, absolutely, without putting into place the social supports that are required to ensure that people with disabilities are able not just to navigate a society designed for people without disabilities, but supports that allow people to have a decent quality of life will be put into place. Clearly that entails a return to a kind of fiscal federalism with the federal and provincial governments coming back to the table, much as you have indicated in the context of the pandemic, where the purse strings, the legislative creativity and the policy creativity can quickly return to the table so that we are in a situation where people have real choices as opposed to facing constrained choices.

This moves me to the third point you raised. I was thinking about *Fraser* earlier. *Fraser* is the Supreme Court of Canada decision that came out in October. It was a very good, almost lawyers manual for working with and litigating equality rights. One of the items they deal with is the notion of voluntariness and the notion of people having freely chosen to enter into statutory regimes which are found to be discriminatory. I think that applies here. The idea of constrained choice, and in this context hollow choices being made by people with disabilities, which can be described as decisions without really being choices.

plutôt le résultat de l'échec systémique des politiques, qui ne réussissent pas à assurer un financement égal, à apporter un soutien et à assurer l'accès à des ressources comme les soins palliatifs, les soins à domicile, les soins en santé mentale, le logement, le soutien du revenu et ainsi de suite. Devrions-nous réexaminer la question sous cet angle également?

Excusez-moi d'avoir posé toutes mes questions d'un coup. Si vous n'avez pas le temps de donner toutes les réponses, je reviendrai à la charge au deuxième tour.

M. Calderhead : À propos des prolongations et des délais imminents découlant de la décision du tribunal inférieur, les Canadiens et, surtout, le Parlement du Canada devraient y voir une question d'ordre administratif ou de procédure qui peut se régler de plusieurs façons. La première consisterait simplement à demander une prolongation pour étudier le projet de loi et un allongement de la période prévue pour obtenir l'autorisation d'interjeter appel. Oui, cela sortirait de l'ordinaire, mais ce sont des circonstances extraordinaires. La troisième, et je sais que plusieurs groupes de défense des droits des personnes en situation de handicap en font la promotion, serait un renvoi direct à la Cour suprême du Canada, où la constitutionnalité de la suppression du critère de la prévisibilité raisonnable serait examinée d'une façon qui fasse autorité. Voilà mon premier point. Ce n'est pas un énorme problème. Les législateurs canadiens ne devraient pas avoir l'impression d'avoir les mains liées ou d'être bousculés.

Deuxième point, les normes concernant l'aide médicale à mourir. Absolument, il faudra mettre en place les soutiens sociaux nécessaires pour que les personnes en situation de handicap puissent non seulement se débrouiller dans une société conçue pour ceux qui n'ont pas de handicap, mais aussi avoir une qualité de vie convenable. Il est clair que cela suppose un retour à une sorte de fédéralisme fiscal où les gouvernements fédéral et provinciaux cherchent à s'entendre. Comme vous l'avez dit, dans le contexte de la pandémie, les ressources financières et la créativité en matière de lois et de politiques peuvent rapidement revenir à l'ordre du jour, de sorte que nous en arrivions à une situation où chacun peut faire de vrais choix et non des choix contraints.

Voilà qui m'amène au troisième point que vous avez soulevé. Je pensais à l'arrêt *Fraser* tout à l'heure. La Cour suprême du Canada a rendu cette décision en octobre. C'est un excellent arrêt, digne de figurer dans les manuels de droit, en ce qui concerne l'application des droits à l'égalité et les litiges à cet égard. Il est notamment question de la notion de volonté et de l'idée que les gens ont choisi librement de participer à des régimes prévus par la loi et jugés discriminatoires. Cela s'applique ici. Des choix restreints, et dans ce contexte, des choix creux faits par des personnes en situation de handicap,

[Translation]

Senator Dupuis: I have two questions for Dr. Schipper. Dr. Schipper, my first question is this: What do you know about the experience Quebec has had with medical assistance in dying for more than 10 years?

[English]

Dr. Schipper: I don't know it in great detail. Although one day Veronique Hivon and I had a long conversation about it at McGill. In Quebec you are certainly following this more diligently in many respects than other provinces. But we still aren't clear. In an administrative sense, we understand more maybe from Quebec than any other province about categories and levels of suffering, but from the standpoint of what we have actually done to relieve the suffering I don't think we are much further ahead. That's my impression, but I haven't taken a detailed look at the Quebec record.

[Translation]

Senator Dupuis: My second question is this: When you use the words "actively ending someone's life" in reference to medical assistance in dying, how do you view the same expression, meaning active participation in the end of a person's life, when a doctor, quite outside the context of medical assistance in dying, administers a palliative sedative to a patient on his own initiative?

[English]

Dr. Schipper: I'm not sure I entirely understand your question. Could you rephrase it?

[Translation]

Senator Dupuis: Let me try to be clearer. I understand that, in this context of medical assistance in dying, patients can ask physicians to end their suffering. In your judgment, that means an active participation in the end of a person's life. However, currently, when a physician decides to actively end a patient's life on his own initiative, using exactly the expression that you used, what is your judgment on that action, if the patient has not requested it?

[English]

Dr. Schipper: If I understand you correctly, I think a physician actively ending someone's life without their permission is violating more than the law. If we are thinking

peuvent être décrits comme des décisions sans être vraiment des choix.

[Français]

La sénatrice Dupuis : J'ai deux questions pour le Dr Schipper. Ma première question, docteur Schipper, est la suivante : que connaissez-vous de l'expérience menée au Québec depuis plus de 10 ans en matière d'aide médicale à mourir?

[Traduction]

Dr Schipper : Je ne la connais pas à fond. Bien qu'un jour, Véronique Hivon et moi ayons eu une longue conversation à ce sujet à McGill. Au Québec, vous vous intéressez certainement plus à la question qu'on ne le fait dans les autres provinces, à bien des égards. Mais les choses ne sont toujours pas claires. Sur le plan administratif, nous comprenons peut-être mieux au Québec que partout ailleurs les catégories et les niveaux de souffrance, mais du point de vue de ce que nous avons réellement fait pour soulager les souffrances, je ne pense pas que nous soyons beaucoup plus avancés. C'est mon impression, mais je n'ai pas examiné en détail le bilan du Québec.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Ma deuxième question est la suivante : quand vous utilisez les mots « actively ending someone's life » en faisant référence à l'aide médicale à mourir, comment jugez-vous la même expression, qui signifie que l'on participe activement à la fin de la vie d'une personne, dans la situation où un médecin, tout à fait à l'extérieur du contexte de l'aide médicale à mourir, administre une sédation terminale à son patient de sa propre initiative?

[Traduction]

Dr Schipper : Je ne suis pas sûr de bien comprendre votre question. Pourriez-vous la reformuler?

[Français]

La sénatrice Dupuis : Je vais tenter d'être plus claire. Je comprends que, dans le cadre de l'aide médicale à mourir, le patient peut demander au médecin de mettre un terme à ses souffrances, et vous jugez que cela signifie de participer activement à la fin de la vie d'une personne. Cependant, dans la situation actuelle, quand un médecin décide de mettre un terme à la vie de son patient d'une manière active, de sa propre initiative, ce qui représente exactement l'expression que vous avez utilisée, si le patient ne l'a pas demandé, comment jugez-vous cette action?

[Traduction]

Dr Schipper : Si je vous comprends bien, je dois dire qu'un médecin qui met fin à la vie d'une personne sans sa permission viole plus que la loi. La situation est différente dans le cas de la

about palliative sedation when someone is at the end of their days, and to relieve their suffering they are given a cocktail of drugs that relieves their suffering and allows, if you will, nature to take its course, I think that's a different circumstance. Unless I fundamentally misunderstood your question, the notion of actively ending someone's life without a patient's consent is just not on.

[Translation]

Senator Dupuis: I think you understood my question very well Dr. Schipper. My question, as you well understand, actually deals with the fact that when palliative sedation is administered, that is active and direct participation by a physician, on his own initiative, to end someone's life. There is no substantive difference between the two types of actions: one happens at a patient's request, the medical assistance in dying, and the other happens because of the physician's own initiative.

[English]

Dr. Schipper: I don't think the physician takes the initiative without the consent of the patient. I don't quite understand where you are coming from. I may be profoundly missing it.

Having been involved in palliative care for a long time, there are patients whose natural course is very clear. They are coming to the end of their days. In short days or weeks there is a lot of suffering, and you do what you can to relieve the suffering.

There is a concept, more commonly called upon within the Catholic faith, which talks about double intent, where you are there to achieve the relief of suffering, not to actively end a life. But in the conduct of that, if you, without intention, end a life, that's not the same as going in and saying, "Okay, I'm going to end your life now."

When my palliative care colleagues give palliative sedation, everybody is clear. The patient is clear that this is to comfort the end of your days. You are going to gradually deteriorate, fade away and die. Palliative sedation typically does not extend beyond 10 days. But that's very different than walking in and saying, "I know you are suffering a great deal. I'm going to give you a big shot of morphine."

The Chair: Dr. Schipper, I have to cut you off. I apologize. We'll now go to second round.

Senator Batters: My second question is again for Dr. Schipper.

sédation palliative : le patient en est à ses derniers jours, et on lui administre pour soulager ses souffrances un cocktail de médicaments en laissant la nature suivre son cours. À moins que je n'aie mal compris votre question, l'idée qu'on puisse mettre fin activement à la vie d'une personne sans son consentement est carrément exclue.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Je pense que vous avez très bien compris ma question, docteur Schipper. Ma question, en fait, vous le comprenez bien, porte sur le fait que, lorsqu'une sédation terminale est administrée, le geste posé est une participation active et directe de la part d'un médecin, de sa propre initiative, pour mettre un terme à la vie de quelqu'un. Il n'y a pas de différence de nature entre les deux types d'actions; l'une est posée à la demande d'un patient, soit l'aide médicale à mourir, et l'autre est posée à partir de la propre initiative du médecin.

[Traduction]

Dr Schipper : Je ne pense pas que le médecin prenne l'initiative sans le consentement du patient. Je ne comprends pas très bien où vous voulez en venir. Il est possible que quelque chose de très important m'échappe.

J'ai longtemps travaillé dans le domaine des soins palliatifs. Il y a des patients dont l'évolution naturelle est très claire. Ils en sont à leurs derniers jours. Il y a beaucoup de souffrance pendant ces quelques jours ou ces quelques semaines, et il faut faire son possible pour les soulager.

Il y a une notion qu'on désigne couramment chez les catholiques par l'expression « double intention » : le médecin est là pour soulager la souffrance et non pour mettre activement un terme à une vie. En pareil cas, si on met fin à une vie sans avoir l'intention de le faire, ce n'est pas intervenir délibérément en disant : « D'accord, je vais mettre fin à votre existence tout de suite. »

Lorsque mes collègues des soins palliatifs administrent une sédation palliative, tout le monde sait à quoi s'en tenir. Le patient sait très bien qu'il s'agit de lui apporter du réconfort pendant ses derniers jours. Son état va peu à peu se dégrader, et il va dépérir et mourir. Le plus souvent, la sédation palliative ne dépasse pas la dizaine de jours. Mais ce n'est pas du tout la même chose que de dire : « Comme vous souffrez beaucoup, je vais vous administrer une forte dose de morphine. »

La présidente : Docteur Schipper, je dois vous interrompre. Vous m'en excuserez. Nous allons maintenant passer au deuxième tour.

La sénatrice Batters : Ma deuxième question s'adresse encore au Dr Schipper.

You alluded to this, I believe, in how you answered the first one. You were a professor of medicine and an adjunct professor of law — and, frankly, you could be a fake lawyer at my firm any time; I think you're pretty well qualified there — at the University of Toronto. As you stated, you're a member of the Council of Canadian Academies study on advance requests.

I think you were alluding to this, but I understand that there was a handful of academics working on the CCA studies who produced their own report, which was promoting the expansion of MAID to people with mental illness as the sole underlying condition. This so-called “Halifax group” was led by Dr. Jocelyn Downie and was comprised of a number of witnesses we have already heard from this week, including Dr. Mona Gupta.

Dr. Schipper, you were a member of that expert advisory group who wrote a critique of the Halifax group report. I think that is what you were referring to when you were speaking about lawyers who view it very black letter and medical people who do not.

Could you please give us an analysis of the findings of your report, the expert advisory report, and whether you think the Halifax group's views are representative of a consensus on that issue?

Dr. Schipper: Well, you ask such simple questions of a fake lawyer. The fundamental difference — and I don't want to go into the Halifax report, but there is a school of thought — and Jocelyn and I have jousted over time — that says this is a legal, strictly human rights issue based on the Charter, and so on. The report makes that argument. I go back to my original observation.

Let me tell you a story. This was raised at a legal conference at the University of Ottawa a couple of years ago. They said to me, “In view of *Carter*, how do you interpret *Carter* by the bedside?” I had my Andy Warhol day where I said, “I don't. I interpret the Hippocratic oath, and my job is to relieve suffering.”

What you have is two cultural ships passing in the night. The problem with the legal approach is it tends to be black and white. Do you have competence, capacity, or do you not? By the way, there is a study that looks at capacity to consent in the face of intolerable suffering. It says we don't know how to measure it and there is no expertise. I hope that answers it for you, senator.

Senator Batters: Thank you.

Vous y avez fait allusion, je crois, dans votre réponse à la première question. Vous avez été professeur de médecine et professeur auxiliaire de droit à l'Université de Toronto. À dire vrai, vous pourriez être un faux avocat dans mon cabinet à n'importe quel moment; vous me semblez très compétent. Comme vous l'avez dit, vous avez participé à l'étude des demandes anticipées au Conseil des académies canadiennes.

Vous y avez fait allusion, mais je crois comprendre qu'une poignée d'universitaires qui travaillaient aux études du CAC a produit son propre rapport, qui demandait d'étendre le régime d'aide médicale à mourir à ceux qui invoquent la maladie mentale comme seule condition médicale. Ce « groupe d'Halifax » était dirigé par la Dre Jocelyn Downie et comprenait un certain nombre de témoins que nous avons déjà entendus cette semaine, dont la Dre Mona Gupta.

Docteur Schipper, vous avez fait partie du groupe consultatif d'experts qui a rédigé une critique du rapport du groupe d'Halifax. Sauf erreur, c'est ce à quoi vous faisiez allusion lorsque vous parliez des avocats qui voient les choses de façon très tranchée et des médecins qui n'ont pas une position aussi nette.

Pourriez-vous nous donner une analyse des conclusions de votre rapport, le rapport consultatif d'experts? Estimez-vous que les opinions de ce groupe sont représentatives d'un certain consensus?

Dr Schipper : Eh bien, vous posez des questions très simples à un faux avocat. La différence fondamentale — et je ne veux pas parler du rapport du groupe d'Halifax, mais il y a une école de pensée — et Jocelyn et moi-même avons jouté au fil du temps — qui affirme qu'il s'agit d'une question juridique, strictement liée aux droits de la personne, fondée sur la Charte, et ainsi de suite. Le rapport fait valoir cet argument. Je reviens à mon observation initiale.

Permettez-moi de vous raconter une histoire. Cette question a été soulevée lors d'une conférence juridique à l'Université d'Ottawa il y a quelques années. On m'a dit : « Compte tenu de la décision *Carter*, comment interprétez-vous *Carter* au chevet du patient? » J'ai eu ma journée Andy Warhol où j'ai dit : « Je ne le fais pas. J'interprète le serment d'Hippocrate, et mon travail est de soulager la souffrance. »

Il y a deux navires culturels qui se croisent dans la nuit. Le problème avec l'approche juridique, c'est que tout est noir ou blanc. Avez-vous ou non la compétence, la capacité? Soit dit en passant, il existe une étude qui examine la capacité de consentir face à des souffrances intolérables. Elle souligne que nous ne savons pas comment la mesurer et qu'il n'y a pas d'expertise. J'espère que cela répond à votre question, sénatrice.

La sénatrice Batters : Merci.

Senator Pate: I would like Dr. Schipper and Ms. McNeil to have an opportunity to answer the questions I asked previously, if that's okay. Then I won't waste time asking them again.

The Chair: Do you want to refresh their memories? They have had many questions.

Senator Pate: Whether the government should be asking for an extension; whether we should be looking at an amendment of the health act; and, in light of —

The Chair: Just choose one, Senator Pate, because we have only two minutes.

Senator Pate: I'll let them choose which one they want to answer.

Ms. McNeil: I would say, very quickly, yes to an extension.

With respect to *Fraser*, I think this legislation is a good example of formal equality. On its face, it seems to treat everybody the same, but it's based on able-bodied norms. The fact that we would have a section that suggests people should be counselled about services to alleviate their suffering that do not exist in fact should be a very troubling thing for the Senate.

In terms of amendment to the health act, somehow the federal government, in enacting these amendments to the Criminal Code, has to exert its influence to make sure the provinces are providing the necessities to people who are in these situations, whether it's a medically advised route to alleviate suffering or another route that's needed. Many doctors will say, "Our hands are tied. We have gone as far as we can with the medical system." It's not a health issue; it's a failure of government to provide the social supports that are necessary to people with disabilities that creates this problem.

Dr. Schipper: I would certainly defer legislation until we understand what's going on.

Second, I think we need national standards. I think that's an obligation of the federal government in opening the window in what is federal criminal law. In fairness, I'm not qualified to comment on *Fraser*.

Senator Pate: Thank you.

The Chair: When Senator Dupuis asked you a question, I cut you off in the middle. Would you like to finish? Do you remember her question?

Dr. Schipper: Senator Dupuis, did I answer it for you?

La sénatrice Pate : J'aimerais que le Dr Schipper et Mme McNeil aient l'occasion de répondre aux questions que j'ai posées précédemment, si cela vous convient. Dans ce cas, je ne perdrai pas de temps à les poser de nouveau.

La présidente : Voulez-vous leur rafraîchir la mémoire? On leur a posé de nombreuses questions.

La sénatrice Pate : Le gouvernement devrait-il demander une prolongation? Devrions-nous envisager une modification de la Loi sur la santé? Compte tenu de...

La présidente : Choisissez-en une, sénatrice Pate, parce que nous n'avons que deux minutes.

La sénatrice Pate : Je vais les laisser choisir la question à laquelle ils veulent répondre.

Mme McNeil : Très rapidement, je dirais oui à une prolongation.

En ce qui concerne l'arrêt *Fraser*, je pense que ce projet de loi est un bon exemple d'égalité formelle. À première vue, il semble traiter tout le monde de la même façon, mais il est fondé sur des normes applicables aux personnes physiquement aptes. Le fait que nous ayons un article qui suggère que les gens devraient être conseillés quant aux services visant à alléger leurs souffrances qui n'existent pas en fait devrait être très troublant pour le Sénat.

Pour ce qui est de modifier la Loi sur la santé, le gouvernement fédéral, en adoptant ces modifications au Code criminel, doit exercer son influence pour s'assurer que les provinces fournissent les choses nécessaires aux gens qui se trouvent dans ces situations, qu'il s'agisse d'un traitement médical pour soulager la souffrance ou d'une autre thérapie nécessaire. Plusieurs médecins diront : « Nous avons les mains liées. Nous sommes allés aussi loin que possible dans le cadre du système médical. » Il ne s'agit pas d'une question de santé; c'est l'incapacité du gouvernement de fournir le soutien social nécessaire aux personnes handicapées qui crée ce problème.

Dr Schipper : Je reporterais certainement l'étude du projet de loi jusqu'à ce que nous comprenions la situation.

Deuxièmement, je crois que nous avons besoin de normes nationales. À mon avis, le gouvernement fédéral a l'obligation d'ouvrir la porte au droit pénal fédéral. En toute justice, je ne suis pas qualifié pour commenter l'arrêt *Fraser*.

La sénatrice Pate : Merci.

La présidente : Je vous ai interrompu au milieu de votre réponse à la sénatrice Dupuis. Voulez-vous terminer? Vous souvenez-vous de sa question?

Dr Schipper : Sénatrice Dupuis, ai-je répondu à votre question?

[Translation]

Senator Dupuis: Dr. Schipper, let me say that I feel that you understand my question very well. I just wanted to make sure that, basically, there is no substantive difference in the action taken by the physician.

The only difference with medical assistance in dying when compared to the previous situation is that, up to now, the power was entirely in the hands of the physician. Medicine has evolved in such a way that now, we say, in terms of the relationship between a physician and his patient, that the patient's wishes must be respected. In fact, that is what allows patients to refuse treatment. I just want to make sure that we are on the same wavelength.

[English]

Dr. Schipper: Well, clearly, the patient's opinions must be taken into account. I would differ with you if you're suggesting a paternalistic notion where, in the past, the physician walked in and sort of said, "I think your number is up, and I'm going to help you leave this earth." That's a great movie story but I don't think it reflects the vast majority of medicine.

One of the issues, though, with MAID is that there are people who are passionate advocates for MAID, 99.9% with the best of intent but a tiny percentage perhaps without the best of intent. In presenting the case, they actually do exactly what you're suggesting old-time doctors used to do. We have to be as careful of that as we were in the past.

The Chair: Thank you very much, Dr. Schipper.

Thank you very much, Mr. Calderhead and Ms. McNeil. As you can see, we could spend a lot of time with you today. It has been so interesting. There are so many new questions that we are asking. You certainly got us thinking. Thank you very much for your presence today, and we appreciate it.

Dr. Schipper: It is indeed an immortal topic.

The Chair: We'll take a few minutes to on board the next panel. Because of the nature of the issues we will discuss in the next panel, it will be from 5:00 to 6:30.

Welcome our panel today. All of you have spent a lot of time to be present today. Thank you for your efforts and thank you for making yourselves available. We truly appreciate it. We are really looking forward to hearing from you.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Permettez-moi de vous dire, docteur Schipper, que je pense que vous comprenez très bien ma question. Je voulais seulement m'assurer que, au fond, il n'y a pas de différence de nature relativement au geste qu'un médecin pose.

La seule différence avec l'aide médicale à mourir par rapport à la situation précédente, c'est que, jusqu'ici, le pouvoir se trouvait entièrement entre les mains du médecin. La médecine a évolué de telle sorte qu'on dit maintenant, dans la relation entre le médecin et son patient, que le désir du patient doit être respecté. D'ailleurs, c'est ce qui a permis aux patients de refuser des traitements. Je veux simplement m'assurer que nous sommes sur la même longueur d'onde.

[Traduction]

Dr Schipper : Eh bien, il est clair qu'il faut tenir compte de l'opinion du patient. Je ne suis pas d'accord avec vous si vous proposez une approche paternaliste où, dans le passé, le médecin est entré et a dit en quelque sorte : « Je pense que votre heure a sonné, et je vais vous aider à quitter cette terre. » Ce serait une excellente histoire pour un film, mais je ne pense pas que cela reflète ce que font les médecins dans la grande majorité des cas.

L'un des problèmes, cependant, quant à l'AMM, c'est qu'il y a des gens qui en sont des défenseurs passionnés : 99,9 % d'entre eux auraient les meilleures intentions, tandis que ce serait le contraire pour un faible pourcentage d'entre eux. En plaçant leur cause, ils agissent exactement à la façon des médecins d'autrefois, comme vous l'avez souligné. Nous devons être aussi prudents que par le passé.

La présidente : Merci beaucoup, docteur Schipper.

Merci beaucoup, M. Calderhead et Mme McNeil. Comme vous pouvez le constater, nous pourrions passer beaucoup de temps avec vous aujourd'hui. Cela a été très intéressant. Nous posons tellement de nouvelles questions. Vous nous avez certainement fait réfléchir. Merci beaucoup de votre présence aujourd'hui; nous vous en sommes reconnaissants.

Dr Schipper : C'est effectivement un sujet immortel.

La présidente : Nous allons prendre quelques minutes pour accueillir le prochain groupe de témoins. En raison de la nature des questions dont nous discuterons avec le prochain groupe, la séance se déroulera de 17 heures à 18 h 30.

Bienvenue à nos témoins d'aujourd'hui. Vous avez tous consacré beaucoup de temps pour être avec nous aujourd'hui. Je vous remercie de vos efforts et de votre disponibilité. Nous vous en sommes très reconnaissants. Nous avons vraiment hâte de vous entendre.

The first panellist is from British Columbia Aboriginal Network on Disability Society, Neil Belanger, Executive Director. The next panellist is from the Indigenous Physicians Association of Canada, Dr. Cornelia Wieman, President. The third panellist is Canadian Indigenous Nurses Association, Marilee Nowgesic, Executive Director. The last panellist is from the Alberta Health Services, Dr. Alika Lafontaine, Physician and Medical, Aboriginal Health Program, North Zone.

Mr. Belanger, we will start with you. I know you all know this and you have been told a number of times but, after five minutes, I'm forced to cut you off. The floor is yours.

Neil Belanger, Executive Director, British Columbia Aboriginal Network on Disability Society: Honourable senators, thank you for this opportunity to speak to the committee today, and I acknowledge each of the territories we are all participating from.

I'm Neil Belanger, the Executive Director of the British Columbia Aboriginal Network on Disability Society, an Indigenous cross-disability organization that provides a variety of disability programs and services across Canada over the last 29 years.

Our organization stands with all disabled persons' organizations in Canada in the call for MAID to be limited to end of life.

The Indigenous peoples of Canada experience a higher rate of disabilities than that of the non-Indigenous population, higher rates of suicide, lower health status and life expectancy, higher unemployment and poverty rates, overcrowding in homes and are overrepresented in the justice system. They also experience the loss of culture and spiritual identity and face the continuing intergenerational effects of residential and Indian day schools and the Sixties Scoop.

Despite these conditions, the individuals our organization serve do not describe themselves as "suffering with a disability," a term we have heard used during these proceedings. The suffering they describe is due to the systems they are forced to exist in.

Gross inequities are experienced by the majority of both Indigenous and non-Indigenous people living with disabilities in Canada and in most aspects of their lives.

As we have witnessed too often, when we add ableism, discrimination and racism toward Indigenous peoples in the systems designed to assist, their existing health and disability conditions are exacerbated. Persons living with disabilities may become more isolated, demoralized, experience a loss of hope

Le premier témoin est Neil Belanger, directeur exécutif de la British Columbia Aboriginal Network on Disability Society. Nous accueillerons ensuite la Dre Cornelia Wieman, présidente de l'Association des médecins autochtones du Canada. Notre troisième témoin est Marilee Nowgesic, directrice générale de la Canadian Indigenous Nurses Association. Le dernier témoin est le Dr Alika Lafontaine, médecin et chef médical, Programme de santé autochtone, zone Nord, Services de santé de l'Alberta.

Monsieur Belanger, nous allons commencer par vous. Je sais que vous le savez tous et qu'on vous l'a dit à plusieurs reprises, mais après cinq minutes, je suis obligée de vous interrompre. Vous avez la parole.

Neil Belanger, directeur exécutif, British Columbia Aboriginal Network on Disability Society : Honorables sénateurs, je vous remercie de me donner l'occasion de prendre la parole devant le comité aujourd'hui, et je tiens à saluer le territoire de chacun des participants.

Je m'appelle Neil Belanger et je suis directeur exécutif de la British Columbia Aboriginal Network on Disability Society, un organisme autochtone qui s'occupe de handicaps multiples en offrant divers programmes et services aux personnes handicapées partout au Canada depuis 29 ans.

Notre organisation se joint à toutes les organisations de personnes handicapées au Canada pour demander que l'AMM soit limitée à la fin de la vie.

Les peuples autochtones du Canada présentent un taux d'incapacité plus élevé que celui de la population non autochtone, des taux de suicide plus élevés, un état de santé et une espérance de vie plus faibles, des taux de chômage et de pauvreté plus élevés, un surpeuplement des logements et une surreprésentation dans le système de justice. Ils subissent également la perte de leur culture et de leur identité spirituelle et les effets intergénérationnels des pensionnats et des externats indiens et de la rafle des années 1960.

Malgré ces conditions, les personnes que notre organisation sert ne se décrivent pas comme « souffrant d'un handicap », terme que nous avons entendu utiliser au cours de ces témoignages. Les souffrances qu'ils décrivent sont dues aux systèmes dans lesquels ils sont forcés d'exister.

La majorité des Autochtones et des non-Autochtones vivant avec un handicap au Canada sont victimes d'iniquités flagrantes dans la plupart des aspects de leur vie.

Comme nous l'avons trop souvent observé, lorsque nous ajoutons le capacitisme, la discrimination et le racisme à l'égard des Autochtones qui existent dans les systèmes conçus pour les aider, leur état de santé et leur incapacité sont exacerbés. Les personnes handicapées peuvent devenir plus isolées,

and the desire to escape, and in their vulnerable state they can be more susceptible to the option of MAID.

Logically the first response would be to change those systems, increase health and disability resources and services, ensure adequate financial support for Indigenous and non-Indigenous persons living with disabilities and ensure the required time for them to access all supports.

Bill C-7 isn't about providing adequate supports for persons living with disabilities. With the proposed removal of the end-of-life criteria, it perpetuates the continued negative portrayal of Indigenous and non-Indigenous peoples living with disabilities as having lives not worth living because of that disability. This is dangerous and perpetuates the idea that these people are of less value and therefore worthy of a state-assisted death.

No other charter-protected group is afforded such a choice. We have to ask ourselves, why are Indigenous people living with a disability?

Racism toward Indigenous people permeates through our health care system, and it would be dangerously naive to suggest that MAID would be exempt from this system failure and to suggest that Indigenous persons living with disabilities would be adequately protected without the end-of-life criteria under MAID.

We don't have to look far to support this statement; the recent and tragic death of Joyce Echaquan, a 37-year-old mother of seven who died while enduring the taunts of health professionals telling her that she was only good for sex and would be better off dead; or the case of Brian Sinclair, a 45-year-old Indigenous man living with disabilities who died in an emergency waiting room after being ignored for 34 hours by health professionals; or the coercion of health professionals toward healthy Indigenous women to have unnecessary tubal ligation surgery performed. There are many stories reported and unreported.

This type of treatment has become so common that Minister Hajdu and Minister Miller recently held a meeting with 400 Indigenous organizations and persons in relation to systemic racism toward Indigenous people in health care, with another scheduled for January. This alone should be enough to warrant that the end-of-life safeguard under MAID must be maintained.

But our organization is only one voice. Where is the voice of the Indigenous peoples of Canada in Bill C-7 and their membership living with disabilities? It wasn't at the Justice Committee. Our organization asked to present, but we were declined. I am only aware of one meeting held by the

démoralisées, éprouver une perte d'espoir et le désir de s'évader, et leur état de vulnérabilité peut les rendre plus susceptibles à l'option de l'AMM.

Logiquement, la première réaction serait de modifier ces systèmes, d'accroître les ressources et les services en matière de santé et d'invalidité, d'assurer un soutien financier adéquat aux personnes autochtones et non autochtones vivant avec un handicap et de leur donner le temps nécessaire pour avoir accès à tous les soutiens.

Le projet de loi C-7 ne vise pas à offrir un soutien adéquat aux personnes handicapées. La suppression proposée du critère de fin de vie perpétue l'image négative des Autochtones et des non-Autochtones qui vivent avec un handicap comme ayant une vie qui n'a pas de valeur en raison de ce handicap. Cela est dangereux et perpétue l'idée que ces personnes ont moins de valeur et qu'elles méritent donc l'aide de l'État pour mourir.

Aucun autre groupe protégé par la Charte n'a ce choix. Nous devons nous demander pourquoi les Autochtones vivent avec un handicap.

Le racisme à l'égard des Autochtones est omniprésent dans notre système de santé, et il serait dangereusement naïf de laisser entendre que l'AMM serait exemptée de cette défaillance et de laisser entendre que les Autochtones vivant avec un handicap seraient adéquatement protégés sans critères relatifs à la fin de vie en fonction de l'aide médicale à mourir.

Nous n'avons pas besoin de chercher bien loin pour appuyer cette affirmation; la mort tragique et récente de Joyce Echaquan, une mère de 37 ans, qui est décédée alors qu'elle subissait les railleries de professionnels de la santé qui lui disaient qu'elle n'était bonne que pour le sexe et qu'elle serait mieux morte; ou le cas de Brian Sinclair, un Autochtone de 45 ans vivant avec un handicap qui est mort dans une salle d'attente d'urgence après avoir été ignoré pendant 34 heures par des professionnels de la santé; ou la coercition de professionnels de la santé à l'égard de femmes autochtones en santé pour qu'elles subissent une chirurgie inutile de ligature des trompes. Plusieurs de ces histoires sont rapportées; plusieurs ne le sont pas.

Ce type de traitement est devenu si courant que la ministre Hajdu et le ministre Miller ont récemment tenu une réunion avec 400 organisations et personnes autochtones au sujet du racisme systémique à l'égard des Autochtones dans les soins de santé. Une autre réunion semblable est prévue pour janvier. Cela devrait suffire à justifier le maintien de la garantie de fin de vie en vertu de l'AMM.

Mais notre organisation n'est qu'une voix. Où est la voix des peuples autochtones du Canada dans le projet de loi C-7, où est celle de leurs membres qui vivent avec un handicap? Elle ne s'est pas fait entendre devant le Comité de la justice. Notre organisme a demandé à comparaître, mais nous avons été

government with Indigenous organizations, many of which could not attend.

Additionally, I heard testimony this week from a witness that 86% of Canadians support the changes to Bill C-7. However, when I looked further into the survey that produced these results, Nunavut, with a population that is 89% Indigenous, was not engaged, nor was the Northwest Territories with an Indigenous population of 50% or the Yukon with an Indigenous population of 25%. As well, it would appear that despite the existence of over 630 First Nation communities in Canada, they too were excluded. Before we start offering Indigenous persons living with disabilities the opportunity to die with dignity, we should provide them with dignity of having their voices heard.

The Indigenous peoples of Canada, including those living with disabilities, do have a voice, however, the opportunity to speak to Bill C-7 has not been adequately conveyed or provided. As such, changes outlined in Bill C-7 without their involvement is a direct contrast to the spirit and intent of reconciliation, self-determination, United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, all of which this government of Canada has publicly stated it is committed to.

Each senator, member of Parliament, MAID providers, MAID advocate and disability organization must ask themselves if the Government of Canada, or even themselves, have authentically engaged Indigenous leadership, communities and the Indigenous peoples of Canada living with a disability in discussion and recommendations on MAID and Bill C-7.

If the answer is, yes, we ask to show the documentation and input provided from your Indigenous constituents, communities and clients. If the answer is no, then we must eliminate the two-track system being proposed and maintain the reasonably foreseeable, natural death safeguard. To do otherwise will send a clear message to the Indigenous peoples of Canada and their members living with disabilities that their voice and their input into a law that will have a significant impact on their lives is of little matter. Thank you, senators.

The Chair: Thank you.

Dr. Cornelia Wieman, President, Indigenous Physicians Association of Canada: Boozhoo, Aahni. I would like to thank the chair, deputy chairs and members of this standing Senate committee for the invitation to appear before you.

refusés. À ma connaissance, le gouvernement a tenu une seule réunion avec des organisations autochtones, et bon nombre d'entre elles n'ont pas pu y assister.

De plus, cette semaine, j'ai entendu un témoin dire que 86 % des Canadiens appuient les changements apportés au projet de loi C-7. Cependant, lorsque j'ai examiné plus en détail l'enquête qui a produit ces résultats, le Nunavut, dont la population est à 89 % autochtone, n'avait pas été sondé, pas plus que les Territoires du Nord-Ouest, dont la population autochtone est de 50 %, ou le Yukon, dont la population autochtone est de 25 %. De plus, il semble que malgré l'existence de plus de 630 collectivités des Premières Nations au Canada, elles ont également été exclues. Avant de commencer à offrir aux Autochtones handicapés la possibilité de mourir dans la dignité, nous devrions leur offrir la possibilité de se faire entendre.

Les peuples autochtones du Canada, y compris leurs membres qui vivent avec un handicap, ont une voix, mais la possibilité de parler du projet de loi C-7 n'a pas été adéquatement transmise ou offerte. Par conséquent, les modifications proposées dans le projet de loi C-7 sans leur participation sont un contraste direct avec l'esprit et l'intention de la réconciliation, de l'autodétermination, de la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, que le gouvernement du Canada a dit appuyer par le biais de déclarations publiques.

Chaque sénateur, député, fournisseur de l'AMM, défenseur de l'AMM et organisation de personnes handicapées doit se demander si le gouvernement du Canada, ou même lui-même, a véritablement engagé les dirigeants autochtones, les collectivités et les peuples autochtones du Canada qui vivent avec un handicap dans le cadre de discussions et de recommandations sur l'AMM et le projet de loi C-7.

Si la réponse est oui, nous vous demandons de nous montrer la documentation et les commentaires fournis par vos électeurs, collectivités et clients autochtones. Si la réponse est non, nous devons éliminer le système à deux volets proposé et maintenir les mesures de sauvegarde quant à la mort naturelle raisonnablement prévisible. Agir autrement enverrait un message clair aux peuples autochtones du Canada et à leurs membres qui vivent avec un handicap : leur voix et leur contribution à une loi qui aura un impact important sur leur vie sont sans importance. Merci, honorables sénateurs.

La présidente : Merci.

Dre Cornelia Wieman, présidente, Association des médecins autochtones du Canada : Boozhoo, Aahni. Je tiens à remercier le président, les vice-présidents et les membres du comité sénatorial permanent de m'avoir invitée à comparaître devant vous.

I am originally from Little Grand Rapids First Nation in Manitoba. I am a psychiatrist by training and the current president of the Indigenous Physicians Association of Canada, IPAC. I also work as the Acting Deputy Chief Medical Officer at the First Nations Health Authority in British Columbia.

Here are some of the key messages that IPAC would like to convey regarding medical assistance in dying, MAID, organized around various themes.

Representation. IPAC does not represent the many diverse views of Indigenous people across Canada in this instance regarding MAID. Indigenous people are not a singular, monolithic group. We are comprised of many nations and there are as many thoughts and opinions on MAID as there are individuals.

Self-determination. We respect all Indigenous peoples' rights to self-determination. It is within their rights and ability for an Indigenous person to make their own informed decisions, in this case about their medical care, and to work with health care providers in a good way including end-of-life care and access to MAID.

Cultural safety and humility. As Indigenous people, our view of life and death is holistic and circular. Our teachings and ceremonies around death are varied, but more inclusive of death compared to mainstream society. In other words, we regard death as part of our life's journey. It is important to continue to strive to achieve culturally safe health care for all Indigenous people, including end-of-life care. When MAID is requested, the supports required for MAID need to be in place, culturally safe, and concurrent ceremonies respected.

Access to MAID. Access to health services, including MAID, is also related to cultural safety. There is a lack of health services, including palliative care, assisted devices, and home care services for many Indigenous people in their communities. As Indigenous physicians and medical learners, we are concerned about Indigenous people having equal access to MAID, palliative care, and other parts of end-of-life care, especially for those living in rural and remote places in this country. Having equal access to MAID requires respecting the charter rights of Indigenous individuals who are entitled to the same health services as those accessed by those in the general population.

We are also concerned about existing injustices and inequities in the health care system such as the anti-Indigenous racism that is now receiving national, federal and provincial attention. This

Je suis originaire de la Première Nation de Little Grand Rapids, au Manitoba. Je suis psychiatre de formation et présidente de l'Association des médecins autochtones du Canada, l'AMAC. Je suis également médecin-hygiéniste en chef par intérim à la Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique.

Voici quelques-uns des messages clés que l'AMAC aimerait transmettre quant à l'aide médicale à mourir, l'AMM, organisée autour de divers thèmes.

La représentation. L'AMAC ne représente pas les divers points de vue des peuples autochtones du Canada quant à l'AMM. Les Autochtones ne forment pas un groupe unique et monolithique. Nous sommes composés de nombreuses nations et il existe autant de pensées et d'opinions sur l'aide médicale qu'il y a de personnes.

L'autodétermination. Nous respectons les droits à l'autodétermination de tous les peuples autochtones. Un Autochtone a le droit et la capacité de prendre ses propres décisions éclairées, en l'occurrence au sujet de ses soins médicaux, et de bien travailler avec les fournisseurs de soins de santé, y compris en matière de soins de fin de vie et d'accès à l'AMM.

La sécurité culturelle et l'humilité. En tant qu'Autochtones, notre vision de la vie et de la mort est holistique et circulaire. Nos enseignements et nos cérémonies entourant la mort sont variés, mais plus inclusifs que ceux de la société en général. En d'autres termes, nous percevons la mort comme faisant partie du chemin de notre vie. Il est important de continuer de s'efforcer à offrir des soins de santé culturellement sécuritaires à tous les Autochtones, y compris des soins de fin de vie. Lorsque l'AMM est demandée, les mesures de soutien nécessaires doivent être en place, sécuritaires sur le plan culturel et respectées lors des cérémonies simultanées.

L'accès à l'AMM. L'accès aux services de santé, y compris l'AMM, est également lié à la sécurité culturelle. Il y a un manque de services de santé, notamment de soins palliatifs, de dispositifs d'aide et de services de soins à domicile pour de nombreux Autochtones dans leurs collectivités. En tant que médecins autochtones et apprenants en médecine, nous désirons que les Autochtones aient un accès égal à l'AMM, aux soins palliatifs et à d'autres éléments relatifs aux soins de fin de vie, en particulier pour ceux qui vivent dans des régions rurales et éloignées du pays. Pour avoir un accès égal à l'AMM, il faut respecter les droits que garantit la Charte aux Autochtones, c'est-à-dire, l'accès aux mêmes services de santé disponibles aux membres de la population générale.

Nous sommes également préoccupés par les injustices et les iniquités existantes dans le système de soins de santé, comme le racisme envers les Autochtones qui retient maintenant l'attention

was brought to the forefront in the recent tragic death of Joyce Echaquan in Quebec.

We strongly advocate for dignity at the end of life, and that includes care free of racism. It is important that the MAID legislation not provide additional barriers for those who would consider an assisted death, while providing strong safeguards to protect those who may feel pressured.

Lastly, clear messaging to build trust. Given the multitudinous past harmful, negative experiences of Indigenous people in the health care system, historically and in contemporary times, it is important to clearly articulate to Indigenous people, communities and nations about what MAID is and what it is not. This includes reinforcing that safeguards are in place in the legislation. We are concerned about how Indigenous people will be informed about MAID should they want to know more about MAID or how to access MAID. There are fears and apprehensions in some communities and nations about MAID based on inaccuracies and misinformation.

Lastly, the Indigenous Physicians Association of Canada's members are Indigenous people who are diversely rooted in our ancestry and our relationships with the natural world and our homelands, and who have also had the privilege of medical training. It is our collective intent to collaboratively use our skills, abilities and experiences to improve the health and wellness of our nations, communities, families and selves. This includes advocating for our patients who may wish to access medical assistance in dying, so they may complete their circle of life in a self-determining way, according to their individual wishes. Thank you, *Chii-meegwetch*.

The Chair: Thank you very much, Dr. Wieman. We will go to Ms. Nowgesic. I apologize if I mispronounced your name.

Marilee Nowgesic, Executive Director, Canadian Indigenous Nurses Association: No need to apologize. It's an Ojibway name; Nowgesic is the anglicized version of it; the Ojibway version means "middle of the day" or "middle of the sky." I want to thank all Senate members for having us with you here today to present on this bill.

I am the Chief Executive Officer of the Canadian Indigenous Nurses Association. CINA is the longest-standing Indigenous health professional organization in Canada, with over 46 years of experience and expertise as the national voice for First Nations, Inuit, and Métis nurses in the country. There is a long history of our expertise under the Indigenous nursing lens and our Indigenous ways of knowing. When we first came to the table in

sur les plans national, fédéral et provincial. Cela a récemment été mis en lumière lors du décès tragique de Joyce Echaquan, au Québec.

Nous défendons vigoureusement la dignité en fin de vie, ce qui comprend des soins dépourvus de racisme. Il est important que la Loi sur l'AMM ne prévoient pas d'obstacles supplémentaires pour les personnes qui envisageraient l'aide médicale à mourir, tout en prévoyant des mesures de protection solides pour celles qui pourraient ressentir des pressions.

Enfin, des messages clairs pour bâtir la confiance. Compte tenu des innombrables expériences négatives et préjudiciables vécues par les Autochtones dans le système de santé, historiquement et de nos jours, il est important d'expliquer clairement aux peuples, aux collectivités et aux nations autochtones ce qu'est l'AMM et ce qu'elle n'est pas. Cela comprend le renforcement des mesures de protection prévues dans la loi. Nous nous inquiétons de la façon dont les Autochtones seront renseignés au sujet de l'AMM s'ils veulent en savoir plus à cet égard ou sur la façon d'y accéder. Des craintes et des appréhensions existent au sein de certaines collectivités et nations quant à l'AMM en raison d'inexactitudes et de désinformation.

Enfin, les membres de l'Association des médecins autochtones du Canada sont des Autochtones dont les valeurs sont enracinées de façons variées dans notre ascendance et nos relations avec le monde naturel et nos terres ancestrales, et qui ont également eu le privilège d'une formation médicale. Nous avons l'intention de coopérer en utilisant nos compétences, nos capacités et notre expérience pour améliorer la santé et le mieux-être de nos nations, de nos collectivités, de nos familles et de nous-mêmes. Cela comprend la défense de nos patients qui pourraient souhaiter avoir accès à l'aide médicale à mourir, afin qu'ils puissent boucler leur cercle de vie de façon autonome, selon leurs désirs individuels. Merci, *Chii-meegwetch*.

La présidente : Merci beaucoup, docteure Wieman. Nous allons passer à Mme Nowgesic. Je m'excuse si j'ai mal prononcé votre nom.

Marilee Nowgesic, directrice générale, Canadian Indigenous Nurses Association : Vous n'avez pas besoin de vous excuser. C'est un nom ojibway; Nowgesic est la version anglicisée; la version ojibway signifie « au milieu de la journée » ou « au milieu du ciel ». Je tiens à remercier tous les membres du Sénat de nous avoir invités ici aujourd'hui pour parler de ce projet de loi.

Je suis directrice générale de la Canadian Indigenous Nurses Association. La CINA est la plus ancienne organisation de professionnels de la santé autochtone au Canada. Elle compte plus de 46 ans d'expérience et d'expertise en tant que porte-parole nationale des infirmières et infirmiers des Premières Nations, des Inuits et des Métis au pays. Notre expertise en soins infirmiers autochtones et notre savoir autochtones ne datent pas

the discussion regarding MAID, we were very concerned about the impacts, not only to the people at the community level, but also to the leadership, to the scope of practice for the nursing professions at all levels and for the traditional people who are in the healing practice at the community levels — if we are indeed allowing traditional healing to become part of that practice.

At the same time, we know that the bill has other considerations, and we are trying to be fair in light of both of those groups. With that in mind, we know that the bill allows for patients to consent in advance to MAID, but it has currently not been promoted. Not enough information has been provided, about the consent and the requirement for prior informed consent, to be given to Indigenous people and for them to exercise all of the options right up until the final second.

Where are they going to practise? We are concerned, in the Indigenous nursing lens, about the limitations. How do we strip that Indigenous nurse of what it is that he or she may have learned as part of their traditional approach and incorporated it into their professional practice? As my colleague has already said, cultural safety, competence and humility need to be considered here if we are going to be the judges of somebody's end of life.

In most of the cases, we know this is a palliative care issue. However, where others may have that option, they may have set the date for their death in the foreseeable future. What happens to that MAID provider? What must they do if the patient refuses or resists at the last moment? Simply wait and try again later? What do we do under the bill when the groups of patients who have come forward for this medical process are not being listened to? What do we do when traditional practice needs to be invoked. What do we do for those who are eligible for MAID but are not yet ready to die? What do we do to fill out the paperwork when literacy levels and the comprehension of our people is low, and you know that. What do we do? How do we explain it? And who does the responsibility and the role of that explanation there lies upon? Do we, as Indigenous people, have the right to enter into such ceremonial process given the fact of the hardship that we have to deal with, of ending this person's life? Who, has the creator said that we can do that? And how will we make sure the mental health and well-being of the health care workers who have to administer this process will be positive in the end? *Meegwetch.*

The Chair: Thank you very much. We will now go on to Dr. Alika Lafontaine.

Dr. Alika Lafontaine, Physician and Medical Lead, Aboriginal Health Program, North Zone, Alberta Health Services: Thank you. Good evening senators and fellow

d'hier. Lorsque nous sommes arrivés pour la première fois à la table de discussion au sujet de l'AMM, nous étions très préoccupés par les répercussions, non seulement sur les gens au niveau communautaire, mais aussi sur les dirigeants, sur le champ d'exercice des professions infirmières à tous les niveaux et sur les personnes qui pratiquent la guérison traditionnelle à l'échelle communautaire — si nous permettons effectivement que la guérison traditionnelle fasse partie de cette pratique.

En même temps, nous savons que le projet de loi comporte d'autres considérations, et nous essayons d'être équitables à l'endroit de ces deux groupes. Dans cette optique, nous savons que le projet de loi permet aux patients de consentir à l'avance à l'aide médicale à mourir, mais on n'en fait pas la promotion à l'heure actuelle. On n'a pas fourni suffisamment d'information aux peuples autochtones sur le consentement et l'exigence d'un consentement préalable éclairé et sur l'exercice de toutes les options jusqu'à la dernière seconde.

Où vont-ils pratiquer? Nous sommes préoccupés, dans l'optique des soins infirmiers autochtones, par les limites. Comment pouvons-nous dépouiller cette infirmière autochtone de ce qu'elle a peut-être appris dans le cadre de son approche traditionnelle et intégré dans sa pratique professionnelle? Comme mon collègue l'a déjà dit, il faut tenir compte de la sécurité culturelle, de la compétence et de l'humilité si nous voulons pouvoir trancher au sujet de la fin de vie d'une personne.

Dans la plupart des cas, nous savons qu'il s'agit d'administrer des soins palliatifs. Mais dans le cas de patients admissibles, ils peuvent avoir fixé la date de leur décès dans un avenir prévisible. Qu'en est-il de la personne qui administre l'AMM? Que doit-elle faire si le patient refuse ou résiste à la dernière minute? Simplement attendre et réessayer plus tard? Que prescrit le projet de loi quand les groupes de patients intéressés ne sont pas écoutés? Que faire lorsque la pratique traditionnelle doit être invoquée? Que faire pour ceux qui sont admissibles à l'AMM, mais qui ne sont pas encore prêts à mourir? Qui doit remplir les formulaires dans le cas de patients dont on sait qu'ils les comprennent mal, faute d'instruction? Qu'est-on censé faire? Comment l'expliquer? Et à qui en incombe la responsabilité? Avons-nous le droit, nous Autochtones, d'intervenir dans le processus cérémonial qui met fin à la vie de cette personne, compte tenu des difficultés que cela suppose pour nous? Le créateur, a-t-il dit que nous pouvions le faire? Et comment nous assurer que la santé mentale et le bien-être des travailleurs de la santé qui doivent administrer l'aide n'en souffriront pas en fin de compte? *Meegwetch.*

La présidente : Merci beaucoup. Nous en venons maintenant au Dr Alika Lafontaine.

Dr Alika Lafontaine, médecin et chef médical, Programme de santé autochtone, zone Nord, Services de santé de l'Alberta : Merci. Bonsoir aux sénateurs et aux autres

panellists. I'll do my best not to repeat some of the things that you've probably heard over and over again through these days of testimony. I greet you from the traditional territory of Treaty 8 in northern Alberta. As I prepared my remarks, I've thought back to the testimony I gave when MAID was first being considered in 2016 as a past president of the Indigenous Physicians Association of Canada. I'll add my voice to Dr. Wieman, who is our current leader within that organization. Since that time, I have had the chance to consider MAID from many organizational perspectives, from my point of view, within my own provincial health system, Alberta health services, and through roles at the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Canadian Medical Association, HealthCareCan and as a member of the advance directives task force of the CCA report commissioned by the federal government.

At that time, I stated that medical assistance in dying has existed in our community since the beginning of colonization, and one of the solutions we require to truly integrate MAID into the workflow of both our traditional and western approaches to health and wellness is to have a strategy for ensuring that medically assisted living exists within our communities. I will make a few pointed comments before turning the time over to questions. The World Health Organization estimates that almost 4 in 10 patients encounter health care harm in general. In Canada these numbers are probably closer to 1 in 20 to 1 in 10. Within Indigenous communities, the harm to Indigenous patients likely rises much higher than the general population. Health care harm is common, and MAID is one of the few treatments where the solution to health and wellness is actually creating harm as defined as creating permanent disability or death.

When I look at MAID in the context of today, one of the things that I urge the honourable senators to consider is that not all disempowerment is the same. Not all patients are disempowered in the same way when it comes to health care harm. This has a direct impact on the operationalization of the changes being suggested in this revision to the legislation. When Indigenous patients consider disempowerment, there are two main parts I would like to focus on. The first is autonomy and the second is consent.

Autonomy is not a cultural norm in many Indigenous health systems. It's classically broken down into three components: agency, independence and rationality. But agency requires the ability to actually make a choice, and in health care it also requires the person in the position of power to provide a choice. When it comes to MAID, many health care practitioners do not provide the choice for access, and, conversely, many health care providers may only provide the choice of MAID versus other ways to deal with health and wellness within our communities. Agency requires health systems to actually provide the infrastructure for other types of health and wellness. It requires

panélistes. Je ferai de mon mieux pour ne pas répéter ce qui a été dit et redit ces derniers jours au cours des témoignages. Je vous salue depuis le territoire traditionnel du Traité 8 dans le nord de l'Alberta. En préparant mes remarques, j'ai repensé au témoignage que j'ai donné en 2016 lors du premier examen de l'AMM en ma qualité d'ancien président de l'Indigenous Physicians Association of Canada que dirige actuellement la Dre Wieman. J'abonde dans son sens. Depuis lors, j'ai eu l'occasion d'examiner l'AMM sous plusieurs angles organisationnels, de mon point de vue, au sein de mon propre système de santé provincial, les services de santé de l'Alberta, et dans le cadre de mes fonctions au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, à l'Association médicale canadienne, à HealthCareCan et en tant que membre du groupe de travail sur les directives anticipées du rapport du CAC commandé par le gouvernement fédéral.

À ce moment-là, j'avais dit que l'aide médicale à mourir existait dans notre communauté depuis le début de la colonisation, et que pour intégrer véritablement l'AMM dans la pratique de nos approches traditionnelles et occidentales en matière de santé et de mieux-être, ce qu'il nous fallait, entre autres, c'était une stratégie visant à garantir l'aide médicale à vivre dans nos collectivités. Je ferai quelques observations précises avant de passer aux questions. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, près de 4 patients sur 10 souffrent de méfaits découlant de soins de santé en général. Au Canada, la proportion est probablement plus proche de 1 sur 20 à 1 sur 10. Au sein des collectivités autochtones, la proportion des patients autochtones touchée par ces méfaits semble être en forte augmentation. Ces méfaits sont courants, et l'AMM est l'un des rares traitements où la solution proposée en matière de santé et de mieux-être cause en fait un préjudice au sens d'incapacité permanente ou mort du patient.

Dans le contexte actuel de l'AMM, j'exhorte les honorables sénateurs à ne pas perdre de vue que la perte d'autonomie prend diverses formes. Les patients ne sont pas tous privés d'autonomie de la même façon en cas de préjudices liés aux soins de santé. Cela a une incidence directe sur la mise en œuvre des changements suggérés dans cette révision de la loi. Je voudrais aborder deux aspects de la perte d'autonomie chez le patient autochtone : l'autonomie et le consentement.

L'autonomie n'est que rarement une norme culturelle dans les systèmes de santé autochtones. Elle est habituellement divisée en trois composantes : capacité d'agir, indépendance et rationalité. Mais la capacité d'agir suppose une possibilité effective de choix, ce qui suppose que le système de santé puisse offrir ce choix au patient. En ce qui concerne l'AMM, trop souvent dans nos collectivités, ou bien on ne la propose pas au patient ou bien on ne lui propose rien d'autre. Pour y remédier, les systèmes de santé doivent disposer de l'infrastructure nécessaire pour fournir d'autres types de prestation de santé et de bien-être. Ils doivent intégrer nos méthodes traditionnelles de guérison, les valoriser

us to integrate our traditional ways of healing, for them to be valued in the same way as western ways of healing and for providers to understand that autonomy is not the cultural norm in many of our health systems.

Consent as described in the suggested revisions of the law is not the kind of consent that physicians commonly discuss with patients. As a member of the task force on advance directives over many months, I took a long time to realize why I had a high level of discomfort when it came to the way that advance directives were being framed. I realized within a few months that it really came down to a difference between the legal definition of consent and the type of living consent that physicians classically provide to patients. Living consent requires renewal of consent with each health care encounter leading up to the moment when the actual procedure intervention is provided. It requires the patient to be able to revisit and rethink, either for themselves or through a representative, the opportunities and also the disadvantages of proceeding with a certain type of treatment.

With the advance directives in the frame of the new legislation, a legalistic definition is provided, where once a patient signs on a piece of paper and provides a to-do list within a variety of check boxes, that consent then becomes permanent and unchangeable going into the future. This is not the type of consent that's classically provided by physicians, nurses and other providers when it comes to health care.

As I mentioned at the beginning, not all disempowerment is the same. For patients who continue to push for expansion of MAID, their access to services is the same lack of access that all Canadians have. For those who lack autonomy and empowerment when it comes to consent, Indigenous patients, those who suffer from disabilities, as well as many other vulnerable populations as you have likely heard over the last few days, I would suggest to you not to judge the impacts of these revisions from the point of view of these relatively more empowered patients. You can't understand these perspectives unless you ask.

I thank you for the opportunity to participate in the questioning today and encourage you to continue to receive opinions from disempowered groups that you may not have considered.

The Chair: Thank you for your presentations. We really appreciate them. I want you to know that this is just the beginning. If there is any other information that you can provide to us, please forward it to the clerk.

Senator Batters: I want to start by saying thank you to all of the witnesses. This is a very important viewpoint which we hadn't heard too much about yet. I'm pleased you are here. I know that, unfortunately, the House of Commons committee did not have many meetings. We have tried to rectify that and make

de la même façon que les méthodes occidentales et veiller à ce que les prestataires comprennent que l'autonomie n'est pas la norme culturelle dans bon nombre de nos systèmes de santé.

Le consentement décrit dans les propositions de modification de la loi n'est pas celui dont parlent habituellement les médecins avec les patients. Il m'a fallu longtemps pour comprendre pourquoi durant les mois passés au sein du Groupe de travail à discuter les directives anticipées, j'éprouvais un tel malaise. J'ai fini par comprendre que ça tenait à l'optique de ces discussions et qu'il y avait une différence entre la définition juridique du consentement et le type de consentement pratico-pratique que les médecins présentent habituellement aux patients. Ce dernier exige le renouvellement du consentement à chaque consultation médicale avant le moment où l'intervention est pratiquée. Il faut que le patient puisse revoir et repenser, soit pour lui-même, soit par l'entremise d'un représentant, les avantages et inconvénients d'un traitement donné.

Les directives anticipées dans le cadre de la nouvelle loi donnent une définition de type juridique, selon laquelle une fois qu'un patient a signé un formulaire de consentement et coché les cases de son choix dans la liste, ce consentement devient permanent et immuable à l'avenir. Ce n'est pas le type de consentement que présentent habituellement les médecins, les infirmières et autres fournisseurs de soins de santé.

Comme je l'ai dit au début, la perte d'autonomie prend diverses formes. Les patients qui insistent pour bénéficier d'une expansion de l'AMM, éprouvent les mêmes difficultés que celles ressenties par tous les Canadiens. Il sera impossible de comprendre la perspective de ceux qui n'ont pas l'autonomie nécessaire en matière de consentement, sans les interroger — soit les patients autochtones, ceux qui souffrent d'un handicap, ainsi que de nombreuses autres populations vulnérables comme vous l'avez probablement entendu au cours des derniers jours. Aussi, je vous conseillerais de ne pas juger des répercussions des changements proposés du seul point de vue des patients qui ont une relative autonomie.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de participer à la période de questions d'aujourd'hui et je vous encourage à étendre vos consultations à d'autres groupes privés d'autonomie que vous n'avez peut-être pas pris en compte.

La présidente : Merci de vos exposés. Nous les apprécions beaucoup. Je veux que vous sachiez que ce n'est qu'un début. Si vous avez d'autres renseignements à nous fournir, veuillez les transmettre au greffier.

La sénatrice Batters : Je tiens d'abord à remercier tous les témoins. C'est un point de vue très important dont nous n'avions pas encore beaucoup entendu parler. Je suis heureuse que vous soyez ici. Je sais que, malheureusement, le comité de la Chambre des communes n'a pas tenu beaucoup de réunions. Nous avons

sure that we had a substantial number of witnesses. It filled some definite gaps that the House of Commons committee had, so thank you for being here.

Mr. Belanger, my first question for you is around consultation. From your perspective as the Executive Director of the British Columbia Aboriginal Network on Disability Society, are you aware of the consultation process that took place with Indigenous communities on Bill C-7, and do you feel that the consultation process with your communities has been adequate?

Mr. Belanger: Thank you for the question, senator. I believe I am familiar. As part of the process, I was at two meetings. One was in Vancouver, which was an invitation-only meeting. The other meeting — I was in Ottawa with both my colleagues here — was an Indigenous-focused meeting. At that meeting, there was quite a lengthy list of people and organizations who were invited, but in all reality, very limited participation [Technical difficulties] organizations were not able to attend.

I would be confident in saying that I don't believe the Government of Canada has reached out to the [Technical difficulties] peoples, to Métis or to First Nations in a substantive way on MAID or Bill C-14 or Bill C-7. In particular, Indigenous persons living with a disability. [Technical difficulties] and thousands of clients have ever been engaged from the community level or by government. I don't believe there has been any engagement in a proper way.

Senator Batters: Thank you. Mr. Belanger, you co-wrote an article in *The Hill Times* about the singling out of people with disabilities with Bill C-7. You note that people with disabilities are already turning to assisted dying, not because of their disability itself but because of what you stated as "suffering from unconscionable social and economic deprivation as a result of their disability."

I find this very disturbing, and I wonder if you could please elaborate on the social and economic consequences of having a disability in Canada and whether you believe that we are offering Canadians with disabilities an honest and fair choice between life and death.

Mr. Belanger: Thank you, senator. Certainly persons with disabilities predominantly in Canada or, for instance, that we serve live in poverty. They are subjected to racism and discrimination because of their ancestry and because of their disability, limited opportunity for employment. Many live in rural locations with limited access to transportation. Housing is a problem. It's one thing after another, a continuous thing.

The supports that provinces provide to persons with disabilities across Canada is woefully low. They are expected to live on approximately \$1,000 a month to meet all their needs. Pull themselves up by their bootstraps we hear people say. Many

essayé d'y remédier en nous assurant d'avoir un nombre important de témoins. Certaines lacunes du comité de la Chambre des communes ont pu être comblées, alors je vous remercie d'être ici.

Monsieur Bélanger, ma première question porte sur la consultation. En tant que directeur exécutif du British Columbia Aboriginal Network on Disability Society, êtes-vous au courant des consultations qui ont eu lieu avec les communautés autochtones au sujet du projet de loi C-7, et estimez-vous que le processus de consultation avec vos communautés a été adéquat?

M. Belanger : Je vous remercie de votre question, sénatrice. Je crois bien connaître la situation. Dans le cadre du processus, j'ai assisté à deux réunions. L'une à Vancouver, sur invitation seulement. L'autre — j'étais à Ottawa avec mes deux collègues ici — était axée sur les Autochtones. La liste des personnes et organisations invitées à cette réunion était longue, mais en réalité, une participation très limitée... [Difficultés techniques]... organisations n'ont pas pu y assister.

Je crois pouvoir affirmer que le gouvernement du Canada n'a pas vraiment répondu aux attentes des peuples... [Difficultés techniques]... des Métis ou des Premières Nations concernant l'AMM, le projet de loi C-14 ou le projet de loi C-7. En particulier, les Autochtones vivant avec un handicap... [Difficultés techniques]... et des milliers de clients ont été consultés au niveau communautaire ou gouvernemental. Je ne crois pas qu'ils aient été dûment consultés.

La sénatrice Batters : Merci. Monsieur Bélanger, vous avez corédigé un article dans le *Hill Times* sur le fait que le projet de loi C-7 cible les personnes handicapées. Vous faites remarquer que les personnes handicapées se tournent déjà vers l'aide à mourir, non pas en raison de leur handicap lui-même, mais en raison, je vous cite, « des privations sociales et économiques inadmissibles dont elles souffrent en raison de leur handicap ».

Je trouve cela très troublant, et je me demande si vous pourriez nous en dire davantage sur les conséquences sociales et économiques d'un handicap au Canada et si vous croyez que nous offrons aux Canadiens handicapés un choix honnête et équitable entre la vie et la mort.

M. Belanger : Merci, sénatrice. Il est certain que les personnes handicapées, surtout au Canada ou, par exemple, celles que nous servons, vivent dans la pauvreté. Elles sont victimes de racisme et de discrimination en raison de leur ascendance et de leur handicap, qui limitent leurs possibilités d'emploi. Beaucoup vivent dans des régions rurales où l'accès au transport est limité. Le logement est un problème. C'est une chose après l'autre, continuellement.

Le niveau de soutien que les provinces offrent aux personnes handicapées au Canada est déplorable. Elles sont censées vivre avec environ 1 000 \$ par mois pour subvenir à tous leurs besoins. On entend dire qu'il faut qu'elles s'accrochent. Mais souvent,

of the people we serve, don't have boots. We spend our time looking for the supports to give them a better life, with their consent and by their direction, but it's a difficult thing. We shouldn't be offering them, because they're living with a disability, the option of dying because we haven't provided them with options in life. It's unfathomable.

Senator Batters: Absolutely, to say nothing of mental illness and addictions and all of those types of issues.

Also in your article in *The Hill Times* you mentioned several other disadvantaged groups in society who undergo grievous suffering, and you say:

But in the case of persons with disabilities, the government suggests we should look into their eyes and say, "You're right, people like you do have a good reason to die and we are going to help you make it happen."

What message do you believe this generally sends to the disability community?

Mr. Belanger: I believe it sends the message that if you live with a disability, that's a reason you might want to consider taking your own life or asking for medical assistance in dying, because your life does not have the same value as someone who does not —. Realistically, what kind of life would you possibly have? How could you be successful? How could you enjoy life? How could you be part of your community? Here is an option for you to take. We don't offer that to other Charter protection groups so why for persons living on disability —.

They contribute across Canada on a daily basis. But it's the mindset that my life will end if I ever — live with a disability. I wouldn't want to live if I have a disability. It's a mindset we have to change. It's a problem.

Senator Batters: Thank you.

Senator Dalphond: Thank you to our witnesses. I thought it was very interesting.

My question is for Dr. Wieman. I read your short brief with great interest. Would you please elaborate more on how MAID fits within the concept of dignity and the holistic view of life for First Nations?

Dr. Wieman: Thank you, senator, for that question. I should preface my remarks by saying that I am a Western-trained physician, and I do not, in any way, identify myself as a traditional healer or someone who leads ceremonies. I do participate in ceremonies from time to time, but I do not lead them myself.

elles n'ont rien à quoi s'accrocher justement. Nous passons notre temps à chercher du soutien pour améliorer leurs conditions de vie, avec leur consentement et selon leurs suggestions, mais c'est difficile. Nous ne devrions pas leur offrir l'option de mourir parce qu'elles ont un handicap, si nous ne leur avons pas offert d'options durant leur vie. C'est inconcevable.

La sénatrice Batters : Absolument, sans parler de la maladie mentale, de la toxicomanie et de tous ces types de problèmes.

Dans votre article paru dans le *Hill Times*, vous avez également mentionné plusieurs autres groupes défavorisés de la société qui subissent de graves souffrances, et vous dites :

Mais dans le cas des personnes handicapées, le gouvernement nous suggère de les regarder dans les yeux et de leur dire : « Vous avez raison, les gens comme vous ont une bonne raison de mourir et nous allons vous aider à faire en sorte que cela se produise. »

D'après vous, quel message envoie-t-on par-là aux personnes handicapées?

M. Belanger : Le message, d'après moi, c'est que si vous vivez avec un handicap, c'est une bonne raison d'envisager de mettre fin à vos jours ou de demander l'aide médicale à mourir, parce que votre vie n'a pas la même valeur que celle d'une personne qui n'a pas... Soyons réalistes, quel genre de vie auriez-vous? Comment pourriez-vous réussir? Comment pourriez-vous profiter de la vie? Comment pourriez-vous faire partie de votre communauté? Voici une option que vous pouvez choisir. Nous n'offrons pas cela à d'autres groupes couverts par la Charte, alors pourquoi pour les personnes handicapées...

Ils apportent une contribution quotidienne partout au Canada. Mais c'est l'idée que la vie est finie si jamais on doit vivre avec un handicap. Qu'on préfère ne pas vivre si on a un handicap. C'est une mentalité que nous devons changer. C'est un problème.

La sénatrice Batters : Merci.

Le sénateur Dalphond : Je remercie nos témoins. J'ai trouvé cela très intéressant.

Ma question s'adresse à la Dre Wieman. J'ai lu votre court mémoire avec beaucoup d'intérêt. Pourriez-vous nous en dire davantage sur la façon dont l'AMM s'inscrit dans le concept de dignité et la vision holistique de la vie des Premières Nations?

Dre Wieman : Merci, sénateur, de cette question. Je dois d'abord dire que j'ai une formation en médecine occidentale et que je ne me considère aucunement comme une guérisseuse traditionnelle ou quelqu'un qui dirige des cérémonies. Je participe à des cérémonies de temps à autre, mais je ne les dirige pas moi-même.

What I have heard over my many years of experience — I practised for over 20 years clinically before changing to public health, including 8 years on an on-reserve community — is that in many cases — and it's hard not to generalize, but also, I don't want to leave out people's specific views because there is a diversity of views across the country among Indigenous people. So it's that careful balance between being pan-Indigenous in my answer and trying to respect the diversity at the same time.

I do know that there is, for example, a very holistic encompassing view of one's life and one's death. For example, if we look at the medicine wheel, it is a circle. For example, we come into life through the eastern door, and we exit life through our death through the western door. In other Indigenous cultures around the world there are many similar types of analogies — the longhouses of the Maori in New Zealand, for example.

What I was trying to get at with that comment was that we have to always keep in mind the diversity of Indigenous people when considering these issues. Some people are very traditionally oriented and actively speak their language and participate in their ceremonies, but other people are not necessarily as engaged, for a variety of reasons.

I was trying to say, death is more a part of our thinking. It is not necessarily as sterile as it may be considered in other Western societies or cultures. For example, when I worked on the reserve, people actually had their deceased relatives in their homes awaiting the funeral. There wasn't always this tradition of taking the person to a funeral home, with set visiting hours and the fake grass and all of that kind of stuff. It's much more organic and inclusive.

We have to take that into account when we're talking about trying to give people access to something such as MAID that is part of that life cycle, in this case focused on end of life and death.

Senator Dalphond: Would you say that, so far, there is a very limited access to MAID for those who might be interested to receive it?

Dr. Wieman: This is the only answer I can get, and I think it's important. I think the reason I identified at the beginning of my statement was that I also work in British Columbia in the First Nations Health Authority. Sometimes I wear both hats at the same time. It's kind of difficult to separate out those roles. I have heard in the B.C. context that access to MAID for all British Columbians, particularly for those who live in rural and remote areas, is limited though not necessarily impossible.

I can also share anecdotally that some First Nations people have accessed MAID. I don't have a definitive number to give you but I would say that access to health care overall and access

Il est difficile de ne pas généraliser, d'autant que je ne veux pas oublier les points de vue propres aux uns et aux autres compte tenu de la diversité des points de vue à l'échelle du pays parmi les peuples autochtones. Au cours de mes nombreuses années d'expérience — j'ai pratiqué pendant plus de 20 ans en milieu clinique avant de passer à la santé publique, y compris 8 ans dans une communauté dans une réserve — j'ai constaté qu'il y a un équilibre délicat entre le point de vue panautochtone et le respect de la diversité, point de vue que je vais chercher à illustrer dans ma réponse.

Je sais qu'il y a, par exemple, une vision très holistique de la vie et de la mort d'une personne. Par exemple, si on regarde la roue médicinale, c'est un cercle. Par exemple, nous entrons dans la vie par la porte de l'Est, et nous en sortons par la porte de l'Ouest. Il existe de nombreux types d'analogies semblables, dans d'autres cultures autochtones du monde, comme les longues maisons des Maoris en Nouvelle-Zélande.

Ce que j'essayais de dire, c'est qu'il nous faut toujours tenir compte de la diversité des Autochtones lorsqu'on examine ces questions. Les uns sont très orientés tradition, parlent activement leur langue et participent à leurs cérémonies, les autres ne sont pas nécessairement aussi engagées, pour diverses raisons.

J'essayais de dire que la mort fait davantage partie de notre réflexion. Ce n'est pas nécessairement aussi stérile qu'on peut le croire dans d'autres sociétés ou cultures occidentales. Par exemple, lorsque je travaillais dans la réserve, les gens gardaient leur parent décédé chez eux en attendant les funérailles. La tradition d'amener le défunt à un salon funéraire, avec des heures de visite fixes et le faux gazon et tout ce tralala n'a pas toujours existé. C'est beaucoup plus organique et inclusif.

Nous devons en tenir compte lorsque nous parlons d'essayer de donner aux gens accès à quelque chose comme l'aide médicale à mourir qui fait partie de ce cycle de vie, dans ce cas-ci axé sur la fin de vie et la mort.

Le sénateur Dalphond : Diriez-vous que, jusqu'à maintenant, l'accès à l'AMM est très limité pour ceux qui pourraient être intéressés à en bénéficier?

Dre Wieman : C'est la seule réponse que je puisse obtenir, et c'est important, je pense. J'ai dit au début de mon exposé que je travaille également à la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique et je porte parfois les deux chapeaux en même temps. Il est assez difficile de séparer ces rôles. J'ai entendu dire en Colombie-Britannique que l'accès à l'aide médicale à mourir pour tous les Britanno-Colombiens, surtout ceux qui vivent dans des régions rurales et éloignées, est limité, mais pas nécessairement impossible.

Je peux aussi vous dire que certains membres des Premières Nations ont eu accès à l'aide médicale à mourir. Je n'ai pas de chiffre précis à vous donner, mais je dirais que l'accès aux soins

to specialized services like MAID are still limited for many people who live in rural and remote areas.

The Chair: Thank you, Senator Dalphond and Dr. Wieman.

Senator Pate: Thank you to all of you. Thank you especially, Mr. Belanger, for the masks that you provided to all of us for this month in recognition of Indigenous peoples with disabilities.

I want to ask this of all of you, those of you who are comfortable answering. I'm sitting in for Senator Boyer today. She wanted to know whether, in fact, any of you have run into challenges providing services on reserve versus off reserve. I think there's been a bit of an answer to that but if you could elaborate.

Also, some Indigenous communities have expressed concerns at the possibility that the expansion of MAID could be counter-cultural to some Indigenous cultures and traditions. Taking into account Indigenous people's right to self-determination, how can Bill C-7 be amended or how can we ensure that Indigenous people who are eligible for MAID — as well as those who don't have access to programs and services in the community and are only given access to MAID — are assisted in a way that is culturally safe?

And a question from me: You all know the over-representation of Indigenous peoples in prison. Because of the issue of the lack of choice in terms of other treatment options for prisoners, the Correctional Investigator has called for a moratorium on the ability of prisoners to access medical assistance in dying because all the recommendations say they should be provided with access to palliative care in the community before the option for MAID is provided. Yet many, many prisoners are requesting MAID because they're not getting access to that kind of compassionate release option. If anyone wants to comment on that as well, it would be appreciated. Thank you.

Dr. Lafontaine: Thank you, senator, for your questions. I'll try to answer each one quickly to give the other witnesses a chance to respond.

As far as access to health care, if you don't exist within Indigenous health systems, it's kind of hard to wrap your head around just how little access there actually is. Within urban centres and in the North Zone of Alberta, we have 15 to 20% of our population at the hospital where I work coming from Indigenous communities in northern Alberta and in northern B.C. Patients who come into the hospital often receive fewer options when it comes to choices for their care. They often have different interactions where they sometimes get the impression — and this has been told to me by Indigenous patients — that their providers don't want them to have certain options, so they don't pursue it out of fear of offending the provider, even though they do know options are out there.

de santé en général et à des services spécialisés comme l'aide médicale à mourir est encore limité pour de nombreuses personnes qui vivent dans des régions rurales et éloignées.

La présidente : Merci, sénateur Dalphond et Dre Wieman.

La sénatrice Pate : Merci à vous tous. Merci tout particulièrement, monsieur Bélanger, pour les masques que vous nous avez fournis ce mois-ci en reconnaissance des Autochtones handicapés.

J'aimerais poser la question suivante à tous ceux d'entre vous qui sont à l'aise pour y répondre. Je remplace la sénatrice Boyer aujourd'hui. Elle voulait savoir si, en fait, certains d'entre vous ont eu de la difficulté à fournir des services dans les réserves par rapport aux services hors réserve. On a eu un début de réponse, je crois, mais j'aimerais que vous nous en disiez davantage.

De plus, certaines communautés autochtones ont dit craindre que l'expansion de l'AMM puisse contrevenir à certaines traditions culturelles autochtones. Compte tenu du droit à l'autodétermination des peuples autochtones, comment modifier le projet de loi C-7 de manière à nous assurer que les Autochtones qui sont admissibles à l'AMM — ainsi que ceux qui n'ont pas accès aux programmes et aux services dans la collectivité et qui n'ont accès qu'à l'AMM — reçoivent de l'aide sous une forme respectueuse de leur culture.

Et une question de ma part : vous savez tous que les Autochtones sont surreprésentés en prison. En raison du manque d'options de traitement offertes aux détenus, l'enquêteur correctionnel a demandé un moratoire sur l'accès des prisonniers à l'aide médicale à mourir parce que toutes les recommandations disent qu'ils devraient avoir accès à des soins palliatifs dans la collectivité avant que l'option de l'aide médicale à mourir ne leur soit offerte. Pourtant, de très nombreux prisonniers demandent l'AMM parce qu'ils n'ont pas accès à ce genre d'option de libération pour des raisons humanitaires. J'attends avec plaisir vos commentaires à ce sujet également. Merci.

Dr Lafontaine : Merci de vos questions, madame la sénatrice. Je vais essayer de répondre rapidement à chacune pour laisser la chance aux autres témoins d'intervenir.

En ce qui concerne l'accès aux soins de santé, si vous ne figurez pas dans les systèmes de santé autochtones, vous n'avez pas idée à quel point l'accès est limité. Dans les centres urbains et dans la zone Nord de l'Alberta, 15 à 20 % des patients à l'hôpital où je travaille viennent de localités autochtones du Nord de l'Alberta et du Nord de la Colombie-Britannique. Les patients qui se présentent se voient souvent offrir moins d'options quand vient le temps de choisir leurs soins. Ils ont souvent des interactions différentes où ils ont l'impression parfois — et je tiens cela de patients autochtones — que leurs soignants ne veulent pas qu'ils aient certaines options, alors ils n'insistent pas de peur d'offenser le soignant, même s'ils savent que d'autres options existent.

As you move into the periphery, smaller communities and fly-in communities in particular, there actually is no service unless a physician chooses to visit. I'll underline by saying, "chooses to visit." It's not up to the patient. It is not up to the community. It is not even up to the health system; it's whether or not someone will volunteer to go there.

The idea is that we have some sort of underlying structure on which to overlay any type of access within certain Indigenous communities. There actually is no access at different times during the month. In some of our fly-in communities in northern Alberta, they are locum services for maybe a week. That means for five days, you have access to a provider who can send you for testing, investigation, do evaluations or maybe refer you to a specialist to whom you can't refer yourself to. That's the answer to question one.

To question two, introducing MAID to the community and cultural and social considerations, in the context of not having a well-established baseline for health systems, going from having no health systems to having a greater access within urban communities. You can imagine that introducing something that is supposed to be provided to all Canadians would be received in different ways. If the only service that is required by the federal government to be provided within communities across Canada is medical assistance in dying — and I'll go as far as to say it probably is the only service that has been approached this way — in a community that has no services, the reception is going to be very different than in an urban community with other services available.

That communicates very specific things to the community because of the nature of MAID — that the treatment is harm — as I mentioned at the very beginning, has impacts on the ongoing trust and engagement of communities with the health system.

The third comment about treatment options for prisoners is a timely one. We know that Indigenous patients in particular suffer from a type of racism that leads to worsened health outcomes. That's a byproduct of the choices provided to patients, the cultural norms on what's tolerated for patients, and then the choices of providers who actually control resources in the system when it comes to making choices for patients.

We know from the tubal sterilization inquest that has been led by Senator Boyer and other champions within the Senate, that this is a reality. This is not a remote nor a historical reality. This is a lived reality today.

I remember in residency, 10, 12 years ago, sitting in ORs providing anesthetics for patients who would begin crying once the surgeon told them their tubes were being tied.

En périphérie, dans les petites localités, surtout celles accessibles uniquement par avion, il n'y a pas de service à moins qu'un médecin ne décide de se rendre sur place. Je dis bien « décide de se rendre sur place ». Cela ne dépend pas du patient, ni de la localité. Cela ne dépend même pas du système de santé. Cela dépend de la bonne volonté de quelqu'un qui accepte d'y aller.

L'idée, c'est qu'on a une sorte de structure sous-jacente sur laquelle on superpose n'importe quel type d'accès dans certaines localités. En fait, il n'y a pas d'accès du tout à certains moments durant le mois. Dans certaines localités du Nord de l'Alberta accessibles par avion, il y a des services de suppléance pendant peut-être une semaine. Cela signifie que pendant cinq jours, vous avez accès à un soignant qui peut vous envoyer subir des tests, faire des évaluations ou peut-être vous diriger vers un spécialiste auquel vous ne pouvez pas vous adresser vous-même. C'est ma réponse à la première question.

La deuxième question porte sur les considérations culturelles et sociales entourant l'aide médicale à mourir, en l'absence d'une base de référence bien établie pour les systèmes de santé, des considérations qui vont de l'absence de système de santé jusqu'à un meilleur accès dans les collectivités urbaines. Vous imaginez bien qu'on peut accueillir de différentes façons la présentation de quelque chose qui est censé être offert à tous les Canadiens. Si le seul service dont le gouvernement fédéral exige qu'il soit offert dans toutes les localités du Canada est l'aide médicale à mourir — et j'irai jusqu'à dire que c'est probablement le seul qui a été envisagé de la sorte —, l'accueil sera très différent dans une localité qui n'a pas de service et dans un milieu urbain qui en a d'autres à offrir.

Cela envoie un message bien précis à la collectivité en raison de la nature de l'aide médicale à mourir, qui est vue comme un traitement préjudiciable, comme je le disais au tout début. Cela a des répercussions sur la confiance envers le système de santé et la volonté d'y adhérer.

Le troisième commentaire sur les options de traitement pour les prisonniers arrive à point nommé. Nous savons que les patients autochtones en particulier souffrent d'un type de racisme qui entraîne une détérioration de leurs bilans de santé. C'est un effet secondaire des choix offerts aux patients, des normes culturelles qui dictent ce qui est toléré pour les patients, puis des choix des soignants qui ont la haute main sur les ressources du système quand vient le temps de choisir pour les patients.

Nous savons, grâce à l'enquête sur la stérilisation tubaire menée par la sénatrice Boyer et d'autres défenseurs au Sénat, que c'est une réalité. Ce n'est pas une réalité lointaine ou historique. C'est la réalité d'aujourd'hui.

Je me souviens, il y a 10 ou 12 ans, lorsque j'étais en résidence, des salles d'opération où je devais anesthésier des patientes qui se mettaient à pleurer dès que le chirurgien leur disait qu'on était en train de leur ligaturer les trompes.

I always assumed, as an Indigenous anaesthesiologist, that maybe my spinal anesthetic was insufficient or that the patient was just doing a little bit of grieving. It would never have crossed my mind that they had never been engaged in a conversation where someone provided them the space to make a decision about their health care.

The Chair: Thank you very much, Dr. Lafontaine.

Senator Boniface: Thank you all for being here. This is such an important discussion.

I would like to direct my questions to the nursing association. It's obvious that there are accessibility issues to MAID in many rural and Indigenous communities. I come from a rural area, and I see it firsthand. A lack of access to medical specializations is one of the obvious issues. The House of Commons adopted an amendment at committee this week that essentially allows for a case where if neither medical nor a nurse practitioner has a specialization in the area of a person's suffering, that they be able to consult with someone who does. To that extent, would this amendment help to address the issue of access for rural and Indigenous communities, keeping in mind the jurisdictional divisions between the various governments?

Ms. Nowgesic: Thank you for the question. I think the response is much more complicated than the time would allow us to respond to it here efficiently. I think it signals a major legal challenge with some untold ramifications. Dr. Lafontaine has already pointed that out because the disparaging level of access to adequate health services — not even specialized, just adequate — is something that is of great concern to us. Under our Indigenous nursing lens we are saying that more comprehensive consultation needs to be done in order to assess the efficacies or the groups that could be involved in being just eligible for MAID. That is compounded by the eligibility for concurrent services under non-insured health or the eligibility under current services for palliative care to end of life.

At the same time, we are very concerned about and want to look at the meaningful protection of the conscience rights of health care workers. Are they going to be punished in their workplace if they do not because they're the only nurse or nurse practitioner in that community that could do this? We're concerned about the stewardship of the medication coming to the community. There are so many things that come into play, and without proper consultations with health care workers or health allies we are once again failing the system, which is not ready. We can say that. We are failing the health care workers. Thank you.

Senator Boniface: Thank you very much for your response. It doesn't surprise me, but I thought it was important to be heard.

J'ai toujours supposé, moi, un anesthésiste autochtone, que mon anesthésiant rachidien était peut-être insuffisant ou que la patiente faisait un peu le deuil de sa maternité. Je n'aurais jamais pensé que ces femmes-là n'avaient jamais pris part à une conversation où on leur laissait le loisir de décider de leurs soins de santé.

La présidente : Merci beaucoup, docteur Lafontaine.

La sénatrice Boniface : Merci à tous d'être ici. C'est une discussion tellement importante.

J'aimerais m'adresser à l'association des infirmières. Il est évident que l'accessibilité à l'aide médicale à mourir laisse à désirer dans de nombreuses collectivités rurales et autochtones. Je viens d'une région rurale et je le vois de mes propres yeux. Le manque d'accès aux spécialisations médicales est un des problèmes évidents. La Chambre des communes a adopté un amendement en comité cette semaine qui dit essentiellement que si ni un médecin ni un praticien de soins infirmiers n'est spécialisé dans la pathologie dont souffre une personne, on peut alors consulter quelqu'un qui l'est. Est-ce que cet amendement aiderait à régler la question de l'accès pour les collectivités rurales et autochtones, en gardant à l'esprit le partage des compétences entre les divers gouvernements?

Mme Nowgesic : Je vous remercie de la question. Je pense que la réponse est beaucoup trop compliquée pour que nous ayons le temps d'y répondre efficacement. Je pense que cela annonce une importante contestation judiciaire qui aura des ramifications inattendues. Le Dr Lafontaine l'a déjà souligné parce que la pauvreté d'accès à des services adéquats — pas même spécialisés, juste adéquats — nous préoccupe beaucoup. De notre point de vue d'infirmières autochtones, nous disons qu'il faut mener des consultations plus exhaustives afin d'évaluer les ressources ou les groupes auxquels on pourrait faire appel pour être simplement admissibles à l'aide médicale à mourir. La situation se complique encore avec l'admissibilité à des services concurrents non assurés ou l'admissibilité aux services actuels de soins palliatifs en fin de vie.

En même temps, nous sommes très préoccupées par la protection réelle de la liberté de conscience des travailleurs de la santé. Seront-ils punis dans leur milieu de travail s'ils refusent et qu'ils sont les seuls praticiens dans la collectivité en mesure de le faire? Nous sommes préoccupées par la surveillance des médicaments qui arrivent dans la collectivité. Il y a tellement de choses qui entrent en jeu, et sans consultation suffisante des travailleurs de la santé ou des domaines connexes, nous laissons encore une fois tomber le système, qui n'est pas prêt, il faut bien le dire. Nous laissons tomber les travailleurs de la santé. Merci.

La sénatrice Boniface : Merci beaucoup de votre réponse. Elle ne me surprend pas, mais je trouvais important qu'on l'entende.

Senator Plett: Welcome to all the witnesses. A special welcome to Dr. Wieman, being from little Grand Rapids, I know it well. I think I've been in every Indigenous community and village in Manitoba many times, so a special welcome to you.

My question is for all of you or any one of you. We've heard from Mr. Belanger that he believes the government should have appealed this decision when they had the chance, but now we have this bill before us. Senator Pate asked this question and I don't think she got an answer because Dr. Lafontaine had a number of answers there.

What do you believe is the right thing to do? Do you think this bill is beyond reproach or are there amendments we could make that would make the bill more palatable to the disability community?

Mr. Belanger, if you want to start and, please, I would like a few others to jump in. That will be my only question.

Mr. Belanger: Thank you, senator. Certainly, I think the Government of Canada should have appealed the court decision. Right now, as some of my colleagues have said, we need further consultation. We need further engagement with the Indigenous communities and Indigenous persons with disabilities. Until that happens, we need to get rid of track two and stick to end-of-life criteria. That will serve persons with disabilities best. As we heard in testimony before, the cut-off date is December 18 and if the legislation isn't changed by then, MAID will still be in effect, it will [Technical difficulties]. It was an opportunity to have the government properly engage Indigenous peoples living with disabilities in Indigenous communities and [Technical difficulties]. Because we don't have that knowledge. We don't have their input and that's what we need. Absolutely, that's where I stand.

Senator Plett: Thank you. Dr. Wieman, I would like your comments and, please, the others as well if we have time.

Dr. Wieman: Thank you, Senator Plett. What I would echo and add to what Mr. Belanger has said is that one of the real challenges we're facing is the diversity of Indigenous people that we're talking about. That is really a difficulty. I mean, it's a richness of our cultures, but on the one hand, trying to find consensus among different groups and different groups within the Indigenous population is really challenging. What I do hear is that people feel that there has been inadequate consultation on this particular topic that could, perhaps, be remedied by speaking to more people and more groups. I think that's one thing.

Le sénateur Plett : Bienvenue à tous les témoins, en particulier à la Dre Wieman, qui vient de Grand Rapids, un endroit que je connais bien. Je pense avoir visité à maintes reprises chacun des villages et chacune des communautés autochtones du Manitoba, alors je vous salue en particulier.

Ma question s'adresse à vous tous ou à n'importe lequel d'entre vous. Nous avons entendu M. Belanger dire qu'il croit que le gouvernement aurait dû en appeler de cette décision lorsqu'il en a eu l'occasion, mais nous voici maintenant saisis de ce projet de loi. La sénatrice Pate a posé cette question et je ne pense pas qu'elle ait obtenu de réponse parce que le Dr Lafontaine en avait déjà plusieurs à fournir à ce moment-là.

Selon vous, quelle est la bonne chose à faire? Trouvez-vous que ce projet de loi est irréprochable ou y a-t-il des amendements que nous pourrions apporter pour le rendre plus acceptable à l'ensemble des personnes handicapées?

Monsieur Belanger, si vous voulez commencer et, s'il vous plaît, j'aimerais que d'autres interviennent. Ce sera ma seule question.

M. Belanger : Merci, monsieur le sénateur. Bien sûr, je pense que le gouvernement du Canada aurait dû en appeler de la décision du tribunal. À l'heure actuelle, comme certains de mes collègues l'ont dit, il faut plus de consultation. Nous devons consulter davantage les collectivités autochtones et les Autochtones en situation de handicap. Entretemps, nous devons nous débarrasser de la deuxième voie et nous en tenir aux critères de fin de vie. C'est ce qui servira le mieux les intérêts des personnes handicapées. Comme nous l'avons entendu précédemment, la date limite est le 18 décembre, et si la loi n'est pas modifiée d'ici là, l'aide médicale à mourir sera toujours en vigueur, elle... [Difficultés techniques]. C'était l'occasion pour le gouvernement de consulter comme il se devait les Autochtones en situation de handicap dans leurs collectivités et... [Difficultés techniques]. Parce que nous n'avons pas ces connaissances. Nous n'avons pas leur avis et c'est de cela que nous avons besoin. Absolument, c'est ce que je pense.

Le sénateur Plett : Merci. Docteur Wieman, j'aimerais vous entendre et, s'il vous plaît, les autres aussi, si nous avons le temps.

Dre Wieman : Merci, sénateur Plett. Je me fais l'écho des propos de M. Belanger et j'ajouterais qu'un des véritables problèmes que nous avons tient à la diversité des peuples autochtones dont nous parlons. C'est vraiment un problème. Je veux dire, c'est une richesse de nos cultures, mais d'un côté, il est vraiment difficile de dégager un consensus parmi différents groupes, et au sein de la population autochtone. Ce que j'entends, c'est que des gens ont l'impression qu'il n'y a pas eu suffisamment de consultations sur ce sujet en particulier et qu'on pourrait peut-être y remédier en s'adressant à un plus grand

There is a lot of work that we need to do as Indigenous health organizations, depending on the outcome of working with our partners to ensure, as I said in my opening statement, that the communication that comes out is clear and accurate, because I am aware that there are a lot of preconceived notions and misperceptions out there. Thanks.

Senator Plett: Let me ask each of you a question for a one-word answer, so it won't take long. I want a one-word answer: Yes, no, or maybe.

Do you think we should hit pause on this bill until more consultation has been done? Should we hit pause?

Mr. Belanger: Yes.

Senator Plett: Dr. Wieman?

Dr. Wieman: Maybe.

Senator Plett: Dr. Lafontaine?

Dr. Lafontaine: Yes.

Senator Plett: I'm not going to try to pronounce the last name.

Ms. Nowgesic: Not a problem, it's Nowgesic, and I say yes.

Senator Plett: Thank you very much. I appreciate your testimony.

Senator Keating: Thank you so much for being here for this really critical conversation that should have happened a long time ago.

I am somewhat distraught by the fact that MAID has been in place for some time and that there are absolutely no provisions even mentioning the application of cultural or sensitive standards for the holistic application of MAID in Indigenous communities. This might seem like a menial question at this point considering all of the other voids in access, et cetera, and the needs of Indigenous disabled people.

I'll ask this question to Dr. Lafontaine. Do you think that at this juncture, if the bill is not paused, is there anything you think that could be added to this bill to — I hate to use the word "fix" because that's not going to do it, I know — but to attempt to fix the lack of inclusion?

nombre de personnes et de groupes. Je pense que c'est une chose à faire.

Nous avons beaucoup de travail à faire dans nos organismes de santé autochtones, selon le résultat de la collaboration avec nos partenaires, pour nous assurer, comme je disais dans ma déclaration préliminaire, que la communication est claire et exacte, parce que je me rends compte qu'il y a beaucoup d'idées préconçues et de fausses perceptions. Merci.

Le sénateur Plett : Permettez-moi de poser une question à laquelle chacun de vous devra répondre par un seul mot, pour que cela ne prenne pas de temps. Je veux une réponse en un mot : oui, non ou peut-être.

Pensez-vous que nous devrions mettre ce projet de loi en veilleuse jusqu'à ce que d'autres consultations aient eu lieu? Devrions-nous faire une pause?

M. Belanger : Oui.

Le sénateur Plett : Docteur Wieman?

Dre Wieman : Peut-être.

Le sénateur Plett : Docteur Lafontaine?

Dr Lafontaine : Oui.

Le sénateur Plett : Je ne vais pas essayer de prononcer votre nom de famille.

Mme Nowgesic : Pas de problème, c'est Nowgesic, et je dis oui.

Le sénateur Plett : Merci beaucoup. Je vous remercie de votre témoignage.

La sénatrice Keating : Merci beaucoup d'être ici pour nourrir cette discussion vraiment cruciale, qui aurait dû avoir lieu il y a longtemps.

Je suis quelque peu perturbée par le fait que l'aide médicale à mourir est en place depuis un certain temps et qu'il ne soit nulle part fait mention de normes culturelles ou sensibles aux réalités autochtones pour son application universelle dans leurs collectivités. Cela peut sembler une question insignifiante à ce stade-ci, étant donné toutes les autres lacunes en matière d'accès, et cetera, et les besoins des Autochtones en situation de handicap.

Je m'adresse au Dr Lafontaine. Au point où nous en sommes, si le projet de loi n'est pas mis en veilleuse, y a-t-il quoi que ce soit que nous pourrions y ajouter pour — je déteste utiliser le mot « réparer » parce qu'il ne fera pas l'affaire, je le sais — essayer de réparer le manque d'inclusion?

Dr. Lafontaine: Thanks for that question. This has been alluded to by some of the other witnesses. We often view death within Indigenous culture and philosophy as just a part of life. I think MAID heretofore has been structured as an end point instead of an option. I sympathize and empathize much more based on my experience on the task force on the very tough decisions that patients have to make within the context of suffering, but that suffering can't only have the end point of MAID. The way that MAID is structured and shared with Indigenous communities, that is the perception that I feel many of the people who I have talked to — and it's not a perfect consultation — often feel that way.

To improve the structure of the legislation, there are some specific things which I would recommend. The first one is that within health care we often have surrogate decision makers. I'm still confused why this hasn't been considered in a draft form within MAID, within our own communities having surrogate decision makers who are cultural or traditional leaders within the community would make a lot of sense to me. That way, it's more of a partnership. The Choose Life Initiative that was brought forward has caused big impacts on suicide rates within children and youth across the country. That was based on co-creation.

The second thing I recommend is thinking through what component you should have with MAID to ensure it really is a tool or an option versus the only choice. And that may have to do with a patient bill of rights like they have in New Zealand or some other type of baseline.

So that is where I would start, and thank you for the question.

Senator Keating: Thank you so much.

[Translation]

Senator Dupuis: My first question goes to Dr. Wieman. First, my thanks to all the witnesses who have come here today and are helping us to understand this part of our reality. You mentioned a number of Indigenous nations, each with its voice and each responsible for its position. With medical assistance in dying, we have the bill that concerns us, to amend the Criminal Code, but services are administered by the provinces. To what extent should.... We need to create a space in which to hear First Nations voices in all the diversity of each nation's voices. Have you given any thought to the forum where that space could be located — let me call it a discussion space — that would allow each Indigenous nation not only to state its position, but also to communicate, to discuss and negotiate that position with the government so that services can be established? In Quebec, for example, a number of Indigenous nations live in various regions. The Innu nation has a number of communities in different regions, where services are not necessarily provided in the same

Dr Lafontaine : Merci de cette question. Certains des autres témoins y ont fait allusion. Dans les cultures et les philosophies autochtones, la mort est souvent vue comme faisant partie de la vie. Je pense que l'aide médicale à mourir a été structurée jusqu'ici comme un point final plutôt que comme une option. À cause de mon expérience au sein du groupe de travail, je compatis beaucoup plus aux décisions très difficiles que les patients doivent prendre dans le contexte de la souffrance, mais cette souffrance n'a pas forcément comme seule issue l'aide médicale à mourir. De la façon dont l'AMM est structurée et communiquée aux Autochtones, c'est souvent l'impression qui persiste chez bon nombre des personnes à qui j'ai parlé — sans que ce soit une consultation rigoureuse.

Pour améliorer la structure du projet de loi, il y a certaines choses précises que je recommanderais. Premièrement, dans le domaine des soins de santé, ce sont souvent des mandataires qui prennent les décisions. Je ne comprends toujours pas pourquoi il n'en a pas été question dans l'ébauche de l'aide médicale à mourir, mais le bon sens voudrait selon moi que les mandataires de patients autochtones soient des leaders culturels ou des chefs traditionnels dans la collectivité. Ainsi, on parlerait davantage de partenariat. L'initiative Choose Life qui a été présentée a eu d'importantes répercussions sur les taux de suicide chez les enfants et les jeunes dans tout le pays. Elle reposait sur la cocréation.

La deuxième chose que je recommande, c'est de réfléchir à l'ingrédient qu'il faudrait ajouter pour que l'aide médicale à mourir soit vraiment un outil ou une option au lieu du seul choix. Cela pourrait passer par une charte des droits des patients comme en Nouvelle-Zélande, ou par un autre instrument de référence.

C'est par là que je commencerais, et je vous remercie de votre question.

La sénatrice Keating : Merci beaucoup.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Ma première question s'adresse à la Dre Wieman. Je remercie d'abord tous les témoins qui sont venus aujourd'hui et qui nous aident à comprendre cette partie de la réalité. Vous avez parlé de plusieurs nations autochtones, chacune ayant sa voix et la responsabilité de sa position. Dans le cas de l'aide médicale à mourir, il y a le projet de loi qui nous intéresse, visant à modifier le Code criminel, mais l'administration des services se fait par l'intermédiaire des provinces. À quel ordre devrait se faire... Il y a un espace à créer pour entendre la voix des Premières Nations dans toute la diversité des voix de chacune des nations. Avez-vous réfléchi au forum où devrait se situer cet espace — j'appellerais cela un espace de discussion — qui permettrait à chaque nation autochtone de prendre sa position, mais aussi de la communiquer, de discuter et de négocier avec le gouvernement, pour que les services soient mis en place? Par exemple, au Québec, il y a plusieurs nations autochtones qui vivent dans

way. Have you been able to give any thought to that question? You are actually raising a very important issue.

[English]

Dr. Wieman: Thank you for the question, Senator Dupuis. The answer is very complicated, of course, and multifaceted. It is an impossible task in some way to gauge the opinions of so many diverse nations across the country. But I think what I would say in answer to your question are two quick things. One is that I think in order to have an engagement or that kind of discussion around MAID, related to what I said in my opening statement, Indigenous nations themselves need to have a very clear idea and understanding of what MAID is, what the legislation is, what the safeguards are. And I stress the safeguards because I think when people initially hear the term that they may, for example, jump to conclusions about it, and I have seen a couple of media articles to that effect. So that's one thing. There needs to be very clear communications around this prior to engagement.

Second, I think it's not a quick answer, but for example, there are different regional health authorities. The First Nations Health Authority in British Columbia where I work is the first provincial First Nations health authority of its kind in Canada. So we spend a lot of effort, well worth it, to engage with First Nations people in our five regions and sub-regions, and we have very frequent caucuses and consultations with them so that we have, in some ways, because we are a provincial health authority, that advantage, that we have that constant input and opinions that maybe some other provinces or territories don't necessarily have. Again, it's not a quick fix but it is very important to listen to the concerns of First Nations, Métis, and Inuit people. I can't speak on behalf of all of those people.

The last thing I would add is to explain why I said "maybe" to the question, and it wasn't meant to be humorous. It was meant from a perspective of a physician representing other Indigenous physicians. Even though the notice for this hearing was relatively short, we had a discussion among our board last evening. Many Indigenous physicians work on the front lines. We see the suffering of certain people. Granted, we need to provide more health services and supports to people who are, for example, in the midst of a terminal illness, services that they don't necessarily have equitable access to. But on the other hand, for people who can make that informed decision for themselves, with the existing safeguards in place, people have had access to MAID; some Indigenous people have done that. I think it's hard not to try to listen to that perspective of someone in that situation and suffering. I have had a very close friend of mine who died of

différentes régions. Au sein de la nation innue, il y a plusieurs communautés qui se trouvent dans différentes régions où les services ne sont pas nécessairement prévus de la même manière. Avez-vous l'occasion de réfléchir à cette question? C'est en effet une question très importante que vous soulevez.

[Traduction]

Dre Wieman : Je vous remercie de votre question, madame la sénatrice. La réponse est très compliquée, bien sûr, et comporte plusieurs volets. Il est impossible, d'une certaine façon, de sonder les opinions d'un si grand nombre de nations à travers le pays. Pour répondre à votre question, je dirais deux choses rapidement. Premièrement, je pense que pour tenir une consultation ou ce genre de discussion sur l'aide médicale à mourir, en rapport avec ce que je disais dans ma déclaration préliminaire, les nations autochtones elles-mêmes doivent pouvoir comprendre très clairement ce qu'est l'aide médicale à mourir, ce qu'est la loi, ce que sont les mesures de protection. Et j'insiste sur les mesures de protection parce que lorsque les gens entendent l'expression pour la première fois, ils peuvent sauter à des conclusions, par exemple, et j'ai vu quelques articles dans les médias à cet effet. C'est la première chose : il doit y avoir des communications très claires à ce sujet avant d'aller plus loin.

Deuxièmement, je ne pense pas que ce soit une réponse rapide, mais par exemple, il y a différentes autorités sanitaires régionales. En Colombie-Britannique, la First Nations Health Authority, où je travaille, est la première du genre au Canada. Nous déployons beaucoup d'efforts, qui en valent la peine, pour faire participer des gens des Premières Nations dans nos cinq régions et sous-régions, et nous tenons très souvent des caucus et des consultations avec eux. Puisque nous sommes une autorité provinciale de la santé, nous voulons profiter de cet avantage, celui de recueillir constamment des commentaires et des opinions que d'autres provinces ou territoires n'ont pas nécessairement. Encore une fois, ce n'est pas une solution miracle, mais il est essentiel d'entendre les préoccupations des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Je ne peux pas parler en leur nom à tous.

Enfin, je voudrais expliquer pourquoi j'ai répondu « peut-être » à la question. Ce n'était pas censé être drôle. C'était la réponse d'un médecin qui représente d'autres médecins autochtones. Même si l'avis de comparution à cette audience était relativement bref, nous en avons discuté en conseil hier soir. De nombreux médecins autochtones travaillent en première ligne. Nous voyons la souffrance des gens. Il est vrai que nous devons offrir plus de services et de soutien aux gens qui, par exemple, sont en phase terminale, des services auxquels l'accès n'est pas nécessairement équitable. Mais d'un autre côté, il y a des gens qui ont eu droit à l'aide médicale à mourir, qui ont pris leur décision en pleine connaissance de cause, avec les mesures de protection existantes; certains Autochtones l'ont fait. Il est difficile de ne pas écouter le point de vue d'une personne qui se trouve dans cette situation et qui souffre. J'ai une amie très

cancer, and sitting with her just for one minute in severe chronic pain to me seemed intolerable, but I wasn't the person with that pain. So we have to also bear in mind that we can talk about these issues in a professional academic way but we must also keep in mind that right now at this very instant there are people who are suffering intolerably. That's why I said, "maybe."

[Translation]

Senator Dupuis: Thank you. I have a question for the representative from the nurses association —

The Chair: Senator Dupuis, you have no more time. I am sorry.

[English]

Senator Cotter: Thanks to each of the four of you for outstanding and insightful presentations. They were very much appreciated. I have a question that I think is not the one-word answer at the tail end of Senator Plett's questions, but along the same lines, and probably first to Dr. Lafontaine, if you can answer it. It's nice to see you after a long absence.

My question builds on the observation you made about different conceptions of autonomy. So this might be more of a conceptual question than anything but, is it possible with legislation such as the medical assistance in dying and Bill C-7, in particular, to square the circle of autonomy for a more ableist people who advance it as a right for their life and to bring an end to their lives with dignity, on the one hand, and Indigenous conceptions of autonomy that you mentioned, whether there are ways to do that or whether this is just an impossible cultural and philosophical divide. If there are ways to bridge that gap, do you have any suggestions as to how it can be achieved?

Dr. Lafontaine: Thank you very much Senator Cotter. In answer to your questions, there are ways to make it work.

One of the hardest things with approaching medical assistance in dying through criminal law is that it's a legalistic definition and remedy versus a medical remedy. So it lacks nuance and has a lot of sharp edges, so to say, when it comes to implementation.

When you are looking at the practical application of autonomy within health care workflows, you not only need policy and legislation to create the opportunity for consent and autonomy, but you also need some sort of monitoring system and some sort of concern and complaint system so that when people feel their autonomy has been impeded for or against whatever intervention, they have some remedy to turn to someone.

proche qui est décédée d'un cancer, et je trouvais intolérable de passer, ne serait-ce qu'une minute avec elle en douleur chronique aiguë, mais ce n'était pas moi qui éprouvais cette douleur. Alors, nous pouvons discuter de ces questions de façon abstraite et professionnelle, mais nous devons aussi garder à l'esprit que, en ce moment même, il y a des gens qui souffrent concrètement, de façon intolérable. C'est pourquoi j'ai dit « peut-être ».

[Français]

La sénatrice Dupuis : Je vous remercie. J'ai une question pour la représentante de l'association des infirmières...

La présidente : Sénatrice Dupuis, vous n'avez plus de temps. Je suis désolée.

[Traduction]

Le sénateur Cotter : Merci à chacun de vous pour l'excellence et la justesse de vos exposés. Nous vous en sommes très reconnaissants. J'ai une question qui, à mon avis, n'appelle pas une réponse en un mot comme celle du sénateur Plett à la fin de son intervention, mais qui va dans le même sens. Je commencerais par vous, docteur Lafontaine, si vous pouvez y répondre. C'est bon de vous voir après une longue absence.

Je reviens à votre commentaire sur les différentes conceptions de l'autonomie. C'est peut-être une question plus abstraite qu'autre chose, mais est-il possible avec des lois comme celle de l'aide médicale à mourir et le projet de loi C-7, en particulier, de résoudre la quadrature du cercle de l'autonomie entre, d'une part, le camp capacitiste qui en fait un droit de disposer de sa propre vie et d'y mettre fin dans la dignité et, d'autre part, les conceptions autochtones de l'autonomie dont vous avez parlé? Y a-t-il moyen de faire cela, ou s'agit-il d'un fossé culturel et philosophique impossible à combler? S'il y a moyen de combler ce fossé, avez-vous des suggestions à nous faire?

Dr Lafontaine : Merci beaucoup, sénateur Cotter. Pour répondre à vos questions, il y a moyen de faire en sorte que cela fonctionne.

Une des choses les plus difficiles lorsqu'on aborde l'aide médicale à mourir par le droit pénal, c'est qu'on lui donne une définition legaliste et on en fait un recours legaliste par opposition à un recours médical. Il y a donc peu de nuances et beaucoup d'angles à arrondir, pour ainsi dire, quand vient le temps de l'appliquer.

Pour ce qui est de l'application pratique de l'autonomie dans le cours du travail des soins de santé, il faut non seulement avoir des politiques et des lois pour encadrer l'exercice du consentement et de l'autonomie, mais il faut aussi avoir un système de surveillance quelconque, un mécanisme de dépôt de plaintes pour que les gens aient un recours s'ils estiment que leur autonomie a été entravée ou s'ils sont contre quelque intervention que ce soit.

When it comes to MAID's application within Indigenous health systems — and I feel similar to Dr. Wieman. I had the benefit of going through the task force over the year to work through some of those ideas and feelings. I think that legislation that is written in this way and through this entry point of criminal law needs to be written to protect the most vulnerable. We can't assume that, in removing the criminality, the rest of the cultural things that go along with introducing new ways of providing treatment are going to follow. There is nothing within the legislation or with what's demanded of regulators and provinces, et cetera, to comply with the law, to make a way for people to report when they feel harm has happened. I think that is one huge gap.

I do believe that patients who request or desire MAID have used the media and the courts in order to move their concerns forward. But that's only one-sided. It's not just those who want access; it's also those who have access, who have a bad experience, whether it's the individual or their family. That's the first part.

The second part of the question is related to autonomy more generally within the MAID legislation and how to improve it. I think it really comes down to co-creation.

I picked up on Senator Dupuis's comment — and hopefully this interpretation was correct — about negotiation. There are three types of health care negotiation within Canadian. There are inherent rights that we get because we are all Canadians. There are the norms that exist within provinces. Because I live in Alberta, I have access to this service. Then there is Indigenous health, where you can have nothing or everything, depending on how effectively you negotiate for your rights.

The reality is that, even for Indigenous people who live in Canada and who may not feel Canadian, they still have access to those constitutional and provincial rights. So negotiation does not fall into this conversation when it comes to certain parts of MAID.

That's part of the nuance that I hope senators can get from us as witnesses. That's a perspective we often bring to these programs, instead of looking at it in terms of how we provide the same level of autonomy as other individuals, even in the context of having limited resources. But I definitely do think it's possible.

Senator Cotter: Thank you.

Senator McCallum: [*Indigenous language spoken*] I thank all the presenters for coming to help us with this issue. I have a question, but it can be submitted in writing.

En ce qui concerne l'application de l'aide médicale à mourir dans les systèmes de santé autochtones, je me sens comme la Dre Wieman. J'ai eu l'avantage de passer par le groupe de travail durant l'année pour examiner certaines idées et certains des sentiments exprimés. Je pense que les lois qui sont rédigées de la sorte et qui empruntent la voie du droit pénal doivent être conçues pour protéger les plus vulnérables. Nous ne pouvons pas supposer qu'en éliminant l'aspect criminel, les autres facteurs culturels qui entrent en jeu avec l'adoption de nouveaux modes de traitement vont suivre automatiquement. Il n'y a rien dans le projet de loi, ni dans les prescriptions aux organismes de réglementation, aux provinces, et cetera, pour se conformer à la loi, pour permettre aux gens de le signaler lorsqu'ils ont l'impression qu'un tort leur a été causé. Je pense que c'est une énorme lacune.

Des patients qui demandent ou qui souhaitent une aide médicale à mourir ont eu recours aux médias et aux tribunaux pour faire avancer leur cause. Mais ce n'est qu'un côté de la médaille. Il n'y a pas seulement ceux qui veulent y avoir accès; il y a aussi ceux qui y ont accès, qui vivent une mauvaise expérience, que ce soit la personne même ou sa famille. Voilà pour la première partie.

La deuxième partie de la question porte sur l'autonomie plus générale dans le cadre législatif de l'aide médicale à mourir et sur la façon de l'améliorer. Je pense que c'est vraiment une question de cocréation.

J'ai repris le commentaire de la sénatrice Dupuis — et j'espère que cette interprétation était juste — au sujet de la négociation. Il y a trois types de négociations sur les soins de santé au Canada. Il y a les droits inhérents que nous avons tous parce que nous sommes Canadiens. Il y a les normes qui existent dans les provinces. Comme je vis en Alberta, j'ai accès à ce service. Puis il y a la santé autochtone, où vous pouvez avoir tout ou n'avoir rien du tout, selon votre habileté à faire valoir vos droits.

En réalité, même les Autochtones qui vivent au Canada et qui ne se sentent peut-être pas Canadiens ont toujours accès à ces droits constitutionnels et provinciaux. La question de la négociation ne se pose donc pas dans certains aspects de l'aide médicale à mourir.

Cela fait partie de la nuance que, je l'espère, nous saurons vous apporter par nos témoignages. C'est un point de vue que nous apportons souvent à ces programmes, au lieu de chercher à voir comment offrir le même degré d'autonomie qu'aux autres personnes, même dans un contexte de ressources limitées. Mais je suis convaincu que c'est possible.

Le sénateur Cotter : Merci.

La sénatrice McCallum : [*Mots prononcés dans une langue autochtone*] Je remercie tous les témoins d'être venus nous aider dans ce dossier. J'ai une question, mais vous pourrez y répondre par écrit.

The interjurisdictional problems that First Nations continue to face is concerning, as provinces continue to create gaps as they see health services as a federal responsibility for Indigenous people but not for other Canadians. Yet Parliament continues to put through bills that create more gaps or widen these gaps due to these interjurisdictional issues, and only one group falls into these gaps: Indigenous peoples.

This is an area no one seems keen to take responsibility for. Do you see this as an issue of discrimination? Does this bill address this issue in any way or will it create more gaps? What comments, recommendations or amendments would you make to address this issue? You can submit this in writing if you like.

My second question is this: A gender-based analysis was done on this bill to look at the multiple, complex and intersecting forms of barriers on the various groups and communities of Indigenous peoples, and particularly the disabled community. I don't know if you had access to the analysis on this bill. What are your comments on this analysis? If you weren't able to access it, would you be willing to request it and submit in writing your recommendations, comments and amendments on the GBA analysis?

If I could have Mr. Belanger start with the answer. Thank you.

Mr. Belanger: Thank you, senator. I haven't seen the gender-based analysis, but I will request it and give you my comments.

In terms of the interjurisdictional problems, absolutely they are huge. Part of MAID is, for instance, to be informed of available resources. We find that unless you are working within the Indigenous sector and you're familiar with non-insured health benefits or the compendium of programs offered in communities, physicians or non-Indigenous nurses often don't know that. Particularly when we talk about disability, we still find doctors who are unaware of the Registered Disability Savings Plan, which is a federal program that has been around since 2008. That's a national program. Understanding the nuances of Indigenous health, First Nation health services, contracts and programs that are there, but unless you work within that, I find that a lot of non-Indigenous providers are unfamiliar with them.

Senator McCallum: Did anybody else want to comment?

Dr. Lafontaine: I'll make a quick comment related to the interjurisdictional gaps and whether or not MAID is widening these gaps. I think the biggest challenge lies with the funding

Les problèmes de compétences entre administrations auxquels les Premières Nations continuent de faire face sont préoccupants, car il y a des provinces qui continuent de créer des vides, vu qu'elles considèrent les services de santé comme une responsabilité fédérale pour les Autochtones, mais pas pour les autres Canadiens. Pourtant, le Parlement continue d'adopter des projets de loi qui créent plus de vides ou qui les élargissent à cause de ces conflits de compétences, et il n'y a qu'un seul groupe qui tombe dedans : les peuples autochtones.

C'est un problème dont personne ne semble vouloir prendre la responsabilité. Voyez-vous cela comme une question de discrimination? Le projet de loi s'attaque-t-il à ce problème de quelque façon ou bien est-ce qu'il crée encore plus de vides? Quels commentaires, recommandations ou amendements feriez-vous pour régler ce problème? Vous pouvez le faire par écrit si vous préférez.

Ma deuxième question est la suivante. Une analyse comparative entre les sexes a été menée au sujet de ce projet de loi afin d'examiner les obstacles multiples, complexes et interreliés auxquels se heurtent les différents groupes et collectivités autochtones, et en particulier les personnes handicapées. Je ne sais pas si vous avez eu accès à cette analyse comparative entre les sexes. Qu'en pensez-vous? Si vous n'y avez pas eu accès, seriez-vous disposés à la demander et à soumettre par écrit vos recommandations, commentaires et amendements?

Je demanderais à M. Belanger de répondre en premier. Merci.

M. Belanger : Merci, madame la sénatrice. Je n'ai pas vu l'analyse comparative entre les sexes, mais je vais la demander et vous faire part de mes commentaires.

Pour ce qui est des problèmes de compétences entre administrations, ils sont absolument énormes. Une partie de l'aide médicale à mourir consiste, par exemple, à être informé des ressources disponibles. À moins de travailler en contexte autochtone et de connaître les services de santé non assurés ou la liste complète des programmes offerts dans les collectivités, les médecins ou les infirmières non autochtones ne les connaissent souvent pas. En ce qui concerne les personnes handicapées, il y a encore des médecins qui ne connaissent pas le régime enregistré d'épargne-invalidité, un programme fédéral qui existe depuis 2008. C'est un programme national. Il est important de saisir les nuances de la santé autochtone, des services de santé des Premières Nations, des contrats et des programmes en place, mais faute de travailler dans ce contexte, beaucoup de soignants non autochtones ne les connaissent pas.

La sénatrice McCallum : Quelqu'un d'autre veut-il intervenir?

Dr Lafontaine : Je ferai un bref commentaire au sujet des vides créés par les problèmes de compétences entre administrations, à savoir si l'aide médicale à mourir les élargit.

mechanism, the Canada Health Act. There are no programs or services that are defined as a bottom, and because of that, Indigenous communities have no base services; it's only what they negotiate. But if you don't know what to negotiate for because you have never had a health care system, it's impossible to negotiate properly. So I think it lies in the way that we define health federally. I think there is a place for the federal government in defining that bottom, in consultation with all partners.

Ms. Nowgesic: From an Indigenous nursing lens, part of the consideration is whether the federal legislation is identical to the provincial statute. This becomes a problem when we are looking at applications to non-insured health benefits or any other level of service within Indigenous health services. This poses a series of problems for Indigenous nurses, who are the primary point of contact at the community level in dealing with most of these issues.

When the gender-based analysis lens is applied — and there are several conditions that need to be factored in here — we need to look at empirical research on clinical practice and how that is being done with regard to the community. We know that, for the most part, the issues have not been adequately addressed. Therefore, we run into problems between jurisdictional issues and the GBA scope. Thank you very much.

The Chair: Anyone else? Senator McCallum, any other questions?

Senator McCallum: I thought I only had time for that one.

The Chair: You do. I just thought if you had another one.

Senator McCallum: No. I think most of the ones I had written have been asked by other senators. I thank the witnesses and wish them a safe weekend.

The Chair: Senator Dupuis will be our last questioner. You have two minutes, Senator Dupuis.

[Translation]

Senator Dupuis: My question goes to the representative from the nurses association, Ms. Nowgesic. I don't know the situation in all the provinces, but, in Quebec, in a lot of Indigenous communities, the nurses are members of that community. I was wondering whether, with medical assistance in dying, that could pose any particular problems. With Indigenous police officers working in their own community, all kinds of particular problems have been experienced. I was wondering whether it is the same for nurses. With medical assistance in dying, could it

Je pense que la plus grande difficulté réside dans le mécanisme de financement, la Loi canadienne sur la santé. Il n'y a pas de programmes ou de services qui sont définis comme un seuil, et c'est pourquoi les collectivités autochtones n'ont pas de services de base; elles n'ont que ce qu'elles négocient. Mais comment savoir quoi négocier lorsque vous n'avez jamais eu de système de santé? Il faut donc voir comment nous définissons la santé au niveau fédéral. Le gouvernement fédéral, je pense, a un rôle à jouer pour établir ce seuil, en consultation avec tous les partenaires.

Mme Nowgesic : En soins infirmiers autochtones, il faut déterminer si la loi fédérale est identique à la loi provinciale, lorsque nous examinons les demandes de services non assurés ou toute autre prestation au sein des services de santé autochtones. Cela pose une série de problèmes aux infirmières autochtones, qui sont le principal point de contact au niveau communautaire pour traiter la plupart de ces questions.

Lorsque l'analyse comparative entre les sexes s'applique — et il y a plusieurs facteurs à considérer ici —, nous devons consulter les études empiriques sur la pratique clinique et voir comment procéder à l'égard de la collectivité. Nous savons que, dans la plupart des cas, les problèmes n'ont pas été traités adéquatement. C'est là que surgissent des difficultés entre les conflits de compétences et la portée de l'analyse comparative. Merci beaucoup.

La présidente : Quelqu'un d'autre veut intervenir? Sénatrice McCallum, avez-vous d'autres questions?

La sénatrice McCallum : Je pensais que j'avais du temps seulement pour celle-là.

La présidente : Vous avez du temps. Je me demandais si vous aviez une autre question.

La sénatrice McCallum : Non. La plupart de celles que j'avais notées ont été posées par d'autres. Je remercie les témoins et je leur souhaite une bonne fin de semaine.

La présidente : La sénatrice Dupuis sera notre dernière intervenante. Vous avez deux minutes, sénatrice.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Ma question s'adresse à la représentante des infirmières, Mme Nowgesic. Je ne sais pas quelle est la situation dans toutes les provinces, mais, au Québec, il y a beaucoup de communautés autochtones où les infirmières sont membres de la communauté. Je me demandais si, dans le cas de l'aide médicale à mourir, cela pouvait poser des problèmes particuliers. On a expérimenté, chez les policiers autochtones qui travaillent dans leur communauté, des problèmes particuliers de toutes sortes. Je me demandais si c'était la même

pose particular problems for you, as a nurse in the community of which you are a member?

[English]

Ms. Nowgesic: Thank you, Senator Dupuis, for the question. In regards to Indigenous nurses at the community level, we know that currently under the First Nations and Inuit Health Branch, there are 672 nurses across Canada. We know that the majority of these nurses are from their home communities. We know that this causes additional problems because then that nurse becomes marked, and that's why I said there needs to be meaningful protection of the conscious rights of health care workers. Are they going to be punished because they didn't execute their duty as a nurse? Or will they be punished by the community people for taking a life?

That is why we are trying to say, put a pause on this situation until comprehensive consultation can be done. Quebec is a complex province with a number of varying issues and population in that province. You have Innu. You have Inuit. You have First Nations. You have on and off reserve.

How applicable is federal legislation, and do they mirror what is available under the provincial statutes for health regulation? We try to work with the Quebec Nurses' Association, both non-Indigenous and Indigenous. We continue to try to strive for that happy medium. Thank you, Senator Dupuis.

Senator Dupuis: Thank you.

The Chair: We have learned a lot from all four of you. We wouldn't have gotten this opportunity if it wasn't for one of our committee members, Senator Boyer, who made sure you would be witnesses in this hearing. I want you to know we are much richer for your knowledge and in many other ways for your having participated. This won't be our last time.

If there is anything else you think about in the next few weeks, please let the clerk know. We look forward to working with you. Thank you very much to all four of you.

Senators, this is the end of today's panel. We will meet tomorrow morning at ten o'clock. Thank you.

(The committee adjourned.)

chose pour les infirmières. Dans le contexte de l'aide médicale à mourir, est-ce que cela pourrait poser des problèmes particuliers pour vous, qui êtes infirmière dans la communauté dont vous êtes membre?

[Traduction]

Mme Nowgesic : Merci de la question, madame la sénatrice. En ce qui concerne les infirmières autochtones en milieu communautaire, nous savons qu'à l'heure actuelle, il y a 672 infirmières au Canada qui relèvent de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Nous savons que la majorité de ces infirmières sont de la collectivité. Nous savons que cela cause des problèmes additionnels parce que l'infirmière devient alors marquée, et c'est pourquoi je dis qu'il faut vraiment protéger la liberté de conscience des travailleurs de la santé. Vont-elles être punies parce qu'elles n'ont pas fait leur devoir d'infirmière? Ou vont-elles subir des sanctions de la part de la collectivité pour avoir enlevé une vie?

C'est pour cela que nous disons : mettez les choses en veilleuse jusqu'à ce qu'on puisse mener des consultations exhaustives. Le Québec est une province complexe, avec les enjeux multiples d'une population diversifiée. Vous avez des Innus. Vous avez des Inuits. Vous avez des Premières Nations. Vous en avez dans des réserves et en dehors des réserves.

Dans quelle mesure les lois fédérales sont-elles applicables, et est-ce qu'elles sont à l'image des lois provinciales pour réglementer la santé? Nous essayons de travailler avec l'Association des infirmières et infirmiers du Québec, tant les Autochtones que les non-Autochtones. Nous essayons toujours de trouver un juste milieu confortable. Merci, madame la sénatrice.

La sénatrice Dupuis : Merci.

La présidente : Nous avons beaucoup appris de vous quatre. Nous n'aurions pas eu cette chance sans l'un des membres du comité, la sénatrice Boyer, qui s'est assurée de votre présence à cette audience. Sachez que vos connaissances nous ont bien éclairés et que votre participation nous a enrichis de bien d'autres façons. Ce ne sera pas la dernière fois.

Si vous avez autre chose à ajouter au cours des prochaines semaines, veuillez en informer le greffier. Nous avons hâte de travailler avec vous. Merci beaucoup à vous quatre.

Honorables sénateurs, c'est terminé pour le groupe de témoins d'aujourd'hui. Nous nous réunirons demain matin à 10 heures. Merci.

(La séance est levée.)