

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session  
Forty-second Parliament, 2015-16

Première session de la  
quarante-deuxième législature, 2015-2016

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

LEGAL AND  
CONSTITUTIONAL AFFAIRS

AFFAIRES JURIDIQUES ET  
CONSTITUTIONNELLES

*Chair:*

The Honourable BOB RUNCIMAN

*Président :*

L'honorable BOB RUNCIMAN

Tuesday, May 10, 2016  
Wednesday, May 11, 2016  
Thursday, May 12, 2016  
Tuesday, May 17, 2016 (in camera)

Le mardi 10 mai 2016  
Le mercredi 11 mai 2016  
Le jeudi 12 mai 2016  
Le mardi 17 mai 2016 (à huis clos)

Issue No. 9

Fascicule n° 9

*Third, fourth, fifth and  
sixth (final) meetings:*

*Troisième, quatrième, cinquième  
et sixième (dernière) réunions :*

Subject matter of Bill C-14, An Act to amend the Criminal  
Code and to make related amendments to other Acts  
(medical assistance in dying)

Teneur du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code  
criminel et apportant des modifications connexes à d'autres  
lois (aide médicale à mourir)

INCLUDING:

THE THIRD REPORT OF THE COMMITTEE

Subject matter of Bill C-14, An Act to amend the Criminal  
Code and to make related amendments to other Acts  
(Medical assistance in dying)

Y COMPRIS :

LE TROISIÈME RAPPORT DU COMITÉ

Teneur du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code  
Criminel et apportant des modifications connexes à  
d'autres lois (Aide médicale à mourir)

WITNESSES:

*(See back cover)*

TÉMOINS :

*(Voir à l'endos)*

STANDING SENATE COMMITTEE ON LEGAL AND  
CONSTITUTIONAL AFFAIRS

The Honourable Bob Runciman, *Chair*

The Honourable Mobina S. B. Jaffer, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Baker, P.C.	* Harder, P.C.
Batters	(or Bellemare)
Boisvenu	Joyal, P.C.
* Carignan, P.C.	McIntyre
(or Martin)	Plett
Cowan	White
Dagenais	
Enverga	

\*Ex officio members

(Quorum 4)

*Changes in membership of the committee:*

Pursuant to rule 12-5, membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Enverga replaced the Honourable Senator McInnis (*May 16, 2016*).

The Honourable Senator McInnis replaced the Honourable Senator Eaton (*May 13, 2016*).

The Honourable Senator Eaton replaced the Honourable Senator MacDonald (*May 12, 2016*).

The Honourable Senator MacDonald replaced the Honourable Senator Eaton (*May 12, 2016*).

The Honourable Senator Eaton replaced the Honourable Senator McInnis (*May 12, 2016*).

The Honourable Senator McInnis replaced the Honourable Senator Frum (*May 12, 2016*).

The Honourable Senator Frum replaced the Honourable Senator McInnis (*May 11, 2016*).

The Honourable Senator McInnis replaced the Honourable Senator Doyle (*May 11, 2016*).

The Honourable Senator Doyle replaced the Honourable Senator McInnis (*May 9, 2016*).

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES  
JURIDIQUES ET CONSTITUTIONNELLES

*Président* : L'honorable Bob Runciman

*Vice-présidente* : L'honorable Mobina S. B. Jaffer

et

Les honorables sénateurs :

Baker, C.P.	* Harder, C.P.
Batters	(ou Bellemare)
Boisvenu	Joyal, C.P.
* Carignan, C.P.	McIntyre
(ou Martin)	Plett
Cowan	White
Dagenais	
Enverga	

\* Membres d'office

(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité :*

Conformément à l'article 12-5 du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Enverga a remplacé l'honorable sénateur McInnis (*le 16 mai 2016*).

L'honorable sénateur McInnis a remplacé l'honorable sénatrice Eaton (*le 13 mai 2016*).

L'honorable sénatrice Eaton a remplacé l'honorable sénateur MacDonald (*le 12 mai 2016*).

L'honorable sénateur MacDonald a remplacé l'honorable sénatrice Eaton (*le 12 mai 2016*).

L'honorable sénatrice Eaton a remplacé l'honorable sénateur McInnis (*le 12 mai 2016*).

L'honorable sénateur McInnis a remplacé l'honorable sénatrice Frum (*le 12 mai 2016*).

L'honorable sénatrice Frum a remplacé l'honorable sénateur McInnis (*le 11 mai 2016*).

L'honorable sénateur McInnis a remplacé l'honorable sénateur Doyle (*le 11 mai 2016*).

L'honorable sénateur Doyle a remplacé l'honorable sénateur McInnis (*le 9 mai 2016*).

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Tuesday, May 10, 2016  
(20)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met this day at 2 p.m., in room 160-S, Centre Block, the chair, the Honourable Bob Runciman, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Baker, P.C., Batters, Boisvenu, Cowan, Dagenais, Doyle, Jaffer, Joyal, P.C., McIntyre, Plett, Runciman and White (12).

*Other senators present:* The Honourable Senators Lankin, P.C., and Pratte (2).

*In attendance:* Maxime Charron-Tousignant and Marlisa Tiedemann, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, April 20, 2016, the committee continued its examination of the subject matter of Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). (*For complete text of the order of reference, see proceeding of the committee, Issue No. 8.*)

**WITNESSES:***Canadian Bar Association:*

Kimberly Jakeman, Chair, CBA End of Life Working Group;

Tina Head, Lawyer, Legislation and Law Reform.

*As individuals:*

Dwight Newman, Professor and Canada Research Chair in Indigenous Rights, College of Law, University of Saskatchewan;

Hamish Stewart, Professor, Faculty of Law, University of Toronto;

Randal Graham, Professor, Faculty of Law, University of Western Ontario;

Léa Simard.

*Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada:*

Dr. Douglas Grant, President;

Dr. Trevor Theman, Past President.

*College of Physicians and Surgeons of Ontario:*

Dr. Joel Kirsh, President;

Dr. Rocco Gerace, Registrar.

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le mardi 10 mai 2016  
(20)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd'hui, à 14 heures, dans la pièce 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Bob Runciman (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Baker, C.P., Batters, Boisvenu, Cowan, Dagenais, Doyle, Jaffer, Joyal, C.P., McIntyre, Plett, Runciman et White (12).

*Autres sénateurs présents :* Les honorables sénateurs Lankin, C.P., et Pratte (2).

*Également présents :* Maxime Charron-Tousignant et Marlisa Tiedemann, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 20 avril 2016, le comité poursuit son étude de la teneur du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir). (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 8 des délibérations du comité.*)

**TÉMOINS :***Association du Barreau canadien :*

Kimberly Jakeman, présidente, groupe de travail sur la fin de vie de l'ABC;

Tina Head, avocate, Législation et réforme du droit.

*À titre personnel :*

Dwight Newman, professeur et chaire de recherche du Canada sur les droits des Autochtones, École de droit; Université de la Saskatchewan;

Hamish Stewart, professeur, Faculté de droit, Université de Toronto;

Randal Graham, professeur, Faculté de droit, Université Western Ontario;

Léa Simard.

*Fédération des ordres des médecins du Canada :*

Dr Douglas Grant, président;

Dr Trevor Theman, président sortant.

*Fédération des ordres des médecins du Canada :*

Dr Joel Kirsh, président;

Dr Rocco Gerace, registraire.

*College of Registered Nurses of British Columbia:*

Christine Penney, Deputy Registrar, Chief Officer Policy and Practice.

*Canadian Association for Community Living:*

Michael Bach, Executive Vice-President.

*Council of Canadians with Disabilities:*

Rhonda Wiebe, Co-Chair, Ending of Life Ethics Committee (by video conference).

*DisAbled Women's Network of Canada:*

Carmela Hutchison, President.

*Canadian Society of Palliative Care Physicians:*

Dr. Susan MacDonald, President;

Dr. Monica Branigan, Board Member and Chair, Working Group on Hastened Death.

*Dying With Dignity Canada:*

Dr. Arnaud Painvin, Member, Physician Advisory Council.

*Alliance of People with Disabilities in Carter v. Canada:*

Margaret Birrell, President (by video conference);

Angus Gunn, Legal Counsel (by video conference).

The chair made a statement.

Ms. Head, Ms. Jakeman, Mr. Newman, Mr. Stewart and Mr. Graham each made a statement and, together, answered questions.

At 2:58 p.m., the committee suspended.

At 3:03 p.m., the committee resumed.

Dr. Grant, Dr. Theman, Dr. Kirsh, Dr. Gerace and Ms. Penney each made a statement and, together, answered questions.

At 4:00 p.m., the committee suspended.

At 4:17 p.m., the committee resumed.

Ms. Wiebe, Dr. MacDonald, Dr. Branigan, Mr. Bach and Ms. Hutchinson each made a statement and, together, answered questions.

At 5:14 p.m., the committee suspended.

At 5:20 p.m., the committee resumed.

Dr. Painvin, Mr. Gunn, Ms. Birrell, and Ms. Simard each made a statement and, together, answered questions.

At 6:17 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

*College of Registered Nurses of British Columbia :*

Christine Penney, greffière adjointe et agente de chef de politique et pratique.

*Association canadienne pour l'intégration communautaire :*

Michael Bach, vice-président de la direction.

*Conseil des Canadiens avec déficiences :*

Rhonda Wiebe, coprésidente, Comité sur l'éthique en fin de vie (par vidéoconférence).

*Réseau d'action des femmes handicapées du Canada :*

Carmela Hutchison, présidente.

*Société canadienne des médecins de soins palliatifs :*

Dre Susan MacDonald, présidente;

Dre Monica Branigan, membre du conseil et présidente du Groupe de travail sur l'aide médicale à mourir.

*Dying With Dignity Canada :*

Dr Arnaud Painvin, membre, Conseil consultatif des médecins.

*Alliance of People with Disabilities in Carter v. Canada :*

Margaret Birrell, présidente (par vidéoconférence);

Angus Gunn, conseiller juridique (par vidéoconférence).

Le président prend la parole.

Mmes Head et Jakeman ainsi que MM. Newman, Stewart et Graham font chacun une déclaration, puis répondent aux questions, ensemble.

À 14 h 58, la séance est suspendue.

À 15 h 3, la séance reprend.

Les Drs Grant, Theman, Kirsh et Gerace ainsi que Mme Penney font chacun une déclaration, puis répondent aux questions, ensemble.

À 16 heures, la séance est suspendue.

À 16 h 17, la séance reprend.

Mme Wiebe, la Dre MacDonald, la Dre Branigan, M. Bach et Mme Hutchinson font chacun une déclaration, puis répondent aux questions, ensemble.

À 17 h 14, la séance est suspendue.

À 17 h 20, la séance reprend.

Le Dr Painvin, M. Gunn, Mme Birrell et Mme Simard font chacun une déclaration, puis répondent aux questions, ensemble.

À 18 h 17, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Wednesday, May 11, 2016  
(21)

[English]

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met this day at 2:17 p.m., in room 257, East Block, the chair, the Honourable Bob Runciman, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Baker, P.C., Batters, Boisvenu, Cowan, Dagenais, Frum, Jaffer, Joyal, P.C., McIntyre, Plett, Runciman and White (12).

*Other senators present:* The Honourable Senators Bellemare, Lankin, P.C., Marshall and Omidvar (4).

*In attendance:* Maxime Charron-Tousignant and Julia Nicol, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, April 20, 2016, the committee continued its examination of the subject matter of Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). (*For complete text of the order of reference, see proceeding of the committee, Issue No. 8.*)

**WITNESSES:**

*Provincial-Territorial Expert Advisory Group on Physician-Assisted Dying:*

Jennifer Gibson, Co-Chair;

Maureen Taylor, Co-Chair.

*Canadian Psychiatric Association:*

Dr. K. Sonu Gaind, President (by video conference).

*Centre for Addiction and Mental Health:*

Dr. Tarek Rajji, Chief of Geriatric Psychiatry.

*As individuals:*

Dr. Padraic E. Carr;

Dr. Linda Ganzini (by video conference);

Dr. Derryck Smith, Clinical Professor Emeritus, Department of Psychiatry, University of British Columbia (by video conference);

Dr. Scott Kim, Adjunct Professor, Department of Psychiatry, University of Michigan (by video conference).

*Mental Health Commission of Canada:*

Patrick Baillie, Psychologist, Alberta Health Services.

*Canadian Unitarian Council:*

Vyda Ng, Executive Director.

OTTAWA, le mercredi 11 mai 2016  
(21)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd'hui, à 14 h 17, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Bob Runciman (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Baker, C.P., Batters, Boisvenu, Cowan, Dagenais, Frum, Jaffer, Joyal, C.P., McIntyre, Plett, Runciman et White (12).

*Autres sénatrices présentes :* Les honorables sénatrices Bellemare, Lankin, C.P., Marshall et Omidvar (4).

*Également présents :* Maxime Charron-Tousignant et Julia Nicol, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 20 avril 2016, le comité poursuit son étude de la teneur du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir). (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 8 des délibérations du comité.*)

**TÉMOINS :**

*Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir :*

Jennifer Gibson, coprésidente;

Maureen Taylor, coprésidente.

*Association des psychiatres du Canada :*

Dr K. Sonu Gaind, président (par vidéoconférence).

*Centre de toxicomanie et de santé mentale :*

Dr Tarek Rajji, chef, Géroto-psychothérapie.

*À titre personnel :*

Dr Padraic E. Carr;

Dre Linda Ganzini (par vidéoconférence);

Dr Derryck Smith, professeur clinicien émérite, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique (par vidéoconférence);

Dr. Scott Kim, professeur auxiliaire, Département de psychiatrie, Université du Michigan (par vidéoconférence).

*Commission de la santé mentale du Canada :*

Patrick Baillie, psychologue, Service de santé de l'Alberta.

*Canadian Unitarian Council :*

Vyda Ng, directrice générale.

*Centre for Israel and Jewish Affairs:*

Richard Marceau, General Counsel and Senior Government Advisor.

*Coalition for HealthCARE and Conscience:*

Laurence Worthen, Executive Director, Christian Medical and Dental Society of Canada;

Dr. Sephora Tang, Psychiatrist, The Ottawa Hospital.

*Canadian Council of Imams:*

Sikander Hashmi, Spokesperson.

The chair made a statement.

Ms. Taylor and Ms. Gibson each made a statement and, together, answered questions.

At 3:12 p.m., the committee suspended.

At 3:15 p.m., the committee resumed.

Dr. Gaind, Dr. Ganzini, Dr. Rajji and Dr. Carr each made a statement and, together, answered questions.

At 4:15 p.m., the committee suspended.

At 4:33 p.m., the committee resumed.

Dr. Smith, Dr. Kim and Mr. Baillie each made a statement and, together, answered questions.

At 5:30 p.m., the committee suspended.

At 5:35 p.m., the committee resumed.

Mr. Worthen, Mr. Hashmi, Mr. Marceau, and Mr. Ng each made a statement and, together with Dr. Tang, answered questions.

At 6:31 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:*

OTTAWA, Thursday, May 12, 2016

(22)

[English]

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met this day at 10:30 a.m., in room 160-S, Centre Block, the chair, the Honourable Bob Runciman, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Baker, P.C., Batters, Boisvenu, Cowan, Dagenais, Eaton, Jaffer, Joyal, P.C., McIntyre, Plett, Runciman and White (12).

*Other senators present:* The Honourable Senators Cools, Kenny, Lankin, P.C., and Pratte (4).

*In attendance:* Lyne Casavant and Maxime Charron-Tousignant, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Centre consultatif des relations juives et israéliennes :*

Richard Marceau, avocat-conseil et conseiller politique principal.

*Coalition for HealthCARE and Conscience :*

Laurence Worthen, directeur exécutif, Christian Medical and Dental Society of Canada;

Dre Sephora Tang, psychiatre, L'hôpital d'Ottawa.

*Canadian Council of Imams :*

Sikander Hashmi, porte-parole.

Le président prend la parole.

Mmes Taylor et Gibson font chacune une déclaration, puis répondent aux questions, ensemble.

À 15 h 12, la séance est suspendue.

À 15 h 15, la séance reprend.

Les Drs Gaind, Ganzini, Rajji et Carr font chacun une déclaration, puis répondent aux questions, ensemble.

À 16 h 15, la séance est suspendue.

À 16 h 33, la séance reprend.

Les Drs Smith et Kim ainsi que M. Baillie font chacun une déclaration, puis répondent aux questions, ensemble.

À 17 h 30, la séance est suspendue.

À 17 h 35, la séance reprend.

MM Worthen, Hashmi, Marceau et Ng font chacun une déclaration, puis avec l'aide de la Dre Tang, répondent aux questions.

À 18 h 31, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

OTTAWA, le jeudi 12 mai 2016

(22)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd'hui, à 10 h 30, dans la pièce 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Bob Runciman (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Baker, C.P., Batters, Boisvenu, Cowan, Dagenais, Eaton, Jaffer, Joyal, C.P., McIntyre, Plett, Runciman et White (12).

*Autres sénateurs présents :* Les honorables sénateurs Cools, Kenny, Lankin, C.P., et Pratte (4).

*Également présents :* Lyne Casavant et Maxime Charron-Tousignant, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, April 20, 2016, the committee continued its examination of the subject matter of Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). (*For complete text of the order of reference, see proceeding of the committee, Issue No. 8.*)

*WITNESSES:*

*UNICEF Canada:*

Marvin Bernstein, Chief Policy Advisor.

*Euthanasia Prevention Coalition of Ontario:*

Alex Schadenberg, Executive Director;

Hugh Scher, Legal Counsel (by video conference).

*As individuals:*

Joan Gilmour, Professor, Osgoode Hall Law School, York University.

Errol Mendes, Professor, Faculty of Law — Common Law, University of Ottawa.

*Canadian Association of Advanced Practice Nurses:*

Maureen Klenk, Nurse Practitioner.

*Canadian Paediatric Society:*

Dr. Dawn Davies, Chair, Bioethics Committee.

The chair made a statement.

Mr. Mendes, Mr. Bernstein, Ms. Gilmour and Mr. Scher each made a statement and, together with Mr. Schadenberg, answered questions.

At 11:32 a.m., the committee suspended.

At 11:37 a.m., the committee resumed.

Ms. Klenk and Dr. Davies each made a statement and, together, answered questions.

At 12:29 p.m., the committee suspended.

At 1:06 p.m., pursuant to rule 12-16(1)(d), the committee resumed in camera to consider a draft report.

It was moved that the committee allow the transcription of today's in camera meeting, that one copy be kept in the office of the clerk of the committee for consultation by committee members (present) and the committee analysts, and that the transcript be destroyed by the clerk when authorized to do so by the Subcommittee on Agenda and Procedure but no later than at the end of this parliamentary session.

The question being put on the motion, it was adopted.

(See Minutes of Proceedings of May 17, 2016.)

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 20 avril 2016, le comité poursuit son étude de la teneur du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir). (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 8 des délibérations du comité.*)

*TÉMOINS :*

*UNICEF Canada :*

Marvin Bernstein, conseiller principal en matière de politiques.

*Euthanasia Prevention Coalition of Ontario :*

Alex Schadenberg, directeur exécutif;

Hugh Scher, conseiller juridique (par vidéoconférence).

*À titre personnel :*

Joan Gilmour, professeure, Osgoode Hall Law School, Université York.

Errol Mendes, professeur, Faculté de droit — Section de common law, Université d'Ottawa.

*Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée :*

Maureen Klenk, infirmière praticienne.

*Société canadienne de pédiatrie :*

Dre Dawn Davies, présidente, comité de bioéthique.

Le président prend la parole.

M. Mendes, M. Bernstein, Mme Gilmour et M. Scher font chacun une déclaration, puis répondent aux questions, ensemble.

À 11 h 32, la séance est suspendue.

À 11 h 37, la séance reprend.

Mme Klenk et la Dre Davies font chacune une déclaration, puis répondent aux questions, ensemble.

À 12 h 29, la séance est suspendue.

À 13 h 6, conformément à l'article 12-16(1)(d) du Règlement, le comité poursuit la séance à huis clos pour étudier l'ébauche d'un rapport.

Il est proposé que le comité autorise la transcription de la séance à huis clos d'aujourd'hui, qu'une copie de la transcription soit conservée dans le bureau de la greffière pour consultation par les membres du comité (présents) et les analystes du comité, et que le document soit détruit par la greffière dès qu'elle en recevra l'autorisation du Sous-comité du programme et de la procédure, au plus tard à la fin de la présente session parlementaire.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

(Voir le procès-verbal du 17 mai 2016.)

It was moved that the committee recommend that the bill be amended to remove the portion of the preamble that the Government of Canada should explore other situations in which a person may seek access to medical assistance in dying, namely situations giving rise to requests by mature minors and requests where mental illness is the sole underlying medical condition.

After debate, the question being put on the motion, it was adopted, on division.

It was moved that the committee recommend that the bill be amended to remove reference to a nurse practitioner in every instance throughout the bill where such an individual is allowed to assess eligibility, approve requests and administer medical assistance in dying, including prescribing or providing a substance.

After debate, the question being put on the motion, it was negatived, on division.

It was moved that the committee recommend that the bill be amended to limit the capacity of a nurse practitioner, when providing a person with medical assistance in dying, to administering a substance to that person, at their request, that causes their death.

After debate, the question being put on the motion, it was negatived, on division.

It was agreed that an observation be included in the report to say that the committee raises a serious concern about the fact that counselling a person to die by suicide or abetting a person in dying by suicide (section 241(1)(a)) is not included in the exemption for medical assistance in dying.

It was moved that the committee recommend that the bill be amended to specifically limit the “exemption for person aiding patient” so that it does not apply to a person who knows or believes that he or she is a beneficiary upon the death of the person making the request, or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from that person’s death.

After debate, the question being put on the motion, it was adopted.

It was moved that the committee recommend that the bill be amended to remove the provision that defines “grievous and irremediable medical condition” (section 241.2(2) of the Code) and use instead the language found in *Carter v. Canada (Attorney General)*.

After debate, the question being put on the motion, it was negatived, on division.

It was moved that the committee recommend that the bill be amended to add into an operative provision of the bill: “For greater certainty, nothing in this bill allows a person to be granted medical assistance in dying where mental illness is the sole underlying medical condition.”

Il est proposé que le comité recommande d’amender le projet de loi afin de supprimer la partie du préambule où il est dit que le gouvernement du Canada devrait explorer d’autres situations où une personne peut demander l’aide médicale à mourir, à savoir les cas de demandes faites par les mineurs matures et de demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée.

Après débat, la motion, mise aux voix, est adoptée avec dissidence.

Il est proposé que le comité recommande d’amender le projet de loi afin de supprimer toute mention de l’infirmier praticien dans les dispositions du projet de loi qui lui permettent de déterminer l’admissibilité, d’approuver les demandes et d’administrer l’aide médicale à mourir, notamment prescrire ou fournir la substance.

Après débat, la motion, mise aux voix, est rejetée avec dissidence.

Il est proposé que le comité recommande d’amender le projet de loi afin de limiter la capacité de l’infirmier praticien lorsqu’il fournit l’aide médicale à mourir à une personne qui en fait la demande, à l’administration de la substance létale.

Après débat, la motion, mise aux voix, est rejetée avec dissidence.

Il est convenu d’inclure, dans le rapport, une observation selon laquelle le comité émet de sérieuses réserves à propos de la non-inclusion dans l’exemption relative à l’aide médicale à mourir du fait de conseiller à une personne à se suicider ou de l’encourager à le faire (alinéa 241(1)a)).

Il est proposé que le comité recommande d’amender le projet de loi afin de limiter expressément l’« exemption — personne aidant le patient » de sorte qu’elle ne s’applique pas à la personne qui sait ou croit qu’elle est bénéficiaire de la personne qui fait la demande à la mort de celle-ci ou qu’elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci.

Après débat, la motion, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé que le comité recommande d’amender le projet de loi afin de supprimer la disposition où est défini le terme « problèmes de santé graves et irrémédiables » (paragraphe 241.2(2) du Code) et utiliser le libellé utilisé dans l’arrêt *Carter c. Canada (Procureur général)*.

Après débat, la motion, mise aux voix, est rejetée avec dissidence.

Il est proposé que le comité recommande d’amender le projet de loi afin d’ajouter à la disposition applicable du projet de loi ce qui suit : « Il est entendu que le présent projet de loi ne permet pas à une personne d’obtenir l’aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée. »

After debate, the question being put on the motion, it was negatived, on division.

It was moved that the committee recommend that the bill be amended to ensure that, as a safeguard, a person undergoes a palliative care consultation which would include full information about treatment, technology and support options available to mitigate and alleviate suffering, when assessing eligibility to medical assistance in dying.

After debate, the question being put on the motion, it was negatived, on division.

It was moved that the committee recommend that the bill be amended to add “terminal illness” to the first criterion of the definition of a “grievous and irremediable medical condition,” so that it reads “(a) they have a serious and incurable terminal illness, disease or disability and have been determined to be at the end of life.”

After debate, the question being put on the motion, it was adopted, on division.

It was moved that the committee recommend that the bill be amended to include a requirement that each request for medical assistance in dying be subject to review and approval by a Superior Court Judge, to ensure that all legal requirements and conditions are fulfilled.

After debate, the question being put on the motion, it was negatived, on division.

It was moved that the committee recommend that the bill be amended to include, as a safeguard, a requirement that a psychiatric assessment of competency be required in all cases where mental illness is present.

After debate, the question being put on the motion, it was negatived, on division.

It was moved that the committee recommend that the bill be amended to remove the requirement that immediately before providing medical assistance in dying, the person shall give express consent.

The question being put on the motion, it was negatived, on division.

At 3:08 p.m., the committee suspended.

At 3:17 p.m., the committee resumed.

After debate, it was agreed that the committee recommend that the bill be amended to maintain, as a safeguard, a requirement to ensure that there are at least 15 clear days between the day on which the request to medical assistance in dying was signed by the person and the day on which it is provided; and add that such delay be increased to 90 clear days where the person suffers from a mental health condition.

After debate, it was agreed that the committee recommend that the bill be amended to specifically deny a person who knows or believes that he or she is a beneficiary upon the death of the

Après débat, la motion, mise aux voix, est rejetée avec dissidence.

Il est proposé que le comité recommande d’amender le projet de loi afin de s’assurer que, comme mesure de sauvegarde, la personne participe à une consultation en soins palliatifs détaillant le traitement, la technologie et les possibilités de soutien qui existent pour atténuer et soulager les souffrances, lors de la détermination de son admissibilité à l’aide médicale à mourir.

Après débat, la motion, mise aux voix, est rejetée avec dissidence.

Il est proposé que le comité recommande d’amender le projet de loi afin d’ajouter « maladie en phase terminale » au premier critère de la définition du terme « problèmes de santé graves et irrémédiables » de sorte qu’elle soit libellée ainsi : « a) elle est atteinte d’une maladie en phase terminale, d’une affection ou d’un handicap graves et incurables et il est établi qu’elle est en fin de vie ».

Après débat, la motion, mise aux voix, est adoptée avec dissidence.

Il est proposé que le comité recommande d’amender le projet de loi afin d’exiger que chaque demande d’aide médicale à mourir soit assujettie à l’examen et à l’approbation d’un juge de la Cour supérieure, pour assurer le respect des exigences et conditions légales.

Après débat, la motion, mise aux voix, est rejetée avec dissidence.

Il est proposé que le comité recommande d’amender le projet de loi afin d’exiger, comme mesure de sauvegarde, la tenue d’une évaluation psychiatrique de la capacité dans les cas de maladie mentale.

Après débat, la motion, mise aux voix, est rejetée avec dissidence.

Il est proposé que le comité recommande d’amender le projet de loi afin de supprimer l’exigence voulant que, immédiatement avant de fournir l’aide médicale à mourir, la personne y consente expressément.

La motion, mise aux voix, est rejetée avec dissidence.

À 15 h 8, la séance est suspendue.

À 15 h 17, la séance reprend.

Après débat, Il est convenu que le comité recommande d’amender le projet de loi afin de conserver, comme mesure de sauvegarde, une exigence visant à assurer qu’au moins 15 jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande d’aide médicale à mourir a été signée par la personne et celui où cette aide lui est fournie, et ajouter que l’intervalle augmente à 90 jours francs dans le cas d’une personne ayant une maladie mentale.

Après débat, il est convenu que le comité recommande d’amender le projet de loi afin de refuser expressément que la personne qui sait ou croit qu’elle est bénéficiaire de la personne

person making the request, or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from that person's death, the ability to sign for the person requesting medical assistance in dying, if that person is unable to sign and date the request.

After debate, it was agreed that the committee recommend that the requirement be maintained that the medical practitioner or nurse practitioner providing medical assistance in dying and the medical practitioner or nurse practitioner who provides the written opinion confirming that the person meets all of the criteria to be eligible for medical assistance in dying, be considered independent if they are not in a business relationship with the other practitioner; nor a mentor to the other practitioner or responsible for supervising their work.

It was moved that the committee recommend that the bill be amended to add a provision that for greater certainty, a medical practitioner or nurse practitioner is free to refuse to provide medical assistance in dying; and that a social worker, psychologist, psychiatrist, therapist, other health care professional, or any institution is free to refuse to aid in the provision of medical assistance in dying; and that they shall not be deprived of any benefit, or be subject to any obligation or sanction, under any law of the Parliament of Canada solely by reason of exercising their freedom of conscience and religion under the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* or the expression of their beliefs in respect of medical assistance in dying based on that guaranteed freedom.

After debate, the question being put on the motion, it was adopted, on division.

After debate, it was agreed that a recommendation be adopted that the bill be amended to ensure that the Minister of Health *shall*, instead of *may*, make regulations regarding the provision, collection, use, disposal and exemption of information relating to requests for, and the provision of, medical assistance in dying.

It was moved that a recommendation be adopted that the bill be amended to remove any mention that the Government must initiate one or more independent reviews of issues relating to requests by mature minors for medical assistance in dying and requests where mental illness is the sole underlying medical condition.

After debate, the question being put on the motion, it was adopted, on division.

It was moved that a recommendation be adopted to accept recommendation 7 of the Report of the Special Joint Committee on Physician-Assisted Dying stipulating: "That the permission to use advance requests for medical assistance in dying be allowed any time after one is diagnosed with a condition that is reasonably likely to cause loss of competence or after a diagnosis of a grievous or irremediable condition but before the suffering becomes intolerable. An advance request may not, however, be

qui fait la demande à la mort de celle-ci ou qu'elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci puisse signer au nom de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, lorsque celle-ci est incapable de dater et de signer la demande.

Après débat, il est convenu que le comité recommande de conserver l'exigence selon laquelle, pour être indépendant, ni le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir ni celui qui donne l'avis écrit confirmant le respect de tous les critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir ne peut avoir une relation d'affaires avec l'autre, le conseiller dans le cadre d'une relation de mentorat ou être chargé de superviser son travail.

Il est proposé que le comité recommande d'amender le projet de loi afin d'ajouter une disposition prévoyant qu'il est entendu que le médecin ou l'infirmier praticien est libre de refuser de fournir l'aide médicale à mourir, que le travailleur social, le psychologue, le psychiatre, le thérapeute ou tout autre professionnel de la santé ou tout établissement est libre de refuser de fournir cette aide, et qu'aucun d'eux ne peut être privé de tout avantage ou assujéti à une obligation ni encourir de sanction sous le régime de toute loi du Parlement du Canada uniquement en raison de l'exercice de sa liberté de conscience ou de religion en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* ou de l'expression de ses convictions à l'égard de l'aide médicale à mourir compte tenu de cette liberté garantie.

Après débat, la motion, mise aux voix, est adoptée avec dissidence.

Après débat, il est convenu d'adopter une recommandation voulant que le projet de loi soit amendé afin de veiller à ce que le ministre de la Santé *prenne*, plutôt que *puisse* prendre, des règlements régissant la fourniture, la collecte, l'utilisation et la destruction de renseignements relatifs aux demandes d'aide médicale à mourir ou à la prestation de celle-ci, ainsi que l'exemption applicable.

Il est proposé d'adopter une recommandation voulant que le projet de loi soit amendé afin de supprimer toute mention indiquant que le gouvernement doit lancer un ou des examens indépendants des questions portant sur les demandes d'aide médicale à mourir faites par les mineurs matures et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée.

Après débat, la motion, mise aux voix, est adoptée avec dissidence.

Il est proposé d'adopter une recommandation en vue d'accepter la recommandation 7 du rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir qui préconise : « Que l'on autorise le recours aux demandes anticipées d'aide médicale à mourir à tout moment, après qu'une personne aura reçu un diagnostic de problème de santé qui lui fera vraisemblablement perdre ses capacités ou un diagnostic de problème de santé grave ou irrémédiable, mais avant que les souffrances ne deviennent

made, prior to being diagnosed with such a condition. The advance request is subject to the same procedural safeguards as those in place for contemporaneous requests.”

After debate, the question being put on the motion, it was adopted, on division.

After debate, it was agreed that an observation be included in the report that the committee raises a serious concern about the fact that although the bill does not allow advance requests for medical assistance in dying, it does allow a person to self-administer a substance to cause his or her own death potentially months or years after the substance has been prescribed. In these cases, there is no safeguard ensuring that the patient’s express consent is given at that time.

At 4 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:*

OTTAWA, Tuesday, May 17, 2016  
(23)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met in camera this day at 11:02 a.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Bob Runciman, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Baker, P.C., Batters, Boisvenu, Cowan, Dagenais, Enverga, Jaffer, McIntyre, Plett, Runciman and White (11).

*Other senator present:* The Honourable Senator Lankin, P.C. (1).

*In attendance:* Lyne Casavant and Maxime Charron-Tousignant, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, April 20, 2016, the committee continued its examination of the subject matter on Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). (*For complete text of the order of reference, see proceeding of the committee, Issue No. 8.*)

Pursuant to rule 12-16(1)(d), the committee proceeded in camera to consider a draft report.

It was moved that the committee allow the transcription of today’s in camera meeting, that one copy be kept in the office of the clerk of the committee for consultation by committee members (present) and the committee analysts, and that the transcript be destroyed by the clerk when authorized to do so by the Subcommittee on Agenda and Procedure but no later than at the end of this parliamentary session.

intolérables. Une personne ne pourra toutefois pas faire de demande anticipée avant d’avoir reçu l’un ou l’autre de ces diagnostics. On appliquera aux demandes anticipées les mêmes mesures de protection que pour les demandes d’aide immédiate. »

Après débat, la motion, mise aux voix, est adoptée avec dissidence.

Après débat, il est convenu d’inclure, dans le rapport, une observation selon laquelle le comité émet de sérieuses réserves à propos du fait que, bien que le projet de loi ne permette pas les demandes anticipées d’aide médicale à mourir, il permet à la personne de s’administrer une substance létale des mois ou des années peut-être après que cette substance lui a été prescrite. Dans un tel cas, aucune mesure de sauvegarde ne garantit que le patient y consente expressément à ce moment-là.

À 16 heures, le comité s’ajourne jusqu’à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

OTTAWA, le mardi 17 mai 2016  
(23)

[*Français*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd’hui à huis clos, à 11 h 2, dans la pièce 705 de l’édifice Victoria, sous la présidence de l’honorable Bob Runciman (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Baker, C.P., Batters, Boisvenu, Cowan, Dagenais, Enverga, Jaffer, McIntyre, Plett, Runciman et White (11).

*Autre sénatrice présente :* L’honorable sénatrice Lankin, C.P. (1).

*Également présents :* Lyne Casavant et Maxime Charron-Tousignant, analystes, Service d’information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l’ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 20 avril 2016, le comité poursuit son étude de la teneur du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d’autres lois (aide médicale à mourir). (*Le texte intégral de l’ordre de renvoi figure au fascicule n° 8 des délibérations du comité.*)

Conformément à l’article 12-16(1)(d) du Règlement, le comité reprend à huis clos l’étude d’une ébauche de rapport.

Il est proposé que le comité autorise la transcription de la séance à huis clos d’aujourd’hui, qu’une copie de la transcription soit conservée dans le bureau de la greffière pour consultation par les membres du comité (présents) et les analystes du comité, et que le document soit détruit par la greffière dès qu’elle en recevra l’autorisation du Sous-comité du programme et de la procédure, au plus tard à la fin de la présente session parlementaire.

It was agreed that the clerk be instructed to note in the minutes of the meeting for May 12th, 2016 all decisions of the committee that day during the in camera session, not just those that were adopted.

It was agreed that the report, with the agreed changes, be adopted.

At 11:34 a.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:*

Il est convenu que la greffière reçoive instruction de consigner au procès-verbal de la séance du 12 mai 2016 toutes les décisions prises par le comité durant la portion à huis clos de ladite séance, plutôt que d'y inclure seulement les motions qui ont été adoptées.

Il est convenu que le rapport, sous réserve des modifications convenues, soit adopté.

À 11 h 34, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

*La greffière du comité,*

Jessica Richardson

*Clerk of the Committee*

**REPORT OF THE COMMITTEE**

Tuesday, May 17, 2016

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs has the honour to table its

**THIRD REPORT**

Your committee, which was authorized to examine the subject matter on Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying), has, in obedience to the order of reference of Wednesday, April 20, 2016, examined the said subject-matter and now reports as follows:

Your committee held six meetings (20 hours) on this study. In total, the committee heard from 66 witnesses including the Ministers of Justice and Health, regulatory authorities, professional organizations, along with many experts, academics, medical practitioners, families and other stakeholders. The committee also received many written submissions.

Bill C-14, a bill dealing with medical assistance in dying, was developed in response to the Supreme Court of Canada's unanimous decision in *Carter v. Canada (Attorney General)* in which the Court declared that sections 241(b) and 14 of the *Criminal Code*, which prohibit assistance in terminating life, infringe upon the right to life, liberty and security of the person for individuals who want access to medical assistance in dying.

The committee recommends as follows:

1. Remove the portion of the preamble that the Government of Canada should explore other situations in which a person may seek access to medical assistance in dying, namely situations giving rise to requests by mature minors and requests where mental illness is the sole underlying medical condition (*adopted by a majority*).
2. Specifically limit the "exemption for person aiding patient" so that it does not apply to a person who knows or believes that he or she is a beneficiary upon the death of the person making the request, or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from that person's death (section 241(5) of the *Criminal Code (Code)*) (*adopted unanimously*).
3. Add "terminal illness" to the first criterion of the definition of a "grievous and irremediable medical condition," so that it reads "(a) they have a serious and incurable terminal illness, disease or disability and have been determined to be at the end of life." (section 241.2(2)(a) of the *Code*) (*adopted by a majority*).
4. Maintain, as a safeguard, a requirement to ensure that there are at least 15 clear days between the day on which the request to medical assistance in dying was signed by the person and the day on which it is provided; and add that such delay be increased to 90 clear days where the person suffers from a mental health condition (section 241.2(3)(g) of the *Code*) (*adopted unanimously*).

**RAPPORT DU COMITÉ**

Le mardi 17 mai 2016

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles a l'honneur de déposer son

**TROISIÈME RAPPORT**

Votre comité, qui a été autorisé à examiner la teneur du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir), a, conformément à l'ordre de renvoi du mercredi 20 avril 2016, examiné ladite teneur du projet de loi et en fait maintenant rapport comme il suit :

Le comité a consacré six réunions (20 heures) à l'étude. Il a entendu 66 témoins au total, dont les ministres de la Justice et de la Santé, des organismes de réglementation, des ordres professionnels, ainsi que de nombreux spécialistes, universitaires, médecins, familles et autres acteurs. Il a également reçu plusieurs mémoires.

Le projet de loi C-14, qui porte sur l'aide médicale à mourir, a été rédigé en réponse à l'arrêt unanime de la Cour suprême du Canada rendu dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)* où elle déclare que l'alinéa 241b) et l'article 14 du *Code criminel*, qui prohibent l'aide médicale à mourir, portent atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne de ceux qui veulent avoir accès à l'aide médicale à mourir.

Le comité recommande ce qui suit :

1. Supprimer la partie du préambule où il est dit que le gouvernement du Canada devrait explorer d'autres situations où une personne peut demander l'aide médicale à mourir, à savoir les cas de demandes faites par les mineurs matures et de demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée (*adoptée à la majorité*).
2. Limiter expressément l'« exemption — personne aidant le patient » de sorte qu'elle ne s'applique pas à la personne qui sait ou croit qu'elle est bénéficiaire de la personne qui fait la demande à la mort de celle-ci ou qu'elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci (paragraphe 241(5) du *Code criminel (Code)*) (*adoptée à l'unanimité*).
3. Ajouter « maladie en phase terminale » au premier critère de la définition du terme « problèmes de santé graves et irrémédiables » de sorte qu'elle soit libellée ainsi : « a) elle est atteinte d'une maladie en phase terminale, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables et il est établi qu'elle est en fin de vie » (alinéa 241.2(2)a) du *Code*) (*adoptée à la majorité*).
4. Conserver, comme mesure de sauvegarde, une exigence visant à assurer qu'au moins 15 jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande d'aide médicale à mourir a été signée par la personne et celui où cette aide lui est fournie, et ajouter que l'intervalle augmente à 90 jours francs dans le cas d'une personne ayant une maladie mentale (alinéa 241.2(3)g) du *Code*) (*adoptée à l'unanimité*).

5. Specifically deny a person who knows or believes that he or she is a beneficiary upon the death of the person making the request, or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from that person's death, the ability to sign for the person requesting medical assistance in dying, if that person is unable to sign and date the request (section 241.2(4) of the *Code*) (*adopted unanimously*).
6. Maintain the requirement that the medical practitioner or nurse practitioner providing medical assistance in dying and the medical practitioner or nurse practitioner who provides the written opinion confirming that the person meets all of the criteria to be eligible for medical assistance in dying, are considered independent if they are not in a business relationship with the other practitioner; nor a mentor to the other practitioner or responsible for supervising their work (section 241.2(6)(a) of the *Code*) (*adopted unanimously*).
7. Add a provision that for greater certainty, a medical practitioner or nurse practitioner is free to refuse to provide medical assistance in dying; and that a social worker, psychologist, psychiatrist, therapist, other health care professional, or any institution is free to refuse to aid in the provision of medical assistance in dying; and that they shall not be deprived of any benefit, or be subject to any obligation or sanction, under any law of the Parliament of Canada solely by reason of exercising their freedom of conscience and religion under the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* or the expression of their beliefs in respect of medical assistance in dying based on that guaranteed freedom (after section 241.2(8) of the *Code*) (*adopted by a majority*).
8. Ensure that the Minister of Health *shall*, instead of *may*, make regulations regarding the provision, collection, use, disposal and exemption of information relating to requests for, and the provision of, medical assistance in dying (section 241.31(3) of the *Code*) (*adopted unanimously*).
9. Remove any mention that the Government must initiate one or more independent reviews of issues relating to requests by mature minors for medical assistance in dying and requests where mental illness is the sole underlying medical condition (clause 9.1 of the Bill) (*adopted by a majority*).
10. Accept recommendation 7 of the Report of the Special Joint Committee on Physician-Assisted Dying stipulating: "That the permission to use advance requests for medical assistance in dying be allowed any time after one is diagnosed with a condition that is reasonably likely to cause loss of competence or after a diagnosis of a grievous or irremediable condition but before the suffering becomes intolerable. An advance request may not, however, be made, prior to being diagnosed with such a condition. The advance request is subject to the same procedural safeguards as those in place for contemporaneous requests." (*adopted by a majority*).
5. Refuser expressément que la personne qui sait ou croit qu'elle est bénéficiaire de la personne qui fait la demande à la mort de celle-ci ou qu'elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci puisse signer au nom de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, lorsque celle-ci est incapable de dater et de signer la demande (paragraphe 241.2(4) du *Code*) (*adoptée à l'unanimité*).
6. Conserver l'exigence selon laquelle, pour être indépendant, ni le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir ni celui qui donne l'avis écrit confirmant le respect de tous les critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir ne peut avoir une relation d'affaires avec l'autre, le conseiller dans le cadre d'une relation de mentorat ou être chargé de superviser son travail (alinéa 241.2(6)a du *Code*) (*adoptée à l'unanimité*).
7. Ajouter une disposition prévoyant qu'il est entendu que le médecin ou l'infirmier praticien est libre de refuser de fournir l'aide médicale à mourir, que le travailleur social, le psychologue, le psychiatre, le thérapeute ou tout autre professionnel de la santé ou tout établissement est libre de refuser de fournir cette aide, et qu'aucun d'eux ne peut être privé de tout avantage ou assujéti à une obligation ni encourir de sanction sous le régime de toute loi du Parlement du Canada uniquement en raison de l'exercice de sa liberté de conscience ou de religion en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* ou de l'expression de ses convictions à l'égard de l'aide médicale à mourir compte tenu de cette liberté garantie (après le paragraphe 241.2(8) du *Code*) (*adoptée à la majorité*).
8. Veiller à ce que le ministre de la Santé *prenne*, plutôt que *puisse* prendre, des règlements régissant la fourniture, la collecte, l'utilisation et la destruction de renseignements relatifs aux demandes d'aide médicale à mourir ou à la prestation de celle-ci, ainsi que l'exemption applicable (paragraphe 241.31(3) du *Code*) (*adoptée à l'unanimité*).
9. Supprimer toute mention indiquant que le gouvernement doit lancer un ou des examens indépendants des questions portant sur les demandes d'aide médicale à mourir faites par les mineurs matures et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée (article 9.1 du projet de loi) (*adoptée à la majorité*).
10. Accepter la recommandation 7 du rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir qui préconise : « Que l'on autorise le recours aux demandes anticipées d'aide médicale à mourir à tout moment, après qu'une personne aura reçu un diagnostic de problème de santé qui lui fera vraisemblablement perdre ses capacités ou un diagnostic de problème de santé grave ou irrémédiable, mais avant que les souffrances ne deviennent intolérables. Une personne ne pourra toutefois pas faire de demande anticipée avant d'avoir reçu l'un ou l'autre de ces diagnostics. On appliquera aux demandes anticipées les mêmes mesures de protection que pour les demandes d'aide immédiate. » (*adoptée à la majorité*).

The committee also makes the following observations:

1. Raises a serious concern about the fact that counselling a person to die by suicide or abetting a person in dying by suicide (section 241(1)(a)) is not included in the exemption for medical assistance in dying (section 241(2) of the *Code*) (*adopted unanimously*).
2. Raises a serious concern about the fact that although the Bill does not allow advance requests for medical assistance in dying, it allows a person to self-administer a substance to cause his or her own death potentially months or years after the substance has been prescribed. In these cases, there is no safeguard ensuring that the patient's express consent is given at that time (*adopted unanimously*).

Recommendations supported by a minority of members:

1. Remove reference to a nurse practitioner in every instance throughout the Bill where such an individual is allowed to assess eligibility, approve requests and administer medical assistance in dying, including prescribing or providing a substance.
2. Limit the capacity of a nurse practitioner, when providing a person with medical assistance in dying, to administering a substance to that person, at their request, that causes their death.
3. Remove the provision that defines "Grievous and irremediable medical condition" (section 241.2(2) of the *Code*) and use the language found in *Carter v. Canada (Attorney General)* (section 241.2(1) of the *Code*).
4. Add into an operative provision of the Bill: "For greater certainty, nothing in this Bill allows a person to be granted medical assistance in dying where mental illness is the sole underlying medical condition."
5. Ensure that, as a safeguard, a person undergoes a palliative care consultation which would include full information about treatment, technology and support options available to mitigate and alleviate suffering, when assessing eligibility to medical assistance in dying (section 241.2(3) of the *Code*).
6. Include a requirement that each request for medical assistance in dying is subject to review and approval by a Superior Court Judge, to ensure that all legal requirements and conditions are fulfilled (section 241.2(1) of the *Code*).
7. Include, as a safeguard, a requirement that a psychiatric assessment of competency be required in all cases where mental illness is present (section 241.2(3) of the *Code*).

Le Comité formule aussi les observations suivantes :

1. Sérieuses réserves émises à propos de la non-inclusion dans l'exemption relative à l'aide médicale à mourir du fait de conseiller à une personne à se suicider ou de l'encourager à le faire (alinéa 241(1)a) (paragraphe 241(2) du *Code*) (*adoptée à l'unanimité*).
2. Sérieuses réserves émises à propos du fait que, bien que le projet de loi ne permette pas les demandes anticipées d'aide médicale à mourir, il permet à la personne de s'administrer une substance létale des mois ou des années peut-être après que cette substance lui a été prescrite. Dans un tel cas, aucune mesure de sauvegarde ne garantit que le patient y consente expressément à ce moment-là (*adoptée à l'unanimité*).

Recommandations appuyées par une minorité de membres :

1. Supprimer toute mention de l'infirmier praticien dans les dispositions du projet de loi qui lui permettent de déterminer l'admissibilité, d'approuver les demandes et d'administrer l'aide médicale à mourir, notamment prescrire ou fournir la substance.
2. Limiter la capacité de l'infirmier praticien lorsqu'il fournit l'aide médicale à mourir à une personne qui en fait la demande, à l'administration de la substance létale.
3. Supprimer la disposition où est défini le terme « problèmes de santé graves et irrémédiables » (paragraphe 241.2(2) du *Code*) et utiliser le libellé utilisé dans l'arrêt *Carter c. Canada (Procureur général)* (paragraphe 241.2(1) du *Code*).
4. Ajouter à la disposition applicable du projet de loi ce qui suit : « Il est entendu que le présent projet de loi ne permet pas à une personne d'obtenir l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée. »
5. S'assurer que, comme mesure de sauvegarde, la personne participe à une consultation en soins palliatifs détaillant le traitement, la technologie et les possibilités de soutien qui existent pour atténuer et soulager les souffrances, lors de la détermination de son admissibilité à l'aide médicale à mourir (paragraphe 241.2(3) du *Code*).
6. Exiger que chaque demande d'aide médicale à mourir soit assujettie à l'examen et à l'approbation d'un juge de la Cour supérieure, pour assurer le respect des exigences et conditions légales (paragraphe 241.2(1) du *Code*).
7. Exiger, comme mesure de sauvegarde, la tenue d'une évaluation psychiatrique de la capacité dans les cas de maladie mentale (paragraphe 241.2(3) du *Code*).

8. Remove the requirement that immediately before providing medical assistance in dying, the person shall give express consent (section 241.2(3)(h) of the *Code*).

Respectfully submitted,

8. Supprimer l'exigence voulant que, immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, la personne y consente expressément (alinéa 241.2(3)h) du *Code*.

Respectueusement soumis,

*Le président,*

BOB RUNCIMAN

*Chair*

**EVIDENCE**

OTTAWA, Tuesday, May 10, 2016

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met this day at 2 p.m. to examine the subject matter of Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code; and to make related amendments to other Acts (Medical assistance in dying).

**Senator Bob Runciman** (*Chair*) in the chair.

[*English*]

**The Chair:** Good afternoon and welcome, colleagues, invited guests and members of the general public who are following today's proceedings on the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs. Today, we are continuing our hearings for our pre-study of Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (Medical assistance in dying).

For our first hour, we have with us a panel of legal experts. From the Canadian Bar Association is Kimberly Jakeman, Chair of their End of Life Working Group; and Tina Head, Lawyer, Legislation and Law Reform. Also with us today are Dwight Newman, Professor and Canada Research Chair in Indigenous Rights, College of Law, University of Saskatchewan; Hamish Stewart, Professor, Faculty of Law, University of Toronto; and Randal Graham, Professor, Faculty of Law, University of Western Ontario.

Thank you all for being with us today. I understand the CBA is going to lead off with opening statements. The floor is yours.

**Tina Head, Lawyer, Legislation and Law Reform, Canadian Bar Association:** Mr. Chair and honourable senators, thank you for inviting the Canadian Bar Association to appear today. The CBA is a national association of 36,000 lawyers, with a mandate to promote improvements in the law and the administration of justice. The CBA's End of Life Working Group is mandated to advise the CBA on end-of-life issues, including medical assistance in dying.

My colleague Ms. Jakeman will describe the working group in more details and present the CBA's submission.

**Kimberly Jakeman, Chair, CBA End of Life Working Group, Canadian Bar Association:** You have our written submission, so I will make a short verbal submission. Afterward, please ask me questions with respect to either.

The CBA working group draws on the expertise of lawyers from all regions of Canada, including lawyers in private practice, the public sector and in-house counsel. They are from diverse

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le mardi 10 mai 2016

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd'hui à 14 heures pour étudier la teneur du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (Aide médicale à mourir).

**Le sénateur Bob Runciman** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Bonjour à tous et bienvenue, chers collègues, invités et visiteurs qui suivez les délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles aujourd'hui. Nous poursuivons nos audiences concernant l'étude préalable du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (Aide médicale à mourir).

Pour notre première heure, nous avons avec nous un groupe d'experts juridiques. Accueillons, de l'Association du Barreau canadien, Kimberly Jakeman, présidente du groupe de travail sur la fin de vie, et Tina Head, avocate, Législation et réforme du droit. Sont également présents Dwight Newman, professeur et responsable de la chaire de recherche sur les droits des Autochtones à l'École de droit de l'Université de la Saskatchewan; Hamish Stewart, professeur à la Faculté de droit de l'Université de Toronto; et Randal Graham, professeur de droit à la Faculté de droit de l'Université Western Ontario.

Merci à tous d'être parmi nous aujourd'hui. Je crois savoir que c'est l'ABC qui va ouvrir la séance avec ses remarques préliminaires. Vous avez la parole.

**Tina Head, avocate, Législation et réforme du droit, Association du Barreau canadien :** Monsieur le président et honorable sénateurs, merci d'avoir invité l'Association du Barreau canadien à témoigner aujourd'hui. L'ABC est une association nationale qui regroupe 36 000 avocats et dont le mandat est de promouvoir l'amélioration du droit et de l'administration de la justice. Le groupe de travail de l'ABC sur la fin de vie a pour mandat de conseiller l'association concernant les enjeux liés à la fin de vie, dont la question de l'aide médicale à mourir.

Ma collègue, Mme Jakeman, vous donnera plus de détails sur le groupe de travail et présentera le mémoire de l'ABC.

**Kimberly Jakeman, présidente, groupe de travail sur la fin de vie, Association du Barreau canadien :** Vous avez notre mémoire en main. Je ferai donc un bref exposé. Après quoi, n'hésitez pas à poser des questions sur l'un ou l'autre.

Le groupe de travail de l'ABC tire son expertise d'avocats de toutes les régions du Canada, dont des avocats en pratique privée, des avocats du secteur public et des avocats en

areas of legal practice, including criminal justice, constitutional and human rights, health law, wills and estates law, elder law, children law, privacy law and dispute resolution.

Our clients include individuals seeking assistance in dying, planning for life and death transitions. They include health professionals, social workers, vulnerable persons, health and long-term care facilities, regulators and governments.

The CBA working group would like to comment on three aspects of the bill: first, the eligibility criteria; second, the scope of exemptions; and, third, the gaps in the safeguards.

The first aspect is the eligibility criteria. The CBA supports amendments to the Criminal Code that would align with the Supreme Court of Canada's decision in *Carter*, and it is our view that Bill C-14 falls short of that. The proposed subsection 241.2(2) defines "grievous and irremediable" and four interrelated criteria that are key to eligibility.

The criterion that a person's natural death has become reasonably foreseeable has been the subject of much debate, but the working group believes that the entirety of that section is problematic. It narrows the language that we believe was carefully and intentionally chosen by the Supreme Court of Canada, and it introduces restrictive concepts of which the court was aware but chose not to include in the *Carter* decision. In practice, the definition limits medical assistance in dying to a person in the advanced stages of illness and whose death is clearly on the horizon. It is the CBA's position that subsection 241.2(2) should be deleted from the bill in its entirety.

With respect to exemptions, the working group leaves that medical assistance in dying is best approached as one option in the continuum of care. As a practical matter, that's how conversations of end of life take place. The language of the Criminal Code is not suited to this reality. At the one end of the spectrum, it prohibits counselling a person to die by suicide, and yet at the other end of the spectrum, conversations in the context of providing medical assistance in dying as set out narrowly in Bill C-14 are protected. But there is concern about the middle ground: the uncertainty of what falls in between where nurses, social workers, lawyers, family and friends talk with patients, clients and loved ones about life-care options, including medical assistance in dying.

We encourage amendments to the bill to ensure that Canadians need not fear criminal liability in those circumstances.

entreprise. Ils exercent dans divers domaines de la pratique juridique, dont la justice pénale, les droits constitutionnels et les droits de la personne, le droit de la santé, le droit testamentaire et des successions, le droit des aînés, les droits des enfants, la protection des renseignements personnels et le règlement des conflits.

Nos clients sont entre autres des personnes qui cherchent de l'aide concernant la mort et la planification de la fin de vie. Il s'agit de professionnels de la santé, de travailleurs sociaux, de personnes vulnérables, d'établissements de santé et de soins de longue durée, d'organismes de réglementation et de gouvernements.

Le groupe de travail de l'ABC aimerait commenter trois aspects du projet de loi, à savoir les critères d'admissibilité, la portée des exemptions et les lacunes des mesures de sauvegarde.

Le premier aspect est celui des critères d'admissibilité. L'ABC appuie les modifications au Code criminel qui seraient conformes à la décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter*, et nous sommes d'avis que le projet de loi C-14 ne va pas assez loin. Le paragraphe 241.2(2) proposé définit la notion de « problèmes de santé graves et irrémédiables » ainsi que quatre critères interdépendants circonscrivant l'admissibilité.

Le critère selon lequel la mort naturelle d'une personne doit être raisonnablement prévisible a fait l'objet de beaucoup de débats, mais le groupe de travail estime que c'est toute la disposition qui est problématique. Elle réduit le langage que, croyons-nous, la Cour suprême du Canada a délibérément pris soin d'adopter et elle introduit des notions restrictives que la cour n'ignorait pas, mais qu'elle a préféré ne pas inclure dans l'arrêt *Carter*. Dans la pratique, la définition limite l'accès de l'aide médicale à mourir aux personnes qui se trouvent aux dernières étapes d'une maladie et dont le décès s'annonce clairement. L'ABC estime que le paragraphe 241.2(2) devrait être entièrement supprimé.

Quant aux exemptions, le groupe de travail estime que l'aide médicale à mourir devrait être considérée comme une option dans un continuum de soins. C'est ainsi, en fait, que se déroulent les conversations sur la fin de vie. Le vocabulaire du Code criminel ne convient pas à cette réalité. À une extrémité du spectre, on interdit d'inciter une personne à se suicider, mais, à l'autre, les conversations qui se déroulent dans le cadre de l'aide médicale à mourir sont protégées dans le cadre circonscrit du projet de loi C-14. Il y a cependant lieu de s'inquiéter du point médian : on ne sait pas à quoi s'en tenir entre ce qui se passe entre les infirmières, les travailleurs sociaux, les avocats, la famille et les amis, d'une part, et les patients, les clients et leurs proches, d'autre part, au sujet des soins de fin de vie, aide médicale à mourir incluse.

Nous estimons qu'il faut modifier le projet de loi pour garantir aux Canadiens qu'ils n'ont pas à craindre d'être tenus criminellement responsables dans ces circonstances.

The third aspect is with respect to safeguards. There are several measures introduced as safeguards, and the working group believes that some of these require attention. Most specifically, proposed subsection 241.2(7) incorporates provincial standards of professional care into the Criminal Code, and we think it's unwise. It treads on provincial jurisdiction and creates an uncertainty that will inevitably cause a reduction in access to services and may lead to a difference in criminal standards across the country.

The working group recommends that that provision be deleted.

With respect to the issue of consent, proposed paragraph 241.2(3)(h) refers to the need for express content immediately before dying. This requirement may have the perverse effect of having someone suffer intolerably or refuse to take pain medication until the end or, alternatively, be withdrawn from a sedation to ensure that they can give clear instructions immediately before death.

There is a case out of Alberta's Court of Queen's Bench called *HS (Re)*. It's a recent case. In that case, the court recognized the physicians having a continuing obligation to obtain genuine, ongoing and informed consent to treatment. The court decided in that case that it was best left to the physicians to determine how best to comply with this requirement.

The CBA working group recommends that that section be deleted from the bill.

We have also made some technical recommendations in our submissions.

Finally, I would like to add that the CBA working group appreciates that the minister would like time to study situations of mature minors, persons with mental illness and advance requests. However, for the sake of persons whose constitutional rights are held in abeyance, we encourage firm and early timelines for these studies.

On behalf of the working group, I appreciate your attention and the invitation to appear before the committee. Thank you.

**The Chair:** Thank you.

Professor Newman.

**Dwight Newman, Professor and Canada Research Chair in Indigenous Rights, College of Law, University of Saskatchewan, as an individual:** Good afternoon. Thank you for the opportunity to appear before the committee. I appear as a professor of law and Canada Research Chair in Indigenous Rights and constitutional and international law at the University of Saskatchewan. My submissions are based on my ongoing work on constitutional law issues.

Le troisième aspect est celui des mesures de sauvegarde. Le projet de loi prévoit plusieurs mesures de sauvegarde, et le groupe de travail estime que certaines d'entre elles doivent retenir l'attention. Plus précisément, le paragraphe 241.2(7) proposé incorpore des normes provinciales de soins professionnels dans le Code criminel, ce qui, à notre avis, n'est pas indiqué. Il empiète sur la compétence provinciale et crée une incertitude qui ne pourra qu'entraîner un moindre accès aux services et pourrait donner lieu à des différences dans les normes pénales appliquées au pays.

Le groupe de travail recommande de supprimer cette disposition.

Concernant la question du consentement, l'alinéa 241.2(3)(h) proposé renvoie à la nécessité d'un consentement explicite immédiatement avant la mort. Cette exigence peut avoir pour effet pervers qu'une personne souffre de façon intolérable ou refuse de prendre des médicaments contre la douleur jusqu'à la fin ou encore soit privée de médicaments sédatifs pour être en état de donner des instructions claires immédiatement avant sa mort.

Il y a l'affaire *HS (Re)* dont a été saisie la Cour du Banc de la Reine de l'Alberta. C'est une affaire récente, où le tribunal a reconnu que les médecins ont l'obligation permanente d'obtenir un consentement authentique, suivi et éclairé au traitement. Le tribunal a conclu qu'il valait mieux laisser aux médecins le soin de déterminer la meilleure façon de remplir cette exigence.

Le groupe de travail de l'ABC recommande de supprimer cette disposition.

Nous avons également formulé quelques recommandations techniques dans nos mémoires.

Enfin, j'aimerais dire que le groupe de travail de l'ABC apprécie le fait que la ministre souhaite avoir du temps pour examiner la question des mineurs matures, des personnes atteintes de maladie mentale et des demandes anticipées. Cependant, dans l'intérêt des personnes dont les droits constitutionnels sont ajournés, nous invitons la ministre à assortir ces études d'échéances fermes et brèves.

Au nom du groupe de travail, je vous remercie de votre attention et de votre invitation à venir témoigner. Merci.

**Le président :** Merci.

Professeur Newman.

**Dwight Newman, professeur et chargé de la chaire de recherche du Canada sur les droits des Autochtones, École de droit, Université de la Saskatchewan, à titre personnel :** Bonjour. Merci de me donner la possibilité de témoigner devant le comité. Je comparais à titre de professeur de droit et responsable de la chaire de recherche sur les droits des Autochtones et le droit constitutionnel et international de l'Université de la Saskatchewan. Mes observations s'appuient sur mon travail courant sur les enjeux du droit constitutionnel.

Before the committee this afternoon, I'll make four fundamental points. They're developed further in the written submissions that I've sent to the committee, although I'll try to speak to some aspects of them during my comments this afternoon.

I'll just run through the points quickly and then return to them. The first is that the *Carter* judgment has more limited implications for Parliament's potential applications than some have suggested.

Second, Bill C-14 appears to go beyond *Carter* in some ways that may raise concerns and may well adversely affect the constitutional rights of other persons beyond those contemplated as benefiting from the *Carter* judgment.

The third point that I'll raise is that Bill C-14 raises questions potentially worthy of significant further consideration in its impacts on indigenous communities.

The fourth point is a reminder that Parliament may actually have more options in respect of the June deadline than has been generally discussed.

To turn to those four points, the first point I would make is that the *Carter* judgment is not legislative in character. That's simply not the role of the Supreme Court, and it's not the role of Parliament to abdicate to the Supreme Court as if it were a legislative body. So the specific wording of the Supreme Court of Canada judgment needn't be entirely determinative. Obviously, there is a conclusion there on certain constitutional points, but the court's declaration is not a statute, and it's ultimately Parliament's responsibility to craft a statutory regime that meets the objectives that Parliament determines to be most appropriate.

There would be several points that support that basic claim. I would say it's consistent with the broader dialogue theory on the Charter that's discussed on a widespread basis.

A second point that I would make is the law concerning the interaction of section 7 of the Charter and section 1 of the Charter — the limitations provision — has shifted recently and since the *Carter* decision, arguably last week, in ways that may have altered the way in which one might think about what is going on in *Carter*. I would simply mention that although *Carter* did see a discussion to some extent of the *Oakes* test on the limitation of rights in the context of a section 7 claim, the *Michaud* decision of the Court of Appeal for Ontario has made very clear that a section 7 infringement can be justified under section 1. The Supreme Court of Canada on May 6 — a few days ago — has declined leave to appeal from that judgment, thus reinforcing the point. So I think that's worthy of attention.

The second aspect I will refer to is that proposed Bill C-14 sees Parliament taking on the responsibility of going beyond *Carter* in certain ways. In many ways, the bill is focused on end-of-life

J'attirerai l'attention du comité sur quatre points fondamentaux. Ils sont approfondis dans le mémoire écrit que j'ai envoyé au comité, mais je vais essayer d'en aborder certains aspects cet après-midi.

Je vais passer les énumérer rapidement, puis j'y reviendrai. Le premier est que l'arrêt *Carter* a, pour les applications potentielles par le Parlement, des répercussions plus limitées que certains l'ont laissé entendre.

Deuxièmement, le projet de loi C-14 semble aller plus loin que *Carter* à certains égards qui risquent de susciter des préoccupations et pourraient bien compromettre les droits constitutionnels d'autres personnes, en dehors de ceux qui bénéficieraient de l'arrêt *Carter*.

Troisièmement, le projet de loi C-14 soulève des questions qui mériteraient sans doute qu'on réfléchisse à ses répercussions sur les collectivités autochtones.

Le quatrième point est un rappel : le Parlement pourrait bien, en fait, avoir plus d'options qu'on ne le dit généralement à l'égard de l'échéance de juin.

Je reprends donc le premier point pour dire que l'arrêt *Carter* n'a pas un caractère législatif. Ce n'est tout simplement pas le rôle de la Cour suprême, et le Parlement n'a pas à s'assujettir à la Cour suprême comme s'il s'agissait d'un corps législatif. Le vocabulaire employé par la Cour suprême dans cet arrêt n'a donc pas à être entièrement déterminant. Bien entendu, la cour a rendu une décision sur certaines questions constitutionnelles, mais la déclaration de la cour n'est pas une loi, et c'est au Parlement qu'il incombe en fin de compte d'élaborer une loi qui réponde aux objectifs qui semblent le plus valables au Parlement.

Plusieurs éléments étayent cette affirmation. Je dirais que c'est conforme à la théorie plus générale du dialogue sur la Charte, qui est largement discutée.

Deuxièmement, je tiens à rappeler que le droit relatif à l'interaction entre l'article 7 de la Charte et l'article premier, qui limite le précédent, a récemment évolué, notamment depuis l'arrêt *Carter*, la semaine dernière, de telle façon qu'on pourrait envisager différemment cette décision. Je fais simplement remarquer que, même si *Carter* ouvre jusqu'à un certain point une discussion du critère énoncé dans *Oakes* sur la limitation des droits dans le contexte d'une demande en vertu de l'article 7, la décision rendue dans l'affaire *Michaud* par la Cour d'appel de l'Ontario clarifie nettement le fait qu'une atteinte à l'article 7 peut se justifier en vertu de l'article premier. Le 6 mai, il y a quelques jours, la Cour suprême du Canada a refusé d'accueillir une demande d'appel de ce jugement, ce qui renforce ce principe. Donc je crois que cela mérite attention.

Le deuxième aspect dont je parlerai est que le projet de loi C-14 traduit une situation où le Parlement assume la responsabilité d'aller au-delà de *Carter* à certains égards. De bien des façons, le

situations with respect of the *Carter* terminology, but there are certain wider applications that raise concerns for certain vulnerable groups, at least potentially.

For example, the particular way in which the reasonable foreseeability of death requirement is unconnected to other provisions of the law essentially says that someone whose death is reasonably foreseeable but who may be suffering from an unrelated condition faces eligibility under the law. One area of concern here would be someone with a mental illness without any associated physical illness who simply happens to be older and thus has a reasonable foreseeability of death but who may be contemplating assisted suicide simply in the context of a mental illness.

It's not clear that the court was contemplating that at all in *Carter*. If that issue went back before the court, I think one would argue as to whether it's distinguishable, and the bill that Parliament's proceeding with takes a fairly clear view on that.

Within the submission, I refer to some other considerations here, such as the possibility of individuals shopping across jurisdictions and categories of medical service providers in ways that probably weren't expected in the immediate aftermath of *Carter*. I won't dwell on those, but I want to turn to a very important further consideration. That's with respect to indigenous communities.

I want simply to say that the external panel that considered possible legislative responses to *Carter* received fairly limited bits of evidence related to assisted suicide in indigenous communities, but what it received raises important issues. As noted in the external panel's report, indigenous communities have individuals within them with a mixture of views on assisted suicide, but it's an issue that, for many people in indigenous communities, evokes trauma. There were expert expressions of concern of the potential for increases barriers between indigenous communities and health care providers that might arise from the existence of an assisted suicide regime.

I'll try to wrap up fairly quickly, but I do want to emphasize that in wrapping up matters so quickly on this law, here is something that's being quickly disregarded in some respects. Does the regime created by *Carter* and Bill C-14 effectively validate despair as the response to situations of various kinds of suffering? Does it validate suicide in ways that might have highly pernicious cultural effects in the context of indigenous communities? I'm not an expert who can speak to those, but I think that more should be heard from indigenous communities than has been heard thus far. It's ironic that there would be an absence of that on the very day when ministers are down in New York, speaking to these matters in new ways.

projet de loi est axé sur les situations de fin de vie selon la terminologie de *Carter*, mais il prévoit certaines applications plus générales qui suscitent des inquiétudes, au moins potentiellement, concernant certains groupes vulnérables.

Par exemple, il en découle essentiellement la façon dont le critère de prévisibilité raisonnable du décès n'est pas relié aux autres dispositions qu'une personne dont la mort est raisonnablement prévisible, mais qui souffre peut-être d'une maladie sans rapport avec cette éventualité, serait admissible en vertu de la loi. On s'inquiéterait ici du cas d'une personne atteinte de maladie mentale sans maladie physique connexe qui se trouve simplement à être âgée et dont, de ce fait, la mort serait raisonnablement prévisible, mais qui envisagerait l'euthanasie volontaire simplement en raison de la maladie mentale.

Il n'est pas du tout sûr que la cour ait envisagé les choses ainsi dans *Carter*. Si cette question était reportée à l'attention de la cour, je pense qu'on pourrait s'interroger sur son caractère distinct, et le projet de loi proposé par le Parlement prend nettement position à cet égard.

D'autres considérations sont à l'œuvre, comme je l'explique dans mon mémoire, par exemple le risque que des gens fassent du magasinage dans d'autres juridictions et auprès de différentes catégories de fournisseurs de soins médicaux dans des conditions qu'on n'aura probablement pas prévues au lendemain de l'arrêt *Carter*. Je ne m'étendrai pas sur ces questions, mais je tiens à revenir sur une autre considération importante. Je veux parler des collectivités autochtones.

Je veux simplement dire que le groupe externe chargé d'examiner les réponses législatives susceptibles de faire suite à l'arrêt *Carter* a reçu assez peu d'éléments d'information sur l'euthanasie volontaire dans les collectivités autochtones, mais que ce qu'il a reçu soulève des questions importantes. Comme l'indique le rapport du groupe externe, il y a dans les collectivités autochtones des gens qui ont toutes sortes de points de vue sur l'euthanasie volontaire, mais c'est une question qui, pour beaucoup d'entre eux, évoque un traumatisme. Des experts ont exprimé l'inquiétude que l'existence d'un système d'euthanasie volontaire creuse encore plus le fossé qui sépare les collectivités autochtones et les fournisseurs de soins médicaux.

Je vais essayer de résumer assez rapidement, mais je tiens à souligner que, en se pressant de régler les choses dans ce projet de loi, on passe trop vite à côté de certains aspects. Est-ce que le système instauré par l'arrêt *Carter* et le projet de loi C-14 valide effectivement le désespoir comme réponse à divers types de souffrances? Est-ce qu'il valide le suicide de telle sorte qu'il en découlerait des effets culturels très perniciose dans les collectivités autochtones? Je ne suis pas un spécialiste de ces questions, mais je pense qu'on devrait entendre plus largement les collectivités autochtones qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Il est ironique de penser que ce ne serait pas le cas alors même que des ministres sont en ce moment à New York pour parler de ces questions dans une nouvelle perspective.

I'll just say very quickly — and it's addressed further in the written submission — that there are more options on “timeline” than may have been noted. One of the Supreme Court justices hearing the extension application in *Carter* specifically, in oral argument, with nothing contradicting it, said that section 33 of the Charter would be available to extend the timeline. I just want to highlight that there are options. It's Parliament's choice on what to do on these things, and I wanted to present a few considerations.

**The Chair:** Before I introduce Professor Stewart, I want to remind you that we only have one hour. When you run over, especially significantly on the opening statements, it leaves limited time for members to ask you questions.

Professor Stewart.

**Hamish Stewart, Professor, Faculty of Law, University of Toronto, as an individual:** Thank you, Mr. Chair, honourable senators. I'm very grateful to the committee for the opportunity to speak with you this afternoon. I'm here as an individual, as a professor of law, who is interested in constitutional law, specifically in the law of section 7 of the Charter.

My comments this afternoon are directed primarily at the question of whether Bill C-14, assuming it passes in its current form, would likely survive a constitutional challenge. In other words, is it a constitutionally sufficient response to the *Carter* decision? I think it is a constitutionally sufficient response to *Carter*, which is not to say that there are not other responses which might also be constitutionally sufficient.

As we know, *Carter* has told us that section 241(b) of the code was unjustifiably over-broad in light of its own purpose. Its purpose was to prevent vulnerable persons from being induced to commit suicide at a time of weakness, the court said, but since this section banned assisted suicide, medically assisted death, in all cases, regardless of the person's particular situation, the provision was constitutionally over-broad.

Bill C-14 responds to that. As you know, it sets up four criteria for accessing medically assisted death, and it sets out eight safeguards to ensure that the four criteria are satisfied in particular cases.

It's quite right to say, as has already been said, that the language of Bill C-14 is not the same as the language of *Carter*, but the constitutional question is whether it's over-broad in section 7 terms. Put another way, would Bill C-14 prevent any individuals who satisfy the criteria set out in *Carter* from accessing medically assisted death? I think it probably would not have that effect.

With respect to the definitional criteria in proposed paragraphs 241.2(1)(b) and 241.2(1)(d), it's true that those criteria do not precisely track the language in *Carter*, but, in my view, they are

Je dirai très rapidement — et j'en parle dans mon mémoire — que la question de l'échéance fixée par la cour a plus de solutions qu'on ne l'a dit. L'un des juges de la Cour suprême qui a entendu la demande de prolongation dans l'affaire *Carter* précisément, a déclaré sans que rien ne vienne le contredire que l'article 33 de la Charte permettrait de reporter l'échéance. Je veux simplement souligner qu'il y a des alternatives. C'est au Parlement d'en décider, et je tenais à exposer quelques considérations.

**Le président :** Avant de présenter le professeur Stewart, je veux vous rappeler que nous n'avons qu'une heure. Si vous prenez trop de temps, notamment dans les remarques préliminaires, cela en laissera peu pour les questions des membres du comité.

Professeur Stewart.

**Hamish Stewart, professeur, Faculté de droit, Université de Toronto, à titre personnel :** Merci, monsieur le président et honorables sénateurs. Je vous suis très reconnaissant de m'avoir invité à témoigner cet après-midi. Je suis ici à titre personnel, comme professeur de droit s'intéressant au droit constitutionnel et notamment au droit relatif à l'article 7 de la Charte.

Mes observations aujourd'hui portent surtout sur la question de savoir si le projet de loi C-14, à supposer qu'il soit adopté dans sa forme actuelle, serait susceptible de survivre à une contestation constitutionnelle. Autrement dit, est-il une réponse constitutionnellement suffisante à l'arrêt *Carter*? Je pense qu'il représente une réponse constitutionnellement suffisante à l'arrêt *Carter*, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'autres réponses susceptibles d'être tout aussi constitutionnellement suffisantes.

Comme vous le savez, l'arrêt *Carter* nous dit que l'alinéa 241(b) du code a une portée excessive injustifiable compte tenu de son propre objet. Lequel objet était, a expliqué la cour, d'empêcher que des personnes vulnérables soient incitées à se donner la mort dans un moment de faiblesse, mais, puisque cette disposition interdisait l'euthanasie volontaire, l'aide médicale à mourir, dans tous les cas, sans égard à la situation de la personne, la disposition a été jugée excessive du point de vue de la Constitution.

Le projet de loi C-14 tient compte de cette conclusion. Comme vous le savez, il prévoit quatre critères d'accès à l'aide médicale à mourir, ainsi que huit mesures de sauvegarde pour garantir que les quatre critères sont remplis dans certains cas.

Il est tout à fait juste de dire, comme on l'a déjà dit, que le vocabulaire employé dans le projet de loi C-14 n'est pas le même que celui de l'arrêt *Carter*, mais la question d'ordre constitutionnel est de savoir si ses dispositions sont excessives du point de vue de l'article 7. Autrement dit, est-ce que le projet de loi C-14 empêcherait quelqu'un qui remplit les critères énoncés dans *Carter* d'avoir accès à l'aide médicale à mourir? Je pense qu'il n'aurait probablement pas cet effet.

Quant aux critères proposés aux alinéas 241.2(1)(b) et 241.2(1)(d), il est vrai que ces critères ne reproduisent pas précisément le vocabulaire employé dans l'arrêt *Carter*, mais, d'après moi, ce

constitutionally permissible safeguards to ensure that people who are, as the court said, tempted to commit suicide at a moment of weakness are not tempted to do so.

Another point to emphasize — and Professor Newman has already made this point — is that it may well be, notwithstanding my view on this, that Bill C-14 is over-broad because the Supreme Court has laid down, in its recent case law, a very individual-focused test for deciding whether a law is over-broad. So if a constitutional applicant is capable of identifying even one person who satisfies the criteria set out in *Carter* and who is unable to access the medically assisted death regime under Bill C-14, then it would be unconstitutionally over-broad.

But, as Professor Newman has said, the law on the relationship between section 1 and section 7 of the Charter has shifted in the past few years, particularly in relation to laws that are unconstitutionally over-broad. The court has indicated in *Carter* and in *Bedford*, and the Ontario Court of Appeal in *Michaud*, as was said, that it may be possible to justify an over-broad law under section 1 by invoking evidentiary considerations and policy considerations that are not to be considered under section 7 of the Charter.

So, as I have said, the government's argument in *Carter* that a blanket ban was required because it was too difficult to sort out the vulnerable from the non-vulnerable was rejected in the context of section 1 in *Carter* itself, but the court said, "Maybe Parliament can design a scheme that would enable the sorting of the vulnerable from the non-vulnerable." If that scheme is somewhat over-broad, it may nonetheless survive a constitutional challenge as a justified limit on section 7 rights if the government can satisfy the court that it's the best that can be done to separate the vulnerable from the non-vulnerable who want to access the assisted suicide regime.

So, in my view, the proposed regime under Bill C-14 would survive the constitutional challenge.

Thank you for your attention.

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

Professor Graham.

**Randal Graham, Professor, Faculty of Law, University of Western Ontario, as an individual:** Thank you for inviting me to appear today. It's always an honour to be of service during the legislative process.

I've been asked to provide testimony today concerning Bill C-14 from a statutory interpretation perspective. Rather than commenting on the policies of the bill, I am present to comment on technical issues concerning the way in which Bill C-14, if enacted, would be interpreted by the courts. In

sont des mesures de sauvegarde constitutionnellement valables pour garantir que les gens qui, comme l'a dit la cour, seraient tentés de se donner la mort dans un moment de faiblesse en seront dissuadés.

Je voudrais souligner un autre point, que le professeur Newman a signalé également : il est très possible, malgré mon avis personnel sur la question, que le projet de loi C-14 soit excessif parce que la Cour suprême a énoncé, dans une affaire récente, un critère à caractère individuel pour décider si une loi est excessive. Donc, si un demandeur est capable d'identifier ne serait-ce qu'une personne remplissant les critères énoncés dans *Carter* et incapable d'avoir accès au système d'aide médicale à mourir en vertu du projet de loi C-14, celui-ci serait considéré comme excessif du point de vue constitutionnel.

Mais, comme l'a dit le professeur Newman, le droit relatif au rapport entre l'article premier et l'article 7 de la Charte a évolué dans les dernières années, notamment à l'égard des lois considérées comme excessives du point de vue constitutionnel. Dans *Carter* et *Bedford* et dans *Michaud*, la Cour suprême du Canada et la Cour d'appel de l'Ontario ont déclaré qu'il est possible de justifier une loi excessive en vertu de l'article premier en invoquant des considérations fondées sur des preuves et des considérations de politique générale qui ne doivent pas être analysées du point de vue de l'article 7 de la Charte.

Donc, comme je l'ai dit, l'argument du gouvernement dans *Carter*, à savoir qu'une interdiction générale était nécessaire parce qu'il était trop difficile de faire la part des choses entre les personnes vulnérables et les personnes non vulnérables, a été rejeté dans ce même arrêt en vertu de l'article premier, mais la cour a déclaré ceci : « Peut-être que le Parlement pourrait concevoir un système permettant de faire la part des choses entre les personnes vulnérables et les personnes non vulnérables. » Si ce système est un peu excessif, du moins peut-il survivre à une contestation constitutionnelle en tant que limitation justifiée des droits garantis par l'article 7 si le gouvernement peut convaincre le tribunal que c'est le mieux qu'on puisse faire pour distinguer entre les personnes vulnérables et les personnes non vulnérables qui veulent obtenir une aide médicale à mourir.

Donc, d'après moi, le système proposé dans le cadre du projet de loi C-14 survivrait à une contestation constitutionnelle.

Merci de votre attention.

**Le président :** Merci beaucoup.

Professeur Graham.

**Randal Graham, professeur, Faculté de droit, Université Western Ontario, à titre personnel :** Merci de m'avoir invité à témoigner aujourd'hui. C'est toujours un honneur d'être au service du processus législatif.

On m'a demandé de parler du projet de loi C-14 du point de vue de l'interprétation des lois. Plutôt que de commenter les politiques prévues dans le projet de loi, je commenterai les problèmes techniques que soulève la façon dont le projet de loi C-14, s'il était adopté, serait interprété par les tribunaux. On

particular, I've been asked to focus on the preamble to Bill C-14 and the role that it might play in the interpretation of the operative provisions of the proposed legislation.

I'd begin by saying that preambles are important. According to section 13 of Canada's Interpretation Act:

The preamble of an enactment shall be read as a part of the enactment intended to assist in explaining its purport and object.

A preamble enjoys the same status as the statute's operative provisions. It's part of the act. It's considered and voted on by Parliament, and it's primarily used as a means of discerning the statute's purpose.

This plays a key role in the process of statutory interpretation as courts are directed by section 12 of the Interpretation Act to use the purpose of legislation as a guide when interpreting legislative text.

A statutory preamble together with the purpose that it might reveal should not be taken lightly. The Supreme Court of Canada has made it clear that in some instances, at least, where we find a conflict between the statute's purpose and that statute's operative language, the purpose may actually trump the literal language of the act, such that the court will either strain or even override the literal language of the act to make it conform to the act's purpose. As a result, in certain instances the purpose revealed by a statute's preamble might be regarded as even more important than the text of the statute's other provisions.

Of course, not all preambles are created equal, and some are more useful and effective than others. The preamble to Bill C-14, as currently drafted, is one that I would consider both important and potentially useful to the courts. First, the preamble recites a number of the social policies that have motivated Parliament to act. Moreover, several of those policies and some of the turns of phrase in which they're expressed are drawn directly from the text of the Supreme Court's decision in *Carter v. Canada*, suggesting that part of the bill's purpose is to adopt or mirror the views expressed by the court in that case. This increases the chance that Bill C-14 will be interpreted in a way that conforms to the views expressed by the court in *Carter*.

If you'd like to explore this in your questions, I could point out a few instances in which the preamble of Bill C-14 might in fact be used to colour the meaning of operative provisions of the bill.

One wrinkle in this analysis relates to the fact that Bill C-14 is an amending act rather than stand-alone legislation. If Bill C-14 is passed, it will not operate as a stand-alone piece of law but will instead change the content of other laws, including the Criminal Code. Once the amendments created by an amending act are implemented, the amending act is considered spent, meaning that for practical purposes, the amending act has no further legal operation. At that moment, much of the substantive text currently

m'a plus particulièrement demandé de m'intéresser au préambule du projet de loi et au rôle qu'il pourrait jouer dans l'interprétation des dispositions opérationnelles du texte législatif.

Je commencerai par dire que les préambules sont importants. L'article 13 de la Loi d'interprétation se lit comme suit :

Le préambule fait partie du texte et en constitue l'exposé des motifs.

Un préambule a le même statut que les dispositions opérationnelles d'une loi. Il fait partie intégrante de la loi. Il est examiné et approuvé par vote par le Parlement et il sert principalement à discerner l'objet de la loi.

Cela joue un rôle central dans le processus d'interprétation d'une loi, car les tribunaux sont invités par l'article 12 de la Loi d'interprétation à utiliser l'objet de la loi comme guide pour interpréter le texte législatif.

Le préambule d'une loi et l'objet qu'il révèle ne doivent pas être considérés à la légère. La Cour suprême du Canada a fait clairement comprendre que, dans certains cas du moins, quand il y a conflit entre l'objet d'une loi et son vocabulaire opérationnel, c'est son objet qui l'emporte sur le vocabulaire littéral de la loi, de telle sorte que le tribunal, selon le cas, forcera le sens du vocabulaire de la loi ou même y dérogera pour le rendre conforme à l'objet de la loi. Par conséquent, dans certains cas, l'objet révélé par le préambule de la loi pourrait être considéré comme plus important que le contenu des autres dispositions.

Bien entendu, les préambules ne sont pas tous égaux, et certains sont plus utiles et efficaces que d'autres. Le préambule du projet de loi C-14, dans sa version actuelle, est d'une nature que j'estime à la fois importante et potentiellement utile pour les tribunaux. Premièrement, il énumère un certain nombre des politiques sociales ayant incité le Parlement à agir. Par ailleurs, plusieurs de ces politiques et certains tours de phrase retenus pour les traduire sont tirés directement du texte de la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Carter c. Canada*, ce qui donne à penser qu'une partie de l'objet du projet de loi est d'adopter ou de refléter les points de vue exprimés par la cour dans cette instance. Cela multiplie les chances que le projet de loi C-14 soit interprété conformément aux points de vue exprimés par la cour dans *Carter*.

Si vous souhaitez examiner cet aspect dans vos questions, je pourrais vous donner quelques exemples d'éléments du préambule du projet de loi C-14 qui pourraient en fait servir à colorer le sens des dispositions opérationnelles du projet de loi.

Cette analyse comporte une difficulté, et c'est que le projet de loi C-14 est une loi portant modification et non pas une loi autonome. S'il est adopté, il ne fonctionnera pas comme loi autonome, mais comme loi portant modification du contenu d'autres lois, dont le Code criminel. Une fois que les modifications créées par la loi portant modification sont mises en œuvre, la loi portant modification est considérée comme périmée, ce qui veut dire que, à toutes fins pratiques, elle n'a plus

found in Bill C-14 will become part of other laws — laws that will not feature the preamble currently found in Bill C-14. The preamble itself will not be incorporated into any continuing legislation and will exist only in the spent amending act.

How does that affect matters? Consider the components the Bill C-14 that are to form part of the Criminal Code. The Criminal Code does not have any preamble at all, let alone one that corresponds to the text of Bill C-14's preamble. This might raise the question of whether the preamble to former Bill C-14 could then be used to interpret those amended sections of the Criminal Code.

The answer to that question is a definitive yes. Although those sections, in a sense, will be divorced from the preamble currently found in Bill C-14, that preamble would remain a resource available to the courts in their interpretation of the relevant Criminal Code provisions. In a sense, courts would make the same use of the preamble of a spent Bill C-14 that they would of the preamble of current operative legislation. This use of spent preambles has already occurred in a number of cases.

As a result, it's clear that the text of the preamble is important. It's likely to assist courts in establishing the purpose of the bill's operative language, even after the operative language is incorporated into other enactments. This can have a profound effect on the meaning of words or phrases found in the operative provisions of Bill C-14.

That concludes my opening remarks. Thank you.

**Senator White:** Thanks to each of you for being here. My question would be to Mr. Newman.

We had some discussions previously around the nurse practitioner/medical practitioner piece. It has to be one of each or two of one of those groups that would approve it. The nurse practitioner program is responsible to the provinces, but not every province is the same. In some provinces they have certain authorities that they would not have in others. Would you put your mind to whether it would be helpful if legislatively it required that one of the two be a medical practitioner?

**Mr. Newman:** I think that could be helpful. There's obviously a reason why nurse practitioners have been included in the bill. That's been cited in terms of the limited availability of physicians in some remote communities. An amendment requiring one individual to be a physician would be more in keeping with what the court spoke to in *Carter* in terms of the level of qualification of the individuals involved and the level of trust that there is with physicians.

In saying that, I say nothing against nurse practitioners, but I simply say that their presence in the bill would have surprised the Supreme Court of Canada.

d'autre utilité juridique. À ce stade, une grande partie du texte de fond du projet de loi C-14 fera partie d'autres lois, dont le préambule actuel du projet de loi sera absent. Le préambule proprement dit ne sera pas incorporé dans d'autres lois courantes et n'existera que dans la loi portant modification, elle-même périmée.

Quelles sont les conséquences de cet état de fait? Considérez les éléments du projet de loi qui sont censés être incorporés au Code criminel. Il n'y a aucun préambule dans le code, sans parler de quoi que ce soit qui correspondrait au texte du préambule du projet de loi C-14. On pourrait alors se demander si le préambule de l'ex-projet de loi C-14 peut servir à utiliser les dispositions modifiées du Code criminel.

La réponse à cette question est : oui, absolument. Ces dispositions, en un sens, seront séparées du préambule actuel du projet de loi, mais ce préambule restera pour les tribunaux une source utile pour interpréter les dispositions utiles du Code criminel. En un sens, les tribunaux feront du préambule du projet de loi périmé le même usage que du préambule des lois en vigueur. Ce recours à des préambules périmés s'est déjà produit dans un certain nombre de cas.

Il est donc évident que le texte du préambule est important. Il aidera probablement les tribunaux à déterminer l'objet des dispositions opérationnelles du projet de loi, même après que ces dispositions auront été incorporées dans d'autres lois. Cela peut avoir un effet considérable sur le sens des mots ou des membres de phrase constituant les dispositions opérationnelles du projet de loi C-14.

J'ai terminé mes remarques préliminaires. Merci.

**Le sénateur White :** Merci à chacun de vous d'être parmi nous. Ma question s'adresse à M. Newman.

Nous avons déjà discuté de la question des médecins et des infirmières. Il faut qu'il y en ait un de chaque profession ou deux de la même pour approuver la procédure. Le programme des infirmières relève des provinces, mais les provinces ne fonctionnent pas toutes de la même façon. Dans certaines provinces, elles ont certains pouvoirs qu'elles n'ont pas dans d'autres. D'après vous, est-ce qu'il serait utile que la loi exige que l'une des deux personnes chargées d'approuver la procédure soit un médecin?

**M. Newman :** Je pense que ce serait utile, en effet. Les infirmières ne sont pas incluses dans le projet de loi pour rien, évidemment. On a parlé, entre autres, du manque de médecins dans certaines collectivités éloignées. Une modification exigeant que l'une des deux personnes soit un médecin serait plus conforme aux réflexions de la cour dans *Carter* concernant le degré de qualification des personnes en question et la relation de confiance avec le médecin.

Cela dit, je n'ai rien contre les infirmières, mais je crois simplement que leur inclusion dans le projet de loi aurait surpris la Cour suprême du Canada.

**Senator White:** Mr. Stewart, do you have a thought on that question?

**Mr. Stewart:** I do not have any particular thoughts about the merits of that question. However, I would point out that it is another example of the interaction between federal criminal law and provincial jurisdiction over health, which Ms. Jakeman mentioned. Without expressing an opinion about her reservation on that specific point, it's inevitable in legislation of this kind that there would be some delegation to the provincial scheme because the provinces license doctors and nurse practitioners and set standards for their behaviour.

**Senator Baker:** Thank you to the witnesses for their very excellent presentations. In the time available to me, I have one question, Mr. Chair, which I'll put to the Canadian Bar Association.

You presented the picture that the decision of the Supreme Court of Canada dealt with more than the condition of Gloria Taylor. As I read the trial judge's decision, it dealt solely with the medical condition of Gloria Taylor, as did the decision of the Supreme Court of Canada, as I read it.

She was terminally ill, yet you say in your presentation that this bill goes beyond the Supreme Court of Canada decision. How do you square that with paragraph 66? You mention in your argument "grievous and irremediable condition." Paragraph 66 of the Supreme Court of Canada decision said that somebody in a grievous and irremediable condition would qualify for palliative sedation. That's end of life. That's two or three days; being put unconscious would qualify. Then at paragraph 127 of the Supreme Court of Canada decision, the two last sentences state that they're dealing only with the facts of this particular case. In other words, it's the facts of Gloria Taylor, somebody who was facing death; and you agree. How, then, do you justify an argument that says, "Oh, no, this bill really goes beyond the Supreme Court of Canada decision and is more restrictive in nature"?

**Ms. Jakeman:** First, the facts of *Carter* did not relate solely to Gloria Taylor. They related to Kay Carter, who, I don't think, would fit within Bill C-14.

Also, at paragraph 1159 of the trial judgment, Judge Smith actually refers to the group of people that were considered in her Reasons for Judgment. It was far beyond simply the facts of Gloria Taylor.

There are many affidavits, deponents before the court. Mr. Arvay has already been here and spoken about this issue. It wasn't only about Gloria Taylor's condition. A much broader group of people was addressed by the court.

**Senator Batters:** Thanks to all of you for being here, and a particular welcome to my fellow Saskatchewanian, Professor Newman.

**Le sénateur White :** Monsieur Stewart, qu'en pensez-vous?

**M. Stewart :** Je n'ai pas d'opinion particulière sur le fond de cette question. Mais je ferais remarquer qu'il y a un autre exemple d'interaction entre le droit pénal fédéral et la compétence provinciale en matière de santé, dont Mme Jakeman a parlé. Sans exprimer d'avis sur ses réserves à cet égard, il est inévitable, dans une loi comme celle-là, qu'on s'en remette en partie au système provincial, puisque ce sont les provinces qui délivrent leurs permis aux médecins et aux infirmières et qui fixent leurs normes de comportement.

**Le sénateur Baker :** Merci aux témoins de leurs excellents exposés. Dans le temps qui m'est accordé, monsieur le président, j'ai une question à l'intention de l'Association du Barreau canadien.

Vous avez dit que, d'après vous, l'arrêt de la Cour suprême du Canada renvoie plutôt à la situation de Gloria Taylor. J'ai lu la décision du juge de première instance, et elle portait exclusivement sur la situation médicale de Gloria Taylor, tout comme celle de la Cour suprême du Canada telle que je la comprends.

Elle était en phase terminale, mais vous dites dans votre exposé que le projet de loi va au-delà de la décision de la Cour suprême. Comment conciliez-vous cela avec le paragraphe 66? Vous parlez dans votre argumentation de « problèmes de santé graves et irrémédiables ». Au paragraphe 66, la cour déclare qu'une personne ayant des problèmes de santé graves et irrémédiables aurait droit à une sédation palliative. C'est la fin de la vie. Cela représente deux ou trois jours. La mise en état d'inconscience serait admissible. Puis, dans les deux dernières phrases du paragraphe 127, la cour déclare qu'elle ne s'intéresse qu'aux faits de l'espèce. Autrement dit, ce sont les faits relatifs au cas de Gloria Taylor, c'est-à-dire une personne près de mourir. Et vous êtes d'accord. Dans ce cas, comment justifiez-vous l'argument selon lequel « oh non, ce projet de loi va au-delà de la décision de la Cour suprême du Canada et il est plus restrictif »?

**Mme Jakeman :** Premièrement, les faits dont il est question dans *Carter* ne renvoient pas seulement à Gloria Taylor. Ils concernent Kay Carter, qui, à mon avis, ne serait pas admissible en vertu du projet de loi C-14.

De plus, au paragraphe 1159 du jugement de première instance, la juge Smith renvoie en fait au groupe de gens dont il est question dans ses motifs de jugement. Cela va bien plus loin que le seul cas de Gloria Taylor.

Beaucoup d'affidavits ont été déposés auprès de la cour. M. Arvay vous en a déjà parlé ici. Il ne s'agissait pas seulement du cas de Gloria Taylor. La cour s'est intéressée à un groupe de gens beaucoup plus nombreux.

**La sénatrice Batters :** Merci à vous tous d'être parmi nous, et je souhaite particulièrement la bienvenue à mon concitoyen de la Saskatchewan, le professeur Newman.

I read this in your submission and you mentioned it briefly in your opening remarks: I would like to you to speak a little more about an elderly individual who has mental illness as the sole basis for seeking assisted suicide and could be eligible for assisted suicide in your opinion because their death, as they're elderly, could be reasonably foreseeable. Your written submission indicates that disallowing mental illness as a sole basis should be in the operative text of the bill, not just in the preamble. I've mentioned that before, as well, because it's my view that putting such crucial elements in a preamble is not a good way to draft legislation. Could you expand on those points, please?

**Mr. Newman:** We've heard very important evidence from Professor Graham this afternoon in terms of the preamble becoming spent and not becoming part of any of the pieces of legislation that the bill is amending.

In light of that, I don't think that particular phrase in the preamble is much of a reassurance versus the actual text of the legislation. The text doesn't say that death needs to be reasonably foreseeable as a result of the illness in question; it just says that death needs to be reasonably foreseeable. That's obviously open to interpretation, and the courts might find some way that that doesn't refer just to elderly people, but there will be some people whose death is reasonably foreseeable and whose only medical condition is a mental illness. It's not at all clear that that's a direction in which we should be going in light of the wish in the preamble. A conflict arises there.

Drawing upon Senator Baker's point, I'd highlight paragraph 126 in the *Carter* judgment, which says that:

To the extent that the impugned laws deny the s. 7 rights of people like Ms. Taylor they are void by operation of s. 52 of the *Constitution Act, 1982*.

The *Carter* judgment seems to have been fairly restricted to those like Ms. Taylor, and I don't see any evidence that the court was contemplating the extension of assisted suicide to those whose only medical condition was a mental illness. Obviously that raises very complex issues.

**Senator Batters:** You had a brief opportunity to tell us in your opening statement about *R v. Michaud*, but I think you brought up an important point. Could you expand upon the idea that section 7 infringement can be justified under the section 1 *Oakes* test? Just a few days ago — and thanks for the very timely information about this — the Supreme Court of Canada refused leave on that, so that judgment stands. Could you tell us more about that and how it impacts this particular issue?

Je lis ceci dans votre mémoire, et vous l'avez brièvement rappelé dans vos remarques préliminaires : j'aimerais que vous nous parliez un peu plus du cas d'une personne âgée qui invoquerait seulement la maladie mentale pour demander l'aide médicale à mourir et qui, selon vous, y aurait droit parce que, comme elle est âgée, sa mort peut être raisonnablement prévisible. Dans votre mémoire, vous dites que la non-admissibilité de la maladie mentale comme seul motif devrait être indiquée dans les dispositions opérationnelles du projet de loi et non pas seulement dans le préambule. J'en ai parlé moi aussi auparavant, parce que, d'après moi, le fait de placer des éléments d'une telle importance dans le préambule n'est pas une bonne façon de rédiger une loi. Pourriez-vous nous en dire plus, s'il vous plaît?

**M. Newman :** Nous avons entendu le point de vue très important du professeur Graham cet après-midi au sujet du caractère périmé du préambule et du fait qu'il ne sera pas incorporé aux lois que le projet de loi modifie.

Par conséquent, je ne pense pas que le contenu du préambule représente une réelle garantie par rapport au texte législatif proprement dit. Il n'est pas dit dans ce texte que la mort doit être raisonnablement prévisible en raison de la maladie en question. Il dit seulement que la mort doit être raisonnablement prévisible. C'est évidemment ouvert à interprétation, et les tribunaux pourraient bien trouver le moyen que cela ne s'applique pas seulement aux personnes âgées, mais à des personnes dont la mort est raisonnablement prévisible et dont le seul problème de santé est une maladie mentale. Rien ne permet de dire que nous puissions aller dans cette direction compte tenu du préambule. Il y a une contradiction ici.

Pour faire suite à l'argument du sénateur Baker, je tiens à souligner le contenu du paragraphe 126 de l'arrêt *Carter*, qui se lit comme suit :

Dans la mesure où les dispositions législatives contestées nient les droits que l'art. 7 reconnaît aux personnes comme Mme Taylor, elles sont nulles par application de l'art. 52 de la *Loi constitutionnelle de 1982*.

L'arrêt *Carter* semble plutôt se limiter aux cas semblables à celui de Mme Taylor, et je ne vois aucune preuve que la cour ait envisagé d'étendre le droit à l'euthanasie volontaire à ceux et celles dont le seul problème de santé serait une maladie mentale. Cela soulève évidemment des questions très complexes.

**La sénatrice Batters :** Vous avez eu un peu de temps pour nous parler de l'affaire *R. c. Michaud*, dans vos remarques préliminaires, mais je pense que vous avez soulevé une question importante. Pourriez-vous nous parler un peu plus de l'idée que la violation de l'article 7 peut se justifier en vertu de l'article premier selon le critère énoncé dans *Oakes*? Il y a quelques jours à peine — merci au passage de cette information arrivée à point nommé —, la Cour suprême du Canada a refusé d'accueillir une demande d'appel à ce sujet, de sorte que le jugement est maintenu. Pourriez-vous nous en parler et nous dire en quoi cela se répercute sur la question qui nous occupe?

**Mr. Newman:** To be clear, *Michaud* is a case in a regulatory context, but it is a case where a court has found a section 7 infringement justified under section 1 of the Charter.

Lawyers on the committee will be very familiar with the fact that the Supreme Court not granting leave doesn't definitively mean that they agree, but it also means that they are leaving the decision to stand. If they thought that this was an objectionable principle on something so fundamental, one might have thought that they would grant leave and hear the case.

These are challenging to interpret, but I think we're starting to see a position emerge in Canadian law now where section 7 infringements are being recognized as potentially justifiable under section 1. This was a highly contested point before, and it's something that is emerging as a position now.

There was some argument along these lines in the *Carter* decision. I'm not sure that counsel might not have said more on it, even to justify the prior regime at that time, had they known how fully section 1 would be developing. Certainly, any legislation that Parliament passes now will have the opportunity to have a section 1 justification put before the courts as to whether there are policy reasons broader than those that would fall just under section 7 that would justify some of the limits that may exist within the law.

In terms of caution on things like mature minors, I think there are many ways to justify that under section 1.

Regarding caution on situations of various sorts that the bill doesn't go into, I think this fits with Professor Stewart's comments that the bill would be constitutionally sustainable, and I raise the question as to whether even more limits could be put.

**Senator Joyal:** I'd like to address my question to Ms. Jakeman and maybe also ask for comments from the other witnesses.

The court has struck down section 14 and 241 of the Criminal Code on the basis that it was a too-broad prohibition under section 7 of the Charter. Now we have a bill that reintroduces a criterion that is "reasonably foreseeable" to exclude all those who are not dying. It is essentially the same argument that the government has pleaded in court. If it is impossible to make the distinction between those whose death is not foreseeable, even though they suffer from a grievous, irremediable and intolerable personal condition, then we will exclude all of them.

I have the impression that, in fact, we are making the same parallel judgment in relation to foreseeable death than the government has been making in the court and that the court refused. How do you fare with that?

**M. Newman :** Je précise que *Michaud* est une affaire relevant de la réglementation, mais c'est une affaire où la cour a estimé que la violation de l'article 7 se justifiait en vertu de l'article premier de la Charte.

Les avocats du comité savent bien que, quand la Cour suprême n'accueille pas une demande d'appel, cela ne signifie pas nécessairement que les juges sont d'accord, mais cela signifie aussi qu'ils maintiennent la décision. S'il s'agissait selon eux d'un principe contestable à l'égard de quelque chose d'aussi fondamental, on peut penser qu'ils auraient accueilli la demande d'appel et qu'ils auraient entendu la cause.

Ces éléments sont difficiles à interpréter, mais je pense que nous commençons à voir émerger dans le droit canadien un point de vue selon lequel certaines violations de l'article 7 peuvent se justifier en vertu de l'article premier. C'était une position très contestée auparavant, et c'est quelque chose qui commence à émerger actuellement.

On trouve certains arguments de cette sorte dans l'arrêt *Carter*. Je suis convaincu que les avocats n'auraient rien dit de plus, même pour justifier l'ancien système à ce moment-là, s'ils avaient su à quel point l'article premier évoluerait. Il est clair que les lois désormais adoptées par le Parlement pourront être soumises aux tribunaux, qui auront à déterminer si des raisons de principe plus vastes que celles qui relèvent de l'article 7 justifient certaines des limites imposées par la loi.

Du point de vue de la prudence à l'égard de questions comme celle des mineurs matures, je pense qu'il y a bien des façons de faire valoir l'article premier.

Du point de vue de la prudence à l'égard de diverses situations qui ne sont pas abordées dans le projet de loi, je pense que cela rejoint les remarques du professeur Stewart, qui disait que le projet de loi est valable sur le plan constitutionnel, et je me demande si on pourrait même imposer des limites plus strictes.

**Le sénateur Joyal :** J'aimerais poser une question à Mme Jakeman et peut-être inviter les autres témoins à donner leur avis.

La Cour a annulé les articles 14 et 241 du Code criminel au motif qu'il s'agissait d'une interdiction trop vaste compte tenu de l'article 7 de la Charte. Nous avons maintenant un projet de loi qui réintroduit le critère de la mort « raisonnablement prévisible » pour exclure tous ceux qui ne sont pas en train de mourir. C'est essentiellement le même argument que le gouvernement a fait valoir devant la Cour. S'il est impossible de faire la distinction entre ceux dont le décès n'est pas prévisible, même s'ils souffrent d'une situation grave, irrémédiable et intolérable, alors ils sont tous exclus.

J'ai l'impression que, en fait, concernant la prévisibilité du décès, nous faisons le même jugement parallèle que le gouvernement a fait valoir devant la Cour et que la Cour a rejeté. Qu'en pensez-vous?

**Ms. Jakeman:** I think the CBA would take the position that that's correct. Terminal illness was front and centre in the government's argument in *Carter*, and it could have been part of the definition that the Supreme Court of Canada used and chose not to.

Now we see legislation that goes back to the government's argument in *Carter*, and I think that certainly is a problem.

I think paragraph (2)(d) — reasonably foreseeable death — is a really difficult provision for the legal community, as much as it's a legal term. That part of the definition is very ambiguous and unclear and is really concerning to the CBA.

**Mr. Graham:** Looking at paragraph (2)(d) — “death has become reasonably foreseeable” — not to trivialize matters, but all of our deaths are reasonably foreseeable by dint of the fact that we are mortal. It can't mean that, so the question then becomes how, and by reference to what other materials, do we narrow it?

One could track some of the language of the preamble — the point of me being here in the first place — that follows very closely the language used by the court in *Carter* and try to minimize the impact of the language “reasonable foreseeability of death” in order to minimize the rights articulated by the court in *Carter*. That would be one approach.

Another approach would be a maxim of interpretation called *noscitur a sociis*, or to know a thing by its associates, which says that where you have general language it should be narrowed so as to have a cognate meaning with those other words with which it is associated in the same provision.

In this particular instance, “death has become reasonably foreseeable” is within a definition of a person having a “grievous and irremediable” medical condition, suggesting that it's possible that the foreshortening of one's life must come from that particular medical condition.

If one wanted to interpret this narrowly so as to intrude as little as possible into the rights articulated in *Carter*, one might say that your particular medical condition has had some impact on your lifespan; a physician might say that your lifespan is going to be shortened as a result of this. We don't know how much it's going to be shortened and we don't know particularly when your date of death might arise, but it's been shortened in some non-trivial way by having this condition.

So we don't know how that will be interpreted. Generally speaking, a vague legislative phrase like that is left to be determined by the official processors of that: the courts or administrative bodies charged with enforcing a particular provision. But there are a number of ways, as I've said, that one might choose to narrow that.

**Mme Jakeman :** Je pense que l'ABC estimerait que c'est exact. La maladie en phase terminale était au centre de l'argumentation du gouvernement dans *Carter*, et cela a pu faire partie de la définition que la Cour suprême du Canada a décidé de ne pas retenir.

On voit maintenant une loi qui revient sur l'argumentation du gouvernement dans *Carter*, et je pense que c'est effectivement un problème.

Je pense que l'alinéa (2)d) — qui a trait à la mort raisonnablement prévisible — est une disposition vraiment difficile pour les juristes, pour autant qu'il s'agisse de terminologie juridique. Cette partie de la définition est très ambiguë et obscure, et c'est vraiment un souci pour l'ABC.

**M. Graham :** Concernant l'alinéa (2)d) — qui prévoit que « [la] mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible » —, je ne tiens pas à banaliser la question, mais notre mort à tous est raisonnablement prévisible du simple fait que nous sommes mortels. Ce n'est donc pas de cela qu'on parle, et la question se pose alors de savoir comment, et en référence à quels autres textes, on peut en resserrer le sens.

On pourrait s'appuyer sur une partie du préambule — et c'est pour cela que je suis ici en ce moment — qui suit de très près le vocabulaire employé par la Cour dans *Carter* et essayer de minimiser l'impact de l'expression « mort raisonnablement prévisible » pour minimiser les droits énoncés par la Cour dans *Carter*. Ce serait une façon de faire.

On pourrait aussi recourir à la maxime d'interprétation *noscitur a sociis*, qui signifie connaître par association et selon laquelle, quand un vocabulaire général est employé, il faut le ramener à ce qui l'alignerait sur les autres termes auxquels il est associé dans la même disposition.

Dans le cas qui nous occupe, la « mort raisonnablement prévisible » s'inscrit dans la définition d'une personne ayant des problèmes de santé « graves et irrémédiables », ce qui donne à penser qu'il est possible que l'abrégement de la vie doive découler de cet état de santé.

Si on voulait interpréter cela assez étroitement pour empiéter le moins possible sur les droits énoncés dans *Carter*, on pourrait dire que votre état de santé a eu un impact sur votre espérance de vie, et un médecin pourrait dire que votre espérance de vie a été réduite de ce fait. On ne sait pas de combien elle sera réduite et on ne sait pas non plus la date de votre mort, mais votre vie est écourtée de façon non négligeable par cet état de santé.

Donc, on ne sait pas comment ce sera interprété. Généralement parlant, un énoncé législatif vague comme celui-là est laissé à l'interprétation des autorités officielles, à savoir les tribunaux judiciaires ou administratifs chargés d'appliquer une certaine disposition. Mais, comme je l'ai dit, il y a un certain nombre de façons de resserrer cette interprétation.

**Senator Joyal:** Then it could not be interpreted under proposed subsection 241.2(7) of the bill — “reasonable knowledge, care and skill” — and left to provincial legislation or regulations. So we’re going to have a checkerboard across Canada with one province interpreting foreseeable death in one way, another one interpreting it differently and another not interpreting it at all. We won’t have the kind of national approach that legislation under the Criminal Code should have to make sure that everyone has the same measure of rights.

**Mr. Graham:** That is arguable. I would not be surprised to see a court hold this is a national standard, particularly given the language in the preamble about this being an important issue across Canada, and that it might have to be interpreted uniformly across the country. Again, in statutory interpretation there are no guarantees.

**Senator McIntyre:** Thank you all for your presentations.

Professor Stewart, in your brief, you write that the centrepiece of Bill C-14 is proposed section 241.2 of the code. As we know, that section falls into two categories: the safeguards and the criteria for medically assisted dying.

As I understand, your viewpoint is such that it is likely that if we’re going to have a constitutional challenge, that challenge to the new regime would focus not on the criteria but on the safeguards. Could you elaborate on that, please?

**Mr. Stewart:** Yes. I should say first that my track record of predicting when the Supreme Court will and will not uphold legislation is very poor. People often ask me, when big decisions are coming, what I think, and I say that it’s going to be this for sure, and I’m wrong. As a prediction exercise, it’s not very good.

Although they don’t perfectly track the language in *Carter*, my sense is that the criteria basically comply with it. That’s my view. I know others have a different view. But *Carter* doesn’t tell us anything about what safeguards should be in place because there weren’t any under the former regime. They were not subject to constitutional challenge. The decision is not about which safeguards would be appropriate for determining whether particular individuals do or do not meet the safeguards.

I anticipate that the challenge may be to say, okay, even if the criteria are acceptable, these safeguards are so stringent that some people who are constitutionally entitled to access medically assisted dying will not be able to because the safeguards are too stringent. That’s the kind of attack that I would anticipate on this legislation.

The question is going to be: Can the government satisfy the court that this is the best it can do in terms of, on the one hand, protecting people who might be tempted, in a moment of weakness, to access this regime, which is a legitimate policy objective — and there’s nothing in *Carter* that casts any doubt on

**Le sénateur Joyal :** Donc, on ne pourrait pas l’interpréter en fonction du paragraphe 241.2(7) du projet de loi — « connaissance, soins et habileté raisonnables » —, on devrait laisser cela aux lois et règlements provinciaux. On va se retrouver avec un damier d’un bout à l’autre du Canada, une province interprétant la notion de mort prévisible d’une façon et une autre l’interprétant différemment, tandis qu’une autre encore ne l’interprétera pas du tout. Il n’y a pas de perspective nationale qui permettrait que tout le monde mesure les droits de la même façon dans le cadre des lois adoptées en vertu du Code criminel.

**M. Graham :** C’est défendable. Je ne serais pas surpris de voir un tribunal considérer cela comme une norme nationale, compte tenu surtout du contenu du préambule, qui en fait un enjeu important à l’échelle nationale, susceptible d’être interprété uniformément à travers le pays. Encore une fois, en matière d’interprétation des lois, il n’y a pas de garanties.

**Le sénateur McIntyre :** Merci pour tous vos exposés.

Monsieur Stewart, dans votre mémoire, vous écrivez que la pièce maîtresse du projet de loi C-14 est le paragraphe 241.2 qu’il propose d’ajouter au Code. Comme on le sait, cette disposition entre dans deux catégories, à savoir les mesures de sauvegarde et les critères de l’aide médicale à mourir.

Si je comprends bien, selon votre point de vue, il est probable que, en cas de contestation en vertu de la Constitution, la remise en cause du nouveau système ne porterait pas sur les critères, mais sur les mesures de sauvegarde. Pourriez-vous nous expliquer cela, s’il vous plaît?

**M. Stewart :** Certainement. Je dois d’abord préciser que mes antécédents en matière de prévision de l’inclination de la Cour suprême à confirmer ou infirmer une loi sont fort médiocres. Quand de grandes décisions s’annoncent, les gens me demandent mon avis, et je leur dis qu’il va se produire ceci ou cela, à coup sûr, et je me trompe. Je ne suis pas très habile à faire des prédictions.

Les critères énoncés dans le projet de loi ne reproduisent pas parfaitement le vocabulaire employé dans *Carter*, mais, selon moi, ils y sont fidèles pour l’essentiel. C’est mon point de vue. Je sais que d’autres pensent autrement. Mais l’arrêt *Carter* ne nous dit rien en matière de mesures de sauvegarde parce que l’ancien système n’en prévoit pas. Et ces aspects n’ont pas été contestés en vertu de la Constitution. La décision ne porte pas sur les mesures de sauvegarde qu’il conviendrait de prendre.

D’après moi, la contestation sera peut-être formulée comme suit : d’accord, même si les critères sont acceptables, ces mesures de sauvegarde sont si strictes que certaines personnes constitutionnellement habilitées à obtenir l’aide médicale à mourir n’y auront pas accès à cause de ces mesures trop strictes. C’est le genre d’attaque qui me semble prévisible.

La question sera la suivante : est-ce que le gouvernement peut convaincre le tribunal, d’une part, que c’est le mieux qu’il puisse faire pour protéger les gens susceptibles d’être tentés, dans un moment de faiblesse, de faire appel au système, ce qui est un objectif légitime — et rien dans *Carter* ne permet de douter de la

the legitimacy of that objective — and on the other hand enabling people who are constitutionally entitled to this procedure to access it. That's how I see the issue playing out.

My sense is that, yes, you could loosen the safeguards somewhat. That would compromise Parliament's objective of protecting those who are potentially vulnerable, and so it might be possible for the government to say that these safeguards are constitutionally adequate.

Both the trial judge and the Supreme Court of Canada commented a number of times that a medically assisted death regime with a stringent set of protections would be constitutionally sufficient. They didn't say what those protections would be.

I'm not sure if this is helping, but that's how I see the issue playing out.

**Senator McIntyre:** Professor Newman, you raise four interesting points. You raised the June deadline and the constitutional authority of Parliament. If you were Minister of Justice, would you invoke the notwithstanding clause?

**Mr. Newman:** That might be above my pay grade, but I think that it is something to consider.

This is literally life-and-death legislation. We've heard from many parliamentarians in media comments that they feel there's not been adequate time to discuss the issue. It would be a limited procedural use of section 33 to better protect the rights of all Canadians and to find a balance that works. Because when we talk about issues like safeguards, we need to remember it's not just those seeking assisted suicide procedures, but also the vulnerable whose equality rights and section 7 rights themselves are at stake. For Parliament to craft the ideal piece of legislation, if there's a feeling that there's not been enough time, I think section 33 ought to be a live possibility.

**Senator Jaffer:** Thank you very much for your presentations.

Professor Graham, as an expert on statutory interpretation, there are some terms in the bill that do not have definitions, but the Department of Justice has published an online glossary of terms used in Bill C-14. These include the "advanced state of irreversible decline in capability" and "reasonably foreseeable" death, two of the most contentious aspects of last week's hearing and from feedback that we have received from citizens.

Can you please tell us what force of law, if any, does an online glossary have? Would it be preferable that the content of the online glossary be included in Bill C-14?

légitimité de cet objectif — et, d'autre part, qu'il permet aux gens qui y ont droit en vertu de la Constitution d'avoir accès au système. Selon moi, c'est comme cela que les choses vont se jouer.

À mon avis, oui, on pourrait assouplir un peu les mesures de sauvegarde. Cela compromettrait l'objectif du gouvernement de protéger les personnes vulnérables, et il est donc possible que le gouvernement fasse valoir que ces mesures sont constitutionnellement valables.

Le juge de première instance comme la Cour suprême du Canada ont rappelé à un certain nombre de reprises qu'un système d'aide médicale à mourir assorti de mesures de protection strictes serait constitutionnellement suffisant. Ils n'ont pas précisé ce que devraient être ces mesures.

Je ne suis pas sûr de vous éclairer, mais c'est comme cela que je vois les choses.

**Le sénateur McIntyre :** Monsieur Newman, vous soulevez des questions intéressantes. Vous avez parlé de l'échéance de juin et du pouvoir constitutionnel du Parlement. Si vous étiez ministre de la Justice, est-ce que vous invoqueriez la clause nonobstant?

**M. Newman :** Cela risquerait de dépasser ma catégorie salariale, mais je pense que ce serait à envisager.

Cette loi est littéralement une question de vie ou de mort. Beaucoup de parlementaires se sont exprimés dans les médias pour dire qu'ils estiment ne pas avoir eu assez de temps pour en discuter. Ce serait un usage procédural limité de l'article 33 pour mieux protéger les droits de tous les Canadiens et pour trouver un équilibre valable. Parce que, quand on parle de questions comme les mesures de sauvegarde, on doit se rappeler qu'il ne s'agit pas seulement de ceux qui demandent une aide médicale à mourir, mais aussi des personnes vulnérables dont les droits à l'égalité et les droits garantis par l'article 7 sont en jeu. Pour que le Parlement puisse rédiger une loi idéale, s'il a le sentiment de ne pas avoir assez de temps, je pense que l'article 33 serait un recours possible concret.

**La sénatrice Jaffer :** Merci beaucoup de vos exposés.

Monsieur Graham, je m'adresse à l'expert en interprétation des lois. Le projet de loi contient des termes qui ne sont pas définis, mais le ministère de la Justice a publié un glossaire des termes employés dans le projet de loi. Il s'agit notamment des expressions « déclin avancé et irréversible des capacités » et « mort raisonnablement prévisible », soit deux des aspects les plus litigieux du projet de loi selon l'audience de la semaine dernière et les opinions dont les citoyens nous ont fait part.

Pourriez-vous nous dire quelle force de loi, s'il y a lieu, peut avoir un glossaire publié sur Internet? Serait-il préférable que ce glossaire soit inclus dans le projet de loi C-14?

**Mr. Graham:** The online glossary would have no force of law unless somehow it was incorporated by reference explicitly into legislation that was considered, voted on and passed by Parliament. To the extent that it would be useful, then, in the interpretation of something that has actually passed, we're getting into the realm of extrinsic aids.

Prior to 1998, the answer to that question would have been it wouldn't be considered very valuable at all. But in 1998 we had the *Rizzo & Rizzo Shoes Ltd.* decision in the Supreme Court of Canada, which really blew the doors off questions about what sort of evidence might be admissible for the purposes of determining the specific meaning of words or phrases found in legislation. That case focused on Hansard, the transcript of debates, which are actually infected by a lot of the same sort of weaknesses that one could perceive in an online glossary. Someone who has the power to make a statement in Parliament, like someone who has the power to make entries into an online glossary, might have a particular political motivation for incorporating a particular definition into that glossary.

What I've observed, having read a number of decisions in which extrinsic aids are used — they are generally considered admissible — is that the fight comes down to weight: How much weight will we attach to that particular extrinsic aid? Looking at the cases, that tends to vary directly with the amount of usefulness that aid has in generating a particular outcome.

If it's an outcome that corresponds to other matters that the court has taken into account and is about to generate a decision pointing in a particular direction, they might give considerable weight to something of that nature.

We see the same thing with international treaties that haven't been adopted, and white papers and position statements. All sorts of extrinsic aids are now routinely considered by the courts in their interpretation of law. They don't have the force of law, but they can play quite a significant role.

**Senator Jaffer:** There are three ways in which this bill is set out. First, of course, is in the bill itself, then the preamble and then the glossary. The best place would have been in the bill itself, the definitions, to give it more weight. Would you agree with that?

**Mr. Graham:** It's the clearest way, yes, even though, as I said in my opening statement, we do have lots of cases where the preamble from spent legislation continues to be used as an interpretative aid. At that point it's being used as an interpretative aid; it is no longer the text itself to be interpreted. It's something to cast light on the text rather than being part of the text itself.

That being said, we do have the 1993 decision of the Supreme Court of Canada, *R. v. Egger* where the court referred back to the amending act and actually used the language of the spent amending act to override the literal language of the extant provisions of the Criminal Code. It was also a Criminal Code case.

**M. Graham :** Le glossaire publié sur Internet n'a aucune force de loi à moins qu'il soit de quelque façon explicitement incorporé par renvoi dans la loi examinée, votée et adoptée par le Parlement. Dans la mesure où il serait utile dans l'interprétation d'une disposition effectivement adoptée, nous entrons dans le domaine des aides extrinsèques.

Avant 1998, la réponse à cette question aurait été que le glossaire n'aurait guère de valeur. Mais, en 1998, il y a eu l'arrêt *Rizzo & Rizzo Shoes Ltd.*, où la Cour suprême du Canada a carrément écarté les questions sur le genre de preuves qui pourraient être admissibles pour déterminer le sens précis des termes ou expressions employés dans une loi. Cette affaire portait sur le *hansard*, qui est la transcription des débats, lesquels sont littéralement infectés par le même genre de faiblesses que celles qu'on décèle dans un glossaire publié sur Internet. Quiconque a le pouvoir de faire une déclaration au Parlement, comme ceux qui ont le pouvoir d'ajouter des entrées dans un glossaire publié sur Internet, pourrait vouloir y incorporer une certaine définition en raison d'une motivation politique particulière.

D'après mes observations, après lecture d'un certain nombre de décisions où des aides extrinsèques ont été utilisées — elles sont généralement considérées comme admissibles —, il s'agit en fin de compte de déterminer l'importance attachée à telle ou telle aide extrinsèque. Si on examine les causes, on constate que cela dépend directement de l'utilité que cette aide peut avoir dans la production d'un certain résultat.

S'il s'agit d'un résultat correspondant à d'autres causes dont le tribunal a tenu compte et qu'il s'appête à rendre une décision dans un certain sens, il se peut qu'il accorde une très grande importance à l'aide extrinsèque en question.

On voit la même chose dans les traités internationaux qui n'ont pas été adoptés, ainsi que dans les livres blancs et les déclarations de principes. Les tribunaux ont désormais recours à toutes sortes d'aides extrinsèques dans le cadre de l'interprétation des lois. Ces aides n'ont pas force de loi, mais elles peuvent jouer un rôle assez important.

**La sénatrice Jaffer :** Il y a trois volets à ce projet de loi. Il y a, bien sûr, le projet lui-même, puis il y a le préambule, et ensuite le glossaire. Ne pensez-vous pas que la meilleure façon de faire aurait été de définir les termes dans le projet proprement dit?

**M. Graham :** C'est le moyen le plus clair, en effet, même si, comme je l'ai dit dans mes remarques préliminaires, il est fréquent que les préambules de lois périmées continuent de servir d'aide à l'interprétation. À ce stade, c'est un moyen d'interprétation, ce n'est plus le texte à interpréter. C'est un moyen d'éclairer le texte et non pas une partie intégrante du texte.

Cela dit, il y a l'arrêt *R. c. Egger*, rendu par la Cour suprême du Canada en 1993, où elle a renvoyé à la loi portant modification et employé le vocabulaire même de la loi périmée pour passer outre au vocabulaire littéral des dispositions en vigueur du Code criminel. C'était aussi une affaire renvoyant au Code criminel.

I don't want to underestimate the power of these aids to interpretation, but the clearest way to impress legislative intent upon these things is to have them be part of an operative section of the legislation.

[*Translation*]

**Senator Boisvenu:** Thank you very much for your very informative testimonies. I have the impression that the true consensus that is developing around this bill is that half the people think it is too restrictive and the other half do not think it is restrictive enough. In Quebec, when the legislation that was adopted was being drafted, we spent almost a year on public consultation to obtain a consensus. We know that with legislation like this, which appeals to moral, social and even religious values, if we do not get a consensus, we may be before the courts for years because one group or another will challenge it.

The question, which may be banal, is should we reject this bill and continue our consideration to come to a majority consensus, so that Canada can pass a bill that will also address people who are dying? Everyone agrees with legislation that deals with the dying. However, we also need legislation that takes into account people who are suffering but who are not necessarily dying, and who are leading lives that are unacceptable on a human level.

In this sense, should we not delay passing the bill, if not reject it, and continue this Canadian reflection? Rejecting the bill will have a relatively banal impact on the Quebec legislation and will give the provinces the opportunity to pass legislation that will make this medical act possible. So should we not simply reject the bill instead?

[*English*]

**Ms. Jakeman:** Through its governing council, the Canadian Bar Association made some resolutions last year. One of them was that there be in place an amendment to the Criminal Code that aligns with *Carter*. So the CBA's position is that we should reject this legislation until a time that proper reflection can be made.

There is case law in place. The Supreme Court of Canada has spoken in *Carter*, and we know across the jurisdictions that there are probably eight cases now across the country that have dealt with and interpreted *Carter*, and they've dealt with safeguards.

We know that what is in place now is working. So from the CBA's perspective, that is a very reasonable idea.

**Mr. Newman:** There are reasons to think further about the bill. If the motive in taking more time were to allow for further thought, that has good reasons behind it.

Je ne veux pas sous-estimer le pouvoir de ces aides à l'interprétation, mais le moyen le plus sûr de préciser l'intention d'une loi est de l'intégrer à une disposition opérationnelle.

[*Français*]

**Le sénateur Boisvenu :** Merci beaucoup de vos témoignages qui sont fort instructifs. J'ai l'impression que le vrai consensus qui se développe autour de ce projet de loi, c'est que 50 p. 100 des gens le perçoivent comme étant trop restrictif et 50 p. 100 ne le trouvent pas assez restrictif. Au Québec, dans le cadre de l'élaboration de la loi qui a été adoptée, nous avons consacré presque un an à la tenue de consultations publiques pour dégager un consensus. Nous savons que si aucun consensus n'est développé dans le cadre d'une loi de cette nature, qui fait appel à des valeurs morales, sociales et, à la limite, à des valeurs religieuses, nous risquons de nous retrouver devant les tribunaux pendant des années, parce qu'un groupe ou l'autre la contestera.

La question, qui est peut-être banale, est à se demander s'il n'y aurait pas lieu de rejeter ce projet de loi et de poursuivre notre réflexion pour arriver à un consensus majoritaire, de sorte que le Canada adopte une loi qui s'adressera également aux gens qui sont mourants. Tout le monde est d'accord avec une loi qui traite des mourants. Cependant, il faut aussi une loi qui tienne compte des gens qui souffrent, mais qui ne sont pas nécessairement mourants, et qui mènent une vie tout à fait inacceptable sur le plan humain.

Dans ce sens-là, est-ce qu'il n'y aurait pas lieu de retarder l'adoption du projet de loi, quitte à le rejeter et à continuer cette réflexion canadienne? Le rejet de la loi aura des effets relativement banals sur la loi du Québec et donnera aux provinces l'occasion d'adopter des lois qui permettront cet acte médical. Ainsi, est-ce qu'il ne faudrait pas plutôt rejeter le projet de loi tout simplement?

[*Traduction*]

**Mme Jakeman :** L'année dernière, l'Association du Barreau canadien a adopté certaines résolutions par le biais de son conseil de gouvernance. L'une d'elles était qu'il devrait y avoir une modification au Code criminel inspirée de l'arrêt *Carter*. La position de l'ABC est donc qu'on devrait rejeter ce projet de loi jusqu'à ce qu'il soit conforme à cette décision.

Il existe une jurisprudence. La Cour suprême du Canada s'est exprimée dans *Carter*, et on sait qu'il existe probablement huit causes dans le pays qui ont été l'occasion d'analyser et d'interpréter *Carter*. Dans tous les cas, il a été question des mesures de sauvegarde.

On sait donc ce qui existe et ce qui fonctionne. Donc, du point de vue de l'ABC, c'est une idée très raisonnable.

**M. Newman :** Il y a des raisons de réfléchir plus longuement au projet de loi. Si l'idée de prendre plus de temps est de permettre d'approfondir la réflexion, c'est qu'il y a d'excellentes raisons à cela.

The question is what happens in the interim? In the absence of Parliament choosing to extend the deadline, which I've mentioned is a legislative possibility, the *Carter* decision simply comes into effect, and the consequences of that may be all that much more unpredictable compared with passing a bill.

I'm not sure if it weighs in favour of simply rejecting the bill if the aim is to have more time to think. It may weigh in favour of using section 33 to prolong the time to think and then to develop some type of response to the *Carter* decision.

**The Chair:** Mr. Stewart and Mr. Graham, if you'd like to respond, you've got about a minute to do so.

**Mr. Stewart:** Very briefly, in the four-month period since the *Carter* decision, people can apply for constitutional exemptions according to the decision. If *Carter* simply comes into force, it will not be necessary to apply for a constitutional exemption; people will be able to access physician-assisted death in accordance with the declarations set out in paragraph 127 of *Carter*. That will be a not-very-well-regulated process, I would say. I would not be enthusiastic about delaying implementation of the bill, even if it's not a perfect bill.

**Mr. Graham:** There are two separate questions here. One is: Will this survive constitutional challenge? I happen to share Professor Stewart's view that it would, notwithstanding his prior track record. The second question is: Would it be wise to pass this bill? That's not land on which I care to tread at this point.

[Translation]

**Senator Dagenais:** My question is for Professor Newman. I have the impression that we are being made to study this bill in "marathon" mode to prevent us from fully understanding its scope, which is significant. If we have to proceed quickly, we will probably need to make amendments. What do you think should be removed from the bill so that it better respects the decision in *Carter*?

[English]

**Mr. Newman:** I'll first challenge the premise that the aim needs to be to better respect the *Carter* judgment. The aim needs to be to offer a parliamentary response to the *Carter* judgment, which might diverge from elements of the *Carter* judgment. As I mentioned in my first point, the *Carter* judgment is not legislative in character. It's ultimately the responsibility of Parliament regarding how it wishes to engage.

In terms of what might be worth amending, I've mentioned examples in terms of some of the safeguards that pose issues, and I discuss that more in the written brief.

La question est de savoir ce qui va se passer entre-temps. Si le Parlement ne prolonge pas le délai, qui est une possibilité législative, comme je l'ai dit, c'est l'arrêt *Carter* qui entrera en vigueur, et les conséquences de ce fait pourraient être beaucoup plus prévisibles que celles de l'adoption du projet de loi.

Je ne suis pas sûr que cela milite en faveur d'un simple rejet du projet de loi, si le but est d'avoir plus de temps pour réfléchir. Cela peut militer en faveur du recours à l'article 33 pour prolonger le délai de réflexion et élaborer une réponse à l'arrêt *Carter*.

**Le président :** Monsieur Stewart, monsieur Graham, si vous désirez répondre, vous avez environ une minute.

**M. Stewart :** Très rapidement, je rappellerai que, dans les quatre mois suivant l'arrêt *Carter*, les gens peuvent demander des exemptions constitutionnelles en vertu de cette décision. Si *Carter* entre en vigueur, il ne sera pas nécessaire de demander d'exemption constitutionnelle. Les gens auront accès à l'aide médicale à mourir conformément à la déclaration énoncée au paragraphe 127 de l'arrêt *Carter*. Je dirais que ce sera une procédure assez mal réglementée. Je ne suis pas enclin à souhaiter le report de la mise en œuvre du projet de loi, même s'il est imparfait.

**M. Graham :** Il y a deux questions distinctes ici. L'une est : est-ce que cette question survivra à une contestation constitutionnelle? Il se trouve que je partage l'avis de M. Stewart et que je pense que c'est le cas, quels que soient ses antécédents de prédiction. La deuxième est : est-il avisé d'adopter ce projet de loi? Ce n'est pas un terrain sur lequel je souhaite m'aventurer pour l'instant.

[Français]

**Le sénateur Dagenais :** Ma question s'adresse au professeur Newman. J'ai l'impression que l'on tente de nous faire étudier ce projet de loi en mode « marathon » pour éviter que nous en comprenions bien la portée, car il revêt une grande importance. Si nous devons procéder rapidement malgré nous, il faudra probablement y apporter des amendements. Quels sont, selon vous, les éléments qui devraient être retirés du projet de loi de sorte qu'il respecte mieux le jugement *Carter*?

[Traduction]

**M. Newman :** Premièrement, je conteste la prémisse selon laquelle le but de ce projet de loi doit être de mieux respecter le jugement *Carter*. Le but doit être d'offrir une réponse parlementaire à l'arrêt *Carter*, et je ne vois pas pourquoi cette réponse ne pourrait pas contenir des éléments qui s'écartent du jugement *Carter*. Comme je l'ai souligné dans mon premier point, le jugement *Carter* n'est pas de nature législative. En définitive, c'est au Parlement qu'il incombe de décider de la position qu'il veut prendre.

Quant aux amendements souhaitables, j'en ai mentionné quelques-uns relativement à certaines mesures de sauvegarde problématiques, que j'aborde plus en détail dans le mémoire écrit.

I'm also not sure if all of the amendments that might be appropriate can easily be made in a Senate chamber under marathon conditions. One of the points that I mentioned was the fact that the external panel identifies specific impacts on indigenous communities that are different than those on Canadians generally. In some circumstances, some would think that gives rise to reasons to consult more extensively with indigenous communities, and unless that's something that's happening under the marathon conditions, it may actually be that it's not a simple matter to strike the appropriate amendments in the short time period under consideration.

**Senator Plett:** My question is for Ms. Jakeman. In your presentation, you talk about the preamble. Part of the preamble is what I find most concerning about the bill; namely, when we speak about mature minors. I have a very clear opinion on where I stand on mature minors — actually, I would like to hear them simply called “children.”

You suggested that you felt the government should possibly speed up the process in studying this. Since we're talking about people's rights and Charter rights, do you believe that a child's rights are impinged upon by not allowing a child to seek suicide, and at what age would you draw that distinction?

**Ms. Jakeman:** The Canadian Bar Association is actually in the process of studying mature minors, persons with mental illness and advance directives. We don't have a clear line on any of those. Our position is that whatever happens in the next — there's no particular provision or timeline in the legislation as to when that should occur. All we're saying is that we'd like to see it happen quickly so that if it's concluded that these are vulnerable people — and I can tell you that some members of the working group feel that they are — then their constitutional rights are dealt with sooner rather than later.

**Senator Plett:** To deal with something that your association isn't clear about at all — and I would suspect that the majority of Canadians aren't clear about it — would it not be wiser to move a little more slowly and tread carefully rather than move quickly on something we aren't sure about?

**Ms. Jakeman:** I take your point. Our point was only that this group of people is vulnerable as well, and they need to understand their rights under the *Carter* decision. Obviously, *Carter* doesn't deal with any of those.

**Senator Batters:** To quickly deal with mature minors, Ms. Jakeman, would you acknowledge that *Carter* specifically requires a competent adult, correct?

**Ms. Jakeman:** That's correct.

Je doute que tous les amendements opportuns puissent être facilement apportés dans une chambre de Sénat, dans des conditions de marathon. J'ai souligné le fait que le comité externe a recensé certains éléments dont les répercussions sur les communautés autochtones ne sont pas du tout les mêmes que sur la population canadienne au sens large. Dans certains cas, on pourrait penser que cette constatation fournit toute une série de raisons de tenir des consultations plus intensives avec les communautés autochtones et, à moins que cela puisse se faire dans le cadre d'un marathon, la réalité est que ce n'est pas facile d'insérer dans ce projet de loi les amendements appropriés dans un si court laps de temps.

**Le sénateur Plett :** Ma question est pour Mme Jakeman. Dans votre exposé, vous avez parlé du préambule, et c'est justement dans le préambule que se trouve ce qui m'inquiète le plus de ce projet de loi, à savoir, la partie sur les mineurs matures. Ma position sur la question des mineurs matures est très claire — en fait, je préférerais qu'on les appelle tout simplement les « enfants ».

Vous avez laissé entendre que vous souhaiteriez que le gouvernement accélère le processus d'étude sur la question des mineurs matures. Parlant des droits de la personne et des droits garantis par la Charte, croyez-vous que c'est empiéter sur les droits d'un enfant que de l'empêcher de se donner la mort, et à quel âge établissez-vous la distinction?

**Mme Jakeman :** L'Association du Barreau canadien étudie actuellement la question des mineurs matures, des personnes atteintes de maladie mentale ainsi que celle des directives anticipées. Nous ne disposons de limites claires sur aucun de ces éléments. Nous croyons que quoi qu'il arrive dans le prochain... Le texte de loi ne renferme aucune disposition ni chronologie particulière quant au moment où la distinction doit se faire. Tout ce que nous disons, c'est que nous aimerions que cela évolue rapidement, de sorte que s'il est conclu que ces personnes sont des personnes vulnérables — et je vous assure que certains membres du groupe de travail croient que c'est effectivement le cas —, leurs droits constitutionnels soient pris en charge sans tarder.

**Le sénateur Plett :** Plutôt que d'essayer de résoudre un problème que votre association ne comprend pas très bien — et je soupçonne la majorité des Canadiens de ne pas y voir clair non plus — ne serait-il pas plus sage d'avancer un peu plus lentement, de faire preuve de prudence plutôt que de plonger tête première dans l'incertitude?

**Mme Jakeman :** Je comprends votre point de vue. Nous voulions uniquement souligner que ce groupe est lui aussi composé de personnes vulnérables et qu'il est important que ces personnes connaissent leurs droits en vertu de l'arrêt *Carter*. L'arrêt *Carter* ne traite pas du tout de ce groupe.

**La sénatrice Batters :** Pour résumer la question des mineurs matures, reconnaissez-vous, madame Jakeman, que les droits découlant de l'arrêt *Carter* visent exclusivement les adultes capables, n'est-ce pas?

**Mme Jakeman :** C'est exact.

**The Chair:** Thank you, witnesses. We very much appreciate your appearance. I think you understand the time pressures. We could have had you here for another hour easily, but that's what we're operating under. Thank you for your contributions to our deliberations.

For our second panel today, we will be hearing from the regulatory perspective. If I mispronounce any names, you can correct them when you have the opportunity.

Joining us at the table are, from the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada, Dr. Douglas Grant, President, and Dr. Trevor Theman, who is a past president. From the College of Physicians and Surgeons of Ontario, Dr. Joel Kirsh, President, and Dr. Rocco Gerace, Registrar. From the College of Registered Nurses of British Columbia, Christine Penney, Deputy Registrar, Chief Officer, Policy and Practice.

Thank you all for being here today. The federation is going to lead off with opening statements. The floor is yours.

**Dr. Douglas Grant, President, Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada:** Thank you. On behalf of the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada, I appreciate the opportunity to make these submissions.

Each of FMRAC's 13 provincial and territorial members is legislated provincially to regulate the medical profession in the interest of public safety. As regulators, we protect patients, and these submissions are made on behalf of the patients served by the regulators and in the interests of establishing effective regulation of medical aid in dying.

It will be the regulators' responsibility to communicate to the public and to the medical profession how medical aid in dying will be provided, and it will be the regulators' responsibility to oversee its actual delivery. In essence, as regulators, we foresee playing a central role in Canada's approach to medical aid in dying.

The need for brevity has been underscored. FMRAC supports many of the fundamental aspects of Bill C-14 and supports the provisions that extend exemptions from criminal liability to the ancillary health care workers. We particularly support the notion that two physicians be involved in the assessment of eligibility.

In large measure, FMRAC views Bill C-14 as being aligned with the same principles we outlined in a guidance document we generated in the immediate aftermath of the *Carter* decision. We particularly appreciate that Bill C-14 leaves room for the regulators to regulate the medicine that will be practised.

But FMRAC has a number of concerns particularly with Bill C-14. The first has to do with clarity. It's self-evident that clarity in this legislation is necessary for there to be a harmonized

**Le président :** Merci, chers témoins. Nous vous sommes reconnaissants de vos témoignages. Vous êtes conscients des contraintes de temps. Nous pourrions facilement vous garder une heure de plus, mais nous devons fonctionner de cette façon. Merci de votre contribution à nos délibérations.

Notre deuxième groupe de témoins se penchera sur le point de vue réglementaire. Si je prononce mal certains noms, corrigez-moi lorsque vous en aurez l'occasion.

Sont présents aujourd'hui, de la Fédération des ordres des médecins du Canada, le Dr Douglas Grant, président, et le Dr Trevor Theman, président sortant. De l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, le Dr Joel Kirsh, président, et le Dr Rocco Gerace, registraire. Du Collège of Registered Nurses of British Columbia, Christine Penney, greffière adjointe et agente de chef de politique et pratique.

Merci à vous tous d'être ici aujourd'hui. Nous allons commencer par les déclarations liminaires de la Fédération. Vous avez la parole.

**Dr Douglas Grant, président, Fédération des ordres des médecins du Canada :** Merci. Au nom de la Fédération des ordres des médecins du Canada, je remercie le comité de nous donner l'occasion de faire ces exposés.

Le corps médical de chacun des 13 membres provinciaux et territoriaux de la Fédération des ordres des médecins du Canada, la FOMC, est régi par des dispositions législatives axées sur l'intérêt de la sécurité publique. Notre rôle de législateurs est de protéger les patients. Les présentes observations sont faites au nom des patients servis par les législateurs, dans le but d'établir une réglementation efficace de l'aide médicale à mourir.

C'est au législateur qu'incombera la double responsabilité de communiquer au public et au corps médical de quelle façon l'aide médicale à mourir sera administrée et d'en superviser l'administration. Essentiellement, les législateurs envisagent de jouer un rôle central dans l'approche qu'adoptera le Canada relativement à l'aide médicale à mourir.

On a souligné le besoin de concision. La FOMC appuie bon nombre des aspects fondamentaux du projet de loi C-14 de même que les dispositions qui consistent à étendre les exemptions de responsabilité criminelle aux travailleurs auxiliaires de la santé. Nous soutenons tout particulièrement l'idée que deux médecins doivent s'impliquer dans l'évaluation de l'admissibilité.

La FOMC considère que le projet de loi C-14 coïncide dans une large mesure avec les principes que nous avons décrits dans un document d'orientation que nous avons produit tout de suite après l'arrêt *Carter*. Nous sommes particulièrement reconnaissants du fait que le projet de loi C-14 laisse place à la réglementation, par les législateurs, du type de médecine exercée.

La FOMC nourrit cependant certaines réserves sur le projet de loi C-14. La première concerne la clarté. Il va de soi que la clarté du cadre législatif est essentielle pour assurer une approche

and effective approach to medical aid in dying, and I'd like to focus the submission on the language that "natural death has become reasonably foreseeable."

This provision that was just addressed with your legal panel appears to address proximity to death as a criterion for eligibility. It's not for the regulators to make submission as to whether eligibility be limited to those near or somewhat near death, but, in the submission of FMRAC, this language, this criterion for eligibility, needs to be made clearer.

This is legal, not medical, language, and I think we just heard that the lawyers don't even like it. The language is too vague to be understood or applied by the medical provision and too ambiguous to be regulated effectively. Moreover — and I draw on the point made by the question of Senator Joyal — with multiple interpretations available, FMRAC may be faced with the challenge of harmonizing various provincial approaches, as each province seeks to interpret what "reasonably foreseeable" means.

I think we have to recognize the danger that goes with an absence of clarity in that, in the absence of a clear language, physicians will be reluctant to act. If this language remains as it is, our submission is that a barrier to access may develop because physicians, unable to confidently assess eligibility, will be reluctant to act.

The second broad heading of our submission has to do with access issues, and many of these were touched on previously. I would particularly draw attention to the fact that Bill C-14 provides no contemplation for the arc of the competence-declining patient. Faced with the spectre of being denied medical aid in dying once found to be incompetent, patients may determine that they have no option except to seek medical aid in dying precipitously, while still competent yet before they would otherwise choose to die. This mirrors the situation that brought Ms. Carter to the courts initially - the need to seek death prematurely.

Physicians of such declining patients will be faced with the precarious task of making death-bed determinations of competence and feeling an urgency, perhaps, to provide the service their patients want before it becomes too late, before the patient slips into incompetence. Moreover, regulators will be faced with the impossible challenge of providing clear guidance to physicians attempting to navigate these waters on behalf of their suffering patients. Our submission is that this language needs to be made more specific with respect to eligibility of the patient whose competence is declining.

With respect to conscience, we have an uncomfortable history, as a profession, that the exercise of physician conscience has often come at the expense of patients' rights. We saw this dilemma with

harmonisée et efficace à l'aide médicale à mourir. J'aimerais attirer votre attention sur l'énoncé suivant : « la mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible ».

Cette disposition que votre groupe de témoins juridiques vient d'aborder semble poser la proximité de la mort comme critère d'admissibilité. Ce n'est pas aux législateurs qu'il revient de présenter un témoignage sur le fait que l'aide médicale à mourir soit limitée aux seules personnes proches ou assez proches de la mort, mais la FOMC souligne, dans sa présentation, que le libellé de ce critère d'admissibilité doit être clarifié.

C'est de la langue juridique et non du langage médical, et j'ai cru comprendre que les avocats ne l'aiment pas non plus. Cette formulation est trop vague pour être comprise ou appliquée en tant que disposition médicale et trop ambiguë pour être réglementée de manière efficace. En outre — et j'invoque le point soulevé par la question du sénateur Joyal —, il existe tellement d'interprétations que la FOMC devra s'atteler à la tâche d'harmoniser les différentes approches provinciales, car chaque province y va de sa propre interprétation du terme « raisonnablement prévisible ».

Nous devons reconnaître le danger qui accompagne toute absence de clarté, car à défaut d'un langage clair, les médecins seront peu disposés à agir. Si ce libellé demeure inchangé, nous estimons qu'il constituera un obstacle au traitement, puisque devant l'incapacité à établir l'admissibilité avec certitude, les médecins hésiteront à agir.

La deuxième grande préoccupation mentionnée dans notre mémoire touche les questions liées à l'accessibilité. Bon nombre de ces questions ont été abordées précédemment, mais permettez-moi d'insister sur le fait que le projet de loi C-14 ne prend aucunement en considération le cas de patients dont la capacité et la santé sont en déclin. À l'idée de se voir refuser l'aide médicale à mourir une fois qu'on les aura jugés incapables de porter un jugement éclairé, ces patients peuvent déterminer n'avoir pas d'autre option que de demander l'aide médicale à mourir de façon précipitée, pendant qu'ils en sont encore capables et plus vite qu'ils ne l'auraient autrement choisi. La nécessité de demander la mort prématurément est aussi ce qui avait initialement amené Mme Carter devant les tribunaux.

Les médecins de ces patients à la santé déclinante seront confrontés à la tâche aussi difficile que précaire d'évaluer la capacité d'un patient sur son lit de mort et, poussés par un sentiment d'urgence, de fournir le service au patient avant qu'il ne soit trop tard, avant que le patient n'ait plus la compétence requise. En outre, les législateurs devront, de leur côté, relever l'impossible défi qu'est celui de fournir une orientation claire aux médecins qui tentent de naviguer dans ces eaux troubles au nom de leur patient. Nous demandons donc que le projet de loi comporte un énoncé clair et précis sur l'admissibilité des patients dont la capacité est en déclin.

Pour ce qui est de l'objection de conscience du médecin, il faut dire que notre profession a des antécédents gênants, la liberté de conscience des médecins ayant souvent été exercée au détriment

respect to contraception, with respect to abortion, with respect to access to blood products and with respect to access to traditional healing.

I recognize that my time is short. I apologize. Thank you.

**The Chair:** I apologize for that, but that's what we have to operate under.

**Dr. Joel Kirsh, President, College of Physicians and Surgeons of Ontario:** Thank you, Mr. Chair and senators, for this opportunity to appear before this committee in relation to Bill C-14. My name is Joel Kirsh and I'm President of the College of Physicians and Surgeons of Ontario. I've trained in and practised pediatrics, pediatric intensive care, and pediatric cardiology for the last 24 years at the Hospital for Sick Children in Toronto. Joining me to my left is Dr. Rocco Gerace, who has 29 years of experience in emergency medicine and has been registrar of our college for the past 14 years.

The college has a legal mandate to serve and protect the public interest, a role that we take very seriously. All our work as Ontario's medical regulator, including our response to medical aid in dying, is undertaken with a view towards fulfilling that mandate.

In 2015, the college drafted its expectations for physicians in relation to medical aid in dying. Our interim guidance document was approved by our council in early 2016 and has since provided guidance to physicians and support to patients in the absence of a legislative framework.

The college supports many aspects of the bill, but we will focus our short time on remarks related to our primary areas of concern — areas that we feel will impede patient autonomy and patient access to care. These areas include the eligibility criteria, safeguards and conscientious objection.

In relation to the eligibility criteria, the college has concerns with two elements in this section. The bill requires that patients must be 18 years of age and capable in order to access medical aid in dying. Connecting capacity to a specific age is at odds with the approach that underpins relevant legislation regarding capacity and consent. For example, in Ontario, there is no age of consent for medical care. Individuals are considered to be capable if they are able to understand relevant health information and the consequences of making a treatment decision.

The approach taken in the bill may lead to confusion in Ontario and other jurisdictions. It may also result in an uncomfortable inconsistency that is hard to reconcile. An Ontario patient under the age of 18 may be considered

des droits du patient. Nous avons vu ce même dilemme se manifester dans le cadre de la contraception, de l'avortement, de l'accès aux produits sanguins et de l'accès aux pratiques traditionnelles de guérison.

Je vous prie de m'excuser, mon temps est écoulé. Merci.

**Le président :** Je suis désolé, mais nous n'avons pas le choix que de fonctionner de la sorte.

**Dr Joel Kirsh, président, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario :** Merci, monsieur le président, merci, sénateurs, de m'avoir invité à comparaître pour discuter du projet de loi C-14. Je m'appelle Joel Kirsh, je suis président de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Je suis pédiatre et j'ai pratiqué la pédiatrie, les soins intensifs pédiatriques et la cardiologie pédiatrique pendant 24 ans à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto. Avec moi, à ma gauche, le Dr Rocco Gerace, qui cumule 29 années d'expérience en médecine d'urgence et qui est registraire de l'Ordre depuis 14 ans.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario est mandaté par la Loi pour servir et protéger l'intérêt public, un rôle que nous prenons très au sérieux. Le travail que nous accomplissons en tant que législateur médical en Ontario, y compris notre réponse à l'aide médicale à mourir, ne perd jamais de vue ce mandat.

En 2015, l'Ordre a rédigé un document sur les attentes à l'égard des médecins concernant l'aide médicale à mourir. Ce document d'orientation provisoire a été approuvé par notre conseil au début de 2016. Depuis, en l'absence de cadre législatif, il sert de guide aux médecins et aide les patients à s'orienter.

L'Ordre appuie de nombreux aspects du projet de loi. Cependant, vu le peu de temps dont nous disposons, nous nous concentrerons sur nos principaux sujets de préoccupation — ceux qui, selon nous, nuiront à l'autonomie du patient et à son accès à l'aide médicale à mourir. Ces sujets sont les critères d'admissibilité, les mesures de sauvegarde et l'objection de conscience.

Tout d'abord, les critères d'admissibilité. L'Ordre émet des réserves sur deux aspects de ces critères. Pour qu'ils aient accès à l'aide médicale à mourir, le projet de loi requiert des patients qu'ils soient âgés de 18 ans et qu'ils soient capables d'un jugement éclairé. Le fait d'associer la capacité à un âge précis va à l'encontre de l'approche qui sous-tend la législation applicable en matière de capacité et de consentement. Par exemple, en Ontario, le consentement à recevoir des soins médicaux n'est pas associé à l'âge. Les personnes sont considérées comme capables si elles sont en mesure de comprendre l'information médicale pertinente de même que les conséquences d'une décision de recevoir ou non un traitement.

L'approche adoptée par le projet de loi peut prêter à confusion en Ontario et dans d'autres provinces ou territoires. Elle peut également donner lieu à une incohérence encombrante et difficile à concilier. Un patient mineur de l'Ontario, qui serait jugé apte

capable to refuse potentially life-saving treatment or request withdrawal of life support but would not be eligible to access medical aid in dying.

The definition of “grievous and irremediable medical condition” contained in the bill appears to be inconsistent with the *Carter* decision, and as a result will cause confusion amongst physicians and the public. The requirement that conditions be incurable suggests that patients must explore and undertake all treatment options or cures before they can request medical aid in dying. This would force patients to pursue treatments that they do not find acceptable.

The requirement that patients must be in an “advanced state of irreversible decline in capability” implies that patients must have a condition that progressively worsens over time. This will exclude conditions that may otherwise be serious and incurable and cause enduring and intolerable suffering; but these conditions are not progressive. The requirement that death be “reasonably foreseeable” appears to require that patients be close to death before they can request aid in dying. This would exclude a patient who may have non-terminal conditions that are otherwise serious and incurable and cause enduring and intolerable suffering.

The second of the college’s concerns relates to safeguards, specifically the definition of “independence” and the provision regarding the reflection period. The definition of “independence” as it applies to witnesses and practitioners will propose significant barriers to patient access. The requirements for independence of witnesses would prevent the patients’ family, caregivers or health care providers from acting as witnesses. Some patients who would otherwise be eligible for medical aid in dying may not be able to find two such individuals to act as witnesses and might be forced to call upon virtual strangers to act as witnesses to a request that is intensely personal and private or otherwise they would be denied access to medical aid in dying.

The requirements that practitioners not be in a business relationship with each other or be connected to each other would prevent physicians working in the same practice group or health care facility from providing medical aid in dying. In some communities, a single practice group or health care facility includes all physicians who serve that community. Patients in that community would have to leave their community to receive medical aid in dying.

The college supports the requirement for a period of reflection but believes the language in the provision should be broadened to enable practitioners to shorten from 15 days for reasons related to patient suffering.

Our third area of concern relates to conscientious objections, which Dr. Gerace will address.

à refuser un traitement pouvant lui sauver la vie ou à demander l’interruption du maintien des fonctions vitales ne serait cependant pas admissible à l’aide médicale à mourir.

La définition d’un « problème de santé grave et irrémédiable » contenue dans le projet de loi étant incohérente avec l’arrêt *Carter*, elle sèmera la confusion au sein du corps médical et du public. L’exigence visant la nature incurable de la maladie laisse entendre que les patients doivent se soumettre à tous les traitements ou remèdes possibles avant de pouvoir demander l’aide médicale à mourir. Cette exigence force les patients à suivre des traitements qu’ils jugent inacceptables.

L’exigence voulant que les patients se trouvent dans un état de « déclin avancé et irréversible des capacités » signifie qu’il doit s’agir d’un état qui se détériore avec le temps. Cela exclut donc toute condition autrement grave et incurable, causant des souffrances constantes et intolérables, sans toutefois être évolutive. En outre, l’exigence voulant que la mort soit « raisonnablement prévisible » implique que les patients doivent être au seuil de la mort avant de pouvoir demander l’aide médicale à mourir. Cette exigence exclut donc le patient atteint d’une maladie grave et incurable accompagnée de souffrances constantes et intolérables, sans toutefois être en phase terminale.

La deuxième préoccupation de l’Ordre porte sur les mesures de sauvegarde, plus particulièrement sur la définition de la notion d’« indépendance » et sur la disposition visant la période de réflexion. La définition de la notion d’« indépendance », telle qu’applicable aux témoins et aux praticiens de la santé, posera d’importants obstacles à l’accès des patients. Les exigences visant l’indépendance des témoins empêcheraient la famille du patient, les soignants et les fournisseurs de soins de santé d’agir à titre de témoins. Certains patients qui seraient autrement admissibles à l’aide médicale à mourir, mais qui ont du mal à trouver deux témoins répondant à cette définition peuvent se voir contraints de faire appel à de purs étrangers pour agir en tant que témoins à une demande qui est on ne peut plus personnelle et intime, au risque de se voir refuser l’accès à l’aide médicale à mourir.

Les exigences voulant que les médecins et infirmiers praticiens n’entretiennent aucune relation d’affaires ou ne soient aucunement liés l’un à l’autre empêchent que des médecins travaillant dans un même groupement de bureaux de médecins ou dans un même établissement de soins de santé puissent offrir l’aide médicale à mourir. Puisque, dans certaines communautés, le groupe de médecins ou l’établissement de soins de santé englobe l’ensemble des médecins qui la servent, les patients qui souhaitent recevoir de l’aide médicale à mourir devraient quitter leur communauté.

L’Ordre appuie l’exigence d’une période de réflexion, mais croit que le libellé de cette disposition devrait être élargi pour permettre aux praticiens de l’abrégé à 15 jours pour des motifs liés à la souffrance du patient.

Notre troisième sujet de préoccupations est l’objection de conscience. Pour en discuter, je cède la parole au Dr Gerace.

**Dr. Rocco Gerace, Registrar, College of Physicians and Surgeons of Ontario:** In respect of conscientious objection, we feel this is as important to patient access as the other issues. While the joint committee and the college have both said that at a minimum objecting practitioners must provide an effective referral, this has come under some criticism. We're of the view that this direction is consistent with the Supreme Court's dictum that practitioner and patient rights be reconciled. The fact that some physician groups are advocating for self-referral we feel abdicates our professional and ethical responsibility to put patients' needs before the needs of the practitioner.

We would urge the federal government to work with the provinces, territories and medical regulators to articulate clear expectations for practitioners that won't impede access to care.

**Christine Penney, Deputy Registrar, Chief Officer Policy and Practice, College of Registered Nurses of British Columbia:** Honourable chair and members of the committee, thank you for the opportunity for CRNBC to address you on this important social matter.

The College of Registered Nurses in British Columbia regulates 40,000 registered nurses and nurse practitioners in the public interest. Under legislative authority of the Health Professions Act, CRNBC sets and enforces standards to ensure that nurses deliver safe, competent and ethical care to patients and their families.

In response to the Supreme Court *Carter* decision and the special joint committee report, CRNBC has been working closely with our provincial counterparts and stakeholders, including the B.C. Ministry of Health, the health authorities, the College of Physicians and Surgeons and the College of Pharmacists in B.C., as we all carry out our respective roles related to establishing standards, protocols and safe approaches for providing and aiding medical assistance in dying.

In addition to considering and developing standards, limits and conditions for nurses and nurse practitioners in B.C., CRNBC has also been considering what quality assurance methods will be required to support nurses' involvement.

Our recommendations focus on two key areas: first, regulatory supports for inter-professional collaboration; and, second, quality assurance mechanisms.

**Dr Rocco Gerace, registraire, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario :** L'objection de conscience, à l'instar des autres points discutés, influe de façon importante sur l'accès du patient à l'aide médicale à mourir. Bien que le comité mixte et l'Ordre ont tous deux convenu que les médecins qui, par objection de conscience, s'opposent à l'aide médicale à mourir doivent au moins fournir au patient une recommandation efficace, cette affirmation a fait l'objet de critiques. À notre avis, cette directive est cohérente avec la décision de la Cour suprême selon laquelle il doit y avoir conciliation des droits du médecin et de ceux du patient. Le fait que certains groupes de médecins militent en faveur de l'accès direct nous apparaît comme une abdication à la responsabilité professionnelle et éthique qui est la nôtre et qui consiste à placer les intérêts du patient avant ceux du médecin.

Nous demandons instamment au gouvernement fédéral de travailler avec les provinces, les territoires et les législateurs médicaux à la formulation d'attentes claires à l'égard des médecins, de sorte que l'objection de conscience d'un médecin n'entrave pas l'accès au traitement.

**Christine Penney, greffière adjointe et agente de chef de politique et pratique, College of Registered Nurses of British Columbia :** Honorables président et membres du comité, je vous remercie d'avoir invité le CRNBC à comparaître devant vous pour parler de cette question sociale de la plus haute importance.

Le College of Registered Nurses in British Columbia réglemente 40 000 infirmiers autorisés et infirmiers praticiens dans l'intérêt du public. En vertu de la Health Professions Act, le CRNBC établit et applique des normes visant à s'assurer que les infirmiers fournissent aux patients et à leurs familles des soins sécuritaires, compétents et éthiques.

En réponse à l'arrêt *Carter* et au rapport du comité mixte, le CRNBC a travaillé étroitement avec ses homologues et autres intervenants des provinces, notamment le ministère de la Santé de Colombie-Britannique, les autorités sanitaires, l'Ordre des médecins et chirurgiens et l'Ordre des pharmaciens de la Colombie-Britannique, afin de s'assurer que tous assument leurs rôles respectifs dans l'établissement de normes, de protocoles et d'approches sécuritaires concernant la prestation et la facilitation de l'aide médicale à mourir.

Outre l'examen et l'élaboration de normes, de limites et de conditions applicables aux infirmiers et infirmiers praticiens de la Colombie-Britannique, le CRNBC a examiné quelles méthodes d'assurance de la qualité doivent être mises en place pour favoriser l'engagement du personnel infirmier.

Nos recommandations portent principalement sur deux domaines clés : le premier, la mise en place de soutiens réglementaires pour la collaboration interprofessionnelle, et le second, la mise en place de mécanismes d'assurance de la qualité.

Under regulatory support for inter-professional collaboration, we have five recommendations, which I'll get to in a moment. We've made a reference to the Canadian Nurses Protective Society. They have submitted a brief, and we have attached a letter supporting a couple of elements in that brief.

The first recommendation is that legislation addresses collaboration and shared decision making for patients, health practitioners and family members. Research from the Benelux countries demonstrates better outcomes for the person, their family and health care providers when there is legislative emphasis on the inter-professional nature of the work and the importance of collaboration throughout the process, for example, discussions of eligibility, multiple discussions to ensure comprehension by the person requesting assistance, and formal debriefing after the event.

The second recommendation is that legislation clarify the role of nurse practitioners related to determining a patient's eligibility requirements. If the diagnosis of a grievous and irremediable condition and the prognosis of foreseeable death are confirmed by medical consultation and diagnostic reports, then it is appropriate that a nurse practitioner could synthesize the information — the evidence — for the purpose of completing eligibility assessment either with another nurse practitioner or a physician. However, it is outside the scope of a nurse practitioner in British Columbia to independently determine the grievous and irremediable nature of a disease or a condition and also the prognosis.

The third recommendation is that the legislation clarify that only a physician or nurse practitioner may personally administer the substances. CRNBC sees the role of a registered nurse limited to aiding in medical assisted dying and excludes the administration of the substances.

Fourth, it is recommended that the preamble of Bill C-14 emphasizes the notable distinction between medical assistance in dying and palliative care. The intended outcome of palliative care is to improve the quality of life for those with serious illnesses. When receiving a request for assistance with dying, it is important to determine whether the request is being made as a result of unmet needs like physical, emotional or spiritual that additional palliative care activities may address, such as pain or symptom management, anxiety, loss of ability to carry out activities of daily living, et cetera. Medical assistance in dying is not an appropriate alternative for a person who is seeking palliative care.

The final recommendation in this area is that government not address language related to conscientious objection in the legislation because we see that it squarely falls within the jurisdiction of professional colleges.

Au sujet du soutien réglementaire à la collaboration interprofessionnelle, nous avons formulé cinq recommandations. J'y viendrai dans un moment. Nous avons fait un renvoi à la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, qui a déposé un mémoire auquel nous avons joint une lettre à l'appui de certains éléments contenus dans ce mémoire.

Notre première recommandation est que le projet de loi couvre la collaboration et la prise de décisions partagée entre patients, praticiens de la santé et membres de la famille. Des recherches menées dans les pays du Benelux montrent que le patient, sa famille et les fournisseurs de soins de santé obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'une attention législative est donnée à la nature interprofessionnelle du travail et à l'importance de la collaboration tout au long du processus, notamment par la tenue de discussions sur l'admissibilité, de discussions multiples visant à assurer la bonne compréhension du demandeur d'aide médicale à mourir ainsi que par la tenue d'une séance de compte rendu officielle après l'événement.

Notre deuxième recommandation est que le projet de loi clarifie les rôles des infirmiers praticiens en ce qui concerne la détermination des exigences d'admissibilité du patient. Si le diagnostic de problèmes de santé graves et irrémédiables et le pronostic de mort prévisible sont confirmés par la consultation médicale et les rapports diagnostiques, il est alors approprié qu'un infirmier praticien puisse synthétiser l'information — la preuve — en vue d'établir l'évaluation de l'admissibilité de concert avec un autre infirmier praticien ou un médecin. Toutefois, en Colombie-Britannique, il n'entre pas dans le champ de compétence d'un infirmier praticien de déterminer de façon indépendante la nature grave et irrémédiable d'une maladie ou d'un problème de santé ni d'établir un pronostic.

Notre troisième recommandation est que le projet de loi précise clairement que seul un médecin ou un infirmier praticien puisse administrer personnellement les substances. Le CRNBC considère que le rôle d'un infirmier autorisé doit se limiter à la prestation d'assistance à l'aide médicale à mourir et exclure l'administration de substances.

Quatrièmement, nous recommandons que le préambule du projet de loi C-14 fasse ressortir la différence notable entre l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs. Le résultat escompté des soins palliatifs est d'améliorer la qualité de vie des gens atteints de maladies graves. À la réception d'une demande d'aide à mourir, il importe de déterminer si la demande découle d'une non-satisfaction de besoins physiques, émotifs ou spirituels que des soins palliatifs supplémentaires pourraient combler, comme la gestion de la douleur ou des symptômes, l'anxiété, la perte de la capacité à effectuer des activités de la vie quotidienne et ainsi de suite. L'aide médicale à mourir n'est pas une solution de rechange appropriée pour une personne qui, en fait, recherche des soins palliatifs.

Notre dernière recommandation sur le sujet est que le gouvernement évite de formuler les points liés à l'objection de conscience et qu'il laisse ce soin aux ordres professionnels, dont c'est clairement la compétence.

**The Chair:** Thank you.

We will move to questions, beginning with the deputy chair, Senator Jaffer.

**Senator Jaffer:** Thank you all for your presentations, which will be useful in our work.

Dr. Kirsh, for me today you set out the challenge with mature minors where you, if I understood you correctly, already deal with mature minors as adults in the sense that they decide on what treatment they get and how they want to deal with the treatment. Now you're saying that we will be dealing with mature minors differently than adults. Did I understand you correctly?

**Dr. Kirsh:** Well, I'm here on behalf of the college of physicians of Ontario, but I will bring my pediatric experience to the table, senator.

I've also had extensive conversations with my colleagues in palliative care and pediatrics. You're going to be hearing from the Canadian Paediatric Society, I believe, on Thursday, so I can't speak for them. As it stands now, when we consider consent for medical procedures or medical care in a younger person — "younger person" meaning someone who isn't 18 — we consider it in the context of the capacity they have for the medical procedure being proposed. Giving a young child stitches for a laceration is very different than taking them to the operating room for open heart surgery, for example, and that's going to be different according to the age. So there is a continuum of capacity according to the acuteness, the complexity of the medical procedure and the age of the patient. But there are also other issues for capacity for patients in terms of developmental status, which can be different in children even though they have the same age.

I work in an acute care hospital with complex patients and needs. I think to best answer your question, we recognize as a college the challenges that the current bill in its wording is going to present when we do have patients who are 13, 14 or 15 years old but their souls are older. They have had medical experiences that transcend medical experiences that most of us adults have had, which lends them the ability to consider some of the challenging decisions that are made in the context of Bill C-14.

**Senator Jaffer:** I have a question for the regulators, Ms. Penney and Dr. Grant. The question is about "reasonably foreseeable." When the minister was here, she said that she was purposely keeping it flexible so that it could be interpreted by the practitioners.

I have challenges with that. How do you regulate that, and how are you going to be able to advise the people you work with on what is reasonably foreseeable?

**Le président :** Je vous remercie.

Nous allons passer aux questions, en commençant par la vice-présidente, la sénatrice Jaffer.

**La sénatrice Jaffer :** Je vous remercie tous pour vos exposés. Ils nous serviront dans notre travail.

Docteur Kirsh, vous nous avez expliqué le cas délicat que représentent les mineurs matures. Si je comprends bien, vous traitez déjà les mineurs matures en tant qu'adultes, et vos patients doivent choisir le traitement qu'ils souhaitent recevoir et la façon dont ils veulent composer avec ce traitement. Vous nous dites maintenant que les mineurs matures et les adultes ne seront plus traités de la même façon. Ai-je bien compris?

**Dr Kirsh :** Je représente aujourd'hui l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, mais je tiens aussi à m'exprimer en tant que pédiatre, sénatrice.

Je me suis aussi longuement entretenu avec mes collègues des soins palliatifs et de la pédiatrie. Je crois que vous entendrez ce jeudi les témoignages de représentants de la Société canadienne de pédiatrie, alors je ne peux me prononcer en leur nom. À l'heure actuelle, quand nous examinons le consentement d'une jeune personne à des actes médicaux ou à des soins de santé — et par « jeune personne », on entend une personne de moins de 18 ans — nous prenons en compte sa capacité au regard de l'acte médical. Faire des points de suture à un enfant et l'opérer à cœur ouvert, par exemple, sont deux choses très différentes, et la capacité varie avec l'âge. Il existe donc un continuum de capacité et cette dernière varie en fonction de l'intensité, de la complexité de l'acte médical et de l'âge du patient. Cela dit, d'autres facteurs peuvent influencer sur la capacité d'un patient, comme son stade de développement, qui peut être différent chez des enfants du même âge.

Je travaille dans un hôpital qui offre des soins de courte durée, où les cas et les besoins sont complexes. Je vais tenter de répondre du mieux possible à votre question. Notre organisme est conscient des défis que posera le libellé du projet de loi dans le cas des patients qui ne sont âgés que de 13, 14 ou 15 ans, mais qui sont mûrs pour leur âge. En ce qui a trait aux soins médicaux, ces jeunes personnes ont plus d'expérience que la majorité des adultes. Elles ont donc la capacité d'examiner certaines des décisions difficiles qu'elles sont appelées à prendre en vertu du projet de loi C-14.

**La sénatrice Jaffer :** J'ai une question pour ceux qui réglementent la profession, Mme Penney et le Dr Grant. Ma question porte sur ce que l'on entend par « raisonnablement prévisible ». La ministre a dit qu'elle tenait à ce que la définition de cette notion demeure souple afin qu'elle puisse être interprétée librement par les médecins praticiens.

À mon avis, cela pose problème. Comment pouvez-vous réglementer cela et comment serez-vous en mesure de conseiller vos collègues sur ce que l'on veut dire par « raisonnablement prévisible »?

**Dr. Grant:** I don't know, which was the essence and one of the essential points of my submission.

**Senator Jaffer:** Yes.

**Dr. Grant:** I worry that if the language remains unchanged, there will be a variety of interpretations of "reasonably foreseeable," both province to province — although FMRAC will hopefully work towards consensus, and I'm confident it can — and in a range of interpretations from health authority to health authority, from physician to physician. It's simply not language that appears in the medical lexicon.

**Ms. Penney:** I think, similarly, nurse practitioners would be relying on the specialty evidence available and as the patient presents to them. Again, I think in our quality assurance recommendations, we really hope that there is standardization at a provincial level and that that's required within the legislation. It would not be very helpful if each of the health authorities had a different interpretation, and that's what will happen if there isn't a standardized care pathway.

**Senator White:** Thanks to all of you for being here.

Dr. Kirsh, just so we're clear, the suggestion you would make on the age is that it would be up to the medical practitioner to determine whether or not the individual was of a proper age to understand what they're asking for. I used to be a police officer. I couldn't interview someone under the age of 18 without a parent present. I'm trying to figure out how this would work.

**Dr. Kirsh:** I will come back to my original comments as president of the college of physicians. We're identifying this as an area of concern that we think will present a challenge. I don't think it's within my purview to suggest language or modifications to legislation. That's not my skill set at all.

The analogies I drew were meant to guide you towards the thinking that has led us to identify this as an area of concern where there is going to be a mismatch between life and death decision making in minors that will be set up by the current language of the bill.

**Senator White:** So your suggestion wasn't that it should include people under 18 to suggesting it could be a concern.

**Dr. Kirsh:** I think it's a concern as it currently reads. There has been some discussion about study and approaches, including other areas that aren't really defined in the bill, whether it's substitute decision making or advance directives. Those are all issues of potential concern that will merit further study.

**Senator White:** And you realize that we're doing this today because of the Supreme Court decision, which did not talk about minors at all. It didn't talk about under 18 at all. So it wasn't

**Dr Grant :** Je ne sais pas. C'était l'essence et l'un des points clés de ma proposition.

**La sénatrice Jaffer :** Oui.

**Dr Grant :** Je crains que, compte tenu du libellé actuel, la notion de mort « raisonnablement prévisible » soit interprétée différemment, tant d'une province à l'autre — bien que la FMRAC s'efforcera, espérons-le, de dégager un consensus, et je suis persuadé qu'elle y parviendra — que d'une autorité sanitaire à l'autre et d'un médecin à l'autre. Cette expression ne fait tout simplement pas partie du jargon médical.

**Mme Penney :** Je pense, également, que les infirmières praticiennes se fieront aux données probantes spécialisées et à l'état de leurs patients. Encore une fois, par nos recommandations sur l'assurance de la qualité, nous espérons réellement qu'il y aura harmonisation à l'échelle provinciale et que la loi l'exigera. Il ne serait pas très utile que chaque autorité y aille de sa propre interprétation, mais c'est ce qui va se passer si l'accès aux soins n'est pas uniformisé.

**Le sénateur White :** Merci à vous tous d'être ici aujourd'hui.

Docteur Kirsh, je veux juste m'assurer d'avoir bien compris. Ce que vous suggérez par rapport à l'âge, c'est qu'il incomberait au professionnel de la santé de déterminer si le patient est suffisamment âgé pour comprendre l'objet de sa demande. J'ai été policier. Je n'étais pas autorisé à interroger quelqu'un de moins de 18 ans sans qu'un parent soit présent. J'essaie de savoir comment ça fonctionnerait.

**Dr Kirsh :** J'aimerais revenir sur mes remarques liminaires en tant que président de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Nous estimons que cette question posera problème. Je ne crois pas avoir compétence pour suggérer un libellé ou des amendements. Cela échappe à mes compétences.

J'ai choisi ces analogies pour vous faire comprendre ce qui nous a amenés à considérer cette question comme un problème, puisque le libellé actuel du projet de loi entraînera des disparités dans la prise de décisions relatives à la vie ou à la mort de mineurs.

**Le sénateur White :** Donc, vous ne suggérez pas qu'on inclue les moins de 18 ans, mais vous disiez que cela pourrait poser problème.

**Dr Kirsh :** Je crois que ça pose problème dans le libellé actuel. Il a été question d'études et d'approches diverses, y compris d'autres notions qui ne sont pas réellement définies dans le projet de loi, comme la prise de décision au nom d'autrui ou les directives préalables. Ce sont toutes des questions qui pourraient poser problème et qui mériteront d'être examinées plus en profondeur.

**Le sénateur White :** Et vous prenez conscience du fait que c'est ce que nous faisons aujourd'hui en raison d'une décision de la Cour suprême qui n'avait rien à voir avec les mineurs. Cette

something that the Supreme Court of Canada directed to us in their decision, either, to consider the age of under 18.

Does the college also suggest that medical practitioners as well as nurse practitioners would not have the right to not refer? Is it correct that they must refer?

**Dr. Kirsh:** I'll leave that to Dr. Gerace.

**Dr. Gerace:** What our college has said, consistent with the report of the special joint committee, is that physicians have an obligation to make an effective referral either to another practitioner agency or health practitioner. It's not optional. We feel the failure to do so would create barriers for patients to access legally sanctioned treatment.

**Senator White:** So both medical practitioners and nurse practitioners will have an obligation to refer.

**Dr. Gerace:** I can only speak to medical practitioners in Ontario.

**Senator White:** So we would treat them differently. Do you believe your membership would support that?

**Dr. Gerace:** Certainly it's reflected by our board, who voted unanimously, with one abstention, to support that in the case of assisted death. I would suggest that the vast majority of the profession would support that, but there are a number who do not support it.

**Senator White:** Ms. Penney, your opinion on the requirement to refer on the part of nurse practitioners?

**Ms. Penney:** For British Columbia, the language around "refer" is problematic because it takes on a bit of a different meaning, so the language we've been using is that they must transfer the care and ensure that the transfer of care is complete.

**Senator Baker:** Thank you to the witnesses for their excellent presentations.

Dr. Kirsh, perhaps you can answer this question that's on the minds of everybody who looks at this bill. What did the Supreme Court of Canada intend as far as the application of the law is concerned with regard to terminally ill versus not terminally ill patients?

The Supreme Court of Canada brought down their judgment. Then it was extended for the four-month period. It gave patients the permission to go to a superior court judge to determine whether or not they qualified for physician-assisted death.

décision n'avait rien à voir avec les personnes de moins de 18 ans. La Cour suprême ne nous a pas non plus priés d'étudier la question des mineurs en rendant cette décision.

L'Ordre suggère-t-il aussi que ni les médecins praticiens, ni les infirmières praticiennes ne devraient avoir à aiguiller les patients vers un autre professionnel? Est-il exact qu'il leur incombe d'orienter leurs patients vers un autre professionnel?

**Dr Kirsh :** J'invite mon collègue, le Dr Gerace, à répondre à cette question.

**Dr Gerace :** Conformément au rapport du comité mixte spécial, l'Ordre a déclaré que les médecins sont tenus d'aiguiller leurs patients vers un autre corps de praticiens ou un autre médecin praticien. Ils n'ont pas le choix. Nous craignons que, si les médecins omettent de le faire, les patients auront de la difficulté à accéder aux traitements sanctionnés par la loi.

**Le sénateur White :** Donc, les médecins praticiens et les infirmières praticiennes auront l'obligation de diriger leurs patients vers un autre professionnel.

**Dr Gerace :** Je ne peux parler qu'au nom des médecins praticiens de l'Ontario.

**Le sénateur White :** Donc, nous les traiterions différemment. Pensez-vous que vos membres seraient d'accord?

**Dr Gerace :** Nous avons certainement l'appui notre conseil d'administration, dont les membres se sont prononcés à l'unanimité, à l'exception d'une abstention, en faveur de cette exigence dans le cas de la mort assistée. Nous pensons que la majorité des gens dans la profession seront du même avis, mais certaines personnes ne le sont pas.

**Le sénateur White :** Madame Penney, quelle est votre opinion sur l'obligation des infirmières praticiennes d'aiguiller leurs patients vers un autre professionnel?

**Mme Penney :** En Colombie-Britannique, l'emploi du verbe « to refer » pose problème, parce qu'il signifie autre chose, alors nous parlons plutôt de transfert de soins; il faut s'assurer que le transfert de soins est complet.

**Le sénateur Baker :** Je remercie les témoins de leurs excellents exposés.

Docteur Kirsh, vous pouvez peut-être répondre à cette question qui vient à l'esprit de toutes les personnes qui étudient ce projet de loi. Quelle était l'intention de la Cour suprême du Canada pour ce qui est de l'application de la loi dans le cas des patients qui sont en phase terminale et dans le cas de ceux qui ne le sont pas?

La Cour suprême du Canada a rendu son jugement. Ensuite, elle a prolongé sa déclaration d'invalidité de quatre mois. Les patients ont donc eu la permission de demander à un juge d'une cour supérieure de déterminer s'ils étaient ou non admissibles à l'aide médicale à mourir.

During that four-month period, the law was as contained in paragraph 127 of the *Carter* decision. However, according to the guidelines which your college wrote and that physicians were to follow — it operated as a guide to the Supreme Court cases in Canada. There were eight across Canada, and four of them mentioned your interim guidelines. I'm trying to get a copy of it. All the cases have involved terminally ill patients. They quote your guidelines in three of them. Did your guidelines allow for physician-assisted death in the case of someone who was not terminally ill?

**Dr. Kirsh:** Thank you for the question, senator. I'll express some relief. I thought originally as you opened your comments that the question was whether I could tell you what the intent of the Supreme Court was. I'm relieved by the second part of your question.

Our guidelines do allow for that because we follow very closely the Supreme Court's decision, and our interpretation of that decision —

**Senator Baker:** Just paragraph 127?

**Dr. Kirsh:** I can't speak to the specific line number, senator. I apologize. Our intention in drafting our interim guidelines for the profession in Ontario was to stay close to the Supreme Court's decision regarding "grievous and irremediable condition," and to revise the guideline as legislation or other case law became available to us. We've got staff pouring over all decisions and being involved in following the issue as things go along. In fact on Friday morning I'll be meeting with our working group again to further revise our guidelines as things become clearer.

**Senator Baker:** So it did allow for physician-assisted death to persons even though they were not terminally ill?

**Dr. Kirsh:** We stuck to the Supreme Court language, senator, which was "grievous and irremediable condition."

**Senator Baker:** And "intolerable" pain. There were three conditions: that there be conscious consent, grievous and irremediable condition, but also there would be intolerable pain.

**Dr. Kirsh:** "Intolerable suffering" I believe was the language.

**Senator Baker:** Yes, those three.

**Dr. Kirsh:** We have stuck to the same requirements as set out in the decision on *Carter*, in our interim guidelines.

**Senator Baker:** Interesting.

**Senator McIntyre:** Thank you all for your presentations.

Pendant cette période de quatre mois, la loi se résumait au paragraphe 127 de l'arrêt *Carter*. Cependant, les lignes directrices émises par votre ordre à l'égard des médecins ont été présentées comme guide pour le traitement des cas soumis à la Cour suprême du Canada. Il y en a eu huit au pays, dont quatre ont été présentés dans vos lignes directrices intérimaires. J'essaie d'en obtenir une copie. Dans tous les cas, il s'agissait de patients en phase terminale. Vos lignes directrices sont évoquées dans trois de ces cas. Vos lignes directrices permettaient-elles l'aide médicale à mourir dans le cas des patients qui n'étaient pas en phase terminale?

**Dr Kirsh :** Merci de votre question, sénateur. Je suis un peu soulagé. Quand vous avez pris la parole, j'ai d'abord pensé que vous vouliez savoir si je pouvais vous expliquer l'intention de la Cour suprême. La seconde partie de votre question me rassure.

Nos lignes directrices le permettent, car nous suivons de près la décision de la Cour suprême, et notre interprétation de cette décision...

**Le sénateur Baker :** Le paragraphe 127 uniquement?

**Dr Kirsh :** Je ne me souviens pas de la ligne exacte, sénateur. Vous m'en excuserez. Quand nous avons rédigé les lignes directrices intérimaires à l'intention des membres de la profession en Ontario, notre intention était de suivre étroitement la décision de la Cour suprême au regard des problèmes de santé « graves et irrémédiables » et de réviser ces lignes directrices au fur et à mesure que les textes de loi et la jurisprudence seraient mis à notre disposition. Nous avons du personnel qui examine chaque décision et qui suit les développements autour de la question. En fait, vendredi matin, nous rencontrerons de nouveau notre groupe de travail pour apporter d'autres révisions à nos lignes directrices à la lumière des éclaircissements que nous aurons obtenus d'ici là.

**Le sénateur Baker :** Les lignes directrices autorisaient donc aussi l'aide médicale à mourir pour les patients qui n'étaient pas en phase terminale?

**Dr Kirsh :** Nous avons suivi le libellé du jugement rendu par la Cour suprême, monsieur le sénateur, en ce qui a trait aux problèmes de santé « graves et irrémédiables ».

**Le sénateur Baker :** Et à la douleur « intolérable ». Il y avait trois conditions : le consentement éclairé, des problèmes de santé graves et irrémédiables et une douleur intolérable.

**Dr Kirsh :** Je crois que le texte disait « souffrances intolérables ».

**Le sénateur Baker :** Oui, il s'agit des trois conditions.

**Dr Kirsh :** Nous avons imposé les exigences énoncées dans l'arrêt *Carter* dans nos lignes directrices intérimaires.

**Le sénateur Baker :** Voilà qui est intéressant.

**Le sénateur McIntyre :** Merci à tous de vos exposés.

Dr. Kirsh, in reviewing the brief presented to us by your college, my attention was drawn to a document entitled “Interim Guidance on Physician-Assisted Death.” I thought that was a very interesting document and I’ll tell you why. This document has been used by physicians and judges of the Superior Court of Ontario and other provinces in managing requests for judicial authorization of medical aid in dying during the interim period from February to June of this year.

In order to avoid the potential for abuse of power to inflict death, especially on vulnerable people and for practical reasons, do you think a Superior Court judge should be required to review and approve each request for physician aid in dying prior to it being implemented? In other words, it would continue with this document that has been in force.

**Dr. Kirsh:** Thank you senator. I think you’re asking me to have an opinion on what the legislation or the Criminal Code would say about that issue after June 6, and I think that’s outside my area of expertise.

We haven’t taken a position on judicial review or a requirement for judicial review. That could be perceived by some in areas of our province or areas of Canada to represent a barrier to access. As I think I’ve tried to focus my comments today, access for patients and autonomy for patients are foremost in our minds.

**Senator McIntyre:** Would others care to comment?

**Dr. Trevor Theman, Past President, Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada:** I’m the Registrar of the College of Physicians and Surgeons of Alberta. Dr. Grant is the registrar in Nova Scotia. I also had the opportunity to participate as Alberta’s representative to the Provincial Territorial Expert Advisory Group that looked at what was then called physician-assisted dying and providing advice to the Minister of Health and Long Term Care in Ontario and the Attorney General, and by them across the country.

I think the answer from my perspective and our college’s perspective is that that would be an extra barrier. This is the intersection of the law and medicine, and the Supreme Court in effect, in my interpretation, said that this is now a medical act. This will be a legal act, just like 30 years ago termination of pregnancy became a medical act, and so we’re medicalizing this. To have to take a medical decision to a Superior Court would be, I believe, obstructive to access in this country.

**Dr. Gerace:** I would agree with Dr. Theman. I think it’s inappropriate to have the courts involved in medical care. This is between patients and their caregivers.

Docteur Kirsh, à la lecture du mémoire que nous a présenté votre ordre, un document a capté mon attention. Il s’intitule « Interim Guidance on Physician-Assisted Death ». Je l’ai trouvé très intéressant et je vais vous dire pourquoi. Ce document a été utilisé par des médecins et des juges de la Cour supérieure de l’Ontario et de cours supérieures d’autres provinces pour traiter des demandes d’autorisation judiciaire d’accès à l’aide médicale à mourir pendant l’interim, qui allait de février à juin 2016.

Afin d’empêcher les abus potentiels du droit d’infliger la mort, surtout dans le cas des personnes vulnérables, et aussi pour des raisons pratiques, croyez-vous que chaque demande d’aide médicale à mourir devrait être soumise à l’examen et à l’approbation d’un juge d’une cour supérieure avant que cette aide soit prodiguée? En d’autres mots, ce document devrait-il, à votre avis, demeurer en vigueur?

**Dr Kirsh :** Merci, sénateur. Je pense que vous me demandez de vous donner mon opinion sur ce que la loi ou le Code criminel dira sur la question après le 6 juin, et j’estime que c’est en dehors de mon champ de compétence.

Nous n’avons pas pris de position au regard du contrôle judiciaire ou d’une exigence de contrôle judiciaire. Cela pourrait être perçu comme un frein à l’accès dans certaines régions de notre province ou du Canada. Comme j’ai tenté de le préciser dans mes remarques tout à l’heure, nous nous préoccupons d’abord et avant tout de l’accès offert aux patients et de l’autonomie de patients.

**Le sénateur McIntyre :** D’autres témoins aimeraient-ils faire des observations?

**Dr Trevor Theman, président sortant, Fédération des ordres des médecins du Canada :** Je suis le secrétaire général du College of Physicians and Surgeons of Alberta. Le Dr Grant est le secrétaire général de l’organisme homologue en Nouvelle-Écosse. J’ai aussi eu l’occasion de représenter l’Alberta au groupe consultatif provincial-territorial d’experts chargé d’examiner ce qu’on appelait alors *physician-assisted dying*, ou aide médicale à mourir en français, et de fournir des conseils au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l’Ontario et à la procureure générale de l’Ontario, de même qu’à leurs homologues du reste du pays par leur entremise.

Je crois que la réponse, de mon point de vue et du point de vue de notre ordre, est que cela constituerait un obstacle additionnel. La question relève à la fois du droit et de la médecine, et la Cour suprême, selon moi, a dit qu’il s’agissait d’un acte médical. Cela deviendra un acte médical légal, tout comme l’interruption de grossesse l’est devenue il y a 30 ans. Nous médicalisons donc cet acte. Le fait de renvoyer une décision d’ordre médical à une cour supérieure constituerait à mon avis une entrave à l’accès dans le pays.

**Dr Gerace :** Je suis d’accord avec le Dr Theman. Je crois qu’il est inapproprié de mêler les cours de justice aux soins médicaux. Cela ne concerne que les patients et leurs fournisseurs de soins.

**Senator McIntyre:** With all due respect, I have to differ. Thank you.

**Senator Joyal:** Dr. Grant, was your association consulted by the department when drafting that bill, when they were wrestling with the various medical conditions that they were evaluating and their impact to be included in the bill to be sure that what they would be proposing would be workable by the profession?

**Dr. Grant:** FMRAC was not, to my knowledge, and I can say that the College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia was not consulted.

**Senator Joyal:** Can I ask the same question to Dr. Kirsh?

**Dr. Gerace:** We were not consulted.

**Senator Joyal:** I will try to put it in the most neutral term. The government wrestled with concepts that are in fact medically loaded or have medical impact and are interpreted in the various provinces and 10 colleges of doctors that exist in Canada, but you were not consulted on the scope of a definition that at first sight raised problems. Are you aware of other members of the profession that would have been consulted?

**Dr. Grant:** When you say the profession, are you referring to regulators?

**Senator Joyal:** Yes, the regulators.

**Dr. Grant:** I'm reasonably confident saying that none of the provincial or territorial colleges were consulted, senator.

**Senator Joyal:** I would like to come back to your comment about how to define natural death that becomes reasonably foreseeable. Paragraph (d) of the bill, if you have it in front of you, states the following:

(d) their natural death has become reasonably foreseeable, taking into account all of their natural circumstances, without a prognosis necessarily having been made as to the specific length of time that they have remaining.

How do you interpret the second part of the phrase? Does it model the first one or does it in fact make it clearer in terms of a doctor who would be faced with a situation to re-evaluate it?

**Dr. Grant:** I think you can probably anticipate my answer.

**Senator Joyal:** I'm not a doctor.

**Dr. Grant:** It's interesting that when the *Carter* decision came out, our sense was that that there was no proximity to death contemplated by *Carter*. The Quebec legislation, as you know, contemplates the condition as *fin de vie*. My attempt to interpret

**Le sénateur McIntyre :** Avec tout le respect que je vous dois, je ne suis pas du même avis. Merci.

**Le sénateur Joyal :** Docteur Grant, votre organisme a-t-il été consulté par le ministère pendant la rédaction du projet de loi, alors qu'il évaluait divers problèmes médicaux et leurs répercussions en vue de les inclure dans le projet pour s'assurer que les membres de la profession pourraient s'en servir?

**Dr Grant :** À ce que je sache, la FMRAC n'a pas été consultée, et je peux dire que le College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia ne l'a pas été non plus.

**Le sénateur Joyal :** Puis-je poser la même question au Dr Kirsh?

**Dr Gerace :** Nous n'avons pas été consultés.

**Le sénateur Joyal :** Je vais essayer de m'exprimer de la façon la plus neutre possible. Le gouvernement a dû jongler avec des notions qui sont effectivement lourdes de sens sur le plan médical ou qui ont des répercussions médicales et qui sont interprétées dans les différentes provinces par les 10 ordres de médecins existant au Canada, mais vous n'avez pas été consultés au sujet de la portée d'une définition qui, à première vue, a soulevé des inquiétudes. Savez-vous si d'autres au sein de la profession ont été consultés?

**Dr Grant :** Quand vous parlez de la profession, faites-vous allusion aux organismes de réglementation?

**Le sénateur Joyal :** Oui.

**Dr Grant :** Je crois pouvoir dire sans me tromper qu'aucun ordre de médecins provincial ou territorial n'a été consulté, sénateur.

**Le sénateur Joyal :** J'aimerais que nous revenions sur votre remarque au sujet de la façon dont nous définissons une mort naturelle qui devient raisonnablement prévisible. Dans le l'alinéa d) du projet de loi, si vous l'avez devant vous, on peut lire ceci :

d) sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

Comment interprétez-vous la seconde partie de la phrase? Va-t-elle dans le même sens que la première ou apporte-t-elle en fait des éclaircissements au médecin qui serait appelé à revoir sa décision?

**Dr Grant :** Je crois que vous savez déjà quelle sera ma réponse.

**Le sénateur Joyal :** Je ne suis pas médecin.

**Dr Grant :** Fait intéressant, quand l'arrêt *Carter* a été prononcé, nous avons eu l'impression que ce dernier ne prenait aucunement en compte la proximité du décès. La réglementation du Québec, comme vous le savez, parle de la *fin de vie*. Mon

“reasonably foreseeable” means with that modifier that death is not necessarily imminent but somewhat near and to be contemplated.

I think that’s so difficult for the doctor. As we look at this through the lens of the suffering patient and the lens of the family, it’s so difficult to interpret. I think every physician’s horizon would be different. All physicians are encouraged to talk about end-of-life issues early with patients — that is, early in a process — so you can get a good sense of that. Physicians initiate that conversation at different points along the continuum.

Senator, our concern is that this is language that doctors will not be comfortable with, language that neither patients nor doctors nor lawyers really understand, and I don’t really quite know how to regulate or implement it.

**Senator Joyal:** Dr. Kirsh, in your practice with minors, how would you implement those criteria if you would have to face such a situation?

**Dr. Kirsh:** I’m sorry, senator. Do you mean with regard to the “reasonably foreseeable” language?

**Senator Joyal:** Yes, and without a prognosis necessarily having been made as to the specific length of time that they have remaining.

**Dr. Kirsh:** If you’re asking specifically to my practice as a pediatric cardiologist, I deal with conditions that have potentially fatal outcomes all the time. It’s impossible to predict for an individual patient a time that could be measured or the time between the moment you consult with them to when they could die, if they have a potentially fatal condition. In fact, we’re guided against that because any prediction I might make in that circumstance is wrong in either one direction or the other.

This is not language that would help me as a practitioner in the pediatric field.

**Senator Plett:** My questions are to the two witnesses from the college of physicians. I’ll ask the questions to both of you right away and then you can answer.

You take exception — and I find it alarming — that the bill suggests dying should be an option of last resort, as you state in some of your concerns.

I would hope that it is an option of last resort. This is quite literally life and death. You have essentially objected to every safeguard the government has put in place. From a medical perspective, how do you explain your objection to assisted dying being an option of last resort, and what kind of a physician would

interprétation de la notion de mort « raisonnablement prévisible », avec cette modification, est que la mort n’est pas nécessairement imminente, mais proche, en quelque sorte, et qu’elle peut être envisagée.

Je crois que c’est très difficile pour un médecin. Si nous adoptons le point de vue du patient qui souffre et de sa famille, il devient extrêmement difficile d’interpréter cette notion. Je crois que chaque médecin a son propre point de vue sur la question. Tous les médecins sont encouragés à aborder la question de la fin de vie dès le début avec leur patient — c’est-à-dire, dès le début du processus — afin de pouvoir mieux l’apprivoiser. Les médecins amorcent ce dialogue à différents points du continuum.

Ce qui nous inquiète, sénateur, c’est que les médecins ne seront pas à l’aise avec ce vocabulaire que ni les patients, ni les médecins, ni les avocats ne comprennent réellement, et je ne sais pas vraiment comment régler en la matière ou comment mettre cela en application.

**Le sénateur Joyal :** Docteur Kirsh, dans votre exercice de la médecine auprès des mineurs, comment appliqueriez-vous ces critères dans une telle situation?

**Dr Kirsh :** Je vous demande pardon, sénateur. Faites-vous allusion à ce que l’on entend par une mort « raisonnablement prévisible »?

**Le sénateur Joyal :** Oui, et sans pour autant qu’un pronostic ait été établi quant à l’espérance de vie exacte du patient.

**Dr Kirsh :** Si vous faites précisément allusion à mon exercice de la cardiologie pédiatrique, sachez que suis toujours confronté à des problèmes de santé potentiellement mortels. Il est impossible de prédire pour un patient donné une espérance de vie précise ou un délai précis entre le moment où il consulte et le moment probable de son décès, s’il souffre d’une condition mortelle. En fait, nous évitons de le faire, puisque d’une manière ou d’une autre, toute prédiction faite en de telles circonstances est inexacte.

Ce n’est pas un vocabulaire qui m’aiderait dans l’exercice de la pédiatrie.

**Le sénateur Plett :** Mes questions s’adressent aux deux témoins de l’Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario. J’énoncerai d’abord mes questions, après quoi vous pourrez y répondre.

Comme vous l’avez évoqué plus tôt, vous vous opposez — et cela m’inquiète — au fait que le projet de loi suggère que la mort ne doit être envisagée qu’en dernier recours.

J’ose espérer que c’est une solution de dernier recours. Il s’agit bien ici, littéralement, d’une question de vie ou de mort. Vous vous êtes essentiellement opposés à toutes les garanties que le gouvernement a mises en place. D’un point de vue médical, comment expliquez-vous votre objection au fait que l’aide

not explore and encourage their patient to explore every alternative and possible care before agreeing to the end of life of a patient?

My question on the conscientious objection is this: In what way is declining any sort of participation in this process or not referring the patient unethical? Whose ethics does the goal of preservation of life violate, and how can you suggest that the ethics of those who support euthanasia are more valid than those that do not?

**Dr. Gerace:** Firstly, in respect to conscientious objection, the focus of physicians has to be their patients, not their own view of the world. So a patient who requests information about a legal procedure is entitled to get that information. It's my view, and the view of the college, that a doctor who refuses to provide that information or arrange for that patient to get that information is behaving in a manner that's unprofessional.

I simply think that it is unconscionable not to put patients first. We dealt with this. Some of us are old enough to have been around when termination of pregnancy became legal, and that was the guide. If you didn't believe in doing an abortion, you arranged for your patient to see someone who could talk to them about it. It's all about the patients and not the practitioner.

**Senator Plett:** The Supreme Court, in *Carter*, expressly recognizes, in paragraph 132, the need to balance the charter of rights of patients and the charter of rights of physicians.

**Dr. Gerace:** Correct. We believe that demanding an effective referral effectively reconciled those rights. The doctor who makes the referral is not engaged in the act of terminating the patient's life.

It's like me as an emergency physician. If I have a patient who I think wants or needs surgery, I refer them to a surgeon. I don't decide whether they're going to get surgery. It's the surgeon that makes that decision.

**Senator Plett:** This is about somebody's life. I don't think it's the same.

Dr. Kirsh, could you answer my other question, please?

**Dr. Kirsh:** I'm going to defer to Dr. Gerace's response regarding conscientious objection.

Your other question, senator, related to what?

médicale à mourir doit demeurer une solution de dernier recours, et quel type de médecin refuserait d'envisager toutes les solutions de rechange et tous les traitements possibles et d'inciter leur patient à faire de même avant d'accepter de mettre fin à la vie de ce dernier?

Ma question au sujet de l'objection de conscience est la suivante : En quoi est-ce que le fait de refuser toute participation à ce processus ou de ne pas aiguiller un patient vers un autre professionnel contrevient-il à l'éthique? À quel code d'éthique l'objectif de préserver la vie contrevient-il et comment pouvez-vous laisser entendre que l'éthique des défenseurs de l'euthanasie est plus valable que celle de ceux qui s'y opposent?

**Dr Gerace :** Premièrement, en ce qui a trait à l'objection de conscience, les médecins doivent se préoccuper d'abord et avant tout de leurs patients et faire fi de leurs propres convictions. Donc, tout patient qui demande des informations sur une procédure légale a le droit de les obtenir. Je suis d'avis, et c'est également l'avis de l'Ordre, qu'un médecin qui refuserait de fournir ces informations à son patient ou de prendre les dispositions nécessaires pour que ce dernier ait accès à cette information manquerait à son devoir professionnel.

Je pense simplement qu'il est inadmissible de reléguer au second rang les besoins du patient. Nous avons connu cela auparavant. Certains d'entre nous exerçaient déjà la médecine lorsque l'interruption de grossesse a été légalisée, et c'était la règle à suivre. Si vous ne vouliez pas pratiquer d'avortements, vous preniez les dispositions voulues afin que votre patient consulte un autre médecin qui pourrait lui parler de la procédure. C'est le patient qui compte, et non le praticien.

**Le sénateur Plett :** Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada reconnaît explicitement, au paragraphe 132, la nécessité de trouver un équilibre entre les droits des patients et ceux des médecins.

**Dr Gerace :** C'est exact. Nous croyons que l'exigence d'une réorientation vers un autre professionnel permet de concilier ces droits. Le médecin qui aiguille son patient vers un autre praticien ne participe pas à la mise à mort du patient.

C'est aussi mon cas en tant qu'urgentiste. Si j'estime que mon patient a besoin d'une intervention chirurgicale ou s'il souhaite en subir une, je l'aiguille vers un chirurgien. Ce n'est pas à moi de décider s'il subira ou non une intervention. C'est au chirurgien que revient cette décision.

**Le sénateur Plett :** C'est de la vie de quelqu'un dont il est question ici. Je ne crois pas que ce soit la même chose.

Docteur Kirsh, pourriez-vous répondre à mon autre question?

**Dr Kirsh :** Je m'en remets à la réponse fournie par le Dr Gerace à la question sur l'objection de conscience.

Pourriez-vous, monsieur le sénateur, me rappeler l'objet de votre autre question?

**Senator Plett:** It related to the last resort. At what point in the process should this be the first resort? What resort should it be for somebody to ask for the termination of his or her life?

**Dr. Kirsh:** I'd like to apologize if my remarks or if our submissions suggested to you that we were against the language, specifically "last resort." I think we stayed away from that.

**Senator Plett:** No, your submission states it very clearly: "It suggests MAID must be an option of last resort." It's one of the concerns you raised.

**Dr. Kirsh:** The other aspect I did touch upon relates to the language of "incurable" in the legislation. We don't feel, as a regulator, in our guidance that a patient has to seek every possible remedy if some of those remedies or if some of those treatments are not acceptable to that patient. I think that is language that the Supreme Court used.

In terms of "last resort," sometimes not everything you do for patients to prolong their life meets their needs in terms of suffering and grievous and irremediable condition. My colleagues in palliative care, unfortunately, meet with this on a regular basis. Sometimes they cannot control a patient's pain. Sometimes they cannot control a family's anguish, and they are often met with questions from families about medical aid in dying for their child when it's clear that they have reached the limits of what palliative care can do. If that's what you mean by "last resort," then we are facing that as we speak.

**Senator Plett:** I'm sorry. I didn't say that's what I meant by —

**The Chair:** Senator Cowan.

**Senator Cowan:** Welcome. Sorry I was not here for the earlier part of your presentation. I have a clarification and a question. My colleague Senator Baker was talking about the cases that have been dealt with under the interim guidelines and suggested, I think, that all of those cases involved patients who were terminally ill. It's my understanding that a recent Manitoba case involved a woman who had ALS and the attending physician said that that person had three to five years to live. Is that your understanding as well?

**Dr. Kirsh:** I don't know.

**Senator Cowan:** There's been a lot of discussion about June 6 being a deadline. Let's suppose the bill doesn't pass by June 6. We would then be left with the decision of the Supreme Court of Canada in *Carter* and the guidance that that provides, and then the work that your various regulatory agencies would put in place for the guidance of physicians. Can you give us some indication as to how that landscape would look to you?

**Le sénateur Plett :** Elle portait sur le dernier recours. À quelle étape du processus l'aide médicale à mourir devrait être la solution de premier recours? Dans quelles circonstances une personne devrait-elle demander qu'on l'aide à mourir?

**Dr Kirsh :** Vous voudrez bien m'excuser si mes remarques ou si notre proposition vous ont donné l'impression que nous nous opposons au vocabulaire choisi, en particulier à l'expression « dernier recours ». Je crois que nous avons évité d'en parler.

**Le sénateur Plett :** Non, votre proposition le dit très clairement, vous suggérez bien que l'aide médicale à mourir doit être une option de dernier recours. C'est l'une des préoccupations que vous avez soulevées.

**Dr Kirsh :** L'autre aspect et j'ai abordé a trait à l'emploi de l'adjectif « incurable » dans le projet de loi. En tant qu'organisme de réglementation, nous ne pensons pas que, selon nos lignes directrices, un patient doit envisager tous les remèdes possibles si certains de ces remèdes ou traitements ne sont pas acceptables à ses yeux. Je crois que c'est ce qu'a dit la Cour suprême.

Pour ce qui est du « dernier recours », il arrive parfois que ce que vous faites pour prolonger la vie d'un patient ne réponde pas à ses besoins au vu de la souffrance et des problèmes de santé graves et irrémédiables qui l'affligent. Mes collègues des soins palliatifs, malheureusement, sont régulièrement confrontés à ce genre de situation. Parfois, ils ne parviennent pas à contrôler la douleur d'un patient. Il arrive aussi qu'ils ne parviennent pas à limiter l'anxiété de la famille du patient. De plus, ils sont souvent appelés à répondre aux questions des familles sur l'aide médicale à mourir offerte aux enfants lorsqu'ils ont clairement atteint les limites des soins palliatifs. Si c'est cela que vous entendez par « dernier recours », alors oui, c'est ce à quoi nous sommes confrontés.

**Le sénateur Plett :** Je suis désolé. Je n'ai pas dit que c'est ce que je voulais dire par...

**Le président :** Sénateur Cowan.

**Le sénateur Cowan :** Bienvenue. Je regrette d'avoir raté la première partie de votre exposé. J'ai une précision à apporter et une question à poser. Mon collègue, le sénateur Baker, a parlé des cas qui ont été traités conformément aux lignes directrices intérimaires et a suggéré, je crois, que tous ces cas concernaient des patients en phase terminale. Je crois comprendre qu'un cas récent au Manitoba concernait une femme atteinte du SLA et que le médecin traitant a dit qu'il lui restait de trois à cinq ans à vivre. Est-ce exact?

**Dr Kirsh :** Je ne sais pas.

**Le sénateur Cowan :** Il a été largement question de l'échéance du 6 juin. Supposons que le projet de loi ne soit pas accepté d'ici le 6 juin. Nous devons alors nous conformer à la décision rendue par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Carter* et à l'orientation qu'elle fournit, puis aux lignes directrices élaborées par vos différents organismes de réglementation à l'intention des médecins. Pourriez-vous nous donner quelques indications sur ce à quoi tout cela ressemblerait à votre avis?

**Dr. Grant:** There will not be a vacuum. This won't be the Wild West. There is sufficient guidance in the *Carter* decision, and the regulators who are legislated to have the responsibility of regulating the delivery of the practice of medicine will regulate.

Nor is this uncharted territory. The reason this question came before the Supreme Court of Canada — essentially the same question as the *Rodriguez* question, 25 or 26 years its predecessor — is that the world has changed. There is worldwide experience in the delivery of this. The essential feature of the delivery of medical aid in dying is that it's a medical act.

The one glaring area of concern in the situation where there's no legislation is medicine today is delivered in teams. The opening question of the exemption or protection to be afforded those that help physicians in the delivery of this care would worry me. I am confident in the absence of legislation that if more thought and time is required the regulators can fill that.

**Dr. Gerace:** When the College of Physicians of Ontario produced their guidance, it was produced with a view that there would not be a law. We were butting up against the February 6 deadline. There was no indication of whether there was going to be an extension, so we created guidance for that eventuality.

It would be unfortunate if things like the team-based care that Ms. Penney alluded to would not be possible. That would not be a good thing. There would not be a national registry of deaths so we can monitor the effectiveness.

While life will or will not go on, on June 6, should there not be a law, there will be deficiencies in the system.

**Senator Cowan:** I'm not arguing against legislation. I'm just asking if the sky would fall if there was no legislation in place. You've answered my question.

**Dr. Theman:** To me the critical piece, if you could, is to create protections for other health care providers.

[Translation]

**Senator Boisvenu:** My question is for Ms. Penney. I would like to thank all of you very much for being here. Your testimonies confirm that this bill deserved broader public, professional and legal consultation than we have given it. I am not blaming the committee chair, but I find it unfortunate that our study is rushed. Ms. Penney, you stated earlier that the work of nurses in this area should be limited to aiding the patient and should exclude administration of the drug. Have I understood that correctly?

**Dr Grant :** Il n'y aura pas de vide juridique. Ce ne sera pas le Far West. L'arrêt *Carter* fournit suffisamment d'orientation, et ce sont les organismes autorisés à réglementer l'exercice de la médecine qui la réglementeront.

Ce n'est pas non plus un territoire inconnu. La raison pour laquelle cette question a été soumise à la Cour suprême du Canada — il s'agit essentiellement de la même question que dans l'arrêt *Rodriguez* rendu 25 ou 26 ans auparavant —, c'est que le monde a changé. La question de l'aide médicale à mourir touche des pays du monde entier. La caractéristique essentielle de l'aide médicale à mourir est qu'il s'agit d'un acte médical.

Les soins en équipe constituent l'un des domaines pour lesquels l'absence de loi est la plus préoccupante aujourd'hui. La question inaugurale au sujet de l'exemption ou de la protection offerte aux personnes qui aident les médecins à fournir cette aide me préoccupe. J'ai bon espoir qu'en l'absence de loi, si les organismes de réglementation ont besoin de plus de temps pour réfléchir à la question, ils seront en mesure de le faire.

**Dr Gerace :** Lorsque l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a créé ses lignes directrices, il l'a fait en pensant qu'il n'y aurait pas de loi. Nous étions confrontés à la date butoir du 6 février. Rien ne laissait présager qu'il y aurait un prolongement, alors nous avons créé des lignes directrices dans cette perspective.

Il serait dommage que quelque chose comme les soins dispensés en équipe auxquels Mme Penney a fait allusion ne soit plus possible. Ça serait une mauvaise chose. Il n'y aurait pas de registre national des décès nous permettant d'en mesurer l'efficacité.

Que la vie se poursuive ou pas, s'il n'y a pas de loi en vigueur le 6 juin, il y aura des disparités dans le système.

**Le sénateur Cowan :** Je ne conteste pas le projet de loi. Je me demande simplement si le ciel nous tomberait sur la tête en l'absence de loi. Vous avez répondu à ma question.

**Dr Theman :** Selon moi, l'élément crucial, si vous voulez, consiste à créer des protections pour les autres fournisseurs de soins de santé.

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Ma question s'adresse à madame Penney. Merci beaucoup à vous tous de votre présence. Vos témoignages nous confirment que ce projet de loi aurait mérité une consultation publique, professionnelle et juridique beaucoup plus solide que celle que nous avons faite. Je ne mets pas la faute sur le président du comité, mais je trouve regrettable que notre étude soit expéditive. Madame Penney, vous avez affirmé plut tôt que le travail des infirmières dans ce domaine devrait se limiter à l'accompagnement du patient et devrait exclure l'administration du médicament. Ai-je bien compris?

[English]

**Ms. Penney:** Yes. We suggest registered nurses, so it's different than nurse practitioners. Nurse practitioners have a scope of practice that would allow them to administer the substance. Registered nurses, in our view, do not.

[Translation]

**Senator Boisvenu:** Medical care in remote northern communities is often administered by nurses, with the help of the attending physician who communicates by Internet or closed-circuit television because it is rare for a doctor to be there permanently. So it is often the nurse who administers medical services, with the exception of surgery. How can we make your position compatible with the administration of the drug and aiding the patient in communities like this?

[English]

**Ms. Penney:** I think we could, if physicians or nurse practitioners were available through the procedure.

[Translation]

**Senator Boisvenu:** But most of the time, the professionals or physicians are not available, and the nurses are the ones who provide all the care and services over fairly long periods of time. Are we going to let the patient suffer and wait for the doctor to come to administer the drugs? I am trying to understand how these people in remote northern regions can receive equal treatment to that given to people in the south. I am concerned about the fate of these communities.

[English]

**Ms. Penney:** Yes, I understand the concern. I guess our concern is that nurses may not have the capacity to deal with unintended consequences — if someone is dying, they wake up, if they have seizures. A nurse's scope of practice is limited if they don't have guidance from a physician or a nurse practitioner.

People in the North should really have the same standard of care that people otherwise have. Now, of course, geography sometimes limits that. But nurse practitioners are becoming more and more prevalent in the communities as well.

[Translation]

**Senator Dagenais:** I have two quick questions for Dr. Grant. First, how did you take the unnecessary broadening of certain powers of nurses and pharmacists? Also, to what extent do these

[Traduction]

**Mme Penney :** Oui. Nous suggérons des infirmières autorisées, par opposition aux infirmières praticiennes, dont le champ d'activité leur permettrait d'administrer la substance en question. Les infirmières autorisées n'ont pas compétence en cette matière, à notre avis.

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Dans les collectivités éloignées du Nord, souvent, les soins médicaux sont administrés par des infirmières, avec l'aide du médecin traitant qui communique par Internet ou par circuit télévisé, car il est rare qu'un médecin puisse être présent en permanence. Ainsi, ce sont souvent les infirmières qui administrent l'ensemble des services médicaux, à l'exception des chirurgies. Comment peut-on rendre votre position compatible avec l'administration du médicament et l'accompagnement du patient dans ce type de collectivités?

[Traduction]

**Mme Penney :** Je pense que ce serait possible, si les médecins ou les infirmières praticiennes étaient disponibles tout au long du processus.

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Cependant, la plupart du temps, les professionnels ou les médecins ne sont pas disponibles, et ce sont les infirmières qui donnent l'ensemble des soins et des services sur des périodes assez longues. Va-t-on laisser le patient souffrir en attendant que le médecin vienne sur place lui administrer les médicaments? J'essaie de voir comment ces gens, dans les régions éloignées du Nord, peuvent recevoir des traitements équivalents à ceux qui sont administrés aux gens du Sud. Le sort de ces collectivités me préoccupe.

[Traduction]

**Mme Penney :** Oui, je comprends votre inquiétude. Je présume que vous vous inquiétez du fait que les infirmières pourraient ne pas être habilitées à gérer les répercussions inattendues — si une personne meurt, se réveille ou subit des crises d'épilepsie. Le champ d'activité d'une infirmière est limité si cette dernière ne reçoit pas l'orientation d'un médecin ou d'une infirmière praticienne.

Les gens du Nord devraient réellement recevoir les mêmes soins que le reste des Canadiens et des Canadiennes. Cela dit, évidemment, la géographie constitue parfois un obstacle. Les infirmières praticiennes sont de plus en plus nombreuses au sein des collectivités.

[Français]

**Le sénateur Dagenais :** J'ai deux courtes questions qui s'adressent au D<sup>r</sup> Grant. Tout d'abord, comment avez-vous accueilli l'élargissement non nécessaire de certains pouvoirs aux

nurses and pharmacists have the capacity to judge what we must call, under the bill, the irremediable condition or reasonably foreseeable death of an individual?

[English]

**Dr. Grant:** Thanks for the question. It would not be for me to speak to the scope of practice of nurses or pharmacists. In the Nova Scotia experience, when working with nurse practitioners, they operate independently but not autonomously, so always in a collaborative relationship with physicians.

Your question was more focused upon the language and the determination of who is best trained and best positioned to make a determination of whether a condition is grievous and irremediable. This comes back to the patient. The challenge of practising medicine is to bring your knowledge to the table but also to see the situation through the eyes of the patient. The important modifiers in the language of *Carter* are that these things are seen through the eyes of the patient. It's enduring suffering intolerable to the patient, irremediable to treatments acceptable to the patient. That's the role of the physician, to understand the view of the illness, meaning the disease experienced, to understand the patient's illness.

You know my concerns about "reasonably foreseeable." It's language that doesn't compute for physicians. In terms of who best to make this determination, I can say that that's something physicians can do.

**Senator Lankin:** Dr. Kirsh, you spoke about the mature minor, and you made reference to the Health Care Consent Act in Ontario and some of the provisions of that. The flip side of that is capacity assessments and advance directives and substitute decision making. It's a very complex regime that works together, but it's working, I would argue.

This is to all the physician college representatives: When the ministers were before us, a question about advance directives and why the exclusion and other questions that were about mature minors, the response we got was that the provinces, while they have different regimes, some of them find the regimes are not working well on advance directives and on consent to treatment. I hadn't been aware of that. I had not seen anything written about that or anything discussed. In your experience across the country, do you affirm what the minister said, or do you have a different view?

**Dr. Gerace:** I personally, senator, think it's working well in Ontario, so I would defer to my colleagues from Nova Scotia and Alberta.

infirmières et aux pharmaciens? De plus, dans quelle mesure ces infirmières et pharmaciens ont-ils la capacité de juger de ce que nous devons appeler, selon le projet de loi, l'état irrémédiable ou de la mort raisonnablement prévisible d'une personne?

[Traduction]

**Dr Grant :** Merci de votre question. Je ne crois pas que je puisse me prononcer au sujet du champ d'activité des infirmières ou des pharmaciens. En Nouvelle-Écosse, quand des médecins collaborent avec des infirmières praticiennes, ces dernières travaillent de manière autonome, mais pas entièrement indépendante. Ils collaborent donc continuellement.

Votre question portait davantage sur le vocabulaire employé et sur la désignation du personnel le mieux formé et le mieux à même de déterminer si des problèmes de santé donnés sont graves et irrémédiables. Il faut revenir au patient. Le défi à relever, quand on exerce la médecine, consiste à apporter un bagage de connaissances tout en examinant la situation du point de vue du patient. Les modifications importantes au libellé de l'arrêt *Carter* montrent que ces questions sont examinées sous l'angle du patient. Il est question des souffrances intolérables qu'endure le patient, de problèmes de santé irrémédiables compte tenu des traitements jugés acceptables par le patient. C'est cela, le rôle du médecin : comprendre la maladie telle qu'elle est vécue par le patient, comprendre sa condition.

Vous connaissez mes préoccupations au sujet de la notion de mort « raisonnablement prévisible ». Cette expression ne veut pas dire grand-chose pour les médecins. Quant à savoir qui est le mieux à même de prendre une décision à cet égard, je crois que les médecins peuvent le faire.

**La sénatrice Lankin :** Docteur Kirsh, vous avez parlé des mineurs matures, et vous avez fait allusion à la Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé, en Ontario, et à certaines de ses dispositions. L'envers de la médaille, c'est l'évaluation de la capacité, les directives préalables et la prise de décision pour autrui. C'est un régime très complexe qui requiert de la collaboration, mais qui fonctionne, à mon avis.

Ma prochaine question s'adresse aux représentants de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario : quand les ministres sont venus nous voir, nous leur avons posé une question au sujet des directives préalables et des raisons de l'exclusion, tandis que d'autres questions ont porté sur les mineurs matures. Ils nous ont répondu que, même si les provinces possèdent toutes leur propre régime, certaines d'entre elles estiment que leur régime ne fonctionne pas bien pour ce qui est des directives préalables et du consentement au traitement. J'ignorais que c'était le cas. Je n'avais rien lu sur le sujet et je n'avais jamais entendu de débat sur la question. En vous fondant sur l'expérience que vous avez acquise à l'échelle du pays, confirmez-vous ce que l'une des ministres a dit, ou avez-vous une opinion différente?

**Dr Gerace :** Personnellement, madame la sénatrice, je crois que cela fonctionne bien en Ontario, alors je vais laisser mes collègues de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta répondre à cette question.

**Dr. Theman:** It's a question of what exactly might not be working.

In the sense of our providers always paying attention to what is in a patient's personal directive and acting on those wishes, I hear anecdotally that that does not always happen and is an issue. In other respects, I'm uncertain what specifically the ministers were speaking to.

**Dr. Grant:** I, too, the same thing. I don't think we're seeing failings of the system, but occasionally actions are taken not in contemplation. Occasionally physicians may fail to iron out the details of a plan and there's confusion. But I don't think it's a failure of the system; it's the application of the responsibilities.

**The Chair:** Thank you all, witnesses, for taking time out of what we know are very busy schedules to assist the committee in its deliberations. We very much appreciate it.

For our third panel today, we have from the Canadian Association for Community Living, Michael Bach, Executive Vice-President; from the Council of Canadians with Disabilities, Rhonda Wiebe, Co-Chair, Ending of Life Ethics Committee joining us by video conference from Winnipeg; from the Disabled Women's Network of Canada, Carmela Hutchison, President; and from the Canadian Society of Palliative Care Physicians, Dr. Susan MacDonald, President, and Monica Branigan, Board Member and Chair, Working Group on Hastened Death. Thank you all for being with us today.

We will begin with Ms. Wiebe via video conference. Please lead off with your opening statement.

**Rhonda Wiebe, Co-Chair, Ending of Life Ethics Committee, Council of Canadians with Disabilities:** Thank you for this opportunity today.

The Council of Canadians with Disabilities is the largest organization in Canada made up of people with disabilities and speaks for people with disabilities. Unlike other groups, CCD has been around for 40 years and has worked to gain equality on a wide range of issues from transportation, to health care, to education, to pension and to income. We look at a holistic picture of what it is to live with disability and work to make sure we have the same rights as other citizens.

We acknowledge the Supreme Court of Canada ruling in *Carter* and appreciate that you seek input from our community. We in no way want to be obstructionist to this legislation. Rather,

**Dr Theman :** La question porte sur ce qui ne fonctionne pas exactement.

Pour ce qui est de savoir si nos fournisseurs tiennent toujours compte des directives personnelles du patient et agissent conformément à ces directives, il arrive rarement que ce ne soit pas le cas et que cela pose problème. À d'autres égards, je ne suis pas certains de ce à quoi les ministres faisaient allusion.

**Dr Grant :** C'est la même chose dans mon cas. Je ne crois pas que nous observions des défaillances dans le système, mais il arrive que des actions ne soient pas réalisées conformément aux souhaits des patients. Il arrive qu'un médecin ne parvienne pas à régler tous les détails d'un plan, et cela occasionne de la confusion. Cela dit, je ne crois pas que cela soit attribuable à une défaillance de notre régime; c'est dû à l'application des responsabilités.

**Le président :** Merci à tous nos témoins d'avoir pris le temps, en dépit de leurs horaires qui, nous le savons, sont très chargés, d'aider le comité dans ses délibérations. Nous vous sommes très reconnaissants.

Notre troisième groupe de témoins se compose ainsi : pour le compte de l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, Michael Bach, vice-président de la direction; du Conseil des Canadiens avec déficiences, Rhonda Wiebe, coprésidente, Comité de l'éthique en fin de vie, qui se joint à nous par vidéoconférence; du Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, Carmela Hutchison, présidente; et de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, la Dre Susan MacDonald, présidente, et Monica Branigan, membre du conseil et présidente du Groupe de travail sur l'aide médicale à mourir. Je vous remercie tous d'être des nôtres aujourd'hui.

Nous commencerons par Mme Wiebe, qui se joint à nous par vidéoconférence. Pourriez-vous commencer par vos remarques préliminaires?

**Rhonda Wiebe, coprésidente, Comité de l'éthique en fin de vie, Conseil des Canadiens avec déficiences :** Merci de me donner l'occasion de m'exprimer devant vous aujourd'hui.

Le Conseil des Canadiens avec déficiences est le plus grand organisme au Canada qui soit constitué de personnes aux prises avec un handicap et qui s'exprime en leur nom. Contrairement à d'autres groupes, le CCD existe depuis 40 ans et s'efforce d'atteindre l'égalité dans un certain nombre de domaines, qu'il s'agisse des transports, des soins de santé, de l'éducation, des pensions de retraite ou du revenu. Nous avons une vue d'ensemble sur ce que cela signifie de vivre avec un handicap et nous travaillons en vue de nous assurer que les personnes aux prises avec un handicap jouissent des mêmes droits que les autres citoyens.

Nous reconnaissons la décision rendue par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Carter*, et nous apprécions le fait que vous cherchiez à obtenir l'opinion du milieu que nous

we want to make sure it is the best legislation it can be. We offer our perspective because we know what it is like to have grievous and irremediable conditions. We live with them all the time.

I declare that I'm a person with disability. I've undergone 21 surgeries. I'm legally blind. I have mobility restrictions, and I live with significant pain. I will continue to lose capacity, so I need to keep defining what it is to be a person of value, dignity and autonomy.

Autonomy doesn't argue against safeguards because not everyone has the same choices. If we can't understand our choices, it may be because they aren't communicated in a way that is accessible to us. Many physicians don't have the skills to explain choices in sign language or to someone with aphasia or cognitive disability or people who are deaf-blind. If we think that we've run out of choices about where and how we can live, what we can learn, what we can earn, where we can go and how we can relate to our communities, we become unnecessarily vulnerable. We lose resiliency. We lose autonomy.

Consider the many social factors that affect us. We still face discrimination to the point where we need protection under the Charter. Canada has a well-meaning but detrimental history of politics and policies regarding disability, including eugenics, infanticide, institutionalization, forced sterilization and segregation. Legislative bodies played significant roles in these atrocities, and yet we've always been told by able-bodied Canadians that "this is for your own good."

Given this, what do autonomy and vulnerability mean? When you acquire a disability, you have to adjust to loss. Every day you negotiate the world in new ways to get around, to live, maybe new housing, new ways to learn and to relate to others. As we espouse autonomy, we must acknowledge the problems that lie in our lack of supports to just go on living and the discriminations we face.

We're concerned that some people who request medical aid in dying are vulnerable to the shock of these changes and that they are now part of a socially marginalized group. Many groups facing social marginalization need Charter protection. The news is filled with incidents where people from socially marginalized groups want to end their lives. The rate of gay teenagers killing themselves reached such significance that the worldwide "It Gets Better" campaign was launched. The campaign offers a clear

représentons. Nous ne voulons en aucun cas entraver cette mesure législative. Nous souhaitons plutôt nous assurer que c'est la meilleure mesure législative qui soit. Nous donnons notre point de vue, car nous savons ce que c'est de vivre avec des problèmes de santé graves et irrémédiables. Nous le faisons quotidiennement.

Je suis une personne handicapée. J'ai subi 21 interventions chirurgicales. Je suis aveugle au sens de la loi. Ma mobilité est restreinte et je vis avec une douleur considérable. Mes capacités iront en diminuant, alors je dois continuer de définir ce que veut dire avoir de la valeur et vivre dans la dignité et de façon autonome.

L'autonomie ne va pas à l'encontre des garanties, car toutes les personnes n'ont pas les mêmes possibilités. Si nous ne pouvons pas comprendre les choix qui s'offrent à nous, c'est peut-être parce qu'ils ne sont pas communiqués d'une manière qui nous est accessible. De nombreux médecins n'ont pas les compétences voulues pour expliquer les solutions possibles dans la langue des signes, à une personne atteinte d'aphasie ou présentant une déficience cognitive, ou encore à des patients qui sont sourds et aveugles. Lorsque nous croyons être à court de solutions quant à l'endroit où nous pouvons vivre, à la manière dont nous pouvons vivre, à ce que nous pouvons apprendre, à ce que nous pouvons gagner, aux endroits où nous pouvons aller et à la manière dont nous pouvons interagir avec notre communauté, nous devenons indûment vulnérables. Cela mine notre résilience et notre autonomie.

Pensez aux différents facteurs sociaux qui nous touchent. Nous sommes toujours confrontés à la discrimination, et ce, à un point tel que nous devons être protégés par la Charte. Par le passé, le Canada a favorisé des politiques et une approche politique remplies de bonnes intentions, certes, mais néfastes en ce qui a trait aux handicaps, que l'on pense à l'eugénisme, aux infanticides, à l'institutionnalisation, à la stérilisation forcée et à la ségrégation. Les organes législatifs ont joué un rôle crucial au regard de ces atrocités, et pourtant, nous nous sommes toujours fait dire par des Canadiens et des Canadiennes non handicapés que c'était « pour notre propre bien ».

À la lumière de tout cela, qu'entend-on par autonomie et par vulnérabilité? Quand on devient handicapé, il faut s'adapter à une perte. Chaque jour, il faut trouver de nouvelles façons de se déplacer, de vivre. On doit parfois trouver un nouveau logement, de nouvelles manières d'apprendre et d'interagir avec les autres. Si nous adhérons à la notion d'autonomie, nous devons prendre en compte les problèmes que posent le manque de soutien auquel nous sommes confrontés au quotidien ainsi que la discrimination dont nous faisons l'objet.

Nous craignons que certaines personnes qui souhaitent obtenir de l'aide médicale à mourir soient encore sous le choc provoqué par ce changement et qu'elles soient marginalisées par la société. De nombreux groupes confrontés à la marginalisation ont besoin de la protection de la Charte. Les nouvelles abondent de cas de personnes socialement marginalisées qui souhaitent mettre fin à leurs jours. Le taux de suicide chez les adolescents homosexuels a atteint à lui seul un tel degré qu'on a lancé la campagne

message to gay, lesbian and transgender youth that despite soul-crushing prejudice, they're great the way they are; it's going to be better if they can find the right people and the right supports out there.

We ask you to adhere to the Supreme Court mandate to protect the vulnerable "from being induced to take their own lives in times of weakness."

The CCD, along with organizations nationwide, endorses the Vulnerable Persons Standard. Please remember the whole picture. Remember that we are more likely to live in poverty, to be uneducated, to have experienced abuse. We are less likely to be employed. Remember, we are more likely to live in unsafe and inadequate housing. Remember, we face barriers in our physical encounters with the world and stigma on a daily basis.

We want a good life along with a good death. A good death not only means the right to medical assistance in dying but also the right to accessible palliative care.

Thank you.

**Dr. Susan MacDonald, President, Canadian Society of Palliative Care Physicians:** Good afternoon, Mr. Chair, honourable senators, and invited participants. Thank you for the invitation to present our proposed amendments on behalf of the Canadian Society of Palliative Care Physicians, and thank you in advance for the hard work and thought that you will engage in on this manner. Dr. Monica Branigan will speak to our proposed amendments.

**Dr. Monica Branigan, Board Member and Chair, Working Group on Hastened Death, Canadian Society of Palliative Care Physicians:** We have thought long and hard about this, and we have three specific recommendations for amendments to Bill C-14 that will ensure that the right to palliative care is as robust as the right to hastened death.

Currently, that is not the case. We do know that perhaps up to 3 per cent of Canadians will avail themselves of hastened death. Perhaps 10 per cent of us will die suddenly. That means 87 per cent of us can benefit from palliative care, and yet we have no right to that care. It is currently a patchwork and it really depends on where one lives. So we have thought about how we can enshrine protection so that there is, in fact, a right to palliative care in Bill C-14.

Our first recommendation is to amend the last paragraph of the preamble to state: "And whereas the Government of Canada has committed to develop legislative and non-legislative measures that would support the improvement of a full range of options for

« It Gets Better ». Cette campagne envoie un message clair aux jeunes gais, lesbiennes et transgenres. Il dit que, malgré les préjugés terriblement blessants dont ils font l'objet, les jeunes LGBT sont merveilleux tels qu'ils sont, que les choses iront en s'améliorant s'ils peuvent s'entourer des bonnes personnes et aller chercher le bon type de soutien à leur disposition.

Nous vous demandons d'adhérer au mandat de la Cour suprême d'empêcher que les personnes vulnérables « soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse ».

Le CCD, à l'instar d'autres organismes des quatre coins du pays, appuie la Norme sur la protection des personnes vulnérables. Il faut examiner la situation dans son ensemble. Gardez à l'esprit que nous courrons davantage le risque de vivre dans la pauvreté, de ne pas recevoir d'instruction et de subir toutes sortes de violences. Nous sommes aussi moins susceptibles d'occuper un emploi. N'oubliez pas non plus que nous risquons davantage de vivre dans un logement inadéquat et dangereux. Rappelez-vous que, chaque jour, nous devons surmonter des obstacles dans nos rapports physiques avec le monde et composer avec la stigmatisation.

Nous voulons une belle vie et une belle mort. Avoir une belle mort signifie avoir accès non seulement à l'aide médicale à mourir, mais aussi à des soins palliatifs.

Merci.

**Susan MacDonald, présidente, Société canadienne des médecins de soins palliatifs :** Bon après-midi, monsieur le président, invités et honorables sénateurs. Merci de m'avoir invitée à présenter les amendements que la Société canadienne des médecins de soins palliatifs propose que vous apportiez au projet de loi. Je vous remercie à l'avance de votre travail soutenu et de votre réflexion en cette matière. La Dre Monica Branigan va vous expliquer ces amendements.

**Monica Branigan, membre du conseil et présidente du Groupe de travail sur l'aide médicale à mourir, Société canadienne des médecins de soins palliatifs :** Nous avons beaucoup réfléchi à la question et nous avons trois recommandations concrètes à formuler pour que le projet de loi C-14 soit modifié de manière à ce que le droit aux soins palliatifs soit aussi ancré que celui à une mort accélérée.

Ce n'est pas le cas en ce moment. Nous savons que jusqu'à 3 p. 100 des Canadiens auront peut-être recours à la mort accélérée. Il est possible que 10 p. 100 d'entre nous meurent subitement. Ainsi, environ 87 p. 100 d'entre nous pourront bénéficier de soins palliatifs et, pourtant, nous n'avons aucun droit à ce genre de soins. Pour le moment, c'est plutôt disparate et tout dépend du lieu où l'on habite. Nous avons donc réfléchi aux moyens d'inclure des mesures de sauvegarde pour que le projet de loi C-14 prévoit le droit aux soins palliatifs.

Notre première recommandation consiste à modifier le dernier paragraphe du préambule : « que le gouvernement du Canada s'est engagé à élaborer des mesures non législatives visant à soutenir l'amélioration d'une gamme complète d'options de

end-of-life care . . .” We would ask that the following phrase be included: “including establishment of a national secretariat in palliative care.”

A national secretariat has the scope to make sure there is a consistent approach across the country and to implement a national strategy in palliative care. This work has already been done. What hasn't been done is figuring out how to implement it. This means that we can set and monitor Canadian standards not only in the provision of end-of-life care but also in the education of all professionals.

In addition, a national body is required to look at how to support caregivers, not only how to provide information and tools but job support and protection when they are caring for loved ones.

Finally, a national body is required to set up a public information campaign, because the public does not know about palliative care, does not know about advance directives, and has so much fear about death and dying that causes so much unnecessary suffering.

Our second recommendation is regarding the eligibility requirements, specifically (d): “they have made a voluntary request for medical assistance in dying that, in particular, was not made as a result of external pressure.” We would ask for this phrase to be added: “or lack of access to services required to address the root causes of the request, including, but not limited to, palliative care, chronic pain care and geriatric care.” By this, if palliative care is not available, how can a request truly be voluntary? If there is not an option, it's not voluntary.

Our third recommendation would be to add a new section in the eligibility requirements to state: “provide documentary evidence that the eligibility criteria have been met using federally established standards.” This means that we would keep track of whether there has been access to the services that people require or whether that is the reason that they are requesting hastened death. We have really good data about why people are making this request. As the act says that there is going to be a review in five years' time, you want really good evidence to be able to make further decisions.

In summing up, we believe that the right to palliative care should be as robust as the right to hastened death, and we have made three specific recommendations that I hope you will endorse.

Thank you.

**The Chair:** Thank you.

Mr. Bach.

soins de fin de vie... », par l'adjonction de la mention suivante : « notamment par l'établissement d'un secrétariat national sur les soins palliatifs ».

Un secrétariat national aura le pouvoir de garantir une approche uniforme dans tout le pays pour la mise en œuvre d'une stratégie nationale en matière de soins palliatifs. Ce travail a déjà été fait. Il manque encore le moyen de le mettre en œuvre. Ainsi, nous pourrions définir et contrôler les normes canadiennes, non seulement pour la prestation de soins de fin de vie, mais aussi pour la sensibilisation de tous les professionnels.

Un organisme national est également nécessaire pour voir comment soutenir les aidants naturels, non seulement pour leur fournir des informations et des outils, mais encore pour leur offrir soutien et protection dans leur emploi quand ils prennent soin de leurs proches.

Enfin, il faut un organisme national pour organiser une campagne de sensibilisation du public parce que les gens méconnaissent les soins palliatifs, méconnaissent les directives anticipées et parce qu'ils ont très peur de la mort et des souffrances inutiles qui peuvent l'accompagner.

Notre deuxième recommandation porte sur les critères d'admissibilité et plus précisément l'alinéa d) : « d) [la personne] a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures ». Nous demanderions l'adjonction de la mention suivante : « ou manque d'accès aux services nécessaires pour aborder les causes profondes de la demande, y compris les soins palliatifs, le traitement de douleurs chroniques et les soins gériatriques, sans exclusion d'autres options ». Car en l'absence de soins palliatifs, comment une demande pourrait-elle vraiment être volontaire? Elle ne saurait être volontaire s'il n'existe pas d'options.

Notre troisième recommandation consiste à ajouter un nouvel alinéa sous les critères d'admissibilité comme suit : « [la personne] a fourni des preuves documentaires attestant que les critères d'admissibilité ont été satisfaits en fonction des normes établies à l'échelle fédérale ». Ainsi, nous serions en mesure de vérifier si les gens ont eu accès aux services dont ils avaient besoin ou si c'est ce manque d'accessibilité qui les pousse à demander l'aide à mourir. Nous avons d'excellentes données sur les motifs pour lesquels les gens font la demande. Comme la loi prévoit un examen d'ici cinq ans, il nous faut des données fiables pour pouvoir prendre de futures décisions.

En somme, nous estimons que le droit aux soins palliatifs devrait être aussi ancré que celui à la mort accélérée et nous avons formulé trois recommandations concrètes en espérant que vous les retiendrez.

Merci.

**Le président :** Merci.

Monsieur Bach.

**Michael Bach, Executive Vice-President, Canadian Association for Community Living:** Thank you, honourable chair and members of the committee. I'm pleased to present to you this afternoon on behalf of the Canadian Association for Community Living. We're the national voice of people with intellectual disabilities and their families, working for full citizenship, human rights and inclusion of people with intellectual disabilities.

I want to begin by saying how saddened we are by how bitter this debate has become. We wonder if we've lost common cause in this country about what being compassionate means, our shared understanding of suffering, and a sense of what it's going to take to protect the right to autonomy but also respect vulnerable Canadians. In fact, the section 7 rights of all Canadians are something for which we don't have a common approach, a common sense of purpose going forward. We're very concerned about how divisive this is going to leave us as Canadians and us in the health care system.

I want to say at the outset that, from the beginning, that is what has motivated our proposals. We've been surprised at the ferocity of the negative reactions to our proposals for safeguards for vulnerable Canadians. I was struck by the representatives from FRMAC who said, "Listen, the main objective here is to ensure access." Absolutely, but the other objective that the court said is how to protect vulnerable Canadians. We just don't think it's necessarily that simple. Vulnerable Canadians don't show up with a sign on their chests that say, "I'm a vulnerable Canadian. Don't give me access." That's what's motivated our work from the beginning

And it's true that we were in the *Carter* case. We argued to keep the ban in place, because our concern was that would be the strongest safeguard for vulnerable Canadians. We fully respect the decision.

When we returned, after the decision came down, to working on safeguards, we worked with what the plaintiffs had put forward in the trial decision as the safeguards that they said must be in place if we're going to protect vulnerable Canadians going forward. We thought those were the parameters that made sense to work in.

What the plaintiffs, legal counsel like Joe Arvay and B.C. Civil Liberties, put forward was that there had to be a mandatory psychiatric evaluation in all cases; there has to be a required palliative consultation; it has to go to prior review; and there has to be a patient right of appeal to decisions of prior review. Those are the proposals we've been putting forward.

The reaction we're getting now is that we're just being obstructionist. We lost in *Carter*; now we're being obstructionist. Actually, all we've tried to do is detail what the plaintiffs put forward in the first place, because we agree with

**Michael Bach, vice-président de la direction, Association canadienne pour l'intégration communautaire :** Merci, monsieur le président, mesdames et messieurs. Je suis heureux de vous faire un exposé au nom de l'Association canadienne pour l'intégration communautaire. Nous sommes le porte-parole national des personnes ayant des déficiences intellectuelles et de leurs familles, et nous travaillons pour les droits fondamentaux, l'inclusion et la citoyenneté à part entière de ces personnes.

Je veux commencer par dire à quel point nous sommes navrés de constater la tournure amère que ce débat a prise. C'est à se demander si nous n'avons plus une cause commune dans ce pays au sujet de ce que signifie être compatissant, notre compréhension commune de la souffrance et une idée de ce qu'il va falloir pour protéger le droit à l'autonomie tout en respectant les Canadiens vulnérables. En fait, nous n'avons pas d'approche commune pas plus qu'un sens commun du but à viser pour l'avenir au sujet des droits de tous les Canadiens énoncés à l'article 7. Nous sommes très inquiets de la division que la question va causer entre les Canadiens et entre les professionnels des soins de santé.

Je tiens à dire d'emblée que c'est ce qui a motivé nos propositions dès le départ. Nous avons été surpris par la férocité des réactions défavorables aux mesures de sauvegarde que nous avions proposées pour les Canadiens vulnérables. J'ai été frappé par le commentaire des représentants de la Fédération des ordres des médecins du Canada pour qui l'objectif principal est de garantir l'accès. Absolument, mais l'autre objectif de la cour est de savoir comment protéger les Canadiens vulnérables. Nous ne pensons pas que ce soit aussi simple. Les Canadiens vulnérables ne portent pas un écriteau sur la poitrine disant : « Je suis un Canadien vulnérable. Ne me donnez pas l'accès. » Voilà ce qui a motivé notre travail depuis le début et les propositions qui en ont découlé.

Et il est vrai que nous étions présents dans l'affaire *Carter*. Nous avons préconisé le maintien de l'interdiction, car nous nous disions que ce serait la meilleure mesure de sauvegarde pour les Canadiens vulnérables. Nous respectons entièrement la décision.

Une fois la décision rendue, quand nous avons repris nos travaux sur les mesures de sauvegarde, nous nous sommes penchés sur ce que les demandeurs avaient présenté dans la décision de première instance et les garanties qui devaient être adoptées selon eux pour protéger les Canadiens vulnérables à l'avenir. Nous avons pensé que c'étaient les paramètres avec lesquels nous devons travailler.

Les plaignants, les conseillers juridiques comme Joe Arvay et B.C. Civil Liberties, avaient proposé l'obligation d'une évaluation psychiatrique obligatoire dans tous les cas, d'une consultation sur les soins palliatifs possibles, d'un examen préalable et le droit du patient de contester les décisions de l'examen préalable. Voilà les idées que nous avons proposées.

La réaction que nous obtenons maintenant, c'est que nous serions en train de faire de l'obstruction. Nous avons perdu dans l'affaire *Carter* et voilà que nous faisons de l'obstruction. En fait, nous avons simplement essayé de préciser ce que les plaignants

them. We agree with the submissions, and we agree with what the trial judge arrived at and the evidence that she drew from the plaintiffs on which safeguards were needed — evidence that the Supreme Court of Canada definitively accepted and didn't challenge in any way.

Nonetheless, we are where we are. In the spirit of trying to build common understanding — because June 6 is going to come, and if we don't have the legislation then, hopefully we'll have it at some point, and somehow we have to come back together.

In the few minutes that I have, I'd just like to say that a lot of work we've done is to try and parse out what is meant by being vulnerable to being induced to commit suicide in a time of weakness. There's extensive and growing research on what inducement actually means, and we've got evidence from the other jurisdictions where these systems are in place.

Extensive clinical literature points to five types of inducement. The first is that people are induced as a result of distorted or disordered insight as a result of a medical condition.

The second is the hopelessness and despair that comes from self-stigma associated with a negative social and cultural status in society, some of the things that Rhonda has talked about.

The third is direct coercion. We have those case examples from Oregon, for example. There was one case where a man was given a choice by his family caregiver about either going for assisted suicide —

**The Chair:** I have to ask you to sum up.

**Mr. Bach:** So the literature is there.

Our submission details our proposals, which build on what we've heard from my colleagues, and asks to strengthen the standard of informed consent. If we're not going to have prior review, let's at least get a study on prior review in the preamble, given that we're looking at studies to make the system more permissive.

Thank you.

**The Chair:** Ms. Hutchison, please go ahead.

**Carmela Hutchison, President (DisAbleD Women's Network of Canada):** Hello.

I just want to briefly introduce our organization. DisAbleD Women's Network of Canada is a feminist cross-disability organization that deals with addressing issues faced by disabled women with respect to advancing the inclusion of women and girls with disabilities, and deaf women. Our overarching strategic theme is one of leadership, partnership and networking to address the issues of poverty, violence against women and disability.

avaient proposé en premier lieu parce que nous sommes d'accord avec eux. Nous sommes d'accord avec les observations et nous sommes d'accord avec les conclusions de la juge du procès et avec la preuve qu'elle a obtenue des plaignants quant aux garanties nécessaires, preuve que la Cour suprême du Canada a définitivement acceptée sans conteste.

Néanmoins, voilà où nous en sommes. Pour tenter d'en arriver à une compréhension commune, car le 6 juin est tout proche, et en l'absence d'une loi à cette date, nous espérons en avoir une à un moment donné, et il faudra nous réunir de nouveau d'une manière ou d'une autre.

Dans les quelques minutes dont je dispose, je voudrais simplement dire qu'une bonne partie de notre travail a consisté à analyser ce que l'on entend par personne vulnérable susceptible d'être incitée à se donner la mort dans un moment de faiblesse. Il existe des recherches approfondies de plus en plus nombreuses sur ce que l'incitation signifie et nous avons des données d'autres pays où ces systèmes existent.

Une très ample documentation clinique a recensé cinq types d'incitation. La première est que les gens sont incités en raison d'une vision déformée ou fausse due à une maladie.

La deuxième réside dans le désespoir issu de l'autostigmatisation associée à un statut social et culturel négatif dans la société, comme ce dont Rhonda a parlé.

La troisième, c'est la coercition directe. Nous avons des cas en Oregon, par exemple. Il y eu un cas où un homme à qui son aidant naturel n'avait laissé que le choix d'opter pour l'aide médicale à mourir ou alors...

**Le président :** Je dois vous demander d'abréger.

**M. Bach :** La documentation est donc là.

Notre mémoire décrit en détail nos propositions, qui se fondent sur ce que nous avons entendu de mes collègues, et demande que l'on augmente le niveau de consentement éclairé. À défaut d'un examen préalable, nous allons au moins obtenir une étude sur l'examen préalable dans le préambule, puisque nous nous penchons sur les études pour rendre le système plus permissif.

Merci.

**Le président :** Madame Hutchison, je vous en prie.

**Mme Carmela Hutchison, présidente, Réseau d'action des femmes handicapées du Canada :** Bonjour.

Je veux juste vous présenter brièvement notre organisation. Le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada est un organisme féministe s'intéressant aux diverses formes de handicaps, qui s'efforce de résoudre les problèmes rencontrés par des femmes handicapées afin de promouvoir l'inclusion des femmes et des filles handicapées et des femmes sourdes. Notre thème stratégique global s'articule autour du leadership, du partenariat et du réseautage pour résoudre les problèmes de la

Many of the protective principles in the preamble are not supported in the body of the legislation. That's one of the biggest concerns we have about the legislation. When you read the preamble, a lot of the things in there are really good and very supportive, but they don't address the intersectional barriers of ableism, racism, violence, poverty, discrimination, the lack of disability supports and resources for women with disabilities to lead safe and effective lives.

The five motions were made by a member of Parliament during our February 4, 2016 presentation with respect to palliative care that we also addressed earlier in this panel by our colleagues.

The Government of Canada must also comply with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, particularly article 6.

In our amendments, we want to add a phrase where it says:

... strikes the most appropriate balance between the autonomy of persons who seek medical assistance in dying, on one hand, and the interests of vulnerable persons in need of protection and those of society, on the other;

And we want to add "... through the use of the Vulnerable Persons Standard." We want that phrase added in the actual legislation, because the Vulnerable Persons Standard, which we've all referred to here, was endorsed by 50 organizations. We think the use of the Vulnerable Persons Standard will best address those safeguards, because it's evidence-based and has been endorsed by 50 organizations.

In the preamble on page 2, we want to add a new clause, and say:

Whereas the Government of Canada has committed to uphold its commitment to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities . . . .

We want to add that clause in there, because that's one of the bodies that Canada has committed to.

Then, where it says:

Whereas the Government of Canada has committed to uphold the principles set out in the *Canada Health Act* — public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility — with respect to medical assistance in dying;

pauvreté, de la violence contre les femmes et les personnes handicapées.

Bon nombre des principes de protection dans le préambule ne sont pas repris dans le corps de la loi. C'est une des plus grandes préoccupations que nous ayons au sujet de la loi. Lorsqu'on lit le préambule, on s'aperçoit qu'une grande partie de ce qui est proposé est bon ou favorable, mais il n'y est pas question des obstacles intersectoriels, tels la capacité physique, le racisme, la violence, la pauvreté, la discrimination, le manque de soutien aux personnes handicapées et le manque de ressources pour que les femmes handicapées puissent mener une vie sûre et motivante.

Les cinq propositions ont été faites par un député pendant notre témoignage du 4 février 2016 sur les soins palliatifs dont nos collègues ont déjà parlé ici.

Le gouvernement du Canada doit également se conformer à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, en particulier l'article 6.

Parmi les amendements que nous proposons, nous voudrions après :

... établit l'équilibre le plus approprié entre, d'une part, l'autonomie des personnes qui demandent cette aide et, d'autre part, les intérêts des personnes vulnérables qui ont besoin de protection...

L'adjonction de « ... conformément à la Norme sur la protection des personnes vulnérables ». Nous souhaitons que la phrase soit ajoutée au texte de loi actuel, car la Norme sur la protection des personnes vulnérables, dont nous avons tous parlé ici, a été approuvée par 50 organisations. Nous pensons que l'application de cette norme est le meilleur moyen de répondre à ces garanties, car elle est fondée sur des preuves et a été approuvée par 50 organisations.

À la page 2 du préambule, nous voulons ajouter un nouveau paragraphe, comme suit :

Que le gouvernement du Canada s'est engagé à respecter ses engagements envers la Convention relative aux droits des personnes handicapées...

Nous voulons ajouter ce paragraphe, car il s'agit de l'un des organismes envers lesquels le Canada s'est engagé.

Ensuite, là où il est dit :

que le gouvernement du Canada s'est engagé à respecter les principes prévus par la Loi canadienne sur la santé — la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité — à l'égard de l'aide médicale à mourir;

There's a clause after that which should be struck. We want to propose that it's struck:

And whereas the Government of Canada has committed to develop non-legislative measures that would support the improvement of a full range of options for end-of-life care

. . . .

We want that whole next piece to be struck, and I've outlined it in the brief.

Then we want to emphasize that the legislation must follow all of the principles in the preamble. You must have legislation. There's not been one bit of legislation that upholds the principles in the preamble.

Then there's the part in the Criminal Code about consent to death and medical assistance in dying and what it means. We want all members of the health care team to be able to effectively communicate among themselves and with patients about medical aid in dying, because medicine is now carried out in multidisciplinary teams. The actual act of medical aid in dying should be limited to specialized teams defined within the legislation, but we must be able to have all members of the health care team able to communicate with one another and with patients.

With respect to "grievous and irremediable medical conditions," proposed paragraph 241.2(2)(c) states:

(c) that illness, disease or disability or that state of decline causes them enduring physical —

DisAbled Women's Network Canada wants the words "psychological suffering" stricken. The paragraph would then continue:

. . . that is intolerable to them and that cannot be relieved under conditions that they consider acceptable; and

(d) their natural death has become reasonably foreseeable, taking into account all of their medical circumstances, with —

— rather than "without" —

— a prognosis made as to the specific length of time . . . .

So strike out "necessarily having been." There should be a specific length of time that is remaining, because, again, there should be some limits around that.

**The Chair:** I have to ask you to wrap up.

**Ms. Hutchison:** Under the "Safeguards" heading and paragraph 241.2(3)(d), stating "ensure that the person has been informed that they may, at any time and in any manner, withdraw their request," how can a person withdraw their request once medical aid in dying has actually been administered?

Le paragraphe après celui-là devrait être supprimé, à savoir le suivant :

que le gouvernement du Canada s'est engagé à élaborer des mesures non législatives visant à soutenir l'amélioration d'une gamme complète d'options de soins de fin de vie...

Nous souhaitons que le paragraphe suivant soit entièrement supprimé, comme je l'ai indiqué dans notre mémoire.

Ensuite, nous tenons à souligner que la législation doit suivre tous les principes énoncés dans le préambule. Vous devez avoir une loi. Il n'y a pas eu une seule loi qui respecte les principes énoncés dans le préambule.

Ensuite, il y a la partie du Code criminel sur le consentement à la mort et à l'aide médicale à mourir et ce que cela signifie. Nous voulons que tous les membres de l'équipe de soins de santé soient en mesure de communiquer efficacement entre eux et avec les patients au sujet de l'aide médicale à mourir, car la prestation des soins médicaux est maintenant assurée par des équipes multidisciplinaires. L'acte même de l'aide médicale à mourir devrait être limité à des équipes spécialisées définies dans la loi, mais tous les membres de l'équipe de soins devraient être capables de communiquer entre eux et avec les patients.

Quant aux « problèmes de santé graves et irrémédiables » proposés à l'alinéa 241.2(2)(c) où il est dit :

c) sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques...

Le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada souhaite que les mots « ou psychologiques » soient supprimés. Le paragraphe se poursuivrait alors comme suit :

... persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;

d) sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, et...

... au lieu de « sans pour autant »...

... qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie...

Il faudrait donc supprimer « sans pour autant » et le remplacer par « et ». Il faudrait une espérance de vie déterminée pour le patient, car il devrait y avoir des limites.

**Le président :** Je dois vous demander de conclure.

**Mme Hutchison :** Sous la rubrique des « mesures de sauvegarde » et l'alinéa 241.2(3)(d), qui dit : « s'assurer que la personne a été informée qu'elle pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande », comment une personne peut-elle retirer sa demande une fois que la prestation de l'aide médicale à mourir a déjà eu lieu?

Under paragraph 241.2(3)(g), “ensure that there are at least 15 clear days” —

**The Chair:** We have to move on.

We'll begin questions with the deputy chair.

**Senator Jaffer:** One thing that has come up repeatedly is the issue of lack of palliative care. Dr. MacDonald and Dr. Branigan, one of the suggestions you made was to expand the eligibility criteria to include a lack of access to services required to address the root causes of the request, including but not limited to palliative care.

We know that many people at the moment do not have palliative care. I'd like to hear from both of you about how we ensure that citizens across the country, especially in rural areas and Aboriginal communities, get access to palliative care.

**Dr. Branigan:** I think our recommendations are all interrelated. We need to have leadership at a national level to ensure that's going to happen. This is Canada. It's not going to look exactly the same everywhere, but we do need to have some consistent standards. I know that there are some special challenges in rural areas, which I'll ask my colleague from Newfoundland to perhaps address.

**Dr. MacDonald:** I work in a tertiary area Newfoundland, but I often see and consult with patients all across the island and in Labrador. There are ways of being able to do that now that don't require somebody to physically be there. We can use technology in a variety of different ways to facilitate the fact that we are very few in number and that our patients are scattered all over.

Remember that palliative care is not just physicians. Physicians are sitting in front of you today, but we're actually a very large team. Nurses do a tremendous amount of work. There are far more nurses on the ground and in communities than there are physicians. We utilize our community health nurses. For example, in St. John's, we've trained all community health nurses in palliative care so that they're able to provide some of that.

**Senator Jaffer:** Ms. Hutchison, DAWN of Canada has been doing this work for a very long time and is very well recognized for their work. It would be helpful if you could tell us the additional challenges women with disabilities have in accessing palliative care.

**Ms. Hutchison:** They have the same challenges that have been described throughout the presentations. Access is continually as difficult and it doesn't seem to matter. Rural access and access for Aboriginal peoples are more difficult, but the same exists even in urban areas. It always depends on what funding is available and on how difficult the person is to manage in the home environment versus in a long-term care setting. There's a lot of pressure to always have people in the right place in the right setting, whether or not that's the person's choice.

Sous l'alinéa 241.2(3)(g), « s'assurer qu'au moins quinze jours francs se sont écoulés »...

**Le président :** Nous devons avancer.

Nous commencerons nos questions par la vice-présidente.

**La sénatrice Jaffer :** La question du manque de soins palliatifs a été soulevée à plusieurs reprises. Docteure MacDonald et docteure Branigan, vous avez notamment suggéré d'élargir les critères d'admissibilité pour inclure un manque d'accès aux services requis pour traiter les causes profondes de la demande, y compris, mais sans s'y limiter, les soins palliatifs.

Nous savons que beaucoup de gens à l'heure actuelle se voient privés de soins palliatifs. Je voudrais savoir ce que vous pensez tous les deux des moyens de permettre aux Canadiens d'un bout à l'autre du pays, en particulier dans les régions rurales et les collectivités autochtones, d'avoir accès à des soins palliatifs.

**Dre Branigan :** Je pense que nos recommandations sont toutes interdépendantes. Nous avons besoin d'un leadership à l'échelle nationale pour que cela se produise. Nous sommes au Canada. Ce ne sera pas la même chose partout, mais nous devons avoir des normes uniformes. Je sais que les régions rurales présentent des difficultés particulières, mais je vais demander à ma collègue de Terre-Neuve de répondre.

**Dre MacDonald :** Je travaille dans une zone tertiaire de Terre-Neuve, mais je vois souvent des patients partout dans l'île et au Labrador. Il existe maintenant des moyens qui permettent de ne pas être physiquement sur place. Nous pouvons utiliser la technologie de diverses façons pour compenser le fait que nous sommes très peu nombreux et que nos patients sont très dispersés.

Rappelez-vous que ce ne sont pas seulement les médecins qui s'occupent des soins palliatifs. Nous sommes ici aujourd'hui, mais nous sommes en fait une très grande équipe. Les infirmières font une énorme partie du travail. Il y a beaucoup plus d'infirmières sur le terrain et dans les communautés qu'il n'y a de médecins. Nous utilisons nos infirmières en santé communautaire. Par exemple, à Saint-Jean, nous avons formé tous les infirmiers et infirmières en santé communautaire en soins palliatifs pour qu'ils puissent fournir une partie de ces services.

**La sénatrice Jaffer :** Madame Hutchison, RAFH Canada est actif depuis longtemps et il est très reconnu pour son travail. Il nous serait utile de savoir quelles sont les difficultés supplémentaires que les femmes handicapées doivent surmonter pour avoir accès aux soins palliatifs.

**Mme Hutchison :** Elles ont les mêmes difficultés que celles dont nous avons parlé dans les exposés. L'accès est toujours aussi difficile et on ne semble pas y accorder d'importance. Ce sont les habitants des régions rurales et les peuples autochtones qui ont le plus de difficulté, mais c'est plus ou moins la même chose dans les zones urbaines. Tout dépend toujours du financement et de la mesure dans laquelle la personne pourra se débrouiller à la maison par opposition à un milieu de soins de longue durée. Il y a beaucoup de pression pour que les gens se trouvent dans le milieu qui leur convient le mieux, que ce soit leur choix ou non.

Quality of care is always a constant issue. It's a perennial issue because palliative care, home care and continuing care, like all the levels of care, were never put in the Canada Health Act in the first place. Of course, people are afraid to open up the CHA to do it. We need to step up and get those national standards in place. We need to do the right thing.

The sad thing is that before even one dollar is spent on medical aid in dying, we should have all these things in place first.

**Senator White:** Dr. MacDonald, I understand you surveyed your membership in relation to palliative care medical practitioners providing physician-assisted suicide and that overwhelmingly they did not support being involved. I take it that means the organization you represent does not support an obligation on the part of physicians, or at least your physicians, to be engaged in any way or to be referring as well? Is that correct?

**Dr. MacDonald:** Our membership discussed and was asked directly: Will you do this? Will you provide the medication? Will you come in with the needle? That's what people were saying they would not do.

I would say that every member of the organization and every palliative care physician I've ever met will respond to a cry for help. If somebody says that they're suffering, "please help me," that's what we'll do. Regardless of the choices they make about treatment, whether it's chemotherapy, another surgery or medical aid in dying, we'll help our patients if they ask us.

**Dr. Branigan:** May I frame it in a way that I think might be helpful for you? We've had to work incredibly hard for people to even accept a palliative care referral because there is so much fear about death and dying. Our concern was how to make sure that palliative care is seen as distinct from the act of hastening death. We want palliative care to be a welcome and safe place for people who will never access that and for people who are considering that as something they want to do.

When we surveyed our membership, 26 per cent of physicians said they would consider it. It was not like they were not going to be involved at all. We really want to make it a distinct act from palliative care and to ensure that palliative care is perceived as a safe place for all people.

**Senator White:** About 74 per cent said they did not believe they should be involved; is that correct?

**Dr. Branigan:** Yes. You also need to understand the context of that. We're very concerned, less so as time goes on and more discussion takes place, but there was almost a knee-jerk reaction: "Oh, hasten death? We'll just refer to palliative care." You can imagine the fear that engendered. That was also reflected in that number.

La qualité des soins demeure un problème constant. C'est une question sans fin parce que les soins palliatifs, les soins à domicile et les soins continus, comme tous les niveaux de soins, n'ont jamais été prévus dans la Loi canadienne sur la santé pour commencer. Bien sûr, les gens ont peur de reprendre la loi pour les inclure. Nous devons nous mobiliser pour mettre en place ces normes nationales. Nous devons faire ce qu'il faut.

Le plus triste c'est que tout cela devrait déjà exister avant de dépenser le moindre dollar pour l'aide médicale à mourir.

**Le sénateur White :** Docteur MacDonald, si j'ai bien compris, vous avez fait un sondage auprès de vos membres pour savoir s'ils seraient favorables à l'idée que des médecins qui fournissent des soins palliatifs puissent offrir l'aide à mourir et ils ont massivement répondu qu'ils ne voudraient pas participer. Je suppose que cela veut dire que l'organisation que vous représentez ne soutient pas l'obligation de la part des médecins, ou du moins de vos médecins, de participer ni même d'orienter le patient vers quelqu'un d'autre. Est-ce exact?

**Dre MacDonald :** Nos membres en ont discuté et on leur a directement demandé s'ils voulaient le faire, s'ils voulaient administrer le médicament ou s'ils feraient l'injection. Voilà ce à quoi les gens ont répondu par la négative.

Je dirais que tous les membres de l'organisation et tous les médecins en soins palliatifs que j'ai rencontrés répondront à un appel à l'aide. Si quelqu'un souffre et demande de l'aide, nous allons les aider. Quels que soient les choix en matière de traitement, que ce soit la chimiothérapie, une autre intervention chirurgicale ou l'aide médicale à mourir, nous aidons nos patients s'ils nous le demandent.

**Dre Branigan :** Je pourrais l'énoncer d'une manière qui pourrait vous être utile. Nous avons dû travailler très dur pour que les gens acceptent seulement une recommandation de soins palliatifs, tellement ils ont peur de la mort. Nous voulions savoir comment faire en sorte que les soins palliatifs soient considérés comme distincts de l'acte de précipiter la mort. Nous voulons que les services de soins palliatifs soient un lieu d'accueil et sans danger pour les personnes qui ne pourront jamais y accéder et pour les personnes qui l'envisagent comme une possibilité.

Lorsque nous avons sondé nos membres, 26 p. 100 des médecins ont dit qu'ils y penseraient. Ce n'est pas comme s'ils n'allaient pas participer du tout. Nous voulions vraiment que les soins palliatifs soient perçus comme un acte distinct et un lieu sûr pour tous.

**Le sénateur White :** Environ 74 p. 100 ont dit qu'ils ne croyaient pas devoir participer; est-ce exact?

**Dre Branigan :** Oui. Vous devez également comprendre le contexte. Nous sommes très préoccupés, un peu moins à mesure que le temps passe et que les discussions se poursuivent, mais nous avons réagi comme par un mouvement de réflexe : « Accélérer la mort? Eh bien, nous orienterons le patient vers les soins palliatifs. » Vous pouvez imaginer la peur que cela a engendrée. C'est ce que ce chiffre montre également.

**Senator White:** In the proposed legislation, there's an opportunity that the Minister of Health may make regulations in relation to tracking, which I think should be there. However, I would suggest it needs to be a requirement for a number of reasons, such as doctor shopping and health practitioner shopping. As well, if we are to review this in five years, we need something to review beyond anecdotal evidence. Would you suggest that it should be locked into the legislation rather than a suggestion that the minister considers such regulations?

**Dr. Branigan:** I think it should be a requirement, yes.

**Senator Plett:** I have two questions, one for Ms. Wiebe and one for the Canadian Society of Palliative Care Physicians, and of course others can answer as well.

Ms. Wiebe, let me do as my colleague Senator Batters did earlier with a witness from Saskatchewan. As a fellow Manitoban, I welcome to the committee.

My question, Ms. Wiebe, similar to that of Senator White, has to do with conscientious objection. Would you support the right of physicians, nurse practitioners and pharmacists to conscientious objection to the point where they would not do a referral but maybe give somebody a list of people that would be involved and that they would not have to go beyond that?

Before you answer, Ms. Wiebe, I'll ask my other question.

To the doctors from palliative care, my father was in palliative care the last two weeks of his life about six years ago and got marvelous treatment. I'll always have the utmost respect and appreciation for the people who work in that area.

The College of Physicians and Surgeons were concerned about one aspect of the bill and the fact that the bill suggests assisted dying should be an option of last resort. I was alarmed by that. I thought that all physicians should want that. How would you feel? At what point should a person ask for this if they do ask?

I'll let Ms. Wiebe answer and then if you would.

**Ms. Wiebe:** Thank you for your question.

The CCD has not taken a specific stance on physicians who choose not to participate. However, I would say that we would support those physicians who because sense that there is not equal protection for vulnerable persons, that medical assistance in dying is not considered for those only facing end of life, that medical assistance in dying is offered by someone who is not demonstrating voluntary and capable consent or that a request for medical assistance in dying was not explored to carefully see if the cause of the patient's suffering was induced from psychosocial

**Le sénateur White :** Le projet de loi prévoit que le ministre de la Santé pourra prendre des règlements à l'égard du suivi, ce qui devrait être présent à mon sens. Mais je pense que cela devrait être une exigence pour un certain nombre de raisons, par exemple lorsqu'on est à la recherche d'un autre médecin ou professionnel de la santé. Si nous devons examiner la loi dans cinq ans, il nous faut quelque chose de concret à examiner au-delà des preuves anecdotiques. Pensez-vous que cela devrait être inscrit dans la loi au lieu d'être une simple suggestion que le ministre envisage ces règlements?

**Dre Branigan :** Je pense que cela doit être une exigence, en effet.

**Le sénateur Plett :** J'ai deux questions, l'une pour Mme Wiebe et l'autre pour la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, et d'autres peuvent bien sûr répondre aussi.

Madame Wiebe, permettez-moi de faire comme ma collègue la sénatrice Batters l'a fait tout à l'heure avec un témoin de la Saskatchewan et vous souhaiter la bienvenue en tant que Manitobain.

Ma question, madame Wiebe, semblable à celle du sénateur White, porte sur la liberté de conscience. Souhaitez-vous soutenir le droit des médecins, des infirmières praticiennes et des pharmaciens à la liberté de conscience au point où ils pourraient refuser d'orienter un patient et où ils pourraient lui donner une liste de personnes qui pourraient participer, sans être obligés d'aller au-delà?

Avant que vous ne répondiez, madame Wiebe, je vais poser mon autre question.

Pour les médecins en soins palliatifs, mon père était en soins palliatifs pendant les deux dernières semaines de sa vie il y a environ six ans et il a obtenu un traitement formidable. J'aurai toujours le plus grand respect et toute ma reconnaissance pour les personnes qui travaillent dans ce domaine.

L'Ordre des médecins et chirurgiens s'inquiétait du fait qu'il est suggéré dans le projet que l'aide à mourir devrait être une option de dernier recours, ce qui m'a vraiment bouleversé. Je pensais que tous les médecins seraient de cet avis. Comment vous sentiriez-vous? Et à quel moment la personne devrait-elle faire sa demande, s'il y a lieu?

Je vais laisser Mme Wiebe répondre et ensuite vous pouvez y répondre également, si vous le voulez bien.

**Mme Wiebe :** Merci pour la question.

Le CCD n'a pas adopté de position concrète à l'égard des médecins qui choisissent de ne pas participer. Cependant, nous aurions tendance à appuyer ces médecins qui pensent que les personnes vulnérables ne sont pas aussi bien protégées, que l'aide médicale à mourir n'est pas envisagée pour ceux qui ne sont seulement en fin de vie, que l'aide médicale à mourir est offerte à quelqu'un qui ne fait pas la preuve d'un consentement volontaire et capable ou qu'une demande d'assistance médicale à mourir n'a pas été étudiée pour voir si la cause de la souffrance

or non-medical conditions. If an assessment of suffering and vulnerability doesn't take place, we would support those physicians who choose not to participate.

**Dr. Branigan:** Can I ask you to really give me a short, sweet question in your comments? I want to be able to address it.

**Senator Plett:** Let me again say that the College of Physicians and Surgeons has a problem with the fact that the bill says that this is supposed to be an option of last resort, to ask for medically assisted suicide, and they said they do not agree with that. I asked them: Should it be the first resort? At what point should a person ask?

My question is: Would you agree with the College of Physicians that this should be anything other than a last resort, that you would ask for death?

**Dr. Branigan:** I think it's going to be up to the patient and their perception of their degree of suffering. I don't think it's up to the physician to say, "Hey, have you thought about it?" I think it's a question of exploring the suffering, and, if the patient is asking for other options, then of course you can mention that as an option.

My work is limited to talking to patients in the community and providing supportive counselling, so I've had many of these discussions before. My experience has been that patients are very happy to initiate that discussion and want more information about that.

**Senator Plett:** Let me rephrase the question a little bit. Do you not agree that, from a medical perspective that you should explain every option to the person and, in fact, ask them whether they wouldn't rather want to pursue some other option than dying?

**Dr. Branigan:** Thank you for that clarification. Do I believe that all options should be well explored? Absolutely. A lot of physicians do not know how to describe what palliative care is. That is a concern.

The other concern is, if you were a patient who was seriously entertaining this, would you really want to get this information from somebody who thought that the act itself was abhorrent, and the only reason they were providing this information to you was so that they could avoid sanction from the College of Physicians and Surgeons of Ontario?

I think that access is a huge problem. I don't agree that making an effective referral is the solution to that problem. Who do we refer to? That is an ineffective solution.

The best solution is to have a coordinating system at a provincial level, that is, a coordinating system to connect skilled and willing providers to eligible patients.

We do this in other areas like transplants. Look at Trillium Gift of Life. That's exactly what they do. Here is a patient; here is an organ. How do I make all of the links for them?

du patient a été induite par des conditions psychosociales ou non médicales. En l'absence d'une évaluation de la souffrance et de la vulnérabilité, nous appuierions les médecins qui choisissent de ne pas participer.

**Dre Branigan :** Pourriez-vous me poser une question toute courte et simple dans vos commentaires? J'aimerais pouvoir y répondre.

**Le sénateur Plett :** Permettez-moi encore de dire que l'Ordre des médecins et chirurgiens a un problème avec le fait que le projet de loi prévoit que la demande de l'aide médicale à mourir est censée être une option de dernier recours et a déclaré ne pas être d'accord. Je leur ai demandé si elle devrait être le premier recours et à quel moment une personne devrait la demander.

Ma question est la suivante : Seriez-vous d'accord avec l'Ordre des médecins pour dire que cela ne devrait être qu'un dernier recours, demander la mort?

**Dre Branigan :** Je pense que ce sera au patient de décider suivant sa perception du degré de sa souffrance. Je ne pense pas que ce soit au médecin de lui demander s'il y a pensé. Je pense qu'il faut examiner la souffrance et si le patient demande s'il existe d'autres options, cette option peut bien sûr lui être donnée.

Mon travail se limite à parler aux patients et à offrir des services de counseling. J'ai déjà eu beaucoup de discussions là-dessus. J'ai constaté que les patients sont très heureux d'entamer cette discussion et veulent plus d'informations à ce sujet.

**Le sénateur Plett :** Permettez-moi de reformuler quelque peu la question. Ne pensez-vous pas que d'un point de vue médical, vous devez expliquer toutes les options et demander si la personne ne veut pas plutôt trouver une autre option que de mourir?

**Dre Branigan :** Merci pour cette précision. Est-ce que je crois que toutes les options devraient être bien étudiées? Absolument. Beaucoup de médecins ne savent pas comment décrire les soins palliatifs. C'est un problème.

D'autre part, si vous étiez un patient qui l'envisageait sérieusement, voudriez-vous vraiment obtenir cette information de quelqu'un qui pense que l'acte lui-même était odieux et que la seule raison pour laquelle il donne ces informations c'est pour éviter la sanction de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario?

Je pense que l'accès est un énorme problème. Je ne pense pas qu'une bonne orientation soit la solution à ce problème. Vers qui envoyons-nous la personne? Ce n'est pas une bonne solution.

La meilleure solution est d'avoir un système de coordination au niveau provincial, soit un système de coordination pour relier les fournisseurs qualifiés et disposés à des patients admissibles.

Nous le faisons dans d'autres domaines comme les greffes. Prenons le Réseau Trillium pour le don de vie. C'est exactement ce qu'ils font. Voici un patient et voici un organe. Comment faire le lien entre les deux?

The system is what's going to make it work, not making an effective referral because some physicians — and this is a minority of physicians — feel that, “If I make a referral, I am saying I approve of this and am directly linked to the act.”

Many people would say —

**The Chair:** I'm sorry.

Senator Dagenais.

[*Translation*]

**Senator Dagenais:** Thank you to our guests. I have two short questions. The first is for Dr. Branigan. Do you think that offering better access to palliative care might significantly reduce the number of people who would turn to medical assistance in dying?

[*English*]

**Dr. Branigan:** The question is whether palliative care would reduce the number of people requesting this? I am not sure. There have been a lot of studies to suggest that, even for people in Oregon who do get a prescription, the vast majority of them are involved in palliative care. There will be patients who really value control, and that's not something we can change.

Will we be able to divert some people if there is accessible palliative care from choosing that? I think that is possible. I suspect, though — I don't want to appear arrogant — that we're not going to be able to ameliorate all suffering to a level that will be acceptable to all people.

[*Translation*]

**Senator Dagenais:** I have a quick question for Mr. Bach. If the bill was adopted as it stands, would there be cases of vulnerable individuals who would not be protected under Bill C-14? If so, could you give us some examples?

[*English*]

**Mr. Bach:** Thank you for the question.

We're concerned about people who may be induced, like the direct coercion that I spoke about, where a man was given the choice of either long-term care or assisted suicide in Oregon. That spoke to a family caregiving situation, a family that was stressed and burnt out. Our concern is that the two medical professionals identified in Bill C-14 don't necessarily have the expertise to address that issue.

Surveys in the U.S. indicate that only 2 per cent of physicians have any experience or expertise in seeing the signs of elder abuse. Elder abuse is obviously going to be a huge concern in this system.

C'est le système qui fera fonctionner le tout et non pas le fait de bien orienter le patient parce que certains médecins, une minorité, estiment que l'orientation d'un patient équivaut à une approbation et qu'ils sont donc directement liés à l'acte.

Beaucoup de gens diraient...

**Le président :** Je regrette.

Sénateur Dagenais.

[*Français*]

**Le sénateur Dagenais :** Merci à nos invités. J'ai deux courtes questions à poser, et la première s'adresse au D<sup>r</sup> Branigan. Croyez-vous que le fait d'offrir un meilleur accès aux soins palliatifs pourrait réduire sensiblement le nombre de personnes qui auraient recours à l'aide médical à mourir?

[*Traduction*]

**Dre Branigan :** La question est de savoir si les soins palliatifs permettraient de réduire le nombre de personnes qui le demandent. Je n'en suis pas certaine. De nombreuses études indiquent que même pour les personnes qui obtiennent une ordonnance dans l'Oregon, la grande majorité obtient des soins palliatifs. Il y aura des patients qui veulent vraiment un contrôle et ce n'est pas quelque chose que nous pouvons changer.

Serons-nous capables de détourner certaines personnes si des soins palliatifs accessibles font partie des choix? Je pense que c'est possible. Je soupçonne néanmoins — je ne veux pas pécher par arrogance —, que nous ne pourrions pas améliorer toutes les souffrances de manière satisfaisante pour tout le monde.

[*Français*]

**Le sénateur Dagenais :** J'ai une courte question à poser à M. Bach. Si le projet de loi était adopté tel quel, y aurait-il des cas de personnes vulnérables qui ne seraient pas protégées par le projet de loi C-14? Le cas échéant, pourriez-vous nous en donner des exemples?

[*Traduction*]

**M. Bach :** Je vous remercie de la question.

Nous sommes préoccupés par les personnes qui peuvent être incitées à prendre cette décision, comme la coercition directe dont je parlais où en Oregon, on a obligé un homme à choisir entre les soins de longue durée ou l'aide médicale à mourir. Il s'agissait d'une situation où un aidant naturel lui fournissait des soins et la famille n'en pouvait plus. Ce qui nous inquiète c'est que les deux professionnels de la santé décrits dans le projet de loi C-14 ne doivent pas nécessairement avoir l'expertise nécessaire pour répondre à cette question.

Les enquêtes menées aux États-Unis indiquent que seuls 2 p. 100 des médecins ont l'expérience ou le savoir-faire nécessaire pour reconnaître les signes de mauvais traitements.

That's why we've proposed in our amendment, in the brief we've given you, that getting a vulnerability assessment is essential. If those two medical professionals could require that a palliative consultation has to be done as part of that, our understanding is that palliative physicians can bring a much broader expertise.

I appreciate the amendment of our colleagues to an assessment that would ensure that a full range of options has been assessed, not only the medical options, but the social and psychosocial options to address people's suffering.

**Senator McIntyre:** Thank you all for your presentations.

Mr. Bach, in the brief submitted to this committee by your association, it is recommended that six specific amendments to Bill C-14 be made. In one of your recommendations, you call for a prior review of medical assistance in dying by a Superior Court.

Earlier in these proceedings I raised the issue of judicial authorization with the College of Physicians and Surgeons of Ontario. I have to admit that they were not very receptive to this idea, although such a system has been in place since February of this year and will remain in place until June of this year.

May I have your thoughts on this, please?

**Mr. Bach:** I think it's very interesting that the Supreme Court saw fit to require judicial authorization, rather than simply having two physicians make the determination in the interim period. Certainly the Supreme Court seemed to think that judicial authorization fit the reasoning of its original *Carter* decision.

We've also supported the work by David Baker and Gilbert Sharpe, who have presented a draft bill for prior review and detailed amendments to the Criminal Code, and would be supportive of that.

We just think that a physician's job is to examine the causes of suffering and to provide options for people to consider, not to authorize the intervention that is intended to bring about the termination of someone's life, and that we should separate that out in order to protect the integrity of the health care system.

**Senator Batters:** Thank you very much all of you.

There have been a couple of references in this particular panel to Oregon. I want to bring to the attention of those who may be tuning in or listening to these proceedings that, in Oregon, their legislation requires that a person have a terminal illness and also be at the end of their life. Currently, this bill doesn't provide either of those things, so it is sort of amplified when you look at that example.

Les mauvais traitements infligés aux personnes âgées seront un problème énorme dans ce système.

Voilà pourquoi nous avons proposé dans l'amendement que nous vous avons fourni que l'évaluation de la vulnérabilité soit essentielle. Si ces deux professionnels de la santé pouvaient exiger une consultation palliative dans le cadre de la demande, il nous semble que les médecins en soins palliatifs pourraient apporter une bien meilleure expertise.

Je suis d'accord avec l'amendement proposé par nos collègues pour une évaluation qui permettrait l'analyse de la gamme complète des options pour alléger la souffrance des gens, non seulement les options médicales, mais aussi sociales et psychosociales.

**Le sénateur McIntyre :** Merci à tous pour vos exposés.

Monsieur Bach, dans le mémoire que votre association a présenté au comité, il est recommandé six amendements spécifiques au projet de loi C-14. Dans l'une de vos recommandations, vous demandez un examen préalable de l'aide médicale à mourir par une Cour supérieure.

J'ai soulevé tout à l'heure la question de l'autorisation judiciaire avec les représentants de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Je dois admettre qu'ils n'ont pas été très réceptifs à cette idée, même si ce système existe depuis février dernier et restera en place jusqu'en juin de cette année.

Pouvez-vous me dire ce que vous en pensez, s'il vous plaît?

**M. Bach :** Je pense qu'il est très intéressant de noter que la Cour suprême a jugé bon d'exiger une autorisation judiciaire, plutôt que d'avoir simplement deux médecins prendre une décision en attendant. Certes, la Cour suprême semblait penser que l'autorisation judiciaire correspondait au raisonnement de sa décision originale dans l'affaire *Carter*.

Nous avons également appuyé le travail de David Baker et Gilbert Sharpe qui ont présenté un projet de loi pour un examen préalable et des amendements détaillés au Code criminel. Nous y serions favorables.

Nous pensons simplement que le travail d'un médecin consiste à examiner les causes de la souffrance et à proposer des options que le patient peut envisager et non de ne pas à autoriser l'intervention qui vise à mettre fin à la vie de quelqu'un et que nous devrions faire la distinction afin de protéger l'intégrité du système de soins de santé.

**La sénatrice Batters :** Merci beaucoup à tous.

On a fait plusieurs allusions à l'Oregon dans ce groupe. Je voudrais rappeler à ceux qui nous écoutent que la loi en Oregon exige que la personne ait une maladie en phase terminale et qu'elle en soit également à la fin de sa vie. À l'heure actuelle, ce projet de loi ne prévoit ni l'un ni l'autre et il est donc en quelque sorte amplifié quand on regarde cet exemple.

To Mr. Bach, in one of your suggested amendments to this legislation, you speak about the necessity of having a safeguard that would require a specialized counselling for somebody seeking medically assisted suicide. I'm wondering if you could tell us why you think that that is a good requirement to have here.

**Mr. Bach:** The set of recommendations is really driven by the requirement for informed consent that the Supreme Court was really clear about. Given the finality of this decision that requires not my right to negative autonomy, which is to refuse treatment or have treatment withdrawn, but to ask of the health care system to make an intervention intended to terminate my life, we should ensure that people are fully informed.

Given that in Canada we only have five provinces that have statutory standards of informed consent, the guidelines for practices of informed consent issued by the regulators vary across the country. We actually don't have a national standard or a national set of practices around informed consent. And the bill, as we also note, only refers to external influences, which is a much narrower standard of informed consent that the Supreme Court gave in the first place, which is that people who may be induced to commit suicide, that that inducement has to be identified and addressed.

In our view, that specialized counselling would be one of the ways in which we could establish a national standard to ensure that people are fully informed.

**Senator Batters:** Would that be amplified by the fact that the Supreme Court of Canada contemplated physicians, but here this bill has nurse practitioners and potentially no physicians involved in providing approval, assessing competency, and administering assisted suicide. Is that amplified by that?

**Mr. Bach:** Absolutely. We have a real concern that this is being driven largely by the right of access, which we respect, but the mechanisms to ensure that vulnerable persons are identified and addressed are not in place. It certainly would help to address that concern.

**Senator Batters:** Ms. Hutchison, you spoke about how you wanted to have "psychological suffering" stricken from the bill entirely. I agree with you; I've advocated for that for some time. You also discussed problems with the preamble. I find it problematic that the preamble is the only place that specifically refers to having psychological suffering as a sole basis not included as a way to access physician-assisted suicide currently. Would that be a concern to you as well regarding the preamble?

**Ms. Hutchison:** Can you just repeat that part of the question?

**Senator Batters:** You talked about having "psychological suffering" stricken from the operative provisions of the bill. I've noted in past discussions that I've had about this bill that I have a problem with the fact that the only place in the entire bill

Monsieur Bach, dans un des amendements que vous avez proposés à ce projet de loi, vous parlez de la nécessité d'avoir une sauvegarde qui exigerait une consultation spécialisée pour quelqu'un qui demanderait l'aide médicale à mourir. Pourriez nous dire pourquoi vous pensez que c'est une bonne exigence.

**M. Bach :** L'ensemble des recommandations est vraiment motivé par l'exigence du consentement éclairé que la Cour suprême a très clairement énoncée. Compte tenu de la finalité de cette décision qui n'exige pas mon droit à l'autonomie négative, soit de refuser un traitement ou d'y mettre fin, mais de demander au système de soins de santé de faire une intervention destinée à mettre fin à ma vie, nous devons nous assurer que les gens soient pleinement informés.

Comme seules cinq provinces au Canada ont des normes législatives régissant le consentement éclairé, les lignes directrices pour les pratiques de consentement éclairé émises par les organismes de réglementation varient dans pays. Nous n'avons pas de norme nationale ou un ensemble national de pratiques autour du consentement éclairé. Comme nous le notons également, le projet de loi renvoie à des influences extérieures, ce qui est une norme beaucoup plus étroite du consentement éclairé que celle que la Cour suprême a donnée pour commencer, à savoir que dans les cas où la personne peut être incitée à se donner la mort, on doit définir cette incitation et en tenir compte.

À notre avis, le counseling spécialisé serait un moyen d'établir une norme nationale pour que les gens soient pleinement informés.

**La sénatrice Batters :** Serait-ce amplifié par le fait que la Cour suprême du Canada pensait aux médecins, alors que le projet de loi prévoit des infirmières praticiennes et éventuellement aucun médecin pour donner l'approbation, l'évaluation de la capacité et administrer l'aide à mourir. Est-ce amplifié en ce sens?

**M. Bach :** Absolument. Nous craignons que tout ceci soit largement motivé par le droit d'accès, que nous respectons, mais les mécanismes pour veiller à ce que les personnes vulnérables soient identifiées et prises en compte n'existent pas. Il serait utile de répondre à cette préoccupation.

**La sénatrice Batters :** Madame Hutchison, vous avez dit que vous vouliez la suppression de la souffrance « psychologique » du projet de loi. Je suis du même avis. Je le demande depuis un certain temps. Vous avez également parlé des problèmes dans le préambule. Je trouve problématique que le préambule soit le seul endroit où il soit explicitement dit que les souffrances psychologiques à elles seules ne sauraient être un moyen d'accéder à l'aide médicale à mourir. Est-ce que cela vous préoccupe également?

**Mme Hutchison :** Pourriez-vous répéter cette partie de la question?

**La sénatrice Batters :** Vous avez dit vouloir la suppression des souffrances « psychologiques » des dispositions du projet de loi. J'ai déjà fait remarquer dans des discussions sur le projet de loi le fait que le seul endroit dans le projet de loi qui mentionne

that specifically refers to “psychological suffering” as the sole basis for accessing medical-assisted suicide is in the preamble and not in the operative parts of the bill. I think that could lead to a conclusion that somebody could access physician-assisted suicide solely on the basis of psychological suffering, because it isn’t in the operative provisions of the bill. Is that your concern as well?

**Ms. Hutchison:** Yes, because I actually thought from the preamble that it wasn’t, and then I saw in the operative part that it was. I would like them to be consistent, and I would like it out, yes.

**Senator Batters:** Absolutely, to be totally clear.

**Senator Joyal:** Welcome.

I am wrestling with your proposal to specifically include the offer of palliative care as a precondition for a person to decide if he or she is entitled to physician-assisted death, especially on the basis of your testimony and information that is available generally to the Canadian public that less than 10 per cent of Canadians will have access to palliative care. In other words, if we, in practice, give way to your proposal, it would mean that we would restrict physician-assisted dying to only 10 per cent of Canadians.

I totally support the objective of the extension of palliative care, but to me it’s more a social policy that should be introduced into the Canada Health Act than into the Criminal Code. What we’re doing here is amending the Criminal Code. If we are to put in the Criminal Code that the existence of palliative care has to be available in any region of Canada, a major urban centre or the most remote part of the country, we will restrict the exercise of the right to an extensive point that, in my opinion, it would be unconstitutional. It would be found wanting in relation to the way that the Supreme Court has unanimously interpreted section 7.

**Dr. Branigan:** The amendment, as we recommended it, was not intended to block access. The 10 per cent number you have is probably not correct and speaks to the fact that we have very poor data. Again, it reinforces the need for a national secretariat.

I think Dr. MacDonald was pointing to the fact that there can be different ways of connecting than necessarily having a specialist in front of you.

The point is, do you want a bill that doesn’t have that? Basically you’re saying if it’s not available, then we say it’s okay as an alternative to saying, “I don’t have palliative care, my family is not supported, I’m feeling like a burden, so a hastened death sounds like the best option to me.” Is that what you want?

**Senator Joyal:** That’s not what the Supreme Court, respectfully, has said. The person has to suffer from grievous and irremediable condition and bear suffering that is intolerable to them. The criterion is not “you’re sick of life.” One day I might

spécifiquement la « souffrance psychologique » comme motif unique pour accéder à l’aide médicale à mourir est dans le préambule et non dans le corps du projet de loi. Je pense que cela pourrait conduire à penser que quelqu’un pourrait accéder à l’aide médicale à mourir uniquement sur la base de la souffrance psychologique parce que cela ne figure pas dans le corps du projet de loi. Est-ce que vous pensez la même chose?

**Mme Hutchison :** Oui, car en lisant le préambule, je pensais que ce n’était pas mentionné, mais j’ai vu que cela l’était dans les dispositions. J’aimerais plus de cohérence et j’en aimerais la suppression, oui.

**La sénatrice Batters :** Absolument, pour être parfaitement clair.

**Le sénateur Joyal :** Bienvenue.

J’hésite devant votre proposition d’inclure spécifiquement l’offre de soins palliatifs comme condition préalable pour qu’une personne décide si elle veut ou non se prévaloir de l’aide médicale à mourir, particulièrement en raison de votre témoignage et de l’information que la population canadienne peut obtenir, soit que moins de 10 p. 100 des Canadiens auront accès à des soins palliatifs. Autrement dit, si nous retenons votre proposition, nous limiterions en fait l’aide médicale à mourir à seulement 10 p. 100 des Canadiens.

Je suis tout à fait favorable à une extension des soins palliatifs, mais pour moi, il s’agit davantage d’une politique sociale qui devrait faire partie de la Loi canadienne sur la santé plutôt que dans le Code criminel. Ce que nous faisons ici c’est modifier le Code criminel. Si nous voulons inscrire dans le Code criminel que les soins palliatifs doivent être disponibles dans toutes les régions du Canada, tant dans les grands centres urbains que dans les parties les plus éloignées, nous allons restreindre l’exercice du droit à un point tel qu’à mon avis, ce serait inconstitutionnel. La mesure ne correspondrait pas à l’interprétation que la Cour suprême a unanimement donnée de l’article 7.

**Dre Branigan :** L’amendement, tel que nous l’avons recommandé, ne visait pas à bloquer l’accès. Le chiffre de 10 p. 100 que vous avez n’est probablement pas exact et témoigne du fait que nos données laissent à désirer, d’où la nécessité d’un secrétariat national.

Je crois que la Dre MacDonald a dit qu’il existait d’autres moyens de communiquer avec un spécialiste sans qu’il soit nécessairement en face de vous.

Il s’agit de savoir si vous voulez un projet de loi qui ne le mentionne pas. Vous dites en fait que si ce n’est pas disponible, c’est acceptable plutôt que de dire : « Je n’ai pas de soins palliatifs, ma famille n’est pas prise en charge, je me sens comme un fardeau, donc une mort accélérée me semble la meilleure option pour moi. » Est-ce ce que vous voulez?

**Le sénateur Joyal :** Excusez-moi, mais ce n’est pas ce que la Cour suprême a dit. La personne doit souffrir d’un état de santé grave et irrémédiable et la souffrance doit lui être intolérable. Le critère n’est pas que l’on est « fatigué de vivre ». Un jour, je

be sick of life, but I'm not suffering from a grievous, irremediable and intolerable position. I don't think we should stretch the criteria too much.

**Dr. Branigan:** I'm not saying we stretch it. The concept of burden is a very big reason that people in other jurisdictions are granted access to hastened death. For some people, it is grievous and irremediable that they may require assistance for toileting, within context. If that assistance is being provided by your family because you don't have access to services, that can directly influence whether you make that request and you don't see that there is another option.

I understand your concern. You don't want it to be something that means that it's just not workable, but we need to start gathering data and finding out if this is behind some requests, because that's clearly not what we want.

**Senator Joyal:** As the bill proposed, and as the special joint committee proposed in its report in February, if two doctors have to examine the capacity to consent and come to a conclusion about the grievous and irremediable physical or mental condition of the person, and then that the person is in a condition of intolerable suffering, the social pressure of the family is not an element that the doctor has to weigh before concluding that that person has a right to physician-assisted death. The second doctor will have to go through the same exercise.

Again, as much as I am in support of palliative care, mixing the two here is, in my opinion, a line that is very difficult, personally, for me to cross.

**Dr. Branigan:** Let's phrase it this way: How can it be a voluntary request if you don't have access to an alternative?

**Ms. Hutchison:** I fit the clinical definition of the criteria for this intervention. I actually gave my first presentation to the joint committee from the hospital.

In the time that it has taken for the committee to make its recommendation and draft the measures for this legislation, I still have not had even one service since my discharge from hospital — not one service. That's what the problem is.

And the solution is not to kill me, sir. The solution is to provide the services. I will not go down. I will not die. I will live. I will live. I will choose life, and I will not be considered revolting.

**An Hon. Senator:** Hear, hear.

**Ms. Hutchison:** I will not be considered undignified.

It is my husband who sits in this room that provides the very care, and sometimes when I —

**The Chair:** I gave you limited time.

**Ms. Hutchison:** No, I understand that. I have one line.

pourrais être fatigué de vivre, mais je ne souffre pas d'une maladie grave, irrémédiable et intolérable. Je ne pense pas que nous devrions trop élargir les critères.

**Dre Branigan :** Je ne parle pas de les élargir. Le concept du fardeau est une des grandes raisons pour laquelle on accorde aux gens d'autres pays l'aide médicale à mourir. Pour certains, être grave et irrémédiable c'est d'avoir besoin d'aide pour aller aux toilettes, suivant le contexte. Si cette aide vous est fournie par votre famille parce que vous n'avez pas accès à ces services, cela peut vous pousser indirectement à faire la demande si vous ne voyez pas d'autre option.

Je comprends votre inquiétude. Vous ne voulez pas de quelque chose qui ne soit pas réalisable, mais nous devons commencer à recueillir des données pour savoir si cela motive certaines demandes car ce n'est clairement pas ce que nous voulons.

**Le sénateur Joyal :** Comme il est indiqué dans le projet de loi et comme le comité mixte spécial l'a proposé dans son rapport en février, si deux médecins doivent examiner la capacité de consentir et en viennent à une conclusion sur l'état physique ou mental grave et irrémédiable de la personne et si la personne est dans un état de souffrance intolérable, la pression de la famille n'est pas un élément que le médecin doit prendre en compte avant de conclure que cette personne a droit à l'aide médicale à mourir. Il en sera de même pour le deuxième médecin.

Encore une fois, même si je suis favorable aux soins palliatifs, j'ai beaucoup de mal, personnellement, à dépasser cette limite.

**Dre Branigan :** Formulons-le de cette façon : Comment peut-il s'agir d'une demande volontaire quand on n'a pas accès à une solution de rechange?

**Mme Hutchison :** Je suis satisfait à la définition clinique des critères pour cette intervention. En fait, j'ai fait mon premier exposé au comité mixte de l'hôpital.

Dans le temps qu'il a fallu au comité pour faire sa recommandation et rédiger les mesures de ce projet de loi, je n'ai toujours pas eu un seul service depuis ma sortie de l'hôpital — pas un seul service. Voilà où est le problème.

Et la solution, ce n'est pas de me tuer, monsieur. La solution est d'offrir des services. Je ne vais pas flancher. Je ne mourrai pas. Je vais vivre. Je vais vivre. Je vais choisir la vie et je ne serai pas perçue comme repoussante.

**Des voix :** Bravo.

**Mme Hutchison :** Je ne serai pas traitée indignement.

C'est mon mari, assis dans cette salle, qui fournit justement le traitement, et parfois quand je...

**Le président :** Je vous ai accordé un temps limité.

**Mme Hutchison :** Je l'ai bien compris. Il ne me reste qu'une phrase.

Sometimes, in other circles when I do have to describe in detail what does happen, I'm sometimes told, "Oh, that's disgusting. You mustn't say that in public." And I can't even describe, because we are limited for time, what we do need to go through. The solution isn't to kill us.

**The Chair:** I'm sorry.

**Senator Joyal:** Nobody suggested you should be killed.

**The Chair:** We can't let this kind of conversation go on. We have other senators who wish to ask questions.

Senator Lankin, please.

**Senator Lankin:** Thank you very much.

Mr. Bach, I want to pursue the recommendation for prior review. We had the exchange earlier, as you heard, to physicians who are saying, "Well, this is not a legal determination; this is about medical. Let's medicalize this and not legalize this."

It's interesting that you refer to Gilbert Sharpe, who was for many years head counsel for the Ministry of Health in Ontario and was very central to the development of the consent to treatment regime there, including a specialized tribunal determination of capacity to consent and provisions for informed consent.

I have a gut reaction that says that I don't think we should be going to the courts on this all the time, but I'm interested by this recommendation of a more specialized review tribunal that would probably draw on medical expertise and other expertise.

Could you briefly, because we don't have a lot of time, describe what that might look like and how you think it fits in with the current consent to treatment, which I acknowledge is different in different provinces?

**Mr. Bach:** I think the tribunal in Ontario, the Ontario Consent and Capacity Board, is exactly the model that Gilbert Sharpe had in mind.

I won't speak for him. It's certainly the model we had in mind and it's an excellent example.

A tribunal requires three people — a physician, a lawyer and a public member, and there is a roster of them — to consider applications where consent capacity may be at issue.

In the last annual report, 2014-15, they heard 6,500 applications and they adjudicated about 55. They are required by law to issue decisions within seven days. In speaking with members of that Consent and Capacity Board, they've issued them in emergencies within 24 hours.

Quelquefois, dans d'autres contextes, quand je dois donner une description détaillée de ce qui se passe, on me dit que c'est dégoûtant, que je devrais m'abstenir de dire de telles choses en public. Et je n'arrive même pas à décrire, puisque notre temps est limité, ce qu'on doit endurer. La solution n'est pas de nous tuer.

**Le président :** Je suis désolé.

**Le sénateur Joyal :** Personne n'a laissé entendre qu'on devrait vous tuer.

**Le président :** On ne peut pas laisser durer ce type de conversation. D'autres sénateurs souhaitent poser leurs questions.

Je vous en prie, sénatrice Lankin.

**La sénatrice Lankin :** Merci beaucoup.

Monsieur Bach, j'aimerais faire suite à la recommandation d'examen préalable. Nous avons parlé tout à l'heure, comme vous en avez été témoin, de médecins qui estiment que la décision est médicale plutôt que juridique. Ils proposent de la rendre médicale et non juridique.

Il est intéressant que vous mentionniez Gilbert Sharpe qui a été pendant de longues années avocat-conseil au ministère de la Santé de l'Ontario et qui a joué un rôle-clé dans le développement du régime de consentement aux soins de la province, y compris d'un mécanisme décisionnel de la capacité à consentir par un tribunal spécialisé et de nouvelles dispositions sur le consentement libre et éclairé.

Ma réaction instinctive est de dire qu'il faudrait s'abstenir d'avoir constamment recours aux tribunaux dans ces cas, mais je reste intriguée par cette recommandation d'un tribunal de révision plus spécialisé qui fonderait sans doute ses décisions sur des expertises médicales ou autres.

Je vous inviterais à décrire brièvement, puisque le temps nous presse, ce à quoi le résultat pourrait ressembler et comment il pourrait s'inscrire dans le cadre actuel du régime de consentement aux soins, qui se présente différemment, il faut bien le reconnaître, dans chaque province.

**M. Bach :** Je pense que le tribunal ontarien, la Commission du consentement et de la capacité, représente exactement le modèle que Gilbert Sharpe avait à l'esprit.

Je ne peux pas parler en son nom. C'est manifestement le modèle que nous avons eu à l'esprit et il est excellent.

À la commission, un jury de trois personnes — un médecin, un avocat et un membre du public, dont il existe un bassin — examinent des demandes qui mettent cause une question de capacité à consentir.

Il est fait état de 6 500 demandes examinées et de 55 réglées dans son dernier rapport annuel de 2014-2015. Elle a l'obligation légale de rendre sa décision dans un délai de sept jours. Il est ressorti de nos discussions avec les membres de la Commission du consentement et de la capacité que, dans certaines situations d'urgence, la décision est rendue dans les 24 heures.

They work by video to ensure that rural and remote areas can be served, so it is a model in terms of the number of applications considered in Ontario. I hope we're not considering more than 6,500 a year in Ontario — we might be — and being able to turn it around quickly.

With all due respect to our colleagues from the colleges, this isn't just a medical decision because the ban wasn't struck down. This is a Criminal Code exception to the ban on assisted suicide. It is an exception in the Criminal Code, and we think that requires some judicial oversight to ensure that the criteria have been met to justify an exception in an exceptional circumstance to the ban.

**The Chair:** I thank you all. I want to apologize for interrupting a number of you on occasion. We all appreciate your passion on this subject, especially you, Ms. Hutchison, but we are operating under some very challenging timelines. I certainly hope you appreciate that.

Thank you for being here and assisting us. It is very much appreciated.

For our final panel today, we have joining us, from Dying with Dignity Canada, Dr. Arnaud Painvin, Member, Physician Advisory Council. From the Alliance of People with Disabilities in *Carter v. Canada*, Margaret Birrell, President; and Angus Gunn, Legal Counsel, who are joining us from Vancouver by video conference. And we also have with us Léa Simard. Thank you all for being with us today.

Doctor, I gather you are going to lead off with your opening statement.

**Dr. Arnaud Painvin, Member, Physician Advisory Council, Dying With Dignity Canada:** Thank you, Mr. Chairman. On behalf of Dying With Dignity Canada, we would like to thank the committee for this invitation, and I would be happy to answer any questions in French, too, if there is a need for it.

I would like to start with my conclusions. The number one point is that Bill C-14 is very restrictive and therefore does not respect the clear directives of the Supreme Court in the *Carter* case, the directives that the Crown should follow.

Number two, Bill C-14 is discriminatory in many areas and, de facto, is not compliant with the Charter.

Number three, much of its wording is vague, unacceptable and prone to painful confusion from patients, health care and legal providers, especially regarding the time frame of the disease and timing of the decision.

Number four, there is no mandatory two- or three-year review of the law based on public demand.

Elle communique par le biais de vidéoconférences afin d'assurer un service dans les milieux ruraux et éloignés. Elle se pose donc en modèle en termes de nombres de demandes traitées en Ontario. J'espère que nous n'entendrons pas plus de 6 500 demandes par an en Ontario, bien que cela serait possible et que nous pourrions les traiter rapidement.

Par égard pour mes collègues des ordres professionnels, il ne s'agit pas simplement d'une décision médicale, puisque l'interdiction n'a pas été invalidée. C'est une exception à l'interdiction du suicide assisté figurant au Code criminel. C'est une exception figurant au Code criminel, et nous estimons qu'un contrôle judiciaire est requis pour s'assurer que les critères ont été satisfaits. Ainsi, il sera possible de justifier une exception à l'interdiction dans des circonstances exceptionnelles.

**Le président :** Merci à tous. Excusez-moi d'avoir interrompu, à l'occasion, un certain nombre d'entre vous. Nous apprécions tous la passion dont vous faites preuve, surtout la vôtre, madame Hutchison, mais nous faisons face à un échéancier serré. J'espère que vous le comprenez.

Je vous remercie de vous être déplacés et de nous donner un coup de main. C'est très apprécié.

Notre dernier groupe est composé du Dr Arnaud Painvin, qui est membre du comité consultatif de médecins de Dying with Dignity Canada. Nous accueillons aussi Margaret Birrell, présidente du Alliance of People with Disabilities in *Carter v. Canada*, ainsi que Angus Gunn, conseiller juridique, qui se joint à nous par vidéoconférence de Vancouver. Léa Simard sera aussi parmi nous. Merci à tous de vous être déplacés aujourd'hui.

Docteur, il me semble vous allez maintenant nous adresser quelques remarques préliminaires.

**Dr Arnaud Painvin, membre du comité consultatif de médecins, Dying With Dignity Canada :** Merci, monsieur le président. Au nom de Dying with Dignity Canada, nous remercions le comité pour cette invitation et je serai également heureux de répondre à vos questions en français, au besoin.

Je commence par ma conclusion. Tout d'abord, je note que le projet de loi C-14 est très restrictif, au point de ne pas être conforme aux enseignements clairs de la Cour suprême dans l'arrêt *Carter*, ceux que devrait suivre la Couronne.

Deuxièmement, le projet de loi C-14 est discriminatoire à plusieurs égards et, de ce fait, n'est pas conforme à la Charte.

Troisièmement, il utilise souvent des formulations vagues et inadmissibles, à risque d'occasionner la confusion autant chez les patients que chez les fournisseurs de soins de santé et de services juridiques, surtout en ce qui a trait à la période d'évolution de la maladie et au choix du moment de la décision.

Quatrièmement, il n'existe aucun mécanisme d'examen obligatoire de la loi tous les deux ou trois ans qui puisse être déclenché par le public.

Bill C-14 is unacceptable discrimination with restrictions in three main areas. Bill C-14 defines disease as “incurable.” However, the Supreme Court qualified the medical condition as “. . . does not require the patient to undertake treatments that are not acceptable to . . .” her or him. There is a big difference between the wording of Bill C-14 and the directive of the Supreme Court.

This is an unacceptable discrimination and restriction, since Bill C-14 is excluding patients with serious and irremediable medical conditions who do not wish to undergo further treatment such as, for example, chemotherapy or radiation for their painful physical and mental side effects. In other words, Bill C-14 says if you do not accept proposed treatments, you cannot request medically assisted death. This section is also not compliant with the directive of the Supreme Court.

The proposal from Dying With Dignity Canada is to remove paragraph 241.2(2)(a) and replace it with: “they have a serious illness, disease or disability that is irremediable or for which there is no treatment acceptable to the patient.”

Regarding mature minors, the bill should consider minors suffering from chronic and irremediable conditions and requesting medically assisted death. In my practice, I saw many children at the SickKids hospital in Toronto suffering from end-stage disease and requesting end-of-life treatment. Criteria for selection should be based on informed consent, mental competency and maturation, and not based on age.

There are examples of medical assisted suicides in Belgium and the Netherlands.

Bill C-14 is prohibiting the use of advance request for medically assisted death. This rule is discriminatory since it denies access to assisted dying for still mentally competent Canadians suffering from dementia or other chronic degenerative conditions such as Huntington’s disease. If they were to become mentally incompetent, they would not have access to the service.

We recognize that advance request is a very complex issue and needs to be extremely clear in order to answer the questions when, who and how to impose the pre-existing request of a person now debilitated.

Advance request for medically assisted death exists in Belgium, Netherlands, Luxembourg and Colombia. The proposal from Dying With Dignity is to remove paragraph 241.2(2)(b) and include a section related to advance request.

Le projet de loi C-14 comporte des restrictions dans trois domaines principaux qui sont sources de discriminations inadmissibles. Il définit la maladie comme devant être incurable. Pourtant, la Cour suprême avait précisé que l’exigence de problèmes de santé « ne signifie pas que le patient doive subir des traitements qu’il juge inacceptables ». Il existe un écart important entre la formulation adoptée par le projet de loi C-14 et les enseignements de la Cour suprême.

Il s’agit donc d’une discrimination et de restriction inadmissibles, puisque le projet de loi C-14 exclut de sa portée ces patients qui souffrent de problèmes de santé graves et irrémédiables, mais qui ne souhaitent pas poursuivre leur traitement, comme, par exemple, une chimiothérapie causant des effets secondaires douloureux tant au niveau physique que moral. En d’autres termes, le projet de loi C-14 exige que l’on procède à tous les traitements offerts, faute de quoi on serait inadmissible à recevoir l’aide médicale à mourir. Cette partie, également, n’est pas conforme aux enseignements de la Cour suprême.

Dying with Dignity Canada propose de radier l’alinéa 241.2(2) a) et de le remplacer par ce qui suit : « elle est atteinte d’une maladie, d’une affection ou d’un handicap graves qui est irrémédiable ou pour lequel il n’existe aucun traitement que le patient juge acceptable. »

En ce qui a trait aux mineurs matures, le projet de loi devrait envisager le cas de figure de mineurs souffrant de problèmes de santé chroniques et irrémédiables qui demanderaient une aide médicale à mourir. Dans ma pratique, j’ai vu de nombreux enfants à l’hôpital SickKids de Toronto qui souffraient de maladies en phase terminale et qui demandaient des soins de fin de vie. Les critères d’admissibilité devraient être fondés sur le consentement libre et éclairé, la capacité et le niveau de maturité, et non pas l’âge.

Des exemples d’aide médicale au suicide existent en Belgique et aux Pays-Bas.

Le projet de loi C-14 interdit le recours aux demandes anticipées pour l’aide médicale à mourir. Cette mesure est discriminatoire, puisqu’elle ferme la porte à la mort assistée pour les Canadiens qui sont toujours capables, mais qui souffrent de démence ou d’une autre maladie chronique dégénérative telle que la maladie de Huntington. Ils n’auraient plus accès à ce service s’ils devaient devenir incapables.

Nous savons que la question des demandes anticipées reste très complexe. Elles devront être limpides afin de bien décrire quand et où elles pourront être mises en œuvre au profit d’une personne devenue incapable, et de qui il pourra s’agir.

Les demandes anticipées pour l’aide médicale à mourir sont permises en Belgique, aux Pays-Bas, au Luxembourg et en Colombie. Dying with Dignity propose donc de radier l’alinéa 241.2(2)(b) et d’y insérer un alinéa traitant des demandes anticipées.

The bill is unacceptable regarding restriction and discrimination regarding time frame. Bill C-14 states: “. . . advanced state of irreversible decline in capability . . . .” This wording would impose years of severe, unwanted physical but mostly mental suffering upon patients who have irreversible debilitating chronic disease such as multiple sclerosis and ALS. Those patients may not have reached the end stage that is unpredictable and may be for a long duration. As a result, the wording risks violating the Charter with regard to right to life, liberty and security of the person.

**The Chair:** I’m going to have to ask you to sum up, please.

**Dr. Painvin:** We consider Bill C-14 discriminative in many areas. We consider Bill C-14 very restrictive; therefore, it does not reflect the direction of the Supreme Court. We would like to have a mandatory two- or three-year review of the law based on public demand.

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

We will now move to Ms. Birrell and Mr. Gunn. Please proceed.

**Angus Gunn, Legal Counsel, Alliance of People with Disabilities in Carter v. Canada:** Thank you for the opportunity to appear before you this afternoon.

Before you, on your right, is Margaret Birrell, who is president of the alliance. My name is Angus Gunn, and I have served as litigation counsel for the alliance since 2011.

We understand that you may have copies of our written brief. I have been asked to provide some prepared remarks this afternoon that focus on just two of the amendments suggested in that brief. Neither of those amendments was accepted by the House of Commons standing committee, but the alliance brings them to this chamber of sober second thought in the hope that they may find greater purchase. Ms. Birrell will be pleased to respond to any questions the committee might have.

The first amendment is to restore the efficacy of advance directives. Bill C-14 does not take up the special joint committee’s recommendation that the use of advance directives be permitted. The Charter rights of those who suffer from dementia are no less deserving of protection just because their enduring and intolerable suffering results from an illness that also robs them of decision-making capacity.

The government has provided two rationales for excluding advance directives, and we say that neither withstands scrutiny. First, it is said that they generally do not provide reliable evidence of a person’s consent at the time that medical assistance in dying would be provided. Secondly, it is said that disallowing advance directives would guard against the effects of inaccurate assumptions.

Le projet de loi est inacceptable, restrictif et discriminatoire en ce qui a trait à la séquence des événements en cause. Il mentionne un « déclin avancé et irréversible de ses capacités ». Cette formulation imposerait des années de souffrance physique et mentale aiguë aux patients souffrant d’une maladie chronique irréversible et invalidante comme la sclérose en plaques ou la sclérose latérale amyotrophique. Ceux-ci peuvent ne pas avoir atteint la phase terminale de leur maladie, dont le mûrissement reste imprévisible et peut être de longue durée. Conséquemment, la formulation adoptée risque de violer le droit de chacun à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne, enchâssée dans la Charte.

**Le président :** Je vous inviterais maintenant à conclure, s’il vous plaît.

**Dr Painvin :** Nous estimons que le projet de loi C-14 est discriminatoire à plusieurs égards. Il est très restrictif, au point de ne pas refléter les enseignements de la Cour suprême. Nous voulons un examen obligatoire de la loi aux deux ou trois ans, qui puisse être déclenché par le public.

**Le président :** Merci, monsieur.

J’invite maintenant Mme Birrell et M. Gunn à prendre la parole. Je vous en prie.

**Angus Gunn, conseiller juridique, Alliance of People with Disabilities in Carter v. Canada :** Je vous remercie de nous donner cette occasion de témoigner devant vous cet après-midi.

Je vous présente, à votre droite, Margaret Birrell, la présidente de l’Alliance. Je m’appelle Angus Gunn et je tiens le rôle de conseiller en litige pour l’alliance depuis 2011.

Nous notons que vous avez peut-être une copie de notre mémoire. On m’a demandé cet après-midi de vous lire des remarques préparées qui portent seulement sur deux des amendements suggérés dans le mémoire. Ni l’un, ni l’autre n’a été accepté par le comité permanent de la Chambre des communes, mais l’alliance les présente aujourd’hui dans l’espoir que le second examen objectif que leur offrira cette chambre leur donnera l’attention qu’ils méritent. Mme Birrell se fera un plaisir de répondre à toutes les questions qu’aurait le comité.

Le premier amendement vise à restaurer le mécanisme des directives anticipées. Le projet de loi C-14 n’incorpore pas la recommandation du comité mixte spécial visant à permettre l’utilisation de directives anticipées. Les droits, garantis par la Charte, de ceux qui souffrent de démence ne méritent pas moins d’égards du fait que leur souffrance soutenue et insupportable les prive aussi de leur capacité décisionnelle.

Le gouvernement a avancé deux arguments à l’appui de son exclusion des directives anticipées, et nous estimons qu’aucun ne résiste à un examen approfondi. Tout d’abord, on soutient que les directives ne peuvent se faire l’écho du consentement d’une personne au moment où l’aide médicale à mourir lui serait prodiguée. Deuxièmement, on dit que l’exclusion des directives anticipées servirait à se prémunir contre les effets de suppositions erronées.

But advance directives do provide compelling evidence of a person's consent while the capacity to give consent remains intact. Dementia ultimately destroys the capacity to give consent. To insist upon it at the time of medically assisted dying is to require the impossible.

Are there really individuals who decide that they would rather die than weather the storm of, for example, Alzheimer's but then later change their mind because Alzheimer's isn't so bad after all?

Even if those people exist, why should their vulnerability trump that of the thousands of individuals whose wishes have not changed but whose illness robs them of the ability to confirm that fact?

Why is the blanket ban that was rejected in *Carter* for sufferers of ALS acceptable for sufferers of dementia?

If a competent individual makes an informed decision that, at a certain stage of decline, the quality and value of life will have degraded to a point where medical assistance in dying is desired, why on earth is that decision not entitled to respect, and who is the state to discard that decision as reflecting inaccurate assumptions?

Excluding advance directives, even during six months of further study, will negate the Charter rights and cause needless suffering for thousands of Canadians. The alliance urges the committee to restore the efficacy of advance directives in relation to medical assisted dying.

The second amendment that we urge upon the committee is to remove the requirement that death be reasonably foreseeable. Bill C-14's requirement for reasonable foreseeability of death is not *Carter* compliant; witness that Kay Carter herself suffered from the non life-limiting, non-terminal disease of spinal stenosis.

The government tries to defend this requirement from a policy perspective, but *Carter* established a floor of constitutional protection, and the least that Bill C-14 must do is implement that floor. No policy rationale can legitimately derogate from that constitutional minimum.

In any event, we say that the government's policy rationales are already served by the many other elements of the *Carter* test.

The controversy over whether Ms. Carter could have won in the litigation but be ineligible under Bill C-14 illustrates another problem with this provision. Canadian criminal law adheres to the principle of certainty: prohibited conduct must be fixed and knowable advance.

Pourtant, les directives anticipées nous fournissent la preuve incontestable du consentement d'une personne au moment où sa capacité à le fournir était entière. La démence détruit, en fin de compte, la capacité à consentir. Insister pour que la capacité de consentement soit présente au moment de la fourniture de l'aide médicale à mourir revient à exiger l'impossible.

Existe-t-il vraiment des individus qui décident qu'ils préféreraient mourir plutôt que d'endurer, disons, l'Alzheimer, mais qui, ensuite changeraient d'avis parce que l'Alzheimer ne serait pas si terrible après tout?

Même si de telles personnes existent, pourquoi leur faiblesse devrait-elle avoir préséance sur les milliers d'individus dont la maladie les prive de la capacité de pouvoir confirmer que leurs souhaits n'ont pas changé?

Pourquoi l'interdiction totale, rejetée dans l'arrêt *Carter* pour les personnes souffrant de sclérose latérale amyotrophique serait-elle acceptable pour celles souffrant de démence?

Si une personne, quand elle est encore capable, décide en toute connaissance de cause, rendu à un stade avancé de déclin, la qualité et la valeur de sa vie pourraient s'être dégradées au point où le recours à l'aide médicale à mourir serait souhaitable, pourquoi diable cette décision ne serait-elle pas respectée, et de quel droit l'État la rejetterait-il au motif qu'elle serait le reflet de suppositions erronées?

L'exclusion des directives anticipées, même pendant les six mois nécessaires à une étude approfondie, mine les droits garantis par la Charte et serait la source de souffrances inutiles pour des milliers de Canadiens. L'Alliance somme le comité de restaurer le mécanisme des directives anticipées pour l'aide médicale à mourir.

Le deuxième amendement que nous exhortons le comité à supprimer est l'exigence que la mort soit raisonnablement prévisible. L'exigence d'une mort raisonnablement prévisible, figurant dans le projet de loi C-14, n'est pas conforme à l'arrêt *Carter*. Effectivement, Kay Carter elle-même souffrait de sténose spinale, qui n'est ni fatale ni susceptible d'abréger la vie.

Le gouvernement évoque, à sa décharge, l'adoption d'une position politique, mais l'arrêt *Carter* a établi des minimums de protection constitutionnelle que le projet de loi C-14 se doit, à tout le moins, de mettre en œuvre. Aucun raisonnement politique ne peut déroger à ces minimums constitutionnels.

Dans tous les cas, nous soutenons que les objectifs politiques du gouvernement sont déjà atteints par les autres éléments du critère établi par l'arrêt *Carter*.

La controverse née du fait que Mme Carter aurait pu avoir gain de cause dans son affaire, mais serait inadmissible en vertu des critères du projet de loi C-14, souligne un autre problème dont souffre cette disposition. Le droit pénal canadien adhère au principe de certitude : les interdictions doivent être fixées et prévisibles.

Canadians should not have to guess about the criminality of their actions based upon a case-by-case application of concepts with no settled meaning, such as “reasonably foreseeable” and not too remote. We urge the committee to remove the requirement for foreseeability of death.

We thank you again for the opportunity to participate in the important work of this committee.

**The Chair:** Thank you.

For the final opening statement, Ms. Simard.

[*Translation*]

**Léa Simard, As an individual:** Good afternoon. I am going to tell you the story of my mother, Louise Laplante, who died on March 13. It will be difficult for me to talk about because it is very emotional. She starved herself to death over four days at the home where my sister and I live because Canada could not offer her medical assistance in dying. She had multiple sclerosis and the legislation in Quebec does not allow for medical assistance in dying because she was not at the end of life. What I hope for, by testifying here, is that in my country, Canada, we will be able to remove the criteria of reasonably foreseeable death, which is too vague, and that takes away hope from many people who will not necessarily die quickly.

Quebec has already adopted legislation that is a little restrictive. What I am also seeking today is to try to remove restrictive details, especially for people like my mother who have a degenerative disease. My mother’s suffering was constant, and she no longer had a quality of life. Her life was nothing but suffering, but she was very aware and lucid. After consulting many doctors who wanted to help her, they all agreed that she met several criteria, but that she was not at the end of life, according to the Quebec legislation.

However, in analyzing the Canadian bill, I was sad to see that my mother would not be entitled either, like Ms. Carter. We had to go through this experience because our country does not allow us to respect the will of a person whose life has ended, who is suffering enormously and consciously. After several examinations, it was agreed that she was suffering too much, but that it was not possible to respect her wish to leave her body behind.

I am here to testify to put a little humanity into this committee’s study. I lived through this, and many families will continue to live through this if Canada does not amend Bill C-14. In everyday life, if people are not very aware of what is going on and they hear about this bill, they are glad because they think it might help people. However, when we look more closely, we see that, once again, we will need to find open-minded doctors and, once again, the doctor will have to assess the criteria of “reasonably foreseeable” death. So if we are working with doctors who are afraid — and almost all of our doctors were afraid — they do not know what to do. We need to remove the threat hanging over doctors. I hope there will be an information

Les Canadiens ne devraient pas avoir à deviner si leurs actes sont interdits ou pas, sur la base d’une application au cas par cas de concepts flous tel que « raisonnablement prévisible » ou « pas trop lointain ». Nous sommes le comité d’enlever l’exigence de la prévisibilité de la mort.

Nous vous remercions, une fois de plus, pour l’occasion de participer aux précieux travaux de ce comité.

**Le président :** Merci.

Madame Simard, je vous invite à procéder aux dernières remarques préliminaires.

[*Français*]

**Léa Simard, à titre personnel :** Bonjour, je viens vous parler de l’histoire de ma mère, Louise Laplante, décédée le 13 mars. Il sera difficile pour moi de parler, car il y a beaucoup d’émotion. Ma mère s’est laissée mourir de faim, pendant quatre jours, chez ma sœur et moi, parce que le Canada ne pouvait pas lui offrir de l’aide médicale à mourir. Elle était atteinte de sclérose en plaques, et la loi au Québec ne lui permettait pas l’aide médicale à mourir, puisqu’elle n’était pas en fin de vie. Ce que je souhaite, en venant témoigner ici, c’est que dans mon pays, le Canada, nous puissions retirer le critère de la mort raisonnablement prévisible, qui est tellement flou, et qui enlève de l’espoir à plusieurs personnes qui ne mourront pas nécessairement rapidement.

Le Québec a déjà adopté une loi qui est un peu restrictive. Ce que je souhaite le plus, aujourd’hui, c’est de tenter de retirer les détails restrictifs, surtout pour des personnes comme ma mère qui sont atteintes de maladies dégénératives. Ma mère souffrait constamment et n’avait plus de qualité de vie. Sa vie n’était que souffrance, mais elle était très consciente et lucide. Après avoir consulté plusieurs médecins qui auraient voulu l’aider, ils s’entendaient tous pour dire qu’elle répondait à plusieurs critères, mais qu’elle n’était pas en fin de vie, selon la loi du Québec.

Cependant, en analysant le projet de loi canadien, j’étais triste de constater que ma mère n’y aurait pas eu droit non plus, comme Mme Carter. Nous avons eu à traverser cette épreuve, parce que notre pays ne nous permet pas de respecter la volonté d’une personne dont la vie s’est terminée, qui souffre énormément et consciemment. Après plusieurs examens, on convient qu’elle souffre trop, mais qu’il n’est pas possible de respecter son désir de quitter son corps.

Je viens témoigner pour mettre un peu d’humanité dans l’étude de ce comité. Je l’ai vécu, et plusieurs familles continueront à le vivre si le Canada ne modifie pas son projet de loi C-14. Dans la vie de tous les jours, si on n’est pas très au courant de ce qui se passe, on entend parler de ce projet de loi et on se réjouit en pensant qu’on pourra aider des personnes. Cependant, lorsqu’on en étudie le texte, on se rend compte qu’il faudra, encore une fois, trouver des médecins ouverts d’esprit et, encore une fois, le médecin devra juger du critère de la mort « raisonnablement prévisible ». Ainsi, si on a affaire à des médecins qui ont peur — et nous avons eu presque uniquement des médecins qui avaient peur —, ils ne savent que faire. Il faut absolument enlever la

campaign on this legislation. I hope that doctors will be made aware that they do not have to fear helping anyone to die. We often felt this fear when we asked for help because the doctors were too afraid to help us. This threat that hangs over their heads is unbelievable, and I truly hope it will be removed so that doctors can help certain patients and respect their will, like in the case of my mother, who suffered greatly, but who was lucid and whose death was not foreseeable.

So she had to go to Switzerland or to a country other than Canada to get access to medical assistance in dying, or let herself starve to death. It is unbelievable. I cannot believe that in 2016, here in Canada, the legislation is not more open so that people with incurable diseases who are experiencing unbearable suffering cannot get help to die with dignity. Thank you.

[English]

**The Chair:** Thank you very much. We'll move to questions now, beginning with the deputy chair of the committee, Senator Jaffer.

**Senator Jaffer:** Thank you to all of you for your presentations.

Ms. Simard, I want you to know that we heard you very clearly, and through our deliberations we will certainly be thinking very much on what you said. Thank you for sharing such a difficult issue with us. It's not easy, but we appreciate it.

I have a question for Ms. Birrell and Mr. Gunn on advance directives. I know when you spoke in the house, if I understood you correctly, you said the issues of mature minors and mental illness need to be studied a little further but that advance directives have been studied sufficiently, and there are examples from the Netherlands and Belgium.

How would you envision a system of advance directives working in Canada when informed consent can no longer be given without further study?

**Ms. Birrell:** First, it has to be in the act. It has to be secure within the act. We have advance directives in B.C. and a representation agreement. However, it's not about assisted dying; it's about your choices of your health care.

Under the system in B.C., I've been involved in several cases, and so I think the models are there. We don't need a lot of time to put in the advance care directives — for the individuals to sign what they want, it is written down. It is verified and it is final. When they want to implement — no pressure from anybody else — and want the assistance, then it should be granted.

menace qui pèse sur les médecins. J'espère qu'il y aura une campagne d'information sur cette loi. J'espère que les médecins seront mis au courant qu'ils n'ont pas à craindre d'aider quelqu'un à mourir. Nous avons souvent ressenti cette peur lorsque nous demandions de l'aide, car les médecins avaient trop peur de nous aider. C'est incroyable, cette menace qui plane au-dessus de leurs têtes. J'espère sincèrement que cette menace sera éliminée, afin que les médecins soient en mesure d'aider certains patients et de respecter leur volonté, comme dans le cas de ma mère, qui souffrait tellement, mais qui était lucide, et dont la mort n'était pas prévisible.

Ainsi, elle doit aller en Suisse, dans un autre pays que le Canada, pour avoir accès à l'aide médicale à mourir, ou se laisser mourir de faim. C'est incroyable. Je ne peux pas croire qu'en 2016, ici au Canada, la loi ne sera pas plus ouverte, de sorte que des personnes atteintes de maladies incurables et qui subissent des souffrances insoutenables ne puissent pas recevoir de l'aide pour quitter ce monde dans la dignité. Merci.

[Traduction]

**Le président :** Merci beaucoup. Nous passons maintenant aux questions, et j'invite la sénatrice Jaffer, la vice-présidente du comité, à ouvrir la marche.

**La sénatrice Jaffer :** Merci à tous pour vos présentations.

Madame Simard, je voulais vous dire qu'on vous a très bien comprise, et nous garderons vos propos à l'esprit lors de nos délibérations. Merci d'avoir échangé avec nous sur un sujet aussi difficile. Ce n'est pas facile, mais nous l'apprécions.

J'ai une question à l'intention de Mme Birrell et de M. Gunn au sujet des directives anticipées. Quand vous avez comparu devant la Chambre, vous avez dit, si j'ai bien compris, que les questions des mineurs matures et des maladies mentales méritaient une réflexion approfondie, mais que celles des directives anticipées avaient déjà été suffisamment étudiées, et que la Belgique et les Pays-Bas se posaient en exemples.

Sans procéder à un examen approfondi de la question, comment envisagez-vous le fonctionnement d'un système de directives anticipées au Canada dans les situations où il n'est pas possible d'obtenir un consentement éclairé?

**Mme Birrell :** Tout d'abord, il faut que cela figure dans la loi. Cela doit y être inscrit. Nous avons des directives anticipées en Colombie-Britannique et un accord de représentation. Toutefois, il ne s'agit pas de l'aide médicale à mourir, mais plutôt de nos choix en matière de soins de santé.

J'ai pris part à plusieurs affaires dans le cadre du système britanno-colombien, et donc les modèles existent. On n'a pas à consacrer beaucoup de temps aux directives anticipées — quand la personne signe ce qu'elle veut, c'est écrit. C'est confirmé et final. Quand elle veut la mettre en œuvre, outre les cas de coercition, et qu'elle souhaite de l'aide, on devrait la lui accorder.

**Senator Jaffer:** Dr. Painvin, in your brief you said that not having advance directives is discrimination, especially against people who have degenerative conditions. Could you expand on that, please?

**Dr. Painvin:** Yes. I'm taking an example here. Suppose I've been diagnosed with the beginning of Alzheimer's. I have memory problems, but I am still extremely competent mentally. I decide to sign my request for medically assisted death one day. Of course, I don't know when. Suppose that 20 years later I'm becoming competent. The problem with advance directives is the following: When to decide to enforce my directive, who will do it and when. Those questions are extremely difficult.

When we look at the literature in Belgium, the Netherlands, Luxembourg and Columbia, all of them have advance directives for medically assisted death. There are two criteria: when the patient is in a coma; and when the patient cannot communicate any more. It looks like those two criteria are used to enforce the decision of the patient who decided 20 years before to have medically assisted death.

The problem is extremely complex, absolutely. We at Dying with Dignity Canada believe we should look at that. This is critical and yet extremely challenging to write into law — extremely difficult.

**Senator White:** My condolences, Ms. Simard. Thank you all for being here.

Doctor, I want to focus on under 18 years of age. What parameters would you put on a youth? I think you talked about which ones you don't agree with. Can you explain how that would work otherwise?

**Dr. Painvin:** I saw many kids suffering from end-stage disease, and kids even at 12 years old were very mature. I don't think it would be a mistake to use age as a criterion. Using age will be very arbitrary, because we have kids of 14 years of age who are extremely smart and understand well their disease and the prognosis of their disease. People talk in Canada about having it be 16 years or 17 years or 15 years. In Belgium, for example, it's 12 years old. In the Netherlands it's 12 years old. How they came up with this number, I don't know; but it's pretty young.

My answer to you, senator, is that we should avoid age and look at the maturity of the kids for their reaction to their disease and listen to them.

**Senator White:** As you know, we have a lot of legislation in this country that pertains specifically to age because we believe that young people often aren't at a specific place in their lives to make those cognitive decisions on their own. You've seen a lot of young people who have decided to stop treatment. But there's a difference between stopping treatment and taking their lives, or assisting them in taking their lives. I can't square the circle on

**La sénatrice Jaffer :** Docteur Painvin, vous avez avancé dans votre mémoire que l'exclusion des directives anticipées équivaut à de la discrimination, surtout à l'encontre de ceux qui souffrent de maladies dégénératives. Pouvez-vous élaborer, s'il vous plaît?

**Dr Painvin :** Oui. Je prends un exemple. Supposons qu'on m'ait diagnostiqué un début d'Alzheimer. J'ai des problèmes de mémoire, mais je reste mentalement très capable. Je décide un jour de signer une demande anticipée prévoyant une aide médicale à mourir. Bien sûr, je ne sais pas quand je pourrais en avoir besoin. Supposons que, 20 ans plus tard, je devienne incapable. Le problème des directives anticipées est le suivant : quand décide-t-on de la mettre en œuvre, et qui le fait? Ces questions sont très difficiles.

À l'analyse des littératures belge, néerlandaise, luxembourgeoise et colombienne, on voit que tous ces pays permettent que les directives anticipées portent sur l'aide médicale à mourir. Il y a deux critères : quand le patient est dans le coma, et quand il ne peut plus communiquer. Ces critères sont utilisés pour mettre en œuvre la décision du patient, prise 20 ans auparavant, d'avoir recours à l'aide médicale à mourir.

Le problème est fort complexe, tout à fait. À Dying with Dignity Canada, nous sommes d'accord pour étudier la question. C'est essentiel mais extrêmement difficile à transposer dans une loi — très difficile.

**Le sénateur White :** Mes condoléances, madame Simard. Merci à tous de vous être déplacés.

Docteur, parlons des moins de 18 ans. Quels critères appliquerez-vous dans le cas d'un jeune? Il me semble que vous avez déjà parlé de ceux avec lesquels vous n'étiez pas d'accord. Pouvez-vous nous expliquer comment cela pourrait fonctionner?

**Dr Painvin :** J'ai vu de nombreux enfants souffrir de maladies en phase terminale, et même ceux de 12 ans étaient très mûrs. Je pense qu'il serait erroné d'utiliser l'âge comme critère. Le faire serait très arbitraire, puisqu'il y a des enfants de 14 ans qui sont très intelligents et qui comprennent la nature de leur maladie et son pronostic. Au Canada, on parle de situer la barre à 16, 17 ou bien 15 ans. En Belgique, par exemple, on la situe à 12 ans. Aux Pays-Bas, c'est 12 ans. Je ne sais pas comment ils en sont venus à fixer cet âge-là, mais c'est très jeune.

Ma réponse, sénateur, est qu'il faudrait plutôt privilégier le critère du niveau de maturité de l'enfant plutôt que son âge, tout en portant attention aux réactions que sa maladie provoque chez lui.

**Le sénateur White :** Comme vous le savez, nous utilisons souvent l'âge comme critère dans nos lois parce que nous estimons que les jeunes ne sont souvent pas en mesure de prendre seuls certaines décisions cognitives. Vous avez été exposé à de nombreux enfants ayant décidé d'arrêter leur traitement. Il y a quand même une différence entre cesser leur traitement et leur enlever la vie, ou les aider à s'enlever la vie. Il n'en reste pas

a child making the decision to end their lives regardless. Adults are there to protect them.

You're not saying there's any right age. You're saying to let medical personnel deal with a 12-year-old and make that decision with them. Is that what you're suggesting?

**Dr. Painvin:** It's extremely difficult. I saw many kids, extremely young, knowing very well the prognosis of their disease. Yes, 12 years old sounds extremely young. It's not up to us and it's not up to me to tell you what age it should be. I strongly believe that Canadian minors should be able to have access to medically assisted death as long as they are mature enough and are very well informed. That's the only thing I can tell you. Whether it's 16, 17 or 18 years old, I have no answer.

**Senator Baker:** Thank you to the witnesses for their excellent presentations. I have to say that I completely agree with the presentations as far as advance directives are concerned. Could you verify for the committee a fact about advance directives? Dying with Dignity Canada suggests advance directives in all provinces, with models and so on.

As I recall the nature of advance directives, on the last page is a very long survey, the last item is: If the hospital doesn't agree with my directive, then I hereby wish to go to another hospital. Above that is: If the care giver does not agree, then I wish to have another caregiver. At the top of the page, there's a key section that says in the first part what you refuse, i.e., you may refuse life-sustaining measures; and then it says what you accept. The first thing there, which strikes me, is medication to relieve pain that may cause the hastening of your death. It's in the advance directive today in Canada in every single province. So I can't see why there is an objection to having advance directives covering this bill. Could you verify that that is actually in your suggested advance directives for Canadians to have today?

**Dr. Painvin:** I will do that.

I worked 32 years in intensive care. We all know that the use of medication to ease pain is used frequently to activate the process, so that's probably what you are referring to.

**Senator Baker:** Even though it will bring on my death; it is there in black and white, that you are signing.

**Dr. Painvin:** As a physician, I would never accelerate the rate of morphine in order to kill a patient. That's not yet acceptable.

**Senator Baker:** You must abide by the advance directive. The law says that.

moins qu'un enfant qui décide de mettre fin à sa vie demeure pour moi un problème insoluble. Les adultes devraient être là pour les protéger.

Vous ne soutenez pas qu'il y ait un âge parfait. Vous nous demandez de laisser au personnel médical la tâche de gérer un enfant de 12 ans et prendre avec lui une décision. C'est bien ce que vous suggérez?

**Dr Painvin :** C'est très difficile. J'ai vu de nombreux enfants en bas âge ayant pleinement conscience du pronostic de leur maladie. Je suis d'accord, 12 ans peut paraître très jeune. Ce n'est ni leur tâche ni la mienne de vous dire à quel âge la barre devrait être située. Je crois fermement que les mineurs canadiens devraient avoir accès à l'aide médicale à mourir à condition qu'ils soient assez mûrs et puissent prendre une décision éclairée. C'est tout ce que je peux vous dire. Quant à savoir si c'est 16, 17 ou 18 ans, je n'ai aucune réponse.

**Le sénateur Baker :** Merci pour vos excellents exposés. Je dois dire que je suis en total accord avec ce que vous avez dit au sujet des directives anticipées. Pouvez-vous confirmer, pour le comité, quelque chose à propos des directives anticipées? Dying with Dignity Canada suggère l'adoption de directives anticipées dans toutes les provinces, avec des modèles et ainsi de suite.

Si je me rappelle la nature des directives anticipées, sur la dernière page du très long sondage, le dernier item mentionne que, si un hôpital est en désaccord avec ma directive, alors je souhaite aller à un autre hôpital. Au-dessus, on lit que si le fournisseur de soins est en désaccord, alors je souhaite trouver un autre fournisseur de soins. En haut de la page, une section-clé comporte ce que l'on refuse, comme des mesures de maintien en vie, et ce que l'on accepte. La première chose qui me frappe est l'inclusion de médicaments pour soulager la douleur qui peuvent hâter la mort. C'est actuellement inclus dans la directive anticipée de toutes les provinces canadiennes. Alors je ne vois pas en quoi on s'opposerait à ce que les directives anticipées figurent dans le projet de loi. Pouvez-vous me confirmer que ceci figure bel et bien dans les directives anticipées auxquelles ont accès les Canadiens dès maintenant?

**Dr Painvin :** J'y tâcherai.

J'ai travaillé 32 ans en soins intensifs. Nous savons tous que des médicaments pour soulager la douleur sont souvent utilisés pour déclencher le processus, donc c'est sûrement ce à quoi vous vous référez.

**Le sénateur Baker :** Même si cela peut hâter ma mort, c'est là en toutes lettres, ce que vous signez.

**Dr Painvin :** En tant que médecin, je n'accélérerai en aucun cas le taux d'absorption de morphine d'un patient afin de causer sa mort. Ce n'est pas encore acceptable.

**Le sénateur Baker :** Vous devez respecter la directive anticipée. C'est ce que dit la loi.

**Dr. Painvin:** Absolutely. But, senator, there's a problem with advance directives. It's not just about medically assisted death; it's about advance directives in general. Do you want intensive care? Do you want ventilation?

The problem with that is who is going to have access. If I am in a car accident alone, I end up in hospital and I have my advance directives somewhere, how will the health care providers have access to them? How will the paramedics on the road tube me and start CPR on me? If I refuse, they have no way of knowing that I have an advance directive.

At DWD, we are thinking about some sort of card that you have in your wallet, and the paramedic, by law, will have to look at your advance directives. Otherwise, if nobody looks at your advance directives, there are no advance directives. The problem of advance directives for conventional care or for medically assisted death is a very complex issue.

I would like to say one thing here, senator. Bill C-14, for us at Dying With Dignity — and for many Canadians — is a huge surprise because it does not respect the directive of the Supreme Court of Canada. It's clear.

Number two, for obvious reasons, the bill is restrictive for political reasons. They want the bill to pass, especially with a free vote.

So we have a big problem with it. The bill has to be amended. If not, it will be challenged in court immediately. The first case will be challenged in court. The judge will look at the bill, will look at the Supreme Court, and the Crown will lose.

[Translation]

**Senator Dagenais:** Ms. Simard, I would like to thank you for testifying today. To help us, within the committee, to understand what families like yours go through, I would like to know when your mother made her decision, in what environment, what advice she was given, if any, and to whom she spoke about her concerns. I will end my question with this: from a family perspective, was there unanimous agreement?

**Ms. Simard:** I will start with the last question. Yes, it was unanimous. She had been talking to us about it for many years. Since she was a spiritual person, she was not afraid of death, and neither were we. She educated us about this.

She had been diagnosed 15 years previously and, in the past five years, her situation deteriorated after she fell and broke her hip and clavicle. She ended up in a wheelchair. There was a serious decline in her situation after this, especially in the six months before her death.

**Dr Painvin :** Tout à fait. Mais, sénateur, il y a un problème avec les directives anticipées. Il ne s'agit pas que d'aide médicale à mourir, mais de directives anticipées en général. Voulez-vous des soins intensifs? Voulez-vous être ventilé?

Le problème est de savoir qui y aura accès. Si j'ai un accident de la route seul, qu'on m'envoie à l'hôpital et que j'ai mes directives anticipées quelque part, comment y donner accès aux fournisseurs de soins de santé? Comment les ambulanciers pourront-ils commencer leur traitement et pratiquer sur moi la RCP? Si je refuse, ils n'ont aucun moyen de savoir que j'ai une directive anticipée.

À DWD, nous envisageons un genre de carte qu'on pourrait garder dans son portefeuille, et l'ambulancier serait légalement obligé de tenir compte de cette directive anticipée. Si personne n'en tient compte, c'est comme si la directive n'existait pas. Le problème des directives anticipées pour les soins conventionnels ou pour l'aide médicale à mourir est un enjeu très complexe.

J'aimerais ajouter quelque chose, sénateur. Autant pour nous à Dying With Dignity que pour de nombreux Canadiens, le projet de loi C-14 est une énorme surprise puisqu'il ne respecte manifestement pas les enseignements de la Cour suprême du Canada.

Deuxièmement, pour des raisons évidentes, la portée du projet de loi a été restreinte pour des raisons politiques. On veut que le projet soit adopté, surtout en vote libre.

Donc, il nous pose de gros problèmes. Il doit être modifié, sans quoi il fera immédiatement l'objet d'un recours judiciaire. Lors du premier recours judiciaire, le juge prendra en compte le projet de loi, d'un côté, et l'avis de la Cour suprême, de l'autre, et la Couronne perdra.

[Français]

**Le sénateur Dagenais :** Madame Simard, j'aimerais vous remercier d'être venue témoigner aujourd'hui. Pour aider notre compréhension, au sein du comité, de ce que vivent les familles comme la vôtre, j'aimerais savoir à quel moment votre mère a pris sa décision, dans quel environnement, quels conseils lui ont été donnés, le cas échéant, et à qui elle communiquait ses préoccupations. Je terminerai ma question comme suit : est-ce que, du point de vue familial, il y avait un accord unanime?

**Mme Simard :** Je commencerai par répondre à la dernière question en disant que, oui, c'était unanime. Elle nous en parlait depuis plusieurs années. Comme elle était une personne très spirituelle, la mort ne lui faisait pas peur, et à nous non plus, par chance. Il faut dire qu'elle nous a éduqués en ce sens.

Elle avait eu son diagnostic 15 ans auparavant. Au cours des cinq dernières années, sa situation s'était détériorée à la suite d'une chute qui avait entraîné une fracture de la hanche et de la clavicle. Elle s'est alors retrouvée en fauteuil roulant, après quoi ce fut la dégringolade, surtout au cours des six mois qui ont précédé sa mort.

She received home care through the CLSC where she lived, in Longueuil. It was enough for her because she wanted to maintain some independence. She was a very strong woman, and a very solitary person, too. She preferred receiving as little care as possible and staying at home. We were quite satisfied with the care she received at home. However, the situation became worse and worse, to the point that she was very afraid at night. There was no care or visits at night. So she would be 12 hours without visits or care, and the situation became impossible.

So we met with a social worker to try and get an intermediate resource, but things did not work and, after an assessment, we were referred to a residential and long-term care centre, or CHSLD. Moving in to the CHSLD was the turning point in her decision. It was hell for her, at 66 years of age, to be among residents who were on average 85 years old, and who were not at all there. These were atrocious conditions for someone who was solitary, independent and who, all of a sudden, became totally dependent, in an environment she hated.

As an aside, my mother was vegetarian. She ended up at the CHSLD with menus that did not accommodate her at all, with very brusque ways of doing things and occupational biases. People treated her like a deaf little old lady. It was hell. It was exactly what pushed her into her decision.

She thought about going to Switzerland, but she did not have enough energy to make the trip. In considering all these factors, what solutions did she have, without our being incriminated? She would have to die of hunger. She wanted to make her own decision and be the master of her own death. The only way to do that was to deprive herself of food and water.

[English]

**Dr. Painvin:** May I say something, as a physician? People who try to die by stopping to eat, it takes three weeks; stopping to drink takes a few days. The word “incurable” in Bill C-14, if this word is not removed, we are going to see Canadians still doing that. This is just totally unacceptable.

[Translation]

**Senator Joyal:** Ms. Simard, at what point did you contact a doctor to request medical assistance in dying which, in your opinion, should have been available in the circumstances?

**Ms. Simard:** Her family doctor, the treating physician, was made aware. She was very open. We were very pleased to have this relationship with her. She was certain that my mother was eligible under the Quebec legislation. After speaking to two or three colleagues, she realized that the end-of-life criteria came first and that, if it was not met, it was absolutely impossible to help the person in that process. We were disappointed because for at least

Elle recevait des soins à domicile grâce au CLSC de son quartier, à Longueuil. Ces soins lui suffisaient, car elle désirait garder une certaine indépendance. C'était une femme très forte, très solitaire aussi. Elle préférait recevoir le moins de soins possible et rester à la maison. Nous étions très satisfaits des soins qu'elle recevait à domicile. Par contre, la situation se détériorait de plus en plus, à un point tel qu'elle était très craintive la nuit. Il n'y a ni soins ni visites la nuit. Elle restait donc 12 heures sans recevoir ni visites ni soins, et cette situation était devenue impossible.

Nous avons donc rencontré une travailleuse sociale afin d'avoir recours à une ressource intermédiaire. Finalement, les choses n'ont pas fonctionné et, après évaluation, on nous a recommandé un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Son entrée au CHSLD a été le tournant de sa décision. C'était l'enfer pour elle, à 66 ans, de se retrouver parmi une clientèle dont l'âge moyen était d'environ 85 ans, et avec des gens totalement absents. C'étaient des conditions atroces pour une personne solitaire, indépendante qui, tout à coup, devient totalement dépendante, dans un environnement qu'elle déteste.

Soit dit en passant, ma mère était végétarienne. Or, elle s'est retrouvée au CHSLD avec des menus qui ne lui convenaient absolument pas, avec des façons de faire très brusques et des déformations professionnelles. On s'adressait à elle comme à une petite vieille sourde. Bref, c'était l'enfer. C'est exactement ce qui l'a poussée à prendre sa décision.

Elle pensait aller en Suisse, mais elle n'avait pas assez d'énergie pour faire le voyage. En considérant tous ces facteurs, quelles solutions s'offraient à elle, sans que nous soyons incriminés? C'était de se laisser mourir de faim. Elle voulait prendre sa propre décision et être maître de sa mort. La seule façon d'y arriver était de se priver elle-même d'eau et de nourriture.

[Traduction]

**Dr Painvin :** Puis-je rajouter quelque chose, en tant que médecin? Mourir de faim prend trois semaines tandis que mourir de déshydratation ne prend que quelques jours. Si le mot « incurable » n'est pas radié du projet de loi C-14, nous serons confrontés à des Canadiens qui suivent cette voie. C'est complètement inacceptable.

[Français]

**Le sénateur Joyal :** À quel moment, madame Simard, avez-vous contacté un médecin pour requérir l'aide médicale à mourir qui, selon vous, aurait dû être disponible dans les circonstances?

**Mme Simard :** Son médecin de famille, le médecin traitant, a été mis au courant. Elle était très ouverte. Nous étions très contents d'avoir ce rapport avec elle. Elle était certaine que ma mère était admissible en vertu de la loi au Québec. Après avoir parlé à deux ou trois collègues, elle s'est rendu compte que le critère de fin de vie venait en premier lieu, et que s'il n'était pas rempli, on ne pouvait absolument pas aider cette personne dans sa

three weeks, we thought that Quebec could help us, given that her family doctor had encouraged us to do it. In the end, it did not work out.

We started looking into going to Switzerland, but her energy dropped and her condition worsened, so we gave up on that. When she entered the CHSLD, she had a new treating physician. We spoke to him and asked him questions. The dialogue was very open. We spoke about her desire to die, to leave her body, to end her suffering. The doctor heard her very well, but he did not know what to do. Once again, he contacted two or three colleagues at the Pierre-Boucher hospital, next to the CHSLD, but he remained without resources, answers or help.

Finally, he let us go home. We then asked to bring my mother home so that she could go through with her plan to stop eating, because she could no longer tolerate being in the care centre. No physician, no help, no health professional had any solution for us. They just wanted to improve her quality of life.

When you are suffering like her, when you no longer get any pleasure from life, having an ergonomic cushion on your wheelchair changes absolutely nothing. Having an occupational therapist come to make you do exercises for your shoulder or neck pain, pain that gives you a headache 24 hours a day, no longer serves any purpose. Their suggestion is to improve the quality of life. But there is no quality of life left, so there is nothing to improve.

When a lucid and conscious person asks to be released from her body and, when, after examinations and studies by professionals, it is understood that the person is not in a depressive state, that it is not about suicide, it is about assistance in dying and being free of her body, the case must be evaluated in that light.

**Senator Joyal:** She died from hunger and thirst?

**Ms. Simard:** Yes.

**Senator Joyal:** Or, considering her condition, did the doctor just —

**Ms. Simard:** No, he let us go home. We left the care centre and we put her in a room in my sister's house. My sister and I were at her bedside in a little room for four days as she carried out her plan to stop eating in order to end it all. People in those situations are just waiting, they are dependent on everyone and they can decide nothing for themselves. They have no energy left, they have no mobility left, they have nothing left. They are dependent on everyone around them.

We could not even ask our mother to give us two or three days to find a solution because she needed to get out of there immediately in order to start her plan. She had reached her

démarche. Nous étions déçus, parce que, pendant au moins trois semaines, on croyait que le Québec pouvait nous aider, étant donné que son médecin de famille nous avait encouragés à le faire. Finalement, c'est tombé à l'eau.

Les démarches en Suisse ont donc démarré. Toutefois, la chute d'énergie et la détérioration de son état ont continué, et nous avons abandonné cette voie. Lorsqu'elle est entrée au CHSLD, elle a eu un nouveau médecin traitant. On lui parlait et on lui posait des questions. Le dialogue était très ouvert. On parlait de son désir de mourir, de quitter son corps, d'arrêter ses souffrances. Le médecin entendait très bien la demande, mais ne savait absolument pas quoi faire. Encore une fois, il a communiqué avec deux ou trois collègues de l'hôpital Pierre-Boucher, situé à côté du CHSLD, mais il est resté sans ressources, ni réponses, ni aide.

Finalement, il nous a laissés partir à la maison. On a alors demandé d'amener ma mère à la maison pour réaliser son projet de grève de la faim, parce qu'il était devenu insupportable pour elle de rester dans ce centre d'hébergement. Aucun médecin, aucune aide, aucun professionnel de la santé n'avaient de solution pour nous. Ce qu'ils voulaient, c'était améliorer ses conditions de vie.

Lorsqu'on est aux prises avec une souffrance telle qu'elle ne nous donne plus de plaisir à vivre, le fait d'avoir un coussin ergonomique sur son fauteuil roulant ne change absolument rien. Le fait qu'un ergothérapeute vienne vous faire faire des exercices pour soulager votre mal d'épaule ou de cou, qui vous donne mal à la tête 24 heures par jour, ne sert plus à rien. Ce qu'on propose, c'est améliorer les conditions de vie. Or, il ne reste aucune qualité de vie. Il n'y a donc rien à améliorer.

Quand une personne lucide et consciente fait la demande d'être libérée de son corps et que, après examens et études professionnelles, on comprend que cette personne n'est pas dépressive, qu'il ne s'agit pas d'un suicide, mais bien d'une aide à mourir et à se libérer de son corps, on doit évaluer la question comme telle.

**Le sénateur Joyal :** Est-elle décédée de faim et de soif?

**Mme Simard :** Oui.

**Le sénateur Joyal :** Ou bien est-ce que, finalement, le médecin, constatant son état...

**Mme Simard :** Non, il nous a laissés partir à la maison. Nous avons quitté le centre d'hébergement pour l'installer dans une chambre dans la maison de ma sœur. Ma sœur et moi étions à son chevet pendant quatre jours dans une petite chambre où elle faisait ce projet de grève de la faim pour en finir. Les personnes dans ces situations sont en attente, sont dépendantes de tout le monde, et ne peuvent rien décider pour elles-mêmes. Elles manquent d'énergie et de ressources, et n'ont plus de mobilité. Elles sont dépendantes de tous ceux qui les entourent.

Nous ne pouvions même pas demander à ma mère de nous accorder deux ou trois jours pour trouver une solution, car il fallait la sortir de là immédiatement pour commencer son projet.

point of no return, it was over for her, and we could not convince her otherwise. We did not want to convince her otherwise, because we agreed that she was suffering too much for her to go on living.

[English]

**Senator Plett:** Mr. Painvin, in response to Senator White's question, you referred to the Netherlands and Belgium, and I have something I want to read from testimony that we have heard:

If what occurred in the Netherlands and Belgium were to be normalized in Canada, the figures that we could expect, taking the same figures as those in the country, would be approximately 9,000 deaths a year.

In the Netherlands, the term "psychological suffering" enabled a healthy 63-year-old man to die by euthanasia because he could not face the prospect of retirement. The clinic's evaluating psychiatrist said the man:

... managed to convince me that it was impossible for him to go on. He was all alone in the world. He'd never had a partner. He did have family but he was not in touch with them. It was almost like he'd never developed as a person. He felt like he didn't have the right to live. His self-hatred was all consuming.

He didn't have any physical problems, just psychological.

Another individual meeting the psychological suffering in Belgium, who was offered assisted suicide, was a 54-year-old woman with a pathological fear of germs.

Do you consider Belgium a success regarding the legislation that they have?

**Dr. Painvin:** No, senator, I don't. That's why the safeguard has to be extremely precise. In the examples you are giving, I would say that that is a lack of professional assessment of the patient by the physician.

**Senator Plett:** You support lowering the age — you call them mature minors; I call them children — bringing the age down, again, as in Belgium. I think you said 12 years of age, maybe 11. I'm not sure. Did you say 12?

**Dr. Painvin:** Yes.

**Senator Plett:** Part of the preamble says that the government is considering just mental illness as a sole underlying medical condition. So mental illness as a sole underlying condition and then add 11-year old and 12-year-old children; we would have had 15 deaths in Attawapiskat a few months ago if that was the case here.

Elle avait atteint un point de non-retour, c'était terminé pour elle, et nous ne pouvions la convaincre du contraire. Nous ne voulions pas la convaincre du contraire, parce que nous étions d'accord que ses souffrances étaient trop grandes pour qu'elle puisse continuer à vivre.

[Traduction]

**Le sénateur Plett :** Docteur Painvin, en réponse à la question du sénateur White, vous avez mentionné les Pays-Bas et la Belgique, et j'aimerais vous rappeler ce qu'un témoin nous a dit. Il a précisé que :

Si l'on devait normaliser au Canada ce qui s'est produit aux Pays-Bas et en Belgique, on en arriverait à quelque 9 000 décès par an, en partant des mêmes données.

Aux Pays-Bas, l'expression « souffrance psychologique » a permis à un homme de 63 ans en pleine forme de mourir euthanasié parce qu'il ne pouvait faire face à la perspective de la retraite. Le psychiatre chargé de l'évaluer à la clinique a dit que le patient :

... était parvenu à le convaincre qu'il lui était impossible de continuer ainsi. Qu'il était seul au monde, qu'il n'avait jamais eu de compagne ou de compagnon, qu'il n'avait plus de contact avec sa famille. C'est comme s'il ne s'était pas développé. Il avait l'impression de ne plus avoir le droit de vivre. Il était rongé par le sentiment de haine qu'il se vouait.

Son problème n'était que de nature psychologique et non physique.

Une femme de cinquante-quatre ans qui avait une peur pathologique des microbes, en Belgique, a aussi satisfait au critère de la souffrance psychologique.

Estimez-vous que la loi belge soit une réussite?

**Dr Painvin :** Non, je ne le crois pas. C'est pour cela que les mesures de sauvegarde doivent être très précises. Quant aux exemples que vous avez donnés, je dirais qu'il s'agit là d'évaluations professionnelles erronées du patient de la part de son médecin.

**Le sénateur Plett :** Vous proposez d'abaisser l'âge des enfants, ou comme vous les appelez, des mineurs mûrs, comme en Belgique. Je pense que vous avez dit 12 ans, ou peut-être 11. Je ne suis pas sûr. Avez-vous dit 12 ans?

**Dr Painvin :** Oui.

**Le sénateur Plett :** Une partie du préambule mentionne que le gouvernement envisage la maladie mentale comme seule condition médicale invoquée. Si vous partez de la maladie mentale comme seule condition médicale et considérez des enfants de 11 et de 12 ans, nous aurions déjà eu 15 morts à Attawapiskat il y a quelques mois.

How can simply mental illness and then children be a determining factor? If, at least, it were a medical illness, but mental illness and then children? I can't square that box.

**Dr. Painvin:** Senator, as far as minors are concerned, they would have to go through a very professional psychological and psychiatric evaluation by an expert, a pediatrician in this field. I'm not talking here about people who are depressed. This is very different.

When I mentioned 12 years old in Belgium, I'm not saying that we should adopt this number. This is just an example.

**Senator Plett:** I hope if we have the cards that you suggested, I can have a card that says, "Please don't kill me if I have an accident."

**Dr. Painvin:** Yes, sir.

**The Chair:** Ms. Birrell, we have a minute if you or Mr. Gunn wanted to respond to that comment.

**Ms. Birrell:** I think that we are putting more blocks in our way to help assisted dying. Advance care directives can be done by the individual deciding when they would like to go, and that gets documented. It is then triggered when the person wants it. So I'm talking about planning it.

I was involved in the representation agreement in British Columbia. I was part of the group that drafted the law. What happens, in that case, is individuals go to a public notary or a lawyer with one or two representatives and draw up a —

**The Chair:** Sorry, Ms. Birrell. I offered you the opportunity, but I can't let you go on. And you are not responding to the question. In any event, maybe we'll get back to you.

**Senator Cowan:** Thank you for your presentation.

Doctor, I have a question for you. We all recognize how difficult these issues are to discuss, even without the kind of personal experiences Ms. Simard has experienced. There is a lot of talk about the deadline of June 6 and how we have to get it done; even if it isn't absolutely right, it's better to get this bill than no bill at all. Do you have an opinion on that? Recognizing that we do have the guidance of the Supreme Court of Canada in *Carter*, is this bill better than no bill at all, or should we take the time to get it right?

**Dr. Painvin:** That's a very difficult question, senator. Since the beginning, we are going in the right direction, but Bill C-14 is not compliant with the direction of the Supreme Court. If we have a new law in June, July, because of the wording, because of the restriction of the law, because of the discrimination of the law, it will be challenged in court immediately.

Comment la seule maladie mentale plus des enfants peuvent-ils être des facteurs déterminants? Si, au moins, il s'agissait d'une maladie médicale plutôt que d'une maladie mentale plus les enfants? Je n'arrive pas à m'y faire.

**Dr Painvin :** Sénateur, en ce qui a trait aux enfants, ils devront être soumis à une évaluation psychologique et psychiatrique très professionnelle effectuée par un expert, un pédiatre en l'espèce. Il n'est pas question ici de gens déprimés. C'est très différent.

Quand j'ai mentionné les 12 ans en Belgique, je n'ai pas dit qu'il fallait s'arrêter à cet âge-là. Ce n'était qu'un exemple.

**Le sénateur Plett :** J'espère que, lorsque nous aurons les cartes que vous nous recommandez, la mienne se lira « ne me tuez pas en cas d'accident ».

**Dr Painvin :** Oui, monsieur.

**Le président :** Madame Birrell, il nous reste une minute si vous ou M. Gunn voulez répondre à ce commentaire.

**Mme Birrell :** Je pense que nous continuons à ériger des obstacles sur la voie de la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir. Les directives de soins anticipées sont signées par la personne en cause qui décide quand elle veut mourir, et tout cela est enregistré. Les directives ne sont suivies que si la personne le veut. Je parle donc d'une certaine planification.

J'ai pris part à la conclusion de l'accord de représentation en Colombie-Britannique. Je faisais partie du groupe ayant rédigé la loi. Ce qui se passe, dans ce cas-là, c'est que l'individu en cause se présente devant un notaire public ou un avocat avec un ou deux représentants afin de rédiger...

**Le président :** Je suis désolé, madame Birrell. Je vous en avais offert l'occasion, mais je dois vous retirer la parole. Vous ne répondez pas à la question. Dans tous les cas, nous reviendrons peut-être vers vous ultérieurement.

**Le sénateur Cowan :** Merci pour votre exposé.

Docteur, j'ai une question à vous poser. Nous savons tous à quel point ces questions sont difficiles à traiter, même sans avoir le type d'expérience personnelle qu'a vécu Mme Simard. On parle beaucoup de la date butoir du 6 juin et de ce qu'on doit accomplir. Même s'il n'est pas parfait, n'est-il pas mieux d'avoir ce projet de loi plutôt que de ne pas en avoir du tout? Comme nous connaissons la position de la Cour suprême du Canada par l'entremise de l'arrêt *Carter*, pensez-vous qu'il vaille mieux avoir ce projet de loi que de ne pas en avoir ou bien devrions-nous prendre le temps de bien faire les choses?

**Dr Painvin :** C'est une question très difficile, sénateur. Nous sommes sur la bonne voie, mais le projet de loi C-14 n'est pas conforme aux directives de la Cour suprême. Si nous nous retrouvons avec une nouvelle loi en juin ou en juillet, elle fera immédiatement l'objet d'un recours judiciaire mettant en cause ses formulations de même que sa portée restreinte et discriminatoire.

So is it good? Is it bad? It's both. It's positive for the country to have a law on medically assisted death, but I believe we should have a good one. I mean, we have enough examples around the world, and we have smart people in this country to build and create a law that will be non-discriminatory and that will be compliant with the decision of the Supreme Court and compliant with the Charter. Right now, Bill C-14 does not follow the rules of the Supreme Court and the Charter.

Is it good? Is it bad? It's both.

[Translation]

**Senator McIntyre:** Thanks to all four of you for your presentations. Ms. Simard, that is indeed a sad story you shared. I offer you my sincerest condolences for the loss of your mother.

[English]

Ms. Birrell, I understand the difficulties people with disabilities face when dealing with physicians. Along those lines, are you aware of any legislation that exists concerning a person with a speech/language disability or communications disability?

**Ms. Birrell:** I think that a system has to be there if you have communication difficulty. I mean part of your disability; I don't mean deteriorating. Have that in advance so that it's very clear what the person wants. That's number one.

What was the second part of your question?

**Senator McIntyre:** Is there any legislation in place supporting people with a speech/language disability or communications disability when those people are dealing with physicians or doctors?

**Ms. Birrell:** No. There are no specific criteria or legislation. It is a case of the advocacy groups trying to get those systems in place. I think it's really important that they be there.

**Senator Batters:** Dr. Painvin, regarding physician-assisted suicide, this is still a rarity worldwide. I think I heard the number the other day that only nine jurisdictions worldwide allow physician-assisted suicide, and that includes a few jurisdictions like U.S. states where terminal illness and end of life is required; correct? Is it nine jurisdictions worldwide that allow physician-assisted suicide currently?

**Dr. Painvin:** There are the states of Oregon, Washington and Vermont.

**Senator Batters:** All of those require terminal illness and end of life.

**Dr. Painvin:** Yes.

Donc est-ce bon ou mauvais? Ce sont les deux. C'est un pas en avant pour le pays que d'avoir une loi sur l'aide médicale à mourir, mais j'estime qu'on devrait en avoir une qui soit adaptée. Nous avons assez d'exemples à suivre à l'étranger et nous disposons ici de gens intelligents qui pourront s'affairer à concevoir une loi qui ne soit pas discriminatoire, d'une part, et qui se conforme aussi bien à la décision de la Cour suprême qu'à la Charte, d'autre part. En l'état, le projet de loi C-14 ne respecte pas les impératifs de la Cour suprême et de la Charte.

Est-ce bon ou mauvais? Ce sont les deux.

[Français]

**Le sénateur McIntyre :** Merci à tous les quatre pour vos présentations. Madame Simard, décidément, c'est une histoire plutôt triste que vous avez racontée. Je vous offre mes condoléances les plus sincères pour la perte de votre mère.

[Traduction]

Madame Birrell, je comprends ce à quoi sont confrontées les personnes handicapées lorsqu'elles ont affaire à des médecins. Dans cette veine, savez-vous s'il existe des lois parlant de personnes qui ont des troubles du langage ou de la parole ou des déficiences de communication?

**Mme Birrell :** Je pense que les personnes souffrant d'une déficience de communication comme partie intégrante de leur handicap, mais pas en tant que dégénérescence, doivent pouvoir compter sur un système. Il faut que cela existe en amont pour que les souhaits de la personne soient très clairs. C'est la première chose.

Rappelez-moi la deuxième partie de votre question?

**Le sénateur McIntyre :** Existe-t-il des lois appuyant les personnes qui ont un trouble de la parole ou du langage, ou une déficience de communication dans leurs démarches auprès des médecins?

**Mme Birrell :** Non. Il n'y a aucun critère ni loi spécifique. Les groupes de défense aspirent à ce que ce soit mis en place. Je pense qu'il est important qu'ils existent.

**La sénatrice Batters :** Docteur Painvin, le suicide médicalement assisté demeure un phénomène rare au niveau mondial. J'ai cru comprendre que neuf pays ou États seulement permettent ce type de procédure, y compris des États américains qui exigent que le patient soit atteint d'une maladie mortelle et soit en phase terminale, n'est-ce pas? C'est bien neuf pays ou États dans le monde entier qui permettent actuellement le suicide médicalement assisté?

**Dr Painvin :** Il y a les États de l'Oregon, de Washington et du Vermont.

**La sénatrice Batters :** Dans tous les cas il est question d'une maladie mortelle en phase terminale?

**Dr Painvin :** Oui.

**Senator Batters:** It is my understanding there are only six other jurisdictions in the world that allow this.

**Dr. Painvin:** Yes, but they don't use the word "incurable."

**Senator Batters:** Yes, but it is the concept. It's not like we're the last ones to get on board with this in the world. It's quite a rarity still.

**Dr. Painvin:** Right.

**Senator Batters:** Dealing with the issue of mature minors, at one point in your testimony, you referred to a 12-year-old as being very mature and a 14-year-old being very smart. You've talked about Belgium and the Netherlands as allowing physician-assisted suicide for those who are 12 years old. In our situation in Canada with this proposed bill, we're not talking about a 17-year-old with terminal cancer in the last few months of his life, because this bill does not currently require terminal illness and end of life. So I'm wondering if you think that terminal illness and end of life should be required for those under 18.

**Dr. Painvin:** I will say yes, but the problem, again, is how you define "terminal disease." Terminal can be a few weeks; it can be a few months.

**Senator Batters:** Okay. Thank you.

**Dr. Painvin:** But to answer your question, the answer is yes.

**Senator Batters:** Also, you made a comment at one point, referring to the Liberal government now allowing a free vote for their members of Parliament on this particular bill. You seem to refer to that in a way that indicated you were not in favour of them allowing their members of Parliament to have a free vote. Is that correct, or did I mischaracterize what you thought about that?

**Dr. Painvin:** I wouldn't want to speak my personal opinion about that. My understanding is it will be a free vote.

**Senator Batters:** You made a comment, but you made it sound like you didn't think they should have a free vote on it. Is that your personal opinion?

**Dr. Painvin:** No. But I think that if there is a free vote, there is always a risk, especially on those issues, and the more restrictive the bill is, the more likelihood it will pass; the more open the bill, the more likely a problem will be raised. That's my point.

**Senator Batters:** But do you think that members of Parliament should have a free vote on an issue so fundamental to conscience as life and death?

**Dr. Painvin:** Absolutely. Personally, yes, but this is not necessarily the position of DWD. This is my personal opinion.

**La sénatrice Batters :** Je crois comprendre que seuls six autres pays dans le monde le permettent.

**Dr Painvin :** Oui, mais ils n'utilisent pas le terme « incurable ».

**La sénatrice Batters :** Oui, mais il s'agit du principe. Nous ne sommes pas les derniers au monde à souscrire à ce type de législation. Cela reste plutôt rare.

**Dr Painvin :** Effectivement.

**La sénatrice Batters :** En ce qui a trait à la question des mineurs matures, vous nous avez parlé, lors de votre témoignage, d'un enfant de 12 ans qui serait très mûr et d'un autre de 14 ans qui serait très intelligent. Vous nous avez parlé de la Belgique et des Pays-Bas comme étant des pays où l'on permet le suicide médicalement assisté pour des enfants âgés de 12 ans. Dans le contexte canadien actuel, en prenant en compte le projet de loi qui nous est soumis, il n'est pas question d'enfants de 17 ans atteints d'un cancer mortel et endurent les derniers mois de leur vie, puisque le projet de loi n'exige pas la présence d'une maladie mortelle en phase terminale. Croyez-vous que, pour les moins de 18 ans, il faudrait exiger que les candidats à l'aide à mourir souffrent d'une maladie mortelle et soient en phase terminale?

**Dr Painvin :** Je dirais oui, mais le problème reste la définition de « maladie mortelle ». Même dans le cas d'une maladie mortelle, la mort peut aussi bien survenir au bout de quelques mois que de quelques semaines.

**La sénatrice Batters :** D'accord, merci.

**Dr Painvin :** Pour répondre à la question, c'est oui.

**La sénatrice Batters :** Vous avez aussi fait un commentaire à un moment donné sur le gouvernement libéral qui permet à ses députés de voter librement sur ce projet de loi. Vous semblez être contre la possibilité d'un tel vote au Parlement. Est-ce bien le cas, ou ai-je mal interprété vos propos?

**Dr Painvin :** Je me garde bien d'émettre mon avis personnel sur cette question. J'ai cru comprendre que ce serait un vote libre.

**La sénatrice Batters :** Vous avez fait un commentaire, mais vous avez insinué que vous ne pensez pas qu'un vote libre devrait être tenu en la matière, est-ce bien votre avis?

**Dr Painvin :** Non. Mais je pense que lors d'un vote libre, le risque couru augmente toujours, surtout lorsqu'il s'agit de ces questions. Plus le projet de loi sera restrictif, plus il aura de chances d'être adopté; plus il sera de portée large, plus il sera probable qu'un problème sera identifié. C'est ce que je voulais dire.

**La sénatrice Batters :** Mais pensez-vous que les députés devraient avoir un vote libre sur une question aussi essentielle pour la conscience de chacun qu'est cette question de vie et de mort?

**Dr Painvin :** Tout à fait. C'est mon avis personnel mais pas nécessairement celui de DWD.

**Senator Batters:** So Dying With Dignity Canada doesn't think they should have a free vote?

**Dr. Painvin:** No, this is my own opinion.

**Senator Batters:** But you're also here representing Dying With Dignity Canada. Do they think that MPs should have a free vote or not?

**Dr. Painvin:** Yes.

**Senator Batters:** They do think that. Okay. Thank you.

[Translation]

**Senator Boisvenu:** Ms. Simard, thank you so much for sharing with us your very painful experience of losing your mother. People who come to see us often wonder how a "committee of the wise" such as ours can deal with testimony such as yours. Speaking for myself, and for a number of my colleagues, I am very sensitive to the fact that this bill addresses the dying first and foremost; it does not address the loved ones, the victims, those suffering from illnesses that are incurable, but not necessarily terminal in the short term.

Rest assured that your message was heard loud and clear, that we are very sensitive to the issue, and that we have gained a lot from listening to you. You can leave with some peace of mind; we have heard you, and I am sure that we will consider your testimony in our discussion. We hope that our discussion will be primarily focused on your needs, as much as possible. Thank you very much.

**Ms. Simard:** Thank you.

**Senator Pratte:** Ms. Simard, thank you for appearing before us today. I would like to ask you a question, but if you think it's too personal, do not let it cause you discomfort. I was intrigued by the fact that you described your mother as being very spiritual.

When I was young, we had religion classes. The religion that we were taught, and several other religions, considered that the idea of taking one's life, of suicide, was quite wrong, and the idea of suffering was well regarded. I do not know what your mother's religion or spiritual path was, but how did she reconcile her spirituality with the idea of dying?

**Ms. Simard:** That is a good question. Perhaps I could answer by saying that she believed in something greater than her. She was not self-centred or selfish. She believed that at some point our mission on earth might indeed come to an end, especially when our body is making us suffer and is telling us that it is over.

I think her spirituality actually made her see that perhaps it was time for her to put an end to it all. She was not afraid to die; on the contrary, she saw death as salvation. For her, dying meant the suffering would end. I think death scares many of us, but it did not scare her.

**La sénatrice Batters :** Donc Dying With Dignity Canada ne pense pas qu'un vote libre devrait être tenu?

**Dr Painvin :** Non, ce n'est que mon avis.

**La sénatrice Batters :** Mais vous représentez aussi Dying With Dignity Canada. Les députés devraient-ils avoir un vote libre ou pas?

**Dr Painvin :** Oui.

**La sénatrice Batters :** Ils le pensent, donc. D'accord, merci.

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Madame Simard, merci beaucoup d'avoir partagé avec nous cette expérience très douloureuse de la perte de votre mère. Effectivement, les gens qui viennent nous rencontrer se demandent souvent comment ce « comité de sages » que nous sommes peut traiter avec des témoignages comme le vôtre. Personnellement, et cela vaut pour plusieurs de mes collègues, je suis très sensible au fait que ce projet de loi traite avant tout des mourants et laisse de côté les proches, les victimes, les gens qui souffrent de maladies incurables, mais pas nécessairement mortelles à court terme.

Sachez que votre message a été bien reçu, que nous y sommes très sensibles et que nous avons beaucoup gagné à vous entendre. Repartez rassurée, car nous vous avons entendue, et je suis convaincu que votre témoignage fera partie de notre réflexion. Nous espérons que celle-ci sera axée d'abord sur vos besoins, dans la mesure du possible. Merci beaucoup.

**Mme Simard :** Merci à vous.

**Le sénateur Pratte :** Madame Simard, merci d'être venue témoigner aujourd'hui. J'aimerais vous poser une question, mais si vous la trouvez trop personnelle, sentez-vous bien à l'aise. J'ai été intrigué par le fait que vous ayez décrit votre mère comme une personne qui était très spirituelle.

Quand j'étais jeune, nous avions des cours de religion. La religion qu'on nous enseignait, et plusieurs autres religions, voyaient plutôt mal l'idée de s'enlever la vie, l'idée du suicide, et voyaient d'un bon œil l'idée de la souffrance. Je ne sais pas quelle était la religion de votre mère ni sa spiritualité, mais comment a-t-elle concilié sa spiritualité à l'idée de mourir?

**Mme Simard :** C'est une bonne question. Je pourrais peut-être vous répondre en disant qu'elle croyait à ce qui est plus grand qu'elle. Elle n'était pas centrée sur elle-même ou égoïste. Elle croyait qu'à un moment donné, on peut effectivement avoir terminé sa mission sur la Terre, surtout quand notre corps nous fait souffrir et nous dit que c'est terminé.

Je pense que c'était sa spiritualité, en fait, qui lui a fait voir qu'il était peut-être temps pour elle d'en finir. Elle n'avait pas peur de la mort; au contraire, elle la voyait comme une délivrance. Pour elle, mourir voulait dire « arrêter de souffrir ». Je crois que la mort fait peur à plusieurs d'entre nous, mais pour elle, ce n'était pas le cas.

So that bolstered her arguments; in other words, when you are dealing with a woman who is absolutely not afraid to die, who has put her affairs in order, whose entire family is aware of her decision, and whose entire family supports her, it is that much more difficult to accept that there was no solution for her other than to starve herself to death.

[English]

**The Chair:** Witnesses, thank you all for being with us today and for contributing to our consideration of this important legislation. We very much appreciate it.

(The committee adjourned.)

---

OTTAWA, Wednesday, May 11, 2016

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met this day at 2:15 p.m. to examine the subject matter of Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying).

**Senator Bob Runciman** (*Chair*) in the chair.

[English]

**The Chair:** Good afternoon. Welcome colleagues, invited guests, members of the general public who are following today's proceedings of the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs.

Today we continue our hearings for our pre-study of Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying).

For our first hour, we have with us the two co-chairs of the Provincial-Territorial Expert Advisory Group on Physician-Assisted Dying, Jennifer Gibson and Maureen Taylor.

Thank you both for being here. The floor is yours.

**Maureen Taylor, Co-Chair, Provincial-Territorial Expert Advisory Group on Physician-Assisted Dying:** Thank you very much for the opportunity to speak to you today about Bill C-14. My co-chair, Jennifer Gibson, is going to address some of the concerns from the view of our expert advisory group work. With Jennifer's permission, I will speak to you today with the voice of the patient and caregiver, because the true stakeholders in this discussion are the people who have to live with intolerable suffering.

My own personal journey in assisted dying stems from my late husband, Dr. Donald Low, who died in 2013, seven months after he was diagnosed with an inoperable brain tumour. All of the complications he feared at the end of his life — paralysis, weakness, inability to talk or toilet himself — were realized.

Ainsi, cet aspect ajoutait encore plus de poids à son dossier; autrement dit, quand on a affaire à une femme qui n'a absolument pas peur de la mort, qui a réglé toutes ses choses, dont toute la famille est au courant de sa décision, dont toute la famille l'encourage dans son projet, il est d'autant plus difficile d'accepter qu'il n'y avait aucune solution pour elle, mis à part la grève de la faim.

[Traduction]

**Le président :** Merci aux témoins de s'être déplacés et d'avoir contribué au débat entourant cet important projet de loi. Nous l'apprécions vivement.

(Le comité s'ajourne.)

---

OTTAWA, le mercredi 11 mai 2016

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd'hui, à 14 h 15 pour examiner la teneur du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir).

**Le sénateur Bob Runciman** (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

**Le président :** Bonjour, bienvenue, chers collègues, invités et membres du grand public qui suivent les débats du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles.

Aujourd'hui, nous poursuivons nos audiences dans le cadre de l'étude préliminaire du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir).

Durant la première heure, nous accueillons Jennifer Gibson et Maureen Taylor, les deux coprésidentes du Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir.

Merci à vous deux d'être là. Vous avez la parole.

**Maureen Taylor, coprésidente, Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir :** Je vous remercie de me donner l'occasion de prendre la parole devant vous aujourd'hui pour parler du projet de loi C-14. Ma coprésidente, Jennifer Gibson, vous parlera de certaines des préoccupations soulevées dans le cadre des travaux de notre groupe consultatif d'experts. Avec la permission de Jennifer, je vais vous parler du point de vue des patients et des soignants, parce que les vraies personnes visées par cette discussion sont les personnes qui doivent vivre avec des souffrances intolérables.

Mon expérience personnelle touchant l'aide à mourir découle de mon défunt mari, le Dr Donald Low, qui est décédé en 2013, sept mois après avoir découvert qu'il était atteint d'une tumeur cérébrale inopérable. Toutes les complications qu'il craignait en fin de vie — paralysie, faiblesse, incapacité de parler ou de se

We tried but failed to find a way to allow him a peaceful, quick death, and since then I've become an advocate for the right to choose a medically assisted death.

My husband would have met all the criteria under Bill C-14. His natural death was reasonably foreseeable, he was in an advanced state of irreversible decline in capability, and his disease was incurable, yet Bill C-14 is flawed, and if Don were here today he would tell you the same thing.

While we know from other jurisdictions that the majority of patients who will seek assistance in dying will be in advanced stages of cancer, Bill C-14 would exclude other patients who have a grievous and irremediable condition and who are suffering intolerably but whose death may not be reasonably foreseeable.

You have already learned from people far smarter than me that this wording is sure to attract another court challenge and that the government will lose. It is clear this bill has been drafted by lawyers and not people with knowledge of medicine.

Multiple sclerosis, Huntington's, Parkinson's disease, spinal stenosis, ALS, Alzheimer's — patients with these conditions may live for years with intolerable suffering before they die.

Denying these patients the option of an assisted death simply because some groups classify them as vulnerable populations insults their capacity to make their own medical decisions.

I work in a hospital with a unit that is home to patients who are on long-term mechanical ventilation. They are awake. They interact. They have ALS or MS or COPD, progressive diseases that rob them of the ability to breathe on their own. From time to time, some of these patients make the decision to have the ventilator disconnected. It's known as withdrawal of care.

After discussions with their families and the medical team, they are allowed this option, and by the way, they don't disconnect the tubes themselves. They die within hours or minutes.

If we accept those decisions as rational, why the double standard? Why would we not respect the rights of other patients whose circumstances are similar in almost every way, but for dependence on machines? Why can't those patients make the very same decision to die at a time when their suffering has been become intolerable? The intention and the result are the same.

toiletter — se sont concrétisées. Nous avons essayé en vain de trouver une façon de lui accorder un décès paisible et rapide, et, depuis, je défends le droit à l'aide médicale à mourir.

Mon époux aurait respecté tous les critères du projet de loi C-14. Son décès naturel était raisonnablement prévisible, sa situation médicale se caractérisait par un déclin avancé et irréversible de sa capacité, et sa maladie était incurable. Cependant, le projet de loi C-14 est déficient, et, si Don était ici, il vous dirait la même chose.

Même si l'expérience dans d'autres administrations nous apprend que la majeure partie des patients qui demanderont une aide à mourir en seront à un stade cancéreux avancé, le projet de loi C-14 exclurait d'autres patients qui ont des affections graves et irrémédiables et qui souffrent de façon intolérable, mais dont le décès n'est peut-être pas raisonnablement prévisible.

Vous avez d'autres personnes plus intelligentes que moi qui vous ont déjà dit que l'expression fera assurément l'objet d'une autre contestation judiciaire et que le gouvernement en sortira perdant. Il est évident que le projet de loi a été rédigé par des avocats et non par des personnes qui possèdent des connaissances en médecine.

La sclérose en plaques, la maladie de Huntington, la maladie de Parkinson, la sténose du canal rachidien, la SLA, la maladie d'Alzheimer... les patients qui affichent ces affections peuvent vivre pendant des années en souffrant de façon intolérable avant de mourir.

Le fait de refuser à ces patients la possibilité d'avoir recours à l'aide à mourir simplement parce que certains groupes les considèrent comme des populations vulnérables est une insulte à leur capacité de prendre leurs propres décisions de nature médicale.

Je travaille dans un hôpital où se trouve une unité qui accueille des patients ayant recours à un système de ventilation mécanique à long terme. Ils sont réveillés. Ils interagissent. Ils sont atteints de SLA, de sclérose en plaques ou de MPOC, des maladies évolutives qui leur enlèvent leur capacité de respirer par eux-mêmes. De temps en temps, certains de ces patients décident de faire déconnecter leur ventilateur. C'est ce qu'on appelle l'arrêt des soins.

Après avoir discuté avec leur famille et leur équipe médicale, ils ont droit de choisir cette option et, en passant, ils ne déconnectent pas les tubes eux-mêmes. Ils meurent dans les heures ou les minutes qui suivent.

Si nous acceptons ces décisions comme étant rationnelles, alors pourquoi avoir deux poids, deux mesures? Pourquoi ne pas respecter les droits d'autres patients dont la situation est pratiquement similaire à part le fait que leur survie ne dépend pas de machines? Pourquoi ces patients ne peuvent-ils pas prendre les mêmes décisions de mourir lorsque leur souffrance devient de plus en plus intolérable? L'intention et le résultat sont identiques.

In addition, I'm troubled by Bill C-14's definition of "grievous and irremediable" to include the word "incurable." My fear is that individual medical practitioners will interpret this standard differently, which will result in uneven access to MAID for Canadians.

The legislation must emphasize that patients are not required to undertake treatments for their medical condition that are not acceptable to them.

Now advance directives. I know some of you are especially interested in that issue, and so are Canadians over 50. They want this as an option.

The government's reasons for excluding advance directives for patients who lose capacity seems to be that in the Netherlands, where advance directives are legal, physicians rarely honour them, so why permit something in Canada that physicians might just ignore anyway? I don't think that's a good enough reason to exclude advance directives. I think we can find language that allows a competent adult who has a diagnosis of something like dementia to articulate in advance those symptoms and deficits that for them would be considered intolerable. And if they should become incapable before those symptoms are realized, the physician should be able to evaluate the advance wishes and provide the assisted death; otherwise, these patients are trapped once they are closer to a reasonably foreseeable death. Their disease will have robbed them of the capacity to make a request, so this is cruel to me.

The justice minister's analysis of Bill C-14 argues that it strikes an appropriate balance between respecting autonomy during the passage to death while otherwise prioritizing respect for life. The ultimate way to guarantee respect for life is to offer Canadians the option of living their life as fully and completely as they choose until the moment when their suffering makes living intolerable.

Thank you very much.

**The Chair:** Thank you very much. Ms. Gibson?

**Jennifer Gibson, Co-Chair, Provincial-Territorial Expert Advisory Group on Physician-Assisted Dying:** Thank you so much for the invitation to join you today. In my comments, I will pick up on a theme that Maureen introduced concerning putting patients at the centre of the discussion.

A patient-centred approach was a core commitment of the Provincial-Territorial Expert Advisory Group's work. It was the frame of reference for the special joint committee's report, and it is the compass foot of many witnesses who have appeared before you. Shortly after the Provincial-Territorial Expert Advisory Group's report was released, in December 2014, I received a message, an email from a member of the public. This person thanked us, the expert advisory group, for

De plus, je suis troublée par la définition de l'expression « graves et irrémédiables » dans le projet de loi C-14, qui inclut le mot « incurables ». Ma crainte, c'est que différents professionnels de la santé interpréteront cette norme différemment, ce qui signifiera un accès inégal à l'AMM pour les Canadiens.

La loi doit souligner que les patients n'ont pas à subir des traitements liés à leur affection médicale si ces traitements ne sont pas acceptables pour eux.

Passons aux directives anticipées. Je sais que certains d'entre vous sont tout particulièrement intéressés par cet enjeu, tout comme les Canadiens âgés de plus de 50 ans. Ils veulent avoir cette option.

Les raisons pour lesquelles le gouvernement exclut les directives anticipées pour les patients en perte de capacité semblent tenir au cas des Pays-Bas, où les directives anticipées sont légales, mais où les médecins les honorent rarement. Le gouvernement se demande donc pourquoi permettre quelque chose au Canada, si les médecins vont tout simplement en faire fi de toute façon? Je ne crois pas que c'est une assez bonne raison pour exclure les directives anticipées. Je crois que nous pouvons trouver un libellé qui permettra à un adulte compétent ayant fait l'objet d'un diagnostic comme la démence de définir d'avance les symptômes et les déficits qui, selon eux, doivent être considérés comme intolérables. En outre, s'ils sont frappés d'incapacité avant que ces symptômes se concrétisent, le médecin devrait être en mesure d'évaluer les souhaits communiqués d'avance et fournir l'aide à mourir. Sinon, ces patients sont pris au piège lorsqu'ils seront plus près d'un décès raisonnablement prévisible. Leur maladie leur aura enlevé leur capacité de présenter une demande, ce qui, selon moi, est cruel.

Dans son analyse du projet de loi C-14, le ministre de la Justice a déclaré que le projet de loi établit un juste équilibre : il privilégie le respect de l'autonomie lorsque la mort approche tout en donnant la priorité au respect de la vie. La meilleure façon de garantir le respect de la vie est d'offrir aux Canadiens l'option de vivre leur vie pleinement et entièrement comme ils le désirent jusqu'au moment où leur souffrance rend la vie intolérable.

Merci beaucoup.

**Le président :** Merci beaucoup. Madame Gibson?

**Jennifer Gibson, coprésidente, Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir :** Merci beaucoup de m'avoir invitée aujourd'hui. Dans ma déclaration, je vais revenir sur un thème soulevé par Maureen, soit de mettre les patients au centre de la discussion.

Une approche axée sur les patients était un engagement central dans le cadre des travaux du Groupe consultatif provincial-territorial d'experts. Il s'agissait du cadre de référence du rapport du comité mixte spécial et la perspective prise par de nombreux témoins qui ont comparu devant vous. Peu après la communication du rapport du Groupe consultatif provincial-territorial d'experts, en décembre 2014, j'ai reçu un message, un courriel, d'un membre du public. Cette personne

taking a patient-centred approach and for not limiting our recommendations to medical conditions with a high probability of death. The person related brief details about their medical situation and observed that there may come a time in a patient's life when a tipping point is reached in the balance of quality of life versus extending life. In the matter of assisted death, this person concluded that no patient is going to reach such a decision and request lightly.

I cherish this email for its generosity in reaching out to a complete stranger, me, to share a glimpse into the lived experience of someone contemplating an assisted death.

This brings me to my first observation about Bill C-14. Who does Bill C-14 serve? That is, whose suffering does it address and whose does it not? Many witnesses have observed that Kay Carter would likely have not met the eligibility criteria laid out in the bill. Indeed, it is not at all clear to me that the person who emailed me would have met the criteria either.

While there's prudence in a cautious approach as we learn how to implement medical assistance in dying in Canada, I urge you not to lose sight of those whose suffering will not be addressed. This includes those whose deaths are not reasonably foreseeable but whose medical conditions are nevertheless grievous and irremediable and whose suffering is enduring and intolerable. As we heard yesterday from the medical regulators, it may also include the exclusion of mature minors, who may be competent.

Maureen and other witnesses have already addressed the limitations of grievous and irremediable as a definition, so I will not retrace those considerations here but will simply add my voice to their concerns.

One area where I do think Bill C-14 gets it mostly right is in the procedural safeguards it outlines. Indeed, there are a number of areas where Bill C-14 does get it right, but I will focus here on the matter of the procedural safeguards. These I believe strike the most appropriate balance, and here I'm citing the preamble to the bill between the autonomy of persons who seek medical assistance in dying on the one hand and the interests of vulnerable persons in need of protection and those of society on the other.

It's worth noting that these procedural safeguards are a significant departure from how other end-of-life decisions, such as withdrawal of life-extending or life-sustaining treatment, are addressed today in health care practice. While I do not myself see a moral distinction between medical assistance in dying and

nous a remerciés — le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts — d'avoir adopté une approche axée sur les patients et de ne pas avoir limité nos recommandations aux affections médicales assorties d'une probabilité de décès élevée. La personne a décrit brièvement sa situation médicale et fait remarquer que vient parfois un moment dans la vie d'un patient où l'équilibre entre la qualité de vie et le désir de prolonger la vie bascule. Du point de l'aide à mourir, cette personne a conclu qu'aucun patient ne prendra une telle décision et ne fera une telle demande à la légère.

Je conserve ce courriel en raison de sa générosité. Cette personne a tendu la main à un parfait inconnu — moi, en l'occurrence — pour donner un aperçu de l'expérience vécue d'une personne qui envisage d'avoir recours à l'aide à mourir.

Cela m'amène à ma première observation au sujet du projet de loi C-14. Qui sont les bénéficiaires du projet de loi C-14? Pour le dire autrement, le projet de loi tient compte ou fait fi des souffrances de qui? Beaucoup de témoins ont souligné que Kay Carter n'aurait probablement pas respecté les critères d'admissibilité du projet de loi. En effet, il n'est pas du tout certain, selon moi, que la personne qui m'a envoyé le courriel aurait elle aussi pu respecter les critères.

Même s'il est raisonnable d'adopter une approche prudente tandis que nous apprenons de quelle façon offrir l'aide médicale à mourir au Canada, je vous prie de ne pas perdre de vue ceux dont la souffrance n'est pas prise en considération. Cela inclut ceux dont les décès ne sont pas raisonnablement prévisibles, mais dont les affections médicales sont tout de même graves et irrémédiables et dont la souffrance est permanente et intolérable. Comme les représentants des organismes de réglementation médicale l'ont dit hier, cela pourrait aussi signifier l'exclusion des mineurs matures, qui sont peut-être compétents.

Maureen et d'autres témoins ont déjà souligné les limites de la définition de « graves et irrémédiables », alors je ne reviendrai pas sur ces choses, mais je tiens à joindre ma voix à la leur en ce qui concerne leurs préoccupations.

L'un des domaines où le projet de loi C-14 s'en tire assez bien, c'est la description des mesures de sauvegarde procédurales. En effet, il y a un certain nombre de choses que le projet de loi C-14 fait bien, mais je vais m'intéresser ici précisément à la question des mesures de sauvegarde procédurales. Selon moi, elles établissent un juste équilibre, et, ici, je cite le préambule du projet de loi, lequel parle de l'autonomie des personnes qui demandent l'aide médicale à mourir, d'un côté, et les intérêts des personnes vulnérables qui ont besoin de protection et ceux de la société, de l'autre.

Il convient de signaler que ces mesures de sauvegarde procédurales sont très différentes de la façon dont les autres décisions en fin de vie — comme celles qui prolongent ou maintiennent la vie — sont prises de nos jours dans le milieu de la santé. Même si, pour ma part, je ne crois pas qu'il y a une

those other death-hastening interventions, I do think the procedural safeguards underline the seriousness of the decision and reflect best practice from other jurisdictions.

Some witnesses before you have recommended that the procedural safeguards ought to be augmented to include prior review by a judge. There are a number of reasons why this recommendation must be rejected, such as pragmatic considerations of cost, timeliness and access; but from a patient perspective, the most important reason is the burden it would place on patients and their families at the end of their lives, not to mention how this disrupts the continuity of health care we are all seeking to achieve. A lesson can be learned from A.B., who was the first person in Ontario to be granted a constitutional exemption to access medical assistance in dying. After the Ontario Superior Court ruling, A.B. stated:

My only regret in these last months is that my family and I have had to expend what little energy I have left to fight this court battle. My wish is that our government will see fit to make permanent changes in the law so that no other family will have to do this ever again.

Finally, I will conclude my comments with an appeal for stronger language in the preamble concerning the non-legislative commitments of the federal government. In particular, I would like to see shorter timelines for the study of mature minors, advance requests and psychiatric illness as the sole underlying medical condition. I would also like to see, as has been recommended by the Provincial-Territorial Expert Advisory Group, the special joint committee and the Canadian Society of Palliative Care Physicians, an explicit commitment to create a pan-Canadian commission to advance quality and accessibility of palliative and other end-of-life supports for all Canadians.

Thank you. I look forward to our discussion.

**The Chair:** Thank you. We'll begin that discussion with the deputy chair, Senator Jaffer.

**Senator Jaffer:** Thank you, Ms. Taylor and Ms. Gibson, for your presentations, which certainly were very powerful. Ms. Taylor, you spoke about advance directives. You know we've been preoccupied with that. You explained that well, so I won't ask you.

Ms. Gibson, you covered the issue of courts, but the big issue with courts, we all know, is for a patient to have resources and the ability to go to court, and we know, and our committee is finding

distinction morale entre l'aide médicale à mourir et les autres interventions qui accélèrent la mort, je crois cependant que les mesures de sauvegarde procédurales soulignent la gravité de la décision et reflètent les pratiques exemplaires d'autres administrations.

Certains témoins que vous avez rencontrés ont recommandé que les mesures de sauvegarde procédurales soient accrues afin d'inclure l'examen préalable d'un juge. Il y a un certain nombre de raisons pour lesquelles cette recommandation doit être rejetée, comme des considérations pragmatiques liées aux coûts, à la rapidité et à l'accès. Cependant, du point de vue du patient, la raison la plus importante est le fardeau que cela constituerait pour les patients en fin de vie et leur famille, sans mentionner le fait que cela perturbera la continuité des soins de santé que nous tentons tous de favoriser. On peut tirer une leçon de la situation d'A.B., la première personne en Ontario qui a bénéficié d'une exemption constitutionnelle afin d'avoir accès à l'aide médicale à mourir. Une fois la décision de la Cour supérieure de l'Ontario rendue, A.B. a déclaré ce qui suit :

Mon seul regret au cours des derniers mois, c'est que ma famille et moi avons dû consacrer le peu d'énergie qui me restait pour lutter devant les tribunaux. J'espère que notre gouvernement jugera bon d'apporter des changements permanents à la loi afin qu'aucune autre famille n'ait à refaire ce que j'ai fait à l'avenir.

Enfin, je vais conclure mes commentaires en vous demandant d'inclure un libellé plus ferme dans le préambule en ce qui a trait aux engagements non législatifs du gouvernement fédéral. Plus particulièrement, j'aimerais que les délais accordés pour réaliser une étude sur les mineurs matures, les directives anticipées et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée soient plus courts. J'aimerais aussi qu'on y ajoute, comme l'ont recommandé le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts, le comité mixte spécial et la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, un engagement explicite pour créer une commission pancanadienne chargée de promouvoir la qualité et l'accessibilité des soins palliatifs et des autres mesures de soutien en fin de vie à l'intention de tous les Canadiens.

Merci. J'ai hâte à notre discussion.

**Le président :** Merci. Nous allons commencer justement la discussion avec la sénatrice Jaffer.

**La sénatrice Jaffer :** Merci, madame Taylor et madame Gibson, de nous avoir présenté vos exposés, qui étaient vraiment très poignants. Madame Taylor, vous avez parlé des directives anticipées. Vous savez que c'est une question qui nous préoccupe. Vous avez bien expliqué la situation, alors je ne vais pas vous poser une question à ce sujet.

Madame Gibson, vous avez parlé de la question des tribunaux, mais le principal problème avec les tribunaux, comme nous le savons tous, c'est qu'un patient doit avoir les ressources et la

out, that access to courts is not that easy. There are many issues there.

I have sort of a technical question for both of you. I saw in your final report that you stated that a request for medical assistance in dying should be made through a valid patient declaration form and that the provinces and territories should establish requirements regarding the implementation of these forms. Intertwined with these forms is the issue of informed consent. In hearing this, we had a witness from the Canadian Association for Community Living note that only five provinces and territories have statutory standards of informed consent.

What would the process of creating such a national form look like, and how would you wish to ensure consistency across the provinces and territories in establishing standards of informed consent?

I accept that this is technical, and you may want to take some time to think about it, so I don't want to pressure you. If that's the case, you could certainly submit that later to the clerk and we will get a copy of it. It's up to you. If you are able to answer now, that's fine.

**Ms. Taylor:** I'm a physician assistant. Because of my training in medicine, and that of all physicians and nurses, we receive training in school to evaluate patient competency and capacity. Of course, we know that the patient has to understand the seriousness of their illness and the implications of the treatments they're undergoing in order to either accept or reject a therapy. I think while it's nice if there are standards across the country, some of that is already built into medical school standards. I'll just say that. On the rest of it, you're right; it's a little more technical.

We took the approach that as much as possible, Canadians should have access to a valid declaration form no matter where they live. There shouldn't be unevenness, so we would like the provinces and territories to get together at some point and have these sorts of standards that you're referring to.

**Senator Jaffer:** You spoke about your disappointment. We all know that a lot of the health, and even the operation, of the court system is within the provincial jurisdiction, and then there is the federal level. Both of you have had a lot of time to think about this. What were you hoping federal leadership would look like on this issue?

**Ms. Gibson:** I'm happy to take a stab at that. In many ways, I think the overall scope of the piece that has been carved out for federal jurisdiction is probably appropriate. When we were deliberating as a committee, trying to decide which things should

capacité de se tourner vers les tribunaux, et comme nous le savons tous — et notre comité le découvre — l'accès aux tribunaux n'est pas facile. Il y a beaucoup de problèmes à ce niveau.

J'ai un genre de question technique pour vous deux. J'ai vu dans votre rapport final que vous dites qu'une demande d'aide médicale à mourir devrait être présentée par l'intermédiaire d'un formulaire valide de déclaration du patient et que les provinces et les territoires devraient établir les exigences concernant la mise en œuvre de ces formulaires. La notion de consentement éclairé est étroitement liée à l'enjeu de ces formulaires. Durant l'audience, un témoin de l'Association canadienne pour l'intégration communautaire a déclaré que seulement cinq provinces et territoires avaient établi des normes législatives en matière de consentement éclairé.

De quelle façon procéderait-on pour créer un tel formulaire national et de quelle façon voudriez-vous qu'on assure l'uniformité à l'échelle des provinces et des territoires en ce qui concerne l'établissement de normes sur le consentement éclairé?

Je conviens que ma question est technique — et vous voudrez peut-être prendre un peu de temps pour y réfléchir — alors je ne veux pas vous mettre de pression. Si c'est le cas, vous pourriez sans problème fournir votre réponse plus tard au greffier, qui nous en préparera une copie. Libre à vous. Si vous pouvez répondre maintenant, c'est parfait.

**Mme Taylor :** Je suis une auxiliaire médicale. En raison de ma formation dans le domaine de la médecine, comme celle de tous les médecins et de tous les membres du personnel infirmier... Nous recevons une formation à l'école pour évaluer la compétence et la capacité des patients. Bien sûr, nous savons que le patient doit comprendre la gravité de sa maladie et les répercussions du traitement dont il fait l'objet afin d'accepter ou de rejeter une thérapie. Selon moi, même si l'adoption d'une norme uniforme à l'échelle du pays peut être une bonne chose, c'est en partie déjà intégré dans les normes des écoles de médecine. C'est ce que je voulais dire. Pour le reste, vous avez raison, c'est une question un peu plus technique.

Pour nous, dans la mesure du possible, les Canadiens devraient avoir accès à un formulaire de déclaration valide, peu importe où ils vivent. Il ne devrait pas y avoir d'inégalité, alors nous aimerions que toutes les provinces et tous les territoires se réunissent à un moment donné afin de définir le genre de normes dont vous parlez.

**La sénatrice Jaffer :** Vous avez parlé de votre déception. Nous savons qu'une bonne partie du domaine de la santé et même l'exploitation du système de justice sont de compétence provinciale, puis il y a l'échelon fédéral. Vous avez toutes les deux eu beaucoup de temps pour y réfléchir. À quoi espériez-vous que le leadership fédéral ressemble dans un tel dossier?

**Mme Gibson :** Je serais heureuse de tenter une réponse. De bien des façons, je crois que la portée générale du domaine de compétence fédérale qui a été définie est probablement appropriée. Dans le cadre des délibérations du comité, nous

fall within the provincial-territorial domain and regulatory bodies and which should be left to federal jurisdiction, this is close to that balance we were looking for.

There were some elements, though, that I've heard arise through some of the committee discussions, both in the house and in the Senate, pertaining to issues relating to conscientious objection. We would keep that in the provincial-territorial and regulatory domain, rather than in the federal space.

I would say overall it's probably about right, but there's a lot of work the provinces, territories and regulators need to do to figure out the details.

**Senator White:** Thanks to both of you for being here. I apologize for coming in late.

I have two quick questions. The first one is about the legislation that talks about medical practitioners and nurse practitioners, and that ultimately it could require two nurse practitioners or two medical practitioners. I would suggest a necessity that one of the two be a medical practitioner. Do either of you have an opinion about that?

**Ms. Gibson:** We contemplated this as an expert advisory group, and what we landed on is that it's really about scope of practice. So long as the scope of practice of physicians and nurses was sufficient to undertake the clinical work to assess a patient, it wouldn't matter. From province to province to province, I think the question is more what scope of practice has been defined, to ensure we have some consistency there.

It's not nurse practitioners writ large. It's those with the scope to be able to do this work.

I don't know if you have any additional comments on that, Maureen, but I do think it could be two nurse practitioners. That would be entirely appropriate.

**Ms. Taylor:** I'm a physician assistant, so if you think I'm going to insult nurse practitioners, you're crazy. It's delicate.

I agree that it's within the scope. Remember, two practitioners have to assess the patient, and that was a recommendation from us as well. A patient's oncologist might be in Calgary, but if they live far away where the nurse practitioner is their primary physician, you can use telemedicine for an evaluation from both.

**Senator White:** I have a perfect example. I'm not insulting nurse practitioners: I spent 19 years in the Arctic and I know how important they are, but I never saw one of them perform even

avons tenté de déterminer quels aspects de la question devraient relever des provinces et des territoires et des organismes de réglementation et quels aspects devaient relever du fédéral et l'équilibre que vous avez choisi est similaire à ce que nous espérions.

Cependant, il y a quelques questions qui ont été soulevées dans le cadre de certaines des discussions des comités, à la Chambre et au Sénat, en ce qui a trait aux enjeux liés à l'objection de conscience. Selon nous, cela devrait relever de la réglementation provinciale-territoriale plutôt que de la compétence fédérale.

Je dirais que, de façon générale, c'est probablement assez bon, mais les provinces, les territoires et les organismes de réglementation ont encore beaucoup de travail à faire pour cerner les détails.

**Le sénateur White :** Merci à vous deux d'être là. Désolé d'être arrivé en retard.

J'ai deux questions rapides. La première concerne le texte législatif qui porte sur les médecins praticiens et le personnel infirmier praticien. Il est indiqué que, au bout du compte, on pourrait exiger la présence de deux membres du personnel infirmier praticien ou de deux médecins praticiens. Selon moi, un des deux devrait être un médecin praticien. Une de vous a-t-elle une opinion sur ce sujet?

**Mme Gibson :** Le groupe consultatif d'experts a réfléchi à cette question, et nous avons conclu que cela relevait vraiment du champ d'exercices. Tant que le champ d'exercices des médecins ou du personnel infirmier est suffisant pour réaliser le travail clinique nécessaire pour évaluer un patient, le reste importe peu. D'une province à l'autre, la question concerne, selon moi, davantage la définition du champ d'exercices, parce qu'il faut s'assurer d'une certaine uniformité en la matière.

On parle non pas de l'ensemble du personnel infirmier praticien, mais de ceux qui ont la compétence pour faire le travail.

Maureen, je ne sais pas si tu as quelque chose à ajouter, mais je crois que deux membres du personnel infirmier praticien feraient l'affaire. Ce serait tout à fait approprié.

**Mme Taylor :** Je suis auxiliaire médicale, alors ne comptez pas sur moi pour insulter les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens. C'est une question délicate.

Je suis d'accord que ça relève du champ d'exercices. N'oubliez pas, deux praticiens doivent évaluer le patient, et c'est une recommandation que nous avons formulée nous aussi. L'oncologue d'un patient peut être à Calgary, mais si le patient vit très loin, là où le membre du personnel infirmier praticien est le médecin de premier recours, on peut utiliser la télémédecine pour réaliser une évaluation à deux.

**Le sénateur White :** J'ai l'exemple parfait. Et je ne veux pas insulter le personnel infirmier praticien. En effet, j'ai passé 19 ans dans l'Arctique et je sais à quel point ces personnes sont

a tube insertion into a lung without getting a doctor on the phone and having that dialogue. With telemedicine, there's no reason why you couldn't have access to a medical practitioner.

It is about scope, but there's no discussion about it in this legislation at all. It could be a nurse practitioner who graduated three weeks ago who hasn't had any scope when it comes to palliative care versus assisted dying. I agree with requiring the two, but I'm trying to figure out whether or not there's a necessity to — at this point in time and thinking about a review in five years — add legitimacy to the fact that we have two practitioners by requiring one of them to be a medical practitioner.

**Ms. Taylor:** It's provincial, too. Even nurse practitioners in different provinces may not have the same scope of practice. I think that's something you'll have to let the provinces do.

**Senator White:** I'm not looking for an argument.

My next question speaks to where the legislation states that the Minister of Health may make regulations, and one of those regulations they may make will be to gather data and information. I'm concerned about the word "may." If the legislation stated it "will" make, then I would have no concern about that piece because, for me, a five-year review means we have the data to be able to discuss. Do either of you have an opinion as to whether or not that section should be an automatic versus a suggestion?

**Ms. Gibson:** It wasn't language that popped out at me, but now that you mention it, it actually would be consistent with our recommendations as the expert advisory group. We were looking for a federal level of oversight, as well as at the provincial level. If the change in language makes that so, I think stronger language is probably better.

**Ms. Taylor:** Data is crucial to studying this, so I would agree with you.

**Senator Baker:** Thank you to the witnesses for their excellent presentations.

I'd like to ask you a question regarding advance directives, which you addressed in your presentation. In the preamble to the bill, the government references advance requests by saying that the government has committed to develop non-legislative measures that would support the improvement of a full range of options for end-of-life care, namely situations giving rise to requests by mature minors and advance requests.

Right now, we consider advance requests to be within provincial jurisdiction. There are 13 jurisdictions in Canada, aren't there? I've read most of the laws authorizing advance

importantes, mais je n'en ai jamais vu une procéder à l'insertion d'un drain thoracique dans un poumon sans appeler un médecin au téléphone et en discuter. Grâce à la télémédecine, il n'y a aucune raison de ne pas avoir accès à un médecin praticien.

C'est une question de champ d'exercices, mais cet enjeu n'est absolument pas abordé dans le projet de loi. Il pourrait s'agir d'un infirmier praticien diplômé depuis trois semaines qui n'a aucune expérience de la distinction entre des soins palliatifs et l'aide à mourir. Je suis d'accord qu'il faut exiger les deux, mais j'essaie de déterminer si c'est nécessaire de le faire — à ce moment-ci et en réfléchissant à l'examen dans cinq ans — pour ajouter de la légitimité au fait de prévoir deux praticiens en exigeant que l'un deux soit un médecin.

**Mme Taylor :** C'est de compétence provinciale, aussi. Même le personnel infirmier praticien dans les différentes provinces n'a peut-être pas le même champ d'exercices. Je crois qu'il faut laisser les provinces s'en occuper.

**Le sénateur White :** Je ne veux pas provoquer une dispute.

Ma prochaine question porte sur l'endroit dans le projet de loi où il est indiqué que le ministre de la Santé peut prendre des règlements, y compris des règlements pour recueillir des données et des renseignements. Je suis préoccupé par l'utilisation du mot « peut ». S'il était plutôt écrit dans le projet de loi « prendra », alors je ne me ferais pas de souci ici, parce que, selon moi, l'examen quinquennal fera en sorte que nous aurons les données afin de pouvoir en discuter. L'une de vous a-t-elle un avis quant à savoir si cet article devrait exiger la prise de règlements plutôt que simplement la suggérer?

**Mme Gibson :** Ce n'est pas une partie du libellé qui m'a sauté aux yeux, mais, maintenant que vous le mentionnez, la modification irait dans le sens des recommandations du groupe consultatif d'experts. Nous voulions une surveillance au niveau fédéral et une surveillance au niveau provincial. Si le changement de libellé permet de le faire, alors je crois qu'un libellé plus ferme est probablement préférable.

**Mme Taylor :** Les données sont cruciales pour étudier ce dossier, alors je suis d'accord avec vous.

**Le sénateur Baker :** Merci aux témoins de leurs excellents exposés.

J'aimerais vous poser une question au sujet des directives anticipées, un thème que vous avez abordé dans votre exposé. Dans le préambule du projet de loi, le gouvernement fait référence aux demandes anticipées. Il est mentionné que le gouvernement s'est engagé à élaborer des mesures non législatives visant à soutenir l'amélioration d'une gamme complète d'options de soins de fin de vie, notamment les situations liées aux demandes présentées par des mineurs matures et les demandes anticipées.

Actuellement, nous considérons que la question des demandes anticipées relève du provincial. Il y a 13 administrations au Canada, non? J'ai lu la plupart des lois qui autorisent les

directives, but I don't recall how many jurisdictions are without one. There must be only a couple of jurisdictions that don't have a specific piece of legislation.

**Ms. Taylor:** We know it's not universal across Canada, but I'm sorry, I don't know the exact number.

**Senator Baker:** Here's the point, though. I read most of the bills. They talk about advance directives, and the law is very explicit. It involves informed consent, and covers it off as far as you can imagine. Then, when you look at advance directives, say in this province, where you might be familiar with it, a normal advance request may include a section like the one I'm reading from now, which states, "I specifically refuse the following . . ." Then it goes on to electrical, mechanical or other artificial stimulation of my heart, and respirators or ventilators.

The next section says: "I specifically direct the following:  
a) Provide necessary medication to control my pain and control my symptoms even if such medication might shorten my remaining life," bringing on death in an advance directive today, in Canada, in provincial law.

When the government addresses this question, do you envision that it will be a part of the provincial jurisdiction — in the provincial act, just as this section shortens the life of an individual today — that the new authorization, which now becomes legal, would be a part of a provincial inclusion in their legislation? Is that how you envision this to take place?

**Ms. Taylor:** My concern is that if you don't touch this and weigh in, the provinces won't either.

**Senator Baker:** You don't see a distinction, then, between federal jurisdiction in this area and provincial jurisdiction? The provinces have seized on these. Nowhere do we see some federal overlap in advance directives. It seems that the provinces have just seized on that, and the federal government has stayed away from it. But you're suggesting that the federal government now take a positive step and enter an area — advance directives — that to this date has been solely provincial jurisdiction.

**Ms. Taylor:** I see what you mean. We were talking about advance directives on the way here. Jennifer, as a bioethicist, is more familiar with this. I probably have that same advance directive in my will; my father is an estate lawyer. I was surprised to learn that that is not a legally binding document in Ontario. In fact, if you're unconscious, your family can say: "No, no, no, we want you to do everything. Put the tube in," and the doctors will put the tube in.

directives anticipées, mais je ne me rappelle pas combien d'administrations n'en ont pas. Il doit y avoir deux ou trois administrations qui n'ont pas de dispositions législatives précises à ce sujet.

**Mme Taylor :** Nous savons que ce n'est pas universel à l'échelle du Canada, mais — je suis désolée — je n'ai pas le chiffre exact.

**Le sénateur Baker :** Cependant, voici le problème. J'ai lu la plupart des projets de loi. Il est question de directives anticipées, et la loi est très explicite. Il faut obtenir un consentement écrit éclairé, et la loi couvre tous les aspects imaginables. Puis, lorsqu'on regarde les directives anticipées, disons, dans cette province — situation qui vous est peut-être familière —, une demande anticipée normale peut inclure une section comme celle-ci, qui précise : « Je refuse spécifiquement les choses suivantes... » Puis on mentionne la stimulation cardiaque électrique, mécanique ou par toute autre méthode artificielle ainsi que les respirateurs et les ventilateurs.

La section suivante est ainsi libellée : « J'exige spécifiquement ce qui suit : a) fournir la médication nécessaire pour contrôler ma douleur et contrôler mes symptômes, même si un tel médicament peut réduire le temps qu'il me reste à vivre », ce qui constitue déjà une directive anticipée conduisant à la mort, au Canada, dans une loi provinciale.

Lorsque le gouvernement réglera cette question, croyez-vous que cela se fera à l'échelon provincial — dans une loi provinciale, tout comme l'extrait que je viens de lire et qui, déjà aujourd'hui, permet de réduire l'espérance de vie d'une personne — que la nouvelle autorisation, qui sera maintenant légale, serait incluse par les provinces dans leurs lois? Est-ce ainsi que vous imaginez les choses?

**Mme Taylor :** Mon souci, c'est que si vous ne prévoyez rien à ce sujet et que vous ne vous prononcez pas, les provinces ne feront rien non plus.

**Le sénateur Baker :** Donc vous ne voyez pas de distinction entre la compétence fédérale dans ce domaine et la compétence provinciale? Les provinces se sont saisies de ce dossier. Nulle part n'y a-t-il de chevauchement fédéral en ce qui a trait aux directives anticipées. On dirait que les provinces ont tout simplement accaparé ce dossier, et que le gouvernement fédéral s'en est tenu loin. Mais vous suggérez maintenant au gouvernement fédéral de prendre une mesure proactive et de se mêler de cette question — les directives anticipées —, question qui, jusqu'à présent, relevait uniquement de la compétence provinciale.

**Mme Taylor :** Je vois ce que vous voulez dire. Nous parlions des directives anticipées en venant ici. Jennifer, qui est bioéthicienne, s'y connaît beaucoup plus que moi. J'ai probablement la même directive anticipée dans mon testament, mon père est un avocat successoral. J'ai été surprise d'apprendre que ce n'est pas un document juridiquement contraignant en Ontario. En fait, si une personne est inconsciente, sa famille peut dire : « Non, non, non, nous voulons que vous fassiez tout ce qui est possible. Intubez-la », et les médecins poseront le tube.

**Senator Baker:** I stand to differ with you there. In the Ontario Court of Appeal, 1991, and the Superior Court of Ontario, 1990, it stands today that the doctors must — must — follow it. They have no choice.

**Ms. Taylor:** On the ground, I see things differently.

**Senator Baker:** I see your problem that if the provinces don't do it, you're afraid that each province won't do it, so you want the feds to do it in this proposed legislation.

**Ms. Taylor:** To at least make it allowable. What they've done in Bill C-14 is made it not allowable, so no province can come in and say that advance directives will be allowed if C-14 passes as is. At least make it possible.

**Senator Baker:** I don't understand that. Why would it prevent advance directives provincially?

**Ms. Taylor:** Because it says you can't, right?

**Senator Baker:** No, it doesn't. Nowhere does it address advance directives. It says that the federal government will look at it, and the federal government will then meet with the provinces. I imagine it would be under provincial jurisdiction down the road.

[Translation]

**Senator Boisvenu:** Thank you very much, Ms. Gibson and Ms. Taylor. Ms. Taylor, please accept my condolences for the death of your husband. I experienced a similar situation with a brother who died of brain cancer. We know that the last moments are very painful.

Yesterday, we heard from the College of Physicians and Surgeons of Ontario. Their clear position is that Bill C-14 seems to discriminate between the dying and the suffering. It would make assistance available to those who are dying, but would close a door on those who are suffering though not approaching certain or probable death. We heard from Ms. Simard, whose mother committed suicide by refusing food. In my view, that suffering was even worse than death, or the illness itself.

I want to make sure that I understand your presentations and positions on this bill, and that's what I'm hoping to hear about from you now. Does this bill discriminate between those who are dying and those who are not but are suffering from a disease, even if incurable?

My second question is about what the passage of this bill will mean. Will the situation be worse for people who are suffering and expecting a solution that would enable them to have a dignified end of life? Does this bill offer a solution, or must we take the time to improve it so that both categories of people are included?

**Le sénateur Baker :** Je ne suis pas d'accord avec vous ici. Dans un arrêt de la Cour d'appel de l'Ontario de 1991 et un arrêt de la Cour supérieure de l'Ontario de 1990, il est dit que, aujourd'hui, les médecins doivent — doivent — respecter les directives. Ils n'ont pas le choix.

**Mme Taylor :** Sur le terrain, ce n'est pas ce que je vois.

**Le sénateur Baker :** Je comprends le problème que vous soulevez : si les provinces ne le font pas... vous craignez que toutes les provinces ne le feront pas, et c'est pourquoi vous voulez que le gouvernement fédéral le fasse dans le projet de loi.

**Mme Taylor :** Il faudrait au moins que ce soit possible. Le projet de loi C-14 fait en sorte que ce n'est pas possible, alors aucune province ne peut affirmer que des directives anticipées seront permises si le projet de loi C-14 est adopté tel quel. Il faudrait au moins en faire une possibilité.

**Le sénateur Baker :** Je ne comprends pas. Qu'est-ce qui empêcherait les provinces de permettre des directives anticipées?

**Mme Taylor :** Parce qu'il est indiqué que ce n'est pas possible, non?

**Le sénateur Baker :** Non, ce n'est pas le cas. Le projet de loi n'aborde absolument pas la question des directives anticipées. Il est indiqué que le gouvernement fédéral se penchera sur cette question et qu'il rencontrera ensuite les provinces. J'imagine que, au bout du compte, ce sera une compétence provinciale.

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Merci beaucoup, madame Gibson, madame Taylor. Madame Taylor, je vous offre mes condoléances pour le décès de votre conjoint. J'ai vécu une situation semblable avec un frère qui est décédé d'un cancer du cerveau. Nous savons que les derniers instants sont très douloureux.

Hier, nous avons reçu le Collège des médecins de l'Ontario, dont la position est assez claire. Le projet de loi C-14 semble être discriminatoire entre les gens qui sont mourants et les gens qui sont souffrants. L'aide médicale à mourir semble s'adresser à ceux qui sont mourants, mais on ferme une porte aux gens qui souffrent et qui n'ont pas amorcé un processus de mort certaine ou proche. Nous avons entendu le témoignage de Mme Simard, dont la mère s'est suicidée en refusant de se nourrir. Selon moi, ce sont des souffrances encore plus grandes que la mort ou la maladie elle-même.

J'essaie de bien comprendre vos exposés et vos positions sur ce projet de loi, et c'est ce dont j'aimerais que vous me parliez. Est-ce que ce projet de loi crée une discrimination entre ceux qui sont mourants et ceux qui sont souffrants, mais qui sont atteints d'une maladie incurable?

Ma deuxième question concerne l'adoption de ce projet de loi. Est-ce que la situation sera pire pour les gens qui souffrent et qui attendent une solution afin d'avoir une fin de vie honorable? Est-ce que ce projet de loi offre une solution ou est-ce qu'il ne faudrait pas prendre le temps de l'améliorer afin d'y inclure les deux catégories de citoyens?

[English]

**Ms. Gibson:** I'm not going to speak for Maureen, but I would certainly say we would agree that the consequence of leaving a whole swath of Canadians outside the scope of this bill is that they will continue to suffer and have no other avenue. If they wish to access an assisted death, we are forcing them to continue in their suffering. We could use the language of this being discriminatory. If it discriminates between types of suffering, then yes, I would certainly agree.

The question is, do we see this law-making as an incremental process? At least start here, and then we will expand it to the next and the next and so on. We've heard through our consultations and my continuing work in the area that there is a willingness among Canadians to expand the boundaries of what the bill currently allows.

I was at a town hall meeting in my riding speaking with constituents. They were saying that this is not just a terminal illness or an incurable disease. Let's address the suffering. Of course the bill does not say "suffering" only, as it also says that we must value autonomy. It's not a bill that says we're going to try to address suffering only; it's also to reinforce the autonomy of individuals to assess what counts as suffering for them. To expand the bill to accommodate the other individuals would certainly be my wish.

**Ms. Taylor:** I feel like this committee is our last chance to get this part right. I accept that mental health, mature minors and advance directives might not get through this time. If you do nothing else, I'm begging you to get rid of the wording "naturally foreseeable death" and the word "incurable." You could just do that and be true to the wording in *Carter*. "Grievous and irremediable" means "severe" or "very serious" — the patient has to be suffering intolerably and have no treatments acceptable to the patient. If you can just go back to that language, I'd be very grateful.

**Senator McIntyre:** Ms. Gibson, in both your oral presentation and your brief, you raised the issue of judicial authorization. As you know, that safeguard requirement has a history of judicial recognition in use in precise contexts of authorizing judicial aid in dying. For example, Chief Justice McLachlin raised it in her dissent in *Rodriguez*, as did the trial judge in *Carter* and likewise the five judges of the Supreme Court in granting a four-month extension.

In addition, there's a well-established precedent for legislating quasi-judicial or judicial review of physician decision making in another health care context. In the province of New Brunswick, provincial legislation often requires such involvement in the

[Traduction]

**Mme Gibson :** Je ne veux pas parler pour Maureen, mais je peux dire sans trop me tromper que le fait d'exclure une foule de Canadiens de la portée du projet de loi aura pour conséquence qu'ils continueront de souffrir sans aucun autre choix. S'ils veulent avoir accès à l'aide à mourir, nous les forcerons à continuer à vivre dans la souffrance. Nous pourrions même dire que c'est de la discrimination. S'il y a une discrimination en fonction des types de souffrances, alors oui, je suis tout à fait d'accord.

La question qu'il faut se poser, c'est celle de savoir si nous voyons le processus actuel de confection des lois comme un processus progressif. Il faut au moins commencer ici, et on pourra ensuite élargir la portée à tel et tel groupe, ainsi de suite. J'ai entendu dans le cadre de nos consultations et dans le cadre de mon travail continu dans le domaine que les Canadiens sont prêts à élargir les limites actuellement permises dans le projet de loi.

J'ai participé à une assemblée publique avec les électeurs de ma circonscription. Ils ont dit que ce n'est pas seulement une question de maladie terminale ou incurable : c'est aussi une question de souffrance. Bien sûr, le projet de loi ne dit pas que la « souffrance » est suffisante, puisqu'il souligne aussi la valeur de l'autonomie. Ce n'est pas un projet de loi qui s'attaque seulement à la souffrance, il vise aussi à renforcer l'autonomie des personnes afin qu'elles puissent évaluer ce que la souffrance signifie pour eux. J'aimerais bien sûr qu'on élargisse le projet de loi pour inclure aussi les autres personnes.

**Mme Taylor :** J'ai l'impression que les travaux du comité sont notre dernière chance de bien faire les choses. J'admets le fait que la présente mouture du projet de loi n'abordera pas la question de la santé mentale, des mineurs matures et des directives anticipées, mais si vous ne devez faire qu'une seule chose, je vous en implore : retirez l'expression « décès naturel prévisible » et le mot « incurable ». Vous pourriez ne faire que cela et ainsi respecter l'esprit de l'arrêt *Carter*. L'expression « graves et irrémédiables » signifie « graves » ou « très graves » : le patient doit souffrir de façon intolérable et n'avoir accès à aucun traitement acceptable. Je serais extrêmement reconnaissante si vous pouviez seulement revenir à ce libellé.

**Le sénateur McIntyre :** Madame Gibson, dans votre exposé et dans votre mémoire, vous avez soulevé la question des autorisations judiciaires. Comme vous le savez, l'exigence en matière de sauvegarde est associée depuis longtemps à la reconnaissance judiciaire dans des contextes précis associés à l'aide judiciaire à mourir. Par exemple, dans son opinion dissidente liée à l'affaire *Rodriguez*, la juge en chef McLachlin a mentionné, comme l'avait fait le juge de première instance dans l'arrêt *Carter*... Dans le même esprit, les cinq juges de la Cour suprême ont accordé une prolongation de quatre mois.

De plus, dans un autre contexte lié aux soins de santé, il y a un précédent bien établi en vertu duquel la loi exige l'examen quasi judiciaire ou judiciaire du processus décisionnel d'un médecin. En effet, la législation du Nouveau-Brunswick exige souvent une

involuntary commitment of a person to a psychiatric hospital. Tribunals are set for that purpose. I'd like to have your thoughts on this, please.

**Ms. Gibson:** In listening to the discussions at this table and at the house committee table, I've been hearing two world views colliding on how to think about assisted death. One is to view it through the lens of a legal issue. Then, health professionals and patients will frame this as a health care issue. They want a high-quality health care system. When they present and want to talk about death, they're talking about it with the physician in the physician's office or the nurse practitioner's office or with the inter-professional team. They're not seeing it as a legal issue. We need to be true to the continuity of care that we provide for Canadians and how they see this issue. They're not seeing it as a legal issue, although certainly in this conversation related to the Criminal Code, it certainly is.

I would note, going back to something I said in my comments, that when it comes to end-of-life decisions currently, our practice is not to move discussion about whether somebody's wishes ought to be respected to a tribunal table. Currently, we say that it's for the inter-professional team together with the patient and possibly the family to decide on the appropriate course of action. The bedrock of that is the patient's wish.

To distinguish this, for many patients it's an issue around another option at the end of life, not dissimilar to the other range of options, such as a hospice to access palliative care and withdraw life-sustaining treatment. But for Canadians the distinction is not there.

For consistency in health care practice, to move that decision to a tribunal would actually tend to erode the continuity of care and the quality of the patient experience at the end of life. To go back to what A.B. said in his concluding remarks as well, this was one of the most meaningful times in his life with his family. To make an appeal to have access to this as a service was time not well spent, although he certainly achieved the outcome he desired.

**Senator Joyal:** May I establish first who you are? I know who you are as I have the brief here. My colleagues around the table don't know who the Provincial-Territorial Expert Advisory Group on Physician-Assisted Dying is, as you did not introduce yourselves at the beginning. I could read for the benefit of the minutes the preamble of the report, but could you introduce yourselves? Where do you come from? I apologize for the question.

**Ms. Taylor:** A brief history of the PTEAG. In August of last year, Jennifer and I got a phone call from someone with the Ministry of Health and Long-Term Care in Ontario. At that point we had not had a federal election yet. Had a federal panel been

telle participation du judiciaire au moment de l'internement forcé d'une personne dans un hôpital psychiatrique. Des tribunaux sont établis à cette fin. J'aimerais savoir ce que vous en pensez, s'il vous plaît.

**Mme Gibson :** J'ai écouté les discussions ici et devant le comité de la Chambre, et je constate que deux visions du monde s'opposent dans le dossier de l'aide à mourir : d'un côté, il y a les tenants du point de vue juridique, et, de l'autre, les professionnels de la santé et les patients, qui voient là un enjeu lié aux soins de santé et qui veulent un système de soins de haute qualité. Lorsque des personnes se présentent pour parler de la mort, elles le font dans le cabinet du médecin ou le bureau du personnel infirmier praticien ou encore avec les membres d'une équipe interprofessionnelle. Ces personnes ne voient pas là un enjeu juridique. Nous devons respecter la continuité des soins que nous fournissons aux Canadiens et la façon dont ils envisagent cet enjeu. Ils ne voient pas là une question juridique, même si — de toute évidence — c'est ainsi que nous l'abordons dans le cadre de la conversation actuelle, liée au Code criminel.

Pour revenir à quelque chose que j'ai dit dans mes commentaires, je tiens à souligner que, actuellement, lorsque vient le temps de prendre des décisions sur la fin de vie, la pratique ne consiste pas à transférer la question de savoir s'il faut respecter les vœux de quelqu'un devant un tribunal. Actuellement, selon nous, c'est à l'équipe interprofessionnelle de se réunir avec le patient — et, possiblement, sa famille — pour déterminer la marche à suivre appropriée. La pierre angulaire du processus, c'est la volonté du patient.

Je veux faire une distinction : pour de nombreux patients, il s'agit d'une option en fin de vie pareille aux autres possibilités, comme le transfert dans un centre de soins palliatifs et l'arrêt d'un traitement de survie. Cependant, pour les Canadiens, il n'y a pas de distinction à cet égard.

Du point de vue de l'uniformité des pratiques dans le domaine de la santé, le fait de transférer cette décision devant un tribunal minerait en fait la continuité des soins et la qualité de l'expérience des patients en fin de vie. Pour revenir à ce qu'A.B. a dit dans ses dernières déclarations, il s'agissait d'une des périodes les plus importantes pour sa famille et lui. Le fait d'avoir eu à interjeter appel pour avoir accès à un tel service était du temps perdu, même s'il a bien sûr obtenu le résultat escompté.

**Le sénateur Joyal :** Puis-je commencer par vous demander qui vous êtes? Je sais bien qui vous êtes; j'ai le mémoire devant moi. Mes collègues ne connaissent pas le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir parce que vous ne vous êtes pas présentée au début. Je pourrais lire pour le compte rendu le préambule du rapport, mais pourriez-vous vous présenter vous-même? D'où venez-vous? Je suis désolé d'avoir à poser cette question.

**Mme Taylor :** Permettez-moi de faire un bref historique du GCPTEAMM : en août de l'année dernière, Jennifer et moi avons reçu un appel d'un représentant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. À ce moment-là, les élections

appointed yet? Not much had been done since *Carter*, and the provinces were getting nervous because the deadline, which was then February 6, 2016, was approaching. The provinces and territories decided they should start discussions, reach out to stakeholders and put together a panel to advise them on how to implement the *Carter* decision in the absence of something done at the federal level.

Jennifer, do you want to pick it up there?

**Ms. Gibson:** Just to qualify, 11 of 13 provinces and territories participated in this process, and indeed, representatives of the ministries of health and Attorneys Generals attended our advisory group meetings and listened throughout that process. Obviously, Quebec did not participate at that time, and B.C. was an observer.

Our mandate is important. The mandate was to provide non-binding advice to the provinces and territories about how medically assisted death — then called physician-assisted dying — would be implemented by the provinces and territories. Its mandate was distinct from what the federal expert panel's mandate had originally been framed as, which was to provide recommendations concerning the amendments to the Criminal Code. Our mandate was provincial and territorial.

**Senator Joyal:** On page 15 of your report — do you have it with you?

**Ms. Gibson:** Yes.

**Senator Joyal:** It's the chapter entitled "Legal Context." A preoccupation around this table, here, is the understanding of the scope of the *Carter* decision and to measure it with Bill C-14 to see how far the bill goes to serve the objectives of the *Carter* decision.

Today, you have proposed an interpretation of it. In that report, on page 15, you wrote:

It is notable that the Supreme Court did not limit the ruling to those unable to take their own lives, to cases of terminal illness, or to people near death. The Court's declaration is also not restricted to physical illnesses, diseases or disabilities, and includes mental illness.

Who gave you that interpretation of the Supreme Court decision so that you could include that in your report and share it with all the provinces and territories?

**Ms. Taylor:** One of the members of our expert panel was Professor Jocelyn Downie of Dalhousie University. She's quite well versed on the Constitution, and especially on this subject, so we relied on her. We had a lot of stakeholders, including lawyers, but we would not profess to be the final word on interpreting the Constitution.

fédérales n'avaient pas encore eu lieu. Un groupe fédéral avait-il été mis sur pied à ce moment-là? Pas grand-chose n'avait été fait depuis l'arrêt *Carter*, et les provinces étaient de plus en plus nerveuses en raison du délai du 6 février 2016, qui approchait à grands pas. Les provinces et les territoires ont décidé qu'ils devaient commencer la discussion. Ils ont communiqué avec des intervenants et créé un groupe pour les conseiller sur la façon d'appliquer l'arrêt *Carter* en l'absence de tout leadership fédéral.

Jennifer, voulez-vous prendre le relais, ici?

**Mme Gibson :** Je tiens à préciser que 11 des 13 provinces et territoires ont participé au processus et, en effet, des représentants des ministères de la Santé et des représentants des procureurs généraux ont assisté aux réunions de notre groupe consultatif et ont écouté pendant tout le processus. Évidemment, le Québec n'a pas participé à ce moment-là, et la Colombie-Britannique était seulement là à titre d'observateur.

Notre mandat est important. Il consistait à prodiguer des conseils non exécutoires aux provinces et aux territoires sur la façon dont l'aide médicale à mourir devait être mise en œuvre par les provinces et les territoires. Notre mandat était distinct de celui que le groupe d'experts fédéraux avait initialement défini et qui consistait à formuler des recommandations concernant les modifications à apporter au Code criminel. Notre mandat était provincial et territorial.

**Le sénateur Joyal :** À la page 15 de votre rapport... l'avez-vous avec vous?

**Mme Gibson :** Oui.

**Le sénateur Joyal :** C'est le chapitre intitulé « Contexte juridique ». Une de nos préoccupations, ici, c'est de comprendre la portée de l'arrêt *Carter* et de comparer le tout avec le projet de loi C-14 pour déterminer dans quelle mesure celui-ci permet d'atteindre les objectifs énoncés dans la décision.

Aujourd'hui, vous en avez proposé une interprétation. Dans ce rapport, à la page 15, vous avez écrit ce qui suit :

Soulignons que la Cour suprême n'affirme pas que la décision s'applique uniquement aux personnes incapables de mettre fin elles-mêmes à leurs jours, à celles qui sont atteintes de maladies fatales ou à celles qui sont près de la mort. La décision de la Cour ne se limite pas aux affections, maladies ou handicaps physiques; elle s'applique également aux maladies mentales.

Qui vous a fourni cette interprétation de l'arrêt de la Cour suprême que vous avez incluse dans votre rapport et communiquée à toutes les provinces et à tous les territoires?

**Mme Taylor :** Une des membres de notre comité d'experts était la professeure Jocelyn Downie, de l'Université Dalhousie. Elle connaît très bien la Constitution — surtout la question de l'aide à mourir —, alors nous nous sommes fiés à elle. Il y avait beaucoup d'intervenants, y compris des avocats, mais nous n'affirmons pas détenir la vérité en ce qui a trait à l'interprétation de la Constitution.

**Senator Joyal:** The other preoccupation I have in relation to your approach is one I don't challenge. I think the approach was a common understanding shared among the provinces and territories and applied by Canadian courts since February 4, when the Supreme Court was seized, again, as you know, with a request to extend the implementation of *Carter*. Since then, there have been at least eight Canadian courts that have based decisions upon *Carter*.

When you read those cases, what strikes me is that some of them involve terminally ill people. I have one here about breast cancer — without giving the names of the parties, of course — and others involving other terminal forms of cancer. It's quite clear when you read the cases. But there are some other cases where the people were not terminal. The prognoses were that the people were suffering from grievous and irremediable conditions, and the court has defined what grievous and irremediable means. I will read from, for instance, an April 1 decision from British Columbia wherein the court concluded that, with respect to the second criterion:

A grievous medical condition “greatly or enormously interferes with the quality of that person's life and is in the range of critical, life-threatening, or terminal”, while an irremediable medical condition “is permanent and irreversible.”

In other words, I think we already have, from Canadian jurisprudence, an interpretation of how the courts have implemented *Carter*. In my opinion, it is in sync with what you've stated in your brief, that *Carter* is not limited to terminally ill people.

**The Chair:** Is that a question?

**Senator Joyal:** How did you share that interpretation of *Carter* with the other provinces?

**Ms. Taylor:** I'm not quite sure I understand the question.

**The Chair:** Perhaps you and the senator can get together, or he'll have an opportunity in the second round to pursue it further.

**Senator Plett:** Thank you. I have one question for Ms. Taylor and then one for both of you. First of all, Ms. Taylor, let me pass on my condolences and best wishes.

In your address to us, you talked about patients. I'll repeat it, quickly; you said: “They're awake, they interact, and they have ALS or MS or severe COPD, progressive diseases that rob them of the ability to breathe on their own. From time to time some of those patients make the decision to have a ventilator disconnected. It's known as withdrawal of care. This is done after discussion with their families and medical team, and they die within hours.”

**Le sénateur Joyal :** J'ai une autre préoccupation relativement à votre approche, mais je ne vais pas la soulever. Je crois que l'approche découlait d'une compréhension commune des provinces et des territoires et qu'elle a été appliquée par les tribunaux canadiens depuis le 4 février, lorsque la Cour suprême a été saisie à nouveau — comme vous le savez —, d'une demande de prorogation touchant l'arrêt *Carter*. Depuis, au moins huit tribunaux canadiens ont fondé leurs décisions sur l'arrêt *Carter*.

Ce qui me surprend à la lecture de ces dossiers, c'est que certains concernent des malades en phase terminale. J'en ai un ici d'une patiente qui a le cancer du sein — je ne nommerai pas les parties, bien sûr — et d'autres liés à d'autres formes terminales de cancer. C'est évident à la lecture des dossiers. Cependant, il y en a d'autres où les personnes ne sont pas en phase terminale. Les pronostics étaient que ces personnes souffraient de problèmes de santé graves et irrémédiables, et les tribunaux ont défini ce que graves et irrémédiables voulaient dire. Permettez-moi de citer, par exemple, une décision du 1<sup>er</sup> avril de la Cour de la Colombie-Britannique, qui a conclu ce qui suit au sujet du deuxième critère :

Une affection médicale grave « nuit beaucoup ou énormément à la qualité de vie d'une personne et se rapproche des affections dites critiques, mortelles ou terminales », tandis qu'un trouble médical irrémédiable « est permanent et irréversible ».

En d'autres mots, je crois qu'il y a déjà dans la jurisprudence canadienne une interprétation de la façon dont les tribunaux ont appliqué l'arrêt *Carter*. D'après moi, ces éléments de jurisprudence abondent dans le même sens que votre mémoire, c'est-à-dire que l'arrêt *Carter* ne se limite pas aux malades en phase terminale.

**Le président :** C'est une question?

**Le sénateur Joyal :** De quelle façon avez-vous communiqué l'interprétation de l'arrêt *Carter* aux autres provinces?

**Mme Taylor :** Je ne suis pas sûre exactement de comprendre la question.

**Le président :** Le sénateur et vous pourrez peut-être vous rencontrer, ou il aura l'occasion d'approfondir cette question durant un deuxième tour.

**Le sénateur Plett :** Merci. J'ai une question pour Mme Taylor, puis une pour vous deux. Pour commencer, madame Taylor, je tiens à vous transmettre toutes mes condoléances et mes meilleurs vœux.

Dans votre déclaration, vous avez parlé des patients. Je vous cite rapidement : « Ils sont réveillés. Ils interagissent. Ils sont atteints de SLA, de sclérose en plaques ou de MPOC, des maladies évolutives qui leur enlèvent leur capacité de respirer par eux-mêmes. De temps en temps, certains de ces patients décident de faire déconnecter leur ventilateur. C'est ce qu'on appelle l'arrêt des soins. Ils prennent cette décision après en avoir discuté avec leur famille et leur équipe médicale, et ils meurent dans les heures qui suivent. »

Would you not agree, Ms. Taylor, that there is a vast difference between disconnecting machinery and letting nature take its course and giving a person a needle or a pill to end their life? I'm not asking you for an opinion of which is better. But is disconnecting something and letting nature take its course versus giving someone a needle to end their lives like comparing apples and oranges?

**Ms. Taylor:** What is the intention when the patient asks for the ventilator to be disconnected? What does the patient want? The patient wants to die. The patient had the choice, when the mechanical ventilator was put in, to say, "I don't want that now." But they wanted to give it a shot. They've had quality of life, some of them. They say, "I've had a good run, but things are deteriorating, and now I want it to end."

My husband died at home with a needle in his arm delivering him a constant dose of Midazolam, which kept him in a coma without hydration and food. In essence, he starved and dehydrated himself but didn't know it because we put him in a coma, which is the kindest thing you can do for someone in his situation. But make no mistake that what killed him was the needle in the arm delivering the coma so that he wouldn't feel hungry or thirsty. I do not see the difference. All they did was make him suffer longer.

**Senator Plett:** I won't debate that as others have; I'll leave it at that.

Senator White addressed the situation of nurse practitioners. Ms. Gibson and Ms. Taylor, I want to read two things to you here. I think you indicated — correct me if I'm wrong — one of the reasons you didn't see an issue with nurse practitioners was the logistical reasons why you may not be able to have a physician present. I will quote the Canadian Nurses Association:

In both the case of abortion and in medical assistance in dying, these are not emergency situations. There is time, even in remote or rural circumstances, where if a provider needs to recuse themselves from the process, there would be policies and practices in place to bring in a substitute provider to provide that care.

Before you answer, I want to read recommendation number 22 from your own report of November 30, 2015. You recommend: "Two physicians must assess the patient to ensure that all criteria are met."

Have you changed your opinion since this final report? How do you address the nurses association's assertion that there isn't an emergency here, and that you can wait a day or two or three for a doctor to come in and evaluate the situation?

Ne seriez-vous pas d'accord pour dire, madame Taylor, qu'il y a une grande différence entre débrancher une machine et laisser la nature suivre son cours et donner à la personne une injection ou une pilule pour mettre fin à sa vie? Je ne vous demande pas lequel est mieux selon vous, mais comparer le fait de débrancher une machine et de laisser la nature suivre son cours au fait d'injecter un produit afin de mettre fin à la vie de quelqu'un, c'est un peu comme comparer des pommes et des oranges, non?

**Mme Taylor :** Quelle est l'intention du patient lorsqu'il demande l'arrêt du ventilateur? Qu'est-ce qu'il veut? Il veut mourir. Lorsque le ventilateur mécanique a été installé, le patient avait le choix de dire : « Je n'en veux pas maintenant. » Mais il voulait essayer. Vous savez, certains patients ont réussi à avoir une certaine qualité de vie, puis est arrivé le moment où ils ont dit : « J'ai eu une belle vie, mais ma situation se détériore, et je veux maintenant en terminer. »

Mon mari est mort à la maison avec une aiguille dans le bras. Il recevait une dose constante de Midazolam, ce qui l'a fait sombrer dans un coma. Il n'était ni nourri ni hydraté. Essentiellement, il s'est laissé mourir de faim et de soif, mais il ne le savait pas, parce qu'il était dans le coma, ce qui est la chose la plus aimable qu'on peut faire à quelqu'un dans sa situation. Mais ne vous méprenez pas, ce qui l'a tué, c'est l'aiguille dans le bras qui le maintenait dans le coma afin qu'il ne ressente pas la faim et la soif. Je ne vois pas la différence. L'unique résultat, c'est qu'il a souffert plus longtemps.

**Le sénateur Plett :** Je ne veux pas débattre de cette question comme d'autres l'ont fait, je vais m'arrêter là.

Le sénateur White a abordé la question du personnel infirmier praticien. Madame Gibson et madame Taylor, je tiens à vous dire deux choses. Je crois que vous avez dit — corrigez-moi si j'ai tort — qu'une des raisons pour lesquelles vous ne jugiez pas la situation du personnel infirmier praticien problématique, c'est une question de logistique, lorsqu'un patient n'a peut-être pas accès à un médecin. Permettez-moi de citer l'Association des infirmières et infirmiers du Canada :

L'avortement et l'aide médicale à mourir ne sont pas des situations d'urgence. Même dans un contexte éloigné ou rural, si un fournisseur a besoin de se retirer d'un processus, il y a suffisamment de temps, et des politiques et des pratiques pourraient être mises en place pour prévoir la participation d'un autre fournisseur pouvant donner le traitement en question.

Avant de vous laisser répondre, je veux lire la recommandation 22 de votre rapport du 30 novembre 2015. Vous avez recommandé ce qui suit : « L'évaluation des patients doit être effectuée par deux médecins pour que le respect de tous les critères soit assuré ».

Avez-vous changé d'avis depuis la rédaction du rapport final? Comment réagissez-vous à l'affirmation de l'association des infirmières et infirmiers selon laquelle ce n'est pas une urgence et on peut attendre une journée ou deux ou trois jours, le temps qu'un médecin vienne évaluer la situation?

**Ms. Gibson:** Thank you, senator, for the question. I'll certainly find the page reference for you in the report. We were still operating under the assumption that the legislation would apply only to physicians. We had recommended that there be exemptions for other members of the inter-professional team, including nurse practitioners and nurses. There's a line in the report that says that if there is such a change in legislation, then every reference to physician also could be substituted for nurse practitioner.

So we actually didn't change our minds. We were just recognizing the limitations. If the legislation was going to focus on physicians only, then it would be physicians, but we were actually advocating for an expansion to nurse practitioners, partly to address the access issues but also to recognize the scope of practice of another advanced practitioner within our health system who is a key contact for patients. In many cases, if my nurse practitioner is the one I have a long-standing relationship with, I might seek to sustain that relationship throughout the dying process or the decision making I might have about assisted death. I would argue we ought to support.

**Senator Lankin:** Thank you very much. Ms. Taylor, I had the honour of knowing your husband. I respect him, his commitment to public health, and his leadership during the SARS crisis. He contributed to the debate on this legislation. I thank him for all of that.

Ms. Gibson, you made reference to the request from some people about prior review. We've heard from physician regulators that this is a medical and not a legal matter and we shouldn't have the judiciary as a stop along the way. It was a very compelling case that you quoted from with respect to A.B.

Yesterday, I had the chance to speak with representatives from the Association of Community Living who argued that some form of prior review, in the form of a specialized consent and capacity tribunal, would be an important stop along the way in the safeguards. I'd like to hear your opinion on that.

Secondly, is that still an avenue open to someone who thinks an individual is being coerced? Could they challenge the capacity to be making this decision and take that forward if they thought a family member, legal counsel or someone else was coercing an individual? Could you talk about that?

**Ms. Gibson:** Thank you, senator. Excellent question. When I was looking at Bill C-14, it reinforced for me how different this particular scenario is compared to any other end-of-life decision. The number of safeguards that are enumerated in the bill far

**Mme Gibson :** Merci de poser la question monsieur le sénateur. Je vais retrouver le numéro de page sans problème. À ce moment-là, nous partions encore de l'hypothèse que le projet de loi s'appliquerait seulement aux médecins. Nous avons recommandé l'ajout d'exceptions pour les autres membres de l'équipe interprofessionnelle, y compris le personnel infirmier praticien et le personnel infirmier en général. Il y a un passage dans le rapport qui précise que, si une telle modification est apportée au projet de loi, alors chaque référence à un « médecin » peut être remplacée par « membre du personnel infirmier praticien ».

Nous n'avons donc pas vraiment changé d'idée. Nous ne faisons que reconnaître les limites. Si on décide dans le projet de loi de se limiter aux médecins, alors soit, mais, en fait, nous demandions quant à nous l'inclusion du personnel infirmier praticien, et ce, en partie pour régler les problèmes d'accès, mais aussi pour reconnaître le champ d'exercices d'autres praticiens qualifiés de notre système de santé, qui sont en outre les professionnels qui ont le plus d'interactions avec les patients. Dans de nombreux cas, si le membre du personnel infirmier praticien est l'intervenant avec lequel le patient entretient une relation de longue date, il voudra peut-être maintenir cette relation durant le processus de mort ou au moment de prendre une décision sur l'aide à mourir. Selon moi, nous devons permettre ce choix.

**La sénatrice Lankin :** Merci beaucoup. Madame Taylor, j'ai eu l'honneur de connaître votre époux; c'est un homme que je respectais, et j'ai beaucoup de respect pour son engagement à l'égard de la santé publique et son leadership durant la crise du SRAS. Il a joué un rôle dans le débat sur ce texte législatif, et je lui en suis très reconnaissante.

Madame Gibson, vous avez mentionné la demande formulée par certaines personnes au sujet d'un examen préalable. Les organismes de réglementation des médecins nous ont dit qu'il s'agissait d'une question médicale et non juridique et que le système judiciaire ne devrait pas s'en mêler. Le récit d'A.B. que vous avez cité était très convaincant.

J'ai eu l'occasion hier de parler à des représentants de l'Association de la vie communautaire, qui ont fait valoir qu'une forme ou une autre d'examen préalable — sous la forme d'un tribunal spécialisé de détermination du consentement et de la capacité — serait une mesure de sauvegarde importante en cours de route. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Ensuite, s'agit-il encore d'une option pour quelqu'un qui croit qu'une personne est forcée? Pourrait-on remettre en question la capacité d'une personne de prendre cette décision et intervenir si on croit qu'un membre de la famille, un conseiller juridique ou quelqu'un d'autre exerce des pressions? Pouvez-vous nous en parler un peu?

**Mme Gibson :** Merci, monsieur le sénateur. C'est une excellente question. Lorsque j'ai examiné le projet de loi C-14, j'ai constaté à quel point ce scénario précis est différent de toutes les autres décisions en fin de vie. Le nombre de mesures de sauvegarde

departs from regular health care practices in other end-of-life situations. That departure is important. It provides levels of safeguards, transparency and checks and balances which I believe are sufficient.

An additional layer starts to tip the balance towards creating additional burden on patients and families, also on health care providers, quite honestly. A great deal of work goes into developing the affidavits. Anybody who has to go before the Consent and Capacity Board, this is additional time, not just for patients and families, but also for health care providers. It starts to move the needle towards creating safeguards as burdens in a way that could be counterproductive.

I am sympathetic, though, to some of the concerns raised by organizations such as the Association of Community Living about some of the social vulnerabilities of some Canadians and how a structure that involves a judicial review might actually be the way to catch those. It is one option, but I think it's a much more intrusive option. We can address some of the social issues in other ways which are much more consistent with good practice. For example, we've heard the need for better social vulnerability assessments training for health professionals. That's critical. That's going to benefit everyone, not just those who are socially vulnerable.

One of the testimonies I heard last week from Professor Bourassa from Manitoba was talking about culturally safe care and reframing that. That's where the longer-term, most impactful opportunities are.

My final comment concerns the conversation about protection of vulnerable populations. It seems to operate with the presumption of lack of capacity and that they must then defend their capacity to be able to make decisions. That does a disservice to the individual and can potentially reinforce some of those social conditions which erode their capacity to be full citizens.

*[Translation]*

**Senator Boisvenu:** Thank you once again for your answers. It appears from Senator Joyal's question that you were consulted by two consultation groups: a group of professionals; and a group composed of practitioners, physicians, and people from the medical field, like you.

Briefly, would you say that this consultation enabled you to make your views known? And do you feel that this bill's philosophy reflects the opinions or comments that you expressed?

prévues dans le projet de loi n'a rien à voir avec les pratiques régulières dans le domaine des soins de santé dans d'autres situations de fin de vie. Le changement de cap est important. Selon moi, il y a suffisamment de niveaux de sauvegarde, de transparence et de freins et contrepoids.

Honnêtement, l'ajout d'une autre couche commence à faire pencher la balance et crée un fardeau supplémentaire pour les patients, les familles et les fournisseurs de soins de santé. D'importants efforts sont nécessaires pour rédiger les affidavits, et ce, pour toutes les personnes qui doivent se présenter devant la Commission du consentement et de la capacité — il faut y consacrer du temps —, et ce, pas seulement pour les patients et les familles, mais aussi pour les fournisseurs de soins de santé. Dans une telle situation, les mesures de sauvegarde commencent à devenir un fardeau, et cela pourrait devenir contre-productif.

Cependant, je comprends certaines des préoccupations soulevées par des organismes, comme l'Association de la vie communautaire, concernant la vulnérabilité sociale de certains Canadiens et leur affirmation selon laquelle une structure qui prévoit un examen judiciaire pourrait être une façon de les protéger. C'est une option, mais je crois que c'est une option beaucoup plus intrusive. Nous pouvons nous attaquer à certains problèmes sociaux d'autres façons beaucoup plus conformes aux pratiques exemplaires. Par exemple, nous avons entendu dire que les professionnels de la santé devaient bénéficier d'une meilleure formation sur l'évaluation de la vulnérabilité sociale. C'est essentiel. Cette mesure serait bénéfique pour tout le monde, pas seulement pour les personnes qui affichent une vulnérabilité sociale.

Dans un témoignage que j'ai entendu la semaine dernière, le professeur Bourassa du Manitoba parlait de soins sécuritaires sur le plan culturel et du besoin de recadrer tout ça. Elles sont là, les occasions à plus long terme et les plus efficaces.

Mon dernier commentaire concerne la discussion sur la protection des populations vulnérables. On semble présupposer un manque de capacité et croire qu'il faut défendre la capacité de cette personne de prendre des décisions. On rend ainsi un mauvais service à ces personnes, et cela risque de renforcer certaines des conditions sociales qui sapent leur capacité d'être des citoyens à part entière.

*[Français]*

**Le sénateur Boisvenu :** Encore une fois, je vous remercie, mesdames, de vos réponses. J'ai compris, par la question du sénateur Joyal, que vous aviez été consultées par les deux groupes de consultation, soit un groupe de professionnels et un groupe composés de praticiens, de médecins et de gens du domaine médical, comme vous.

En quelques mots, cette consultation vous a-t-elle permis de vous exprimer? De plus, retrouvez-vous dans la philosophie de ce projet de loi les opinions ou commentaires que vous avez exprimés?

[English]

**Ms. Gibson:** Could you rephrase that for me, please, sir?

[Translation]

**Senator Boisvenu:** You took part in the consultations concerning the bill. As part of that participation, did you have the opportunity to make your views known? And separately from that, do you feel that this bill incorporates the comments and suggestions that you've proposed?

[English]

**Ms. Taylor:** We heard from a lot of the same stakeholders as you, but we were a less formal configuration. I do feel there was adequate back and forth and questions. Minds were changed; sometimes not, but sometimes we made headway. We would have loved more time, but we were working under a deadline as well, as we all are. I do agree with Jennifer. I came out sort of slamming the bill, but there is much that it does get right. Did I think we would be here three years ago? No. So I'm grateful for that.

Yes, a lot of the spirit of what we heard is in the bill. That doesn't mean that I'm not looking to you to make a couple of key changes.

**Ms. Gibson:** I would agree. In many ways what I see in the bill is as close as we can probably get right now to a proper balancing of federal versus provincial-territorial jurisdiction. There is a desire to cram more into this bill than can be reasonably included in a Criminal Code amendment. If we had been talking about a national bill for end-of-life care across the country, we might have been able to see a number of the elements related to some of the health care and social care considerations raised by witnesses.

I'm most encouraged by seeing the adoption of nurse practitioners playing a role, and certainly about the safeguards that I've identified. I would like to underscore the value of some of the non-legislative commitment to linking this actively and proactively. I'd like to see more detail about what the plans are to see how the health accord conversations can continue.

One of the concerns our group had, certainly I know other tables had as well, is we want to avoid a patchwork. That will require some leadership from the federal government to facilitate that. There is certainly awareness amongst many of the ministries and regulatory bodies across the country to begin to do that. That will be a lot of work, but that's the place to do it, rather than in this bill.

[Traduction]

**Mme Gibson :** Pouvez-vous reformuler votre question, s'il vous plaît, monsieur?

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Vous avez participé à la consultation qui était liée au projet de loi. Dans le cadre de votre participation à cette consultation, avez-vous eu l'occasion de vous exprimer? En outre, retrouvez-vous dans ce projet de loi les commentaires et suggestions que vous avez proposés?

[Traduction]

**Mme Taylor :** En grande partie, nous avons rencontré les mêmes intervenants que vous, mais dans un cadre moins officiel. Je crois que le niveau d'échange et de questions était suffisant. Certains ont changé d'idée; pas toujours, mais dans certains cas, nous avons fait des percées. Nous aurions aimé avoir plus de temps, mais nous devons respecter nous aussi un délai, c'est notre lot à nous tous. Je suis d'accord avec Jennifer, j'ai eu l'air de rejeter le projet de loi, mais il est très bon de façon générale. Est-ce que je croyais que nous serions rendus ici il y a trois ans? Non, et j'en suis extrêmement reconnaissante.

Je dois avouer qu'une bonne partie de ce que nous avons entendu figure dans le projet de loi, mais cela ne signifie pas que je n'aimerais pas que vous y apportiez deux ou trois changements importants.

**Mme Gibson :** Je suis d'accord. De plus d'une façon, nous ne pourrions probablement pas mieux faire que le projet de loi actuel en ce qui a trait au juste équilibre entre les compétences fédérales et provinciales-territoriales. On tente d'inclure plus de choses dans le projet qu'on peut raisonnablement inclure dans un projet de loi qui vise à modifier le Code criminel. Si nous parlions d'un projet de loi national sur les soins de fin de vie partout au pays, nous aurions pu inclure un certain nombre d'éléments soulevés par les témoins en ce qui a trait aux soins de santé et aux soins sociaux.

Je suis extrêmement encouragée de voir que le personnel infirmier praticien jouera un rôle, et je le suis aussi assurément par les mesures de sauvegarde que j'ai cernées. J'aimerais souligner l'importance de certains des engagements non législatifs pour unir le tout de façon proactive. J'aimerais obtenir de plus amples renseignements sur la nature des plans afin de déterminer de quelle façon les discussions sur l'accord sur la santé se poursuivront.

L'une des préoccupations de notre groupe — et je suis sûre qu'il s'agit aussi d'une préoccupation d'autres intervenants — c'était le besoin d'éviter un effet de mosaïque. Cela exigera un certain leadership du gouvernement fédéral. Il est évident que beaucoup de ministères et d'organismes de réglementation du pays comprennent le besoin de commencer à aller dans cette direction. Il y aura beaucoup de travail à faire, mais c'est l'endroit tout désigné pour le faire, et non dans ce projet de loi.

**Senator Joyal:** You suggested removing the word “incurable” from the bill. From a practitioner point of view, why do you suggest that? Explain it from the basis of your experience.

**Ms. Taylor:** I have a lot of patients. I work in Toronto East General Hospital. It has an interesting patient population. Many of them are diabetic with lots of co-morbidities, meaning lots of different health problems all together. If you have diabetes and you don't take care of your blood sugar, it can lead to terrible complications, such as blindness. I see a lot of people whose blood flow to their periphery, toes and fingers, is so poor that they have dead toes and fingers. Is that treatable? Yes, with amputation. A lot of my patients say, “I don't want to amputate. I'll take my chances.” We tell them you're going to die of an infection if you don't get this amputation. “I'm willing to take that chance.”

If I were the physician and a patient said, “My toes are black and they want to amputate the whole leg. I don't want to. I'd rather have an assisted death, to be honest.” If I had the word “incurable” in my mind, I might say, “I'm sorry, but this is curable if you get the amputation. I know you have congestive heart failure too and all these other things, but this is curable. If that's really your big reason, it's curable.” It will be interpreted differently by different practitioners. That's just one small example.

Also, cancer. My husband was inoperable because of where it was. But what if a patient had an operable brain tumour and they were told three more rounds of chemo and they might have four more months of life. At what point does the patient get to say, “That's enough; I don't want to try anymore?” I'm worried about that.

**The Chair:** Thank you both for being here today and for your assistance in the committee's consideration of Bill C-14. It's much appreciated.

For our second hour, we have, from the Canadian Psychiatric Association, Dr. Sonu Gaind, President, joining us by video conference from Hong Kong; from the Centre for Addiction and Mental Health, Dr. Tarek Rajji, Chief of Geriatric Psychiatry; and Dr. Padraic Carr and Dr. Linda Ganzini, by video conference from Portland, Oregon.

Thank you all for being here. Perhaps, Dr. Gaind, I could ask you and then Dr. Ganzini to proceed with opening statements.

**Dr. K. Sonu Gaind, President, Canadian Psychiatric Association:** Good morning. The Canadian Psychiatric Association is pleased to have this opportunity to present to the Senate on the issue of medical assistance in dying. My name is Karandeep Sonu Gaind, and I'm the President of the Canadian Psychiatric Association. The CPA supports Bill C-14's proposal

**Le sénateur Joyal :** Vous avez suggéré d'éliminer le mot « incurable » du projet de loi. Du point de vue du praticien, pourquoi formulez-vous une telle suggestion? Expliquez-le à la lumière de votre expérience.

**Mme Taylor :** J'ai beaucoup de patients. Je travaille dans le Toronto East General Hospital. La population de patients est pour le moins intéressante. Beaucoup d'entre eux sont diabétiques et ont beaucoup de comorbidités, ce qui signifie qu'ils ont beaucoup de problèmes de santé différents. Le fait d'avoir le diabète et de ne pas faire attention à sa glycémie peut entraîner de terribles conséquences, comme la cécité. Je vois beaucoup de personnes qui ont des problèmes d'afflux sanguin périphérique — c'est-à-dire l'afflux dans leurs orteils et leurs doigts — et qui ont des orteils et des doigts morts. Est-ce traitable? Oui, par amputation. Beaucoup de mes patients me disent : « Je ne veux pas être amputé. Je vais prendre le risque ». Nous leur disons qu'ils vont mourir d'une infection si on ne les ampute pas. « Je suis prêt à tenter ma chance ».

Si j'étais un médecin et qu'un patient me disait : « Mes orteils sont noirs et on veut m'amputer toute la jambe, mais je ne veux pas. Honnêtement, je préfère l'aide à mourir », et que j'avais le mot « incurable » à l'esprit, je pourrais lui dire : « Je suis désolée, mais votre affection est curable par amputation. Je sais que vous souffrez aussi d'une insuffisance cardiaque congestive et de toutes ces autres affections, mais c'est curable. Si c'est votre principale raison, c'est curable ». Cette exigence sera interprétée différemment par différents praticiens. Ce n'est qu'un petit exemple.

Il y a aussi le cancer. Le cancer de mon époux était inopérable en raison de son emplacement. Mais si un patient a une tumeur au cerveau qui peut être retirée et qu'on lui dit que, avec trois autres séries de chimio, il pourrait vivre encore quatre mois, dans une telle situation, le patient peut-il dire : « C'est assez, je ne veux plus continuer à essayer »? Ça m'inquiète.

**Le président :** Merci à vous deux d'avoir été là aujourd'hui et d'avoir aidé le comité à étudier le projet de loi C-14. Nous sommes très reconnaissants.

Durant la deuxième heure, nous accueillons le Dr Sonu Gaind, président de l'Association des psychiatres du Canada. Il discutera avec nous par vidéoconférence de Hong Kong. Nous accueillons aussi le Dr Tarek Rajji, chef, Géroto-psychiatrie, du Centre de toxicomanie et de santé mentale ainsi que le Dr Padraic Carr et la Dre Linda Ganzini, cette dernière comparaisant par vidéoconférence de Portland, en Oregon.

Merci à vous tous d'être là. Je vais demander au Dr Gaind, puis à la Dre Ganzini de présenter leurs déclarations préliminaires.

**K. Sonu Gaind, président, Association des psychiatres du Canada :** Bonjour, l'Association des psychiatres du Canada est heureuse d'avoir l'occasion de comparaître devant le Sénat pour parler de l'aide médicale à mourir. Je m'appelle Karandeep Sonu Gaind, je suis le président de l'Association des psychiatres du Canada. L'APC appuie la proposition du projet de loi C-14

to further study the issue of MAID when mental illness is the sole underlying medical condition, without prejudgment of the outcome.

There are unique issues when mental illness is present that were not considered in the Supreme Court of *Canada v. Carter* ruling. By affecting the brain, mental illness affects how a person thinks and feels, including how they feel about themselves and their place in the world. The very symptoms of mental illness may thus make individuals particularly vulnerable to be induced to end their life at a time of weakness.

Symptoms of mental illness can affect a person's emotional resilience, making even normal life stresses seem unbearable, and can lead to cognitive distortions, including negative views of oneself and the future. Thus, symptoms of mental illness not only lead to suffering but may also independently affect the person's decision-making process regarding their will to live or die.

Remediability is another key issue that has different implications for mental illness compared to other medical illnesses. In mental illness, remediability cannot be looked at only in biomedical terms of symptom improvement. Psychosocial factors such as isolation and loneliness, poverty, housing and underemployment or role in society are all things that impact suffering from mental illness and need to be considered as part of attempted remediation. The concept of when a mental illness should be considered irremediable is very different and not something the profession has previously needed to define. As the CPA has pointed out to Minister Wilson-Raybould and Minister Philpott, there is no established standard of care in Canada, or as far as the CPA is aware of in the world, for defining the threshold when typical psychiatric conditions should be considered irremediable.

None of this is to dispute the fact that mental illness can lead to significant suffering. However, combined with challenges of lack of access, this lack of standards alone would have troubling implications for MAID if the sole criteria of mental illness were allowed for in the pending June 2016 framework. A recent review of data from the Netherlands supports these concerns, as it showed the majority of cases of physician-assisted death for mental illness did have unresolved psychosocial suffering, such as social isolation.

Consistent with the further study called for in draft Bill C-14, the CPA has struck a time-limited task force to better understand these issues.

d'étudier de façon plus poussée la question de l'AMM lorsque la santé mentale est la seule condition médicale invoquée, sans jugement prématuré quant au résultat.

Il y a des considérations uniques lorsqu'un patient a une maladie mentale qui n'ont pas été prises en compte dans l'arrêt *Canada c. Carter* de la Cour suprême. En s'attaquant au cerveau, la maladie mentale influe sur les pensées et les émotions du malade, y compris ce qu'il pense de lui et de sa place dans le monde. Les symptômes d'une maladie mentale peuvent donc rendre certaines personnes particulièrement influençables et susceptibles, durant une période de faiblesse, d'être incitées à mettre fin à leurs jours.

Les symptômes de la maladie mentale peuvent avoir un impact sur la résilience émotionnelle d'une personne, rendant même les stress normaux de la vie intenable. Ils peuvent entraîner des distorsions cognitives, y compris une vision négative de soi et de l'avenir. Par conséquent, les symptômes de la maladie mentale peuvent non seulement entraîner de la souffrance, mais aussi avoir un impact indépendant sur le processus décisionnel de la personne touchée au sujet de sa volonté de vivre ou de mourir.

La possibilité de guérir est un autre enjeu clé qui a des répercussions différentes dans le cas de la maladie mentale comparativement aux autres affections médicales. Dans le domaine de la santé mentale, la possibilité de guérir ne peut pas être considérée uniquement du point de vue biomédical de l'amélioration des symptômes. Des facteurs psychosociaux comme l'isolement, la solitude, la pauvreté, le logement et le sous-emploi ou encore le rôle au sein de la société sont des choses qui ont un impact sur la souffrance liée à la maladie mentale, et il faut en tenir compte dans le cadre de la tentative de rétablissement — toute la question de savoir quand une maladie mentale doit être considérée comme irrémédiable est très différente, et ce n'est pas quelque chose que la profession a eu à définir dans le passé. Comme l'APC l'a souligné à la ministre Wilson-Raybould et à la ministre Philpott, il n'y a pas de norme de soins établie au Canada — ni, à la connaissance de l'APC, dans le monde — pour définir le seuil à partir duquel des conditions psychiatriques typiques doivent être considérées comme irrémédiables.

Je ne conteste aucunement le fait que la santé mentale peut entraîner de graves souffrances. Cependant, combinée aux problèmes d'accès, l'absence de normes aurait à elle seule des répercussions troublantes en ce qui concerne l'AMM si l'unique critère de la santé mentale était accepté dans l'éventuel cadre de juin 2016. Un examen récent des données des Pays-Bas confirme ces préoccupations, puisqu'il a été démontré que la majeure partie des cas d'aide médicale à mourir liés à la santé mentale étaient assortis de souffrances psychosociales non résolues, comme l'isolement social.

Conformément à l'étude plus poussée demandée dans l'ébauche du projet de loi C-14, l'APC a créé un groupe de travail ponctuel afin de mieux comprendre ces enjeux.

There are other issues important in ensuring consistent national standards, including the appropriate mix of providers doing sequential assessments, and length of waiting period when mental illness is involved. But I will close by addressing some common misconceptions regarding mental illness in MAID discussions.

First, the term “treatment-resistant depression,” or TRD, should not be misunderstood as meaning irremediable. TRD is a research and clinical concept meant to guide potential treatment options when biomedical symptoms have not been adequately reduced following two attempted biomedical treatment courses. It would be improper, even dangerous, to misapply the concept of TRD as meaning “irremediable” for MAID discussions.

Second, while CPA and others have advocated for years to eliminate stigma and discrimination against those with mental illness, it is important to realize it is not discriminatory to consider the particular nuances of mental illness in MAID discussions. “Equity” does not mean everything is the same; it means treating things fairly and impartially. Failure to consider the particular circumstances of mental illness, as it could impact MAID processes, would itself be stigmatizing or discriminatory, as it would fail to acknowledge the realities of mental illness on people and their lives.

I want to again thank the committee for your thoughtful consideration of these issues, and I am happy to answer any questions you may have.

**The Chair:** Thank you very much. Dr. Ganzini, please go ahead.

**Dr. Linda Ganzini, as an individual:** Thank you. I am a professor of psychiatry and medicine at Oregon Health & Science University. I need to tell you that I also work for the U.S. Department of Veterans Affairs, and nothing that I say reflects the views of the U.S. government.

Since the mid-1990s, I have done research on Oregon’s Death With Dignity Act, including surveys of health care professionals, physicians, hospice nurses, hospice social workers and hospice chaplains about their views and experiences with Oregon’s law; studies of patient populations about their preferences for physician aid in dying, including patients with cancer and ALS; and more recently studies of family members and patients in the process of requesting physician aid in dying. In addition to that, I’ve had about 50 clinical and research interviews with patients who have made explicit requests for physician-assisted death.

Il y a d’autres enjeux importants qui exigent l’établissement de normes nationales uniformes, y compris le choix des bons fournisseurs, qui réaliseront des évaluations successives, et la détermination du délai d’attente dans les cas où la maladie mentale est un enjeu. Cependant, je vais terminer ma déclaration en abordant certaines idées fausses sur la santé mentale véhiculées dans le cadre des discussions sur l’AMM.

Commençons par la notion de « dépression résistante aux traitements », ou DRT. Cette expression ne signifie pas que l’affection est irrémédiable. La DRT est une notion de recherche et une notion clinique qui vise à permettre de définir les options de traitement possibles lorsque les symptômes biomédicaux n’ont pas pu être adéquatement atténués après deux tentatives de traitements biomédicaux. Dans le cadre des discussions sur l’AMM, il serait inapproprié — voire dangereux — de se méprendre et de croire qu’une DRT est une affection « irrémédiable ».

Deuxièmement, même si l’APC et d’autres intervenants demandent depuis des années d’éliminer la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes qui affichent une maladie mentale, il faut comprendre qu’il n’est pas discriminatoire de tenir compte des caractéristiques particulières de la maladie mentale dans le cadre des discussions sur l’AMM. L’« équité » ne signifie pas que tout le monde doit être traité de la même façon; cela signifie qu’il faut traiter les choses de façon équitable et impartiale. Le fait de ne pas prendre en considération les circonstances particulières de la maladie mentale et leur impact possible sur les processus liés à l’AMM, pourrait être considéré comme de la stigmatisation et de la discrimination, puisqu’une telle position ferait fi des réalités de la maladie mentale sur les malades et dans le cadre de leur vie.

Je tiens à nouveau à remercier le comité de bien réfléchir à ces enjeux, et je serai heureux de répondre à vos questions.

**Le président :** Merci beaucoup. Docteure Ganzini, la parole est à vous.

**Linda Ganzini, à titre personnel :** Merci. Je suis professeure de psychiatrie et de médecine à la Oregon Health & Science University. Je dois vous dire que je travaille aussi pour le département américain des Anciens Combattants et que mes propos ne reflètent aucunement les points de vue du gouvernement américain.

Depuis le milieu des années 1990, j’ai effectué des recherches sur la Death With Dignity Act de l’Oregon, y compris des sondages auprès de professionnels de la santé, des médecins et du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et des aumôniers qui travaillent dans des centres de soins palliatifs pour connaître leurs points de vue et leurs expériences relativement à la loi de l’Oregon. J’ai aussi réalisé des études auprès des populations de patients au sujet de leurs préférences touchant l’aide médicale à mourir, y compris des patients atteints du cancer et de la SLA. Plus récemment, j’ai de plus réalisé des études auprès de membres de la

I'm happy to answer questions regarding those studies. I am aware that Canada's law is evolving and in flux. I'm not entirely up to date about the current considerations, but again I'm happy to share my experiences.

**The Chair:** Thank you very much. Dr. Rajji, you may go ahead.

**Dr. Tarek Rajji, Chief of Geriatric Psychiatry, Centre for Addiction and Mental Health:** Members of the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs, thank you for the opportunity to appear before you today to share our perspectives on Bill C-14.

CAMH is one of Canada's largest mental health and addictions academic health sciences centres. We combine clinical care, research and education to transform the lives of people affected by mental illness or addiction. We have over 500 in-patient beds, 3,000 staff, over 300 physicians and over 100 scientists. We treat over 30,000 patients each year.

Medical assistance in dying, or MAID, as it relates to mental illness is an extremely complex topic. CAMH appreciates that the government has recognized this complexity in Bill C-14 and provided more time to carefully consider the issues related to MAID and mental illness where it is the sole medical condition.

CAMH knows that mental illness can cause an individual to experience intolerable psychological suffering, but it is our belief that with recovery-based approaches for care, the vast majority of people will recover. As government moves ahead with further study on mental illness and MAID, much thoughtful analysis and consultation will be needed to determine if, and under what circumstances, mental illness should ever be considered irremediable.

Thought must also be given to how to acknowledge and support health professionals who experience emotional stress due to addressing MAID in their practices. CAMH offers our expertise when the government is ready to review this issue.

Today, I want to discuss those individuals who meet Bill C-14's criteria for a grievous and irremediable medical condition and who also have a mental illness. Such individuals may appear eligible for MAID, but it will be imperative to determine whether

famille de patients, qui ont entrepris un processus de demande d'aide médicale à mourir. En outre, j'ai réalisé environ 50 entrevues cliniques et de recherche auprès de patients qui ont présenté des demandes explicites d'aide médicale à mourir.

Je serai heureuse de répondre à vos questions au sujet de ces études. Je sais que la loi canadienne évolue et change. Je ne suis pas nécessairement au fait des toutes dernières considérations, mais, encore une fois, je serai heureuse de vous faire part de mes expériences.

**Le président :** Merci beaucoup. Docteur Rajji, la parole est à vous.

**Tarek Rajji, chef, Géroto-psychiatrie, Centre de toxicomanie et de santé mentale :** Je tiens à remercier les membres du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles de l'occasion de comparaître aujourd'hui pour faire part de nos points de vue sur le projet de loi C-14.

Le CTSM est l'un des plus importants centres universitaires de science de la santé qui s'intéressent à la santé mentale et à la toxicomanie. Nous réunissons les soins cliniques, la recherche et la sensibilisation pour transformer la vie des gens atteints de troubles mentaux ou qui ont des problèmes de toxicomanie. Nous avons plus de 500 places pour patients hospitalisés et comptons plus de 3 000 employés, plus de 300 médecins et plus de 100 scientifiques. Nous traitons plus de 30 000 patients chaque année.

L'aide médicale à mourir, ou AMM, est un sujet extrêmement complexe lorsque s'y greffe l'enjeu de la maladie mentale. Le CTSM est reconnaissant du fait que le gouvernement a reconnu la nature complexe de cet enjeu dans le projet de loi C-14 et qu'il a prévu plus de temps pour examiner de près les enjeux liés à l'AMM et à la maladie mentale lorsqu'il s'agit de la seule affection médicale invoquée.

Le CTSM sait que la maladie mentale peut provoquer chez les gens une souffrance psychologique intolérable, mais nous croyons aussi que des approches de soins fondées sur le rétablissement permettront à la vaste majorité des malades de s'en remettre. Tandis que le gouvernement va de l'avant et poursuit son examen de la santé mentale et de l'AMM, une analyse poussée et des consultations seront nécessaires pour déterminer si on peut vraiment considérer la maladie mentale comme un trouble irrémédiable et dans quelles circonstances.

Il faut aussi réfléchir à la façon dont on reconnaîtra et soutiendra les professionnels de la santé qui vivent un stress émotionnel associé à l'AMM dans l'exercice de leurs fonctions. Le CTSM offre son expertise au gouvernement, lorsque ce dernier sera prêt à se pencher sur cet enjeu.

Aujourd'hui, je veux discuter des personnes qui respectent les critères du projet de loi C-14, c'est-à-dire qui affichent des problèmes de santé graves et irrémédiables et qui ont aussi une maladie mentale. De telles personnes peuvent sembler admissibles

it is the mental illness that is underlying their request and whether the individual truly has the capacity to consent to MAID.

Individuals with mental illness can experience distorted perceptions due to the illness and its consequences. When a person is experiencing an acute episode of their illness, such as a major depressive episode, an acute psychotic episode or a manic episode, it is not uncommon for them to have severely distorted beliefs about themselves, the world and their future. Sometimes, this sense of helplessness, worthlessness and hopelessness continues even when the symptoms of the mental illness are better controlled.

These distortions raise questions about the capacity to make a MAID request during both the acute and less acute phases of the illness. Recovery-based treatment can change an individual's distorted beliefs, potentially impacting their decision to request MAID.

I want also to share a clinical example to illustrate these issues: a 65-year-old woman with a long history of chronic schizophrenia, whose onset occurred when she was 18 years old. Her illness is relatively well controlled with appropriate medications and psychosocial treatments. However, she maintained fixed beliefs that she has been visited by aliens from another planet and that they maintain a supervisory role over her life. Despite the persistence of these beliefs, she has been able to maintain a certain level of satisfying relationships with her family and co-residents.

In the past, when her symptoms were not controlled, she would hear voices from these aliens telling her that she is causing cancer and diseases to people around her. At the age of 65, she developed lung cancer herself. Although she is not experiencing the voices, she has the belief now that she became ill with cancer because of all the people she caused cancer to in the past; thus, to repent, she is refusing any treatments for her cancer.

A clinical dilemma around capacity would arise, then, if she asks to receive MAID to relieve herself from the pain of cancer. Is capacity to ask for MAID distinct from her capacity to refuse or accept treatment for cancer?

Determining whether a request for MAID is driven by an underlying mental illness will be difficult, given that MAID is not simply another health care decision. Education for mental health professionals and other professionals will be required.

Therefore, CAMH recommends that Bill C-14 include in proposed section 241.3 enhanced safeguards for determining capacity in people who have a co-occurring mental illness. These safeguards might include standardized procedures with a clear threshold, and examination by at least one psychiatrist

à l'AMM, mais il est essentiel de déterminer si c'est la maladie mentale qui les pousse à présenter leur demande et s'ils ont vraiment la capacité de consentir à l'AMM.

Les personnes qui ont des problèmes mentaux peuvent avoir des perceptions faussées par la maladie mentale et ses conséquences. Pendant un épisode aigu d'une maladie — comme un épisode de dépression majeure, un épisode psychotique aigu ou un épisode maniaque —, il n'est pas rare qu'une personne ait des croyances extrêmement déformées d'elle-même, du monde et de l'avenir. Parfois, ces sentiments de désespoir, d'inutilité et d'impuissance persistent même lorsque les symptômes de la maladie mentale sont mieux contrôlés.

Ces distorsions soulèvent des questions au sujet de la capacité de présenter une demande d'AMM durant un épisode aigu et durant des phases moins aiguës de la maladie. Un traitement fondé sur le rétablissement peut changer les croyances déformées d'une personne et peut-être même avoir un impact sur sa décision de demander une AMM.

Je tiens aussi à vous fournir un exemple clinique pour illustrer ces problèmes : une femme de 65 ans avait de longs antécédents de schizophrénie clinique depuis ses 18 ans. Sa maladie était relativement bien contrôlée grâce à une médication appropriée et des traitements psychosociaux. Cependant, elle continuait à croire fermement qu'elle avait été visitée par des extraterrestres, qu'ils supervisaient sa vie. Malgré la persistance de ces croyances, elle avait réussi à maintenir un certain niveau satisfaisant de relations avec sa famille et les co-résidents.

Dans le passé, lorsque ses symptômes n'étaient pas contrôlés, elle entendait ces extraterrestres lui dire qu'elle causait le cancer et la maladie dans son entourage. À 65 ans, elle souffrait elle-même d'un cancer du poumon. Même si elle n'entend plus les voix, elle croit maintenant avoir le cancer en raison de toutes les personnes à qui elle l'a donné au fil des ans. Par conséquent, pour se repentir, elle refuse tout traitement contre le cancer.

Dans ce dossier, on se trouvait donc devant un dilemme clinique concernant la capacité de cette patiente de demander une AMM pour la soulager des douleurs causées par le cancer. La capacité de demander une AMM est-elle distincte de la capacité de refuser ou d'accepter un traitement contre le cancer?

Il sera difficile de déterminer si une demande d'AMM est associée à une maladie mentale sous-jacente puisque la décision d'obtenir une AMM n'est pas une décision liée aux soins de santé comme les autres. Il faudra fournir une formation aux professionnels de la santé mentale et aux autres professionnels de la santé.

Par conséquent, le CTSM recommande d'inclure dans le projet de loi C-14 — dans l'article proposé 241.3 — des mesures de sauvegarde améliorées pour évaluer la capacité des personnes qui affichent aussi une maladie mentale. Ces mesures de sauvegarde pourraient inclure des procédures normalisées associées à un seuil

and/or an expert panel to review such requests. CAMH would be happy to work with the government to develop these safeguards.

Committee members, thank you again for the opportunity to speak with you today. MAID and mental illness are very complex topics, and the government's approach to date must be commended. I would be happy to take any questions.

**The Chair:** Thank you. Dr. Carr, we go to you now.

**Dr. Pdraic E. Carr, as an individual:** Thank you, Mr. Chairman, for the invitation to speak with the committee today.

I'm a general adult psychiatrist practising in Edmonton, Alberta. I currently sit as President Elect of the Alberta Medical Association and am the Immediate Past President of the Canadian Psychiatric Association. Today, however, I'm speaking as an individual practitioner.

Medical assistance in dying has certainly engendered debate. The difficulty obviously lies in striking a balance between patient autonomy and the need to protect the vulnerable at a time of weakness. This is especially true regarding mental illness.

Mental illnesses can be unique from physical illnesses in many respects; for example, suicidal thoughts can arise directly from psychiatric disorders. Mental illnesses can affect capacity and judgment, both key criteria for competence. Symptoms and their intensity can fluctuate over a period of many months, thus mandating serial assessments.

On a related note, patients can understandably be reluctant to disclose sensitive information. This can cause delays in assessing the entire diagnostic picture in its social context. Symptoms themselves are influenced by patients' underlying personality traits, coping skills and social situations. Patients who feel supported in the community may have quite different perspectives on MAID than those who feel they are a burden or alone.

In addition, some psychiatric treatments can take many months to reach a full effect, and often multiple treatment trials are required to find the correct fit. The illnesses themselves are rarely fatal or terminal, but there are many treatments available that can alleviate or mitigate the symptoms. In this context, Bill C-14 appears a reasonable and tempered initial legislative step to address the complexities of MAID and mental illness.

clair et l'examen par au moins un psychiatre et/ou groupe d'experts, qui serait chargé d'examiner de telles demandes. Le CTSM serait heureux de travailler en collaboration avec le gouvernement pour élaborer ces mesures de sauvegarde.

Je tiens encore une fois à remercier les membres du comité de m'avoir offert l'occasion de leur parler aujourd'hui. L'AMM et la maladie mentale sont des sujets très complexes, et il convient de louer l'approche adoptée jusqu'à présent par le gouvernement. Je serai heureux de répondre à vos questions.

**Le président :** Merci. Docteur Carr, la parole est à vous.

**Pdraic E. Carr, à titre personnel :** Merci, monsieur le président, de me permettre de m'adresser au comité aujourd'hui.

Je suis un psychiatre généraliste. Je travaille auprès d'adultes à Edmonton, en Alberta. Je suis actuellement président désigné de l'Alberta Medical Association. Je suis aussi le président sortant de l'Association des psychiatres du Canada. Cependant, aujourd'hui, je vous parle à titre personnel, en tant que praticien.

Il est évident que l'aide médicale à mourir a engendré tout un débat. Évidemment, la difficulté consiste à trouver un juste équilibre entre l'autonomie des patients et le besoin de protéger les personnes vulnérables en période de faiblesse, surtout les personnes qui ont des maladies mentales.

À de nombreux égards, les maladies mentales sont différentes des maladies physiques. Par exemple, des pensées suicidaires peuvent découler directement de troubles psychiatriques. Les maladies mentales peuvent influencer sur la capacité et le jugement, deux critères importants de la compétence. Les symptômes et leur intensité peuvent fluctuer sur plusieurs mois, ce qui exige des évaluations en série.

Sur un sujet connexe, on peut très bien comprendre que des patients peuvent hésiter à fournir des renseignements de nature délicate. Cette réticence peut entraîner des retards dans le cadre d'évaluations qui visent à brosser un portrait diagnostique complet tenant compte du contexte social. Les symptômes eux-mêmes sont influencés par les traits de personnalité sous-jacents, les capacités d'adaptation et les situations sociales des patients. Les patients qui se sentent soutenus dans la collectivité peuvent avoir des points de vue très différents sur l'AMM de ceux qui ont l'impression d'être un fardeau ou d'être seuls.

De plus, il faut parfois des mois avant que certains traitements psychiatriques soient pleinement efficaces, et il faut parfois essayer plusieurs traitements avant de trouver le bon. Les maladies elles-mêmes sont rarement fatales ou terminales, et il y a de nombreux traitements accessibles qui permettent d'éliminer ou d'atténuer les symptômes. Dans ce contexte, le projet de loi C-14 semble une mesure législative initiale raisonnable et prudente pour composer avec les complexités de l'AMM et de la maladie mentale.

First, a consistent approach is required across Canada. A patchwork of legislation would be difficult for both patients and professionals to manage and would create inequities in the system. As Bill C-14's preamble states, the personal convictions of health care providers need to be respected as well.

The term "irremediable" also needs further clarification. Its meaning could be construed as untreatable, incurable or terminal. Certainly, most mental illnesses would not meet the test of untreatable or terminal, but most could be defined as incurable. This would have been an unacceptable definition if left unqualified, putting the vulnerable at risk. The qualifiers of "irreversible decline" and "reasonably foreseeable natural death" are important safeguards for psychiatric patients.

A second medical opinion is also necessary and should incorporate an adequate wait time between assessments to ensure that interviews are not unduly influenced by immediate circumstances. Further, a waiting period of 15 days seems inadequate if mental illness is present or suspected. Psychiatric assessments and treatments can take considerable time; and all variables must be carefully delineated to determine a patient's capacity.

It's also important that consent and capacity remain until MAID is administered. Otherwise, an important safeguard is lost if a patient is unable to withdraw the request. Creating an advance directive is no guarantee that a patient would still consent to MAID when the time actually comes. Patient autonomy is also at risk if consent cannot be withdrawn because an element of capacity has changed.

As Bill C-14 suggests, further studies of mental illness as the sole underlying medical condition for MAID are required before this concept is considered or applied. The studies should include an examination of the availability of mental health and palliative care resources in the community. A lack of such services may contribute to requests for MAID. Perhaps more than any other group, those suffering from mental illness are at risk of being induced to commit suicide at a time of weakness.

As it stands now, Bill C-14 would likely preclude the application of MAID where mental illness is the sole criteria. This is a reasonable approach at present, given the multitude of confounding influences on the issue. More consultation is required with professions and with the public to ensure that those suffering from mental illness are adequately protected.

I'd be pleased to answer any questions you may have.

Dans un premier temps, il faut adopter une approche uniforme à l'échelle du Canada. Les patients et les professionnels de la santé auront de la difficulté à s'y retrouver s'ils doivent composer avec un ensemble de textes législatifs différents, et ces différences créeraient des inégalités dans le système. Le préambule du projet de loi C-14 précise aussi qu'il faut respecter les convictions personnelles des fournisseurs de soins de santé.

Il faut aussi préciser la signification du terme « irrémédiable ». On pourrait penser que cela signifie intraitable, incurable ou terminal. Évidemment, on ne considérerait pas la plupart des maladies mentales comme étant intraitables ou terminales, mais la plupart de ces maladies pourraient être définies comme étant incurables. Sans précisions, la définition actuelle est inacceptable et met les personnes vulnérables à risque. Les qualificatifs « déclin irréversible » et « décès naturel raisonnablement prévisible » sont des mesures de sauvegarde importantes pour les patients psychiatisés.

Un deuxième avis médical est aussi nécessaire, et il faudrait prévoir un délai adéquat entre les évaluations pour s'assurer que le résultat des entrevues n'est pas indûment influencé par les circonstances immédiates. De plus, un délai d'attente de 15 jours semble inadéquat si une maladie mentale est présente ou soupçonnée. Les évaluations et les traitements psychiatriques peuvent prendre beaucoup de temps, et il faut déterminer avec soin toutes les variables pour évaluer la capacité d'un patient.

Il est aussi important que le consentement et la capacité soient maintenus jusqu'à la prestation de l'AMM. En effet, on ne respecte pas une mesure de sauvegarde importante si le patient ne peut plus retirer sa demande. Le fait d'avoir donné une directive anticipée ne garantit pas que le patient consentirait encore à l'AMM le moment venu. L'autonomie des patients est aussi à risque si le consentement ne peut pas être retiré parce qu'un des éléments qui déterminent la capacité a changé.

Comme le projet de loi C-14 le laisse entendre, il faut réaliser d'autres études sur les cas où la maladie mentale est la seule affection médicale invoquée pour l'AMM avant qu'on puisse envisager ou appliquer cette notion. Les études devraient inclure un examen de l'accessibilité des ressources en santé mentale et en soins palliatifs dans la collectivité. Le fait que de tels services ne soient pas accessibles peut contribuer à la présentation de demandes d'AMM. Les personnes qui souffrent de maladie mentale sont probablement plus à risque que les membres des autres groupes d'être incitées à commettre un suicide en période de faiblesse.

Dans sa version actuelle, le projet de loi C-14 empêchera probablement le recours à l'AMM lorsque la maladie mentale est l'unique cause. Actuellement, il s'agit d'une approche raisonnable, vu la multitude d'influences pouvant semer la confusion dans ce dossier. Il faut mener plus de consultations auprès des professionnels et du public pour s'assurer que les personnes qui souffrent de maladie mentale sont adéquatement protégées.

Je serai heureux de répondre à vos questions.

**The Chair:** We'll begin questions with the deputy chair.

**Senator Jaffer:** Since we started studying this bill, one thing has really bothered me. I agree with the government that we have to take the time to work on this issue and to hear about how to set up a system that is protective of the most vulnerable. All my life I've worked on equality issues. Equality, as Dr. Gaidin said, is not treating equally but treating people differently because people's needs are different. My challenge is the person who meets the criteria of grievous and irremediable incurable illness that's irreversible, and all those things, but they can't give informed consent. Dr. Rajji, you spoke about that.

I'm troubled by this. How do you set it up so that that person can also get what the rest of Canadians can get, the type of service? It's not fair to treat people differently in our great country. I'm troubled by this. You are the experts. What can you say?

**Dr. Rajji:** I agree with you. This is the complexity. The challenge that you've probably heard from all of us, at least the three of us, is that it's hard for us to see one mental illness as irremediable, not just the issue of capacity. To me, there is also the issue of difficulty in predicting the course of mental illness.

To give an example, even individuals with severe mental illness like schizophrenia, up to 30 per cent of them in long-term studies remit later in life and recover from schizophrenia. The challenge in our field is that we don't yet have enough knowledge to predict who will be on a trajectory of reversibility or recovery. We use a recovery-based approach to live with mental illness in addition to treating the somatic symptoms that you've heard about.

**Dr. Carr:** Your question was really around a system for informed consent. To be honest, I don't think that will be as problematic as assessing the capacity to agree to that informed consent. That's where the difficulty lies.

**Senator Jaffer:** Explain what you mean by "capacity."

**Dr. Carr:** There could be a procedure set out in all the provinces, perhaps even nationally, that informed consent should include certain parameters. That's easy to work out. The difficulty is assessing the individual. They have been informed. But do they understand? That's what "capacity" means. It's the ability to grasp the information, manipulate it rationally, not be influenced by delusions, understand the consequences of the decision and then clearly consent. The difficulty will be in those individual

**Le président :** Nous allons commencer la période de questions. La première intervenante est la vice-présidente.

**La sénatrice Jaffer :** Depuis que nous avons commencé l'étude du projet de loi, il y a une chose qui me dérange beaucoup. Je concède au gouvernement qu'il faut prendre le temps de travailler sur la question et de rencontrer des témoins pour parler de la façon de mettre en place un système qui protège les personnes les plus vulnérables. Toute ma vie, j'ai travaillé sur des enjeux liés à l'égalité. L'égalité, comme le Dr Gaidin l'a dit, consiste non pas à traiter tout le monde de la même façon, mais à traiter les gens différemment parce que leurs besoins sont différents. Le défi, pour moi, c'est lorsqu'une personne respecte les critères des problèmes de santé graves et irrémédiables qui sont incurables et irréversibles — et tout ça —, mais qu'elle ne peut pas donner un consentement éclairé. Dr Rajji, vous en avez parlé.

Cette situation me préoccupe. De quelle façon pouvons-nous organiser le système pour que cette personne ait accès à ce type de service comme le reste des Canadiens? C'est injuste de traiter les gens différemment dans notre grand pays. C'est une situation qui me préoccupe. C'est vous les experts. Qu'en pensez-vous?

**Dr Rajji :** Je suis d'accord avec vous. Elle est là, la complexité. Tous vos invités — nous trois en tout cas — vous ont probablement dit que le défi ne se limite pas à la question de la capacité. En effet, il est difficile pour nous de considérer une maladie mentale comme étant une maladie irrémédiable. Selon moi, le fait qu'il soit difficile de prévoir le cours d'une maladie mentale est aussi problématique.

Par exemple, même des personnes qui ont de graves maladies mentales comme la schizophrénie... Selon des études à long terme, 30 p. 100 de ces malades se rétablissent plus tard et se remettent de la schizophrénie. La difficulté, dans notre domaine, c'est que nous ne savons pas encore assez de choses pour prévoir qui est susceptible de renverser la vapeur et de se rétablir. En réaction à la maladie mentale, nous adoptons une approche fondée sur le rétablissement en plus de traiter certains des symptômes somatiques dont vous avez entendu parler.

**Dr Carr :** Votre question portait vraiment sur le système de consentement éclairé. Honnêtement, je ne crois pas que ce sera aussi problématique que la question de la capacité à fournir un tel consentement éclairé. Elle est là, la difficulté.

**La sénatrice Jaffer :** Pouvez-vous expliquer ce que vous voulez dire par « capacité »?

**Dr Carr :** On pourrait définir une procédure dans toutes les provinces — et peut-être même à l'échelle nationale — en vertu de laquelle le processus de consentement éclairé devrait inclure certains paramètres. C'est quelque chose qu'on peut facilement définir. La difficulté, c'est d'évaluer la personne. On l'a informée, mais a-t-elle compris? C'est ce que signifie la notion de « capacité » : la capacité de saisir les renseignements, de les manipuler rationnellement — sans être influencé par des délire —

assessments, which have to be done between the patient and whoever is assessing that capacity for consent. That will be the more difficult issue.

**Dr. Gaid:** I'll comment on two of the points you made, one being capacity. If I understood your question properly, you're asking about the challenging issue of how we can know what a person actually wants if they lack capacity? You're saying you're troubled by the potential for people not to have the same ability to exercise this option if they are deemed incapable.

**Senator Jaffer:** Exactly.

**Dr. Gaid:** That is a very challenging issue. If we do not know the will of the person in a state of capacity or competence, then who has the right to make that decision for them? Part of the challenge here is that we know that when decisions like this are made, multiple things can influence people or caregivers. I don't have an answer for you about how we wrestle with that. If it's not the patient's competent and fully capable decision, whose decision is it or should it be?

The other piece that you mentioned was if all other conditions are met, including the irremediable piece. I'll just go back and emphasize what others have commented on as well. In terms of mental illness, the reality is that we don't really know what the definition of "irremediability" should be. Part of the reason, as I alluded to, is that we look at trying to alleviate biomedical symptoms, but for mental illness, there are a bunch of psychosocial factors that we also try to improve. At what point do we say that we can no longer improve anything when there are still psychosocial factors that could potentially be improved? It's not just about the biomedical symptoms.

The other thing I'd point out is that while we make a similar determination in some ways for capacity where we weigh a number of things and then decide does this person have capacity for this decision or not, we make an on-or-off dichotomous decision. With irremediability, in addition to the fact that we don't have standards of what that means for mental illness, we are also doing a future predictive assessment, whereas capacity is a point in time assessment in the present. It opens up all sorts of uncertainty and unpredictability as a result.

**Senator White:** I'm going to refer to the proposed legislation, and in particular regulations the Minister of Health may make regarding the gathering of intelligence and information. We have a piece of legislation proposed that will bring us five years down the road for review. We are expected to depend on a minister who may allow us to actually have the information to do a substantial review.

de comprendre les conséquences de la décision et d'ensuite fournir un consentement clair. Ce qui sera difficile, ce sont ces évaluations individuelles, qui font intervenir le patient et quiconque évalue sa capacité de consentir. Elle sera là, la principale difficulté.

**Dr Gaid :** Je vais répondre aux deux points que vous avez soulevés, dont l'un concerne la capacité. Si j'ai bien compris votre question, vous parliez de l'épineuse question de savoir comment déterminer ce qu'une personne veut vraiment si elle n'a pas la capacité nécessaire? Vous dites être troublée par la possibilité que certaines personnes ne puissent pas exercer cette option si elles sont jugées incapables.

**La sénatrice Jaffer :** Exactement.

**Dr Gaid :** C'est une question très difficile. Qui peut prendre une décision pour une personne dont nous n'avons pas pu connaître la volonté lorsqu'elle était apte ou compétente? Le défi vient en partie du fait que nous savons que, lorsque de telles décisions sont prises, plusieurs choses peuvent influencer sur les personnes ou les soignants. Vous nous demandez de quelle façon il faut s'y prendre, mais je ne sais pas quoi vous répondre. Si le patient n'a pas fait connaître sa décision lorsqu'il était tout à fait compétent et apte, qui doit ou devrait décider?

L'autre chose que vous avez mentionnée, c'est si toutes les autres conditions étaient respectées, y compris le caractère irrémédiable de l'affection. Permettez-moi de revenir en arrière et de souligner ce que d'autres ont aussi dit. En réalité, lorsqu'il est question de maladie mentale, nous ne savons pas vraiment ce qu'il faut entendre par « irrémédiable ». Comme j'y ai fait allusion tantôt, c'est en partie parce que nous tentons d'éliminer les symptômes biomédicaux, mais, dans le cas de la maladie mentale, nous tentons aussi de travailler sur beaucoup de facteurs psychosociaux. À quel moment devons-nous déterminer que nous ne pouvons plus améliorer la situation du patient alors qu'il y a encore des facteurs psychosociaux qui pourraient être améliorés? On ne peut pas se limiter aux symptômes biomédicaux.

L'autre chose que je veux souligner, c'est que, lorsque nous prenons une décision similaire à certains égards en matière de capacité et que nous évaluons un certain nombre de choses pour ensuite déterminer qu'une personne est capable ou non de faire ce choix, nous prenons une décision dichotomique, c'est oui ou c'est non. Dans le cas du caractère irrémédiable, en plus du fait qu'il n'y a pas de normes définissant la façon d'appliquer cette notion dans le cas d'une maladie mentale, nous faisons aussi une évaluation prédictive, tandis que, de son côté, la capacité est évaluée de façon ponctuelle, au moment présent. C'est une source de beaucoup d'incertitude et d'imprévisibilité.

**Le sénateur White :** Je vais me référer au projet de loi et, plus particulièrement, à la réglementation que le ministre de la Santé peut prendre concernant la collecte de renseignements et d'information. Le projet de loi prévoit un examen dans cinq ans. On s'attend à ce que nous nous soumettions au bon vouloir d'un ministre, qui nous permettra peut-être d'avoir accès à l'information nécessaire pour procéder à un examen substantiel.

Having looked at the legislation, do you see the need for more clarity around the gathering of information so that that review can actually be substantial rather than, in my argument, superficial?

**Dr. Carr:** The preamble said further study is required. It really didn't delineate what the parameters for that study will be. So obviously yes, it will have to be further clarified.

**Dr. Rajji:** I agree. A lot of the challenges we are presenting to you today are because of the need for further clarification and further definitions which do not exist. A clear process would be very helpful, and we're happy to engage in that.

**Dr. Gaind:** I echo those comments. We look forward to seeing the process, which still needs to be defined.

As for the CPA internal process, we have struck our task force to look at these issues. We have actually already met and are now away awaiting the outcome of the final legislation before deciding how to proceed further.

In the past few days, I've spoken with my counterparts from the U.K., Australia and New Zealand. The Australian and New Zealand psychiatrists came out with a position statement in February of this year. They echo our concerns about "irremediable." They say that the RANZCP also considers that unrelievable psychiatric suffering is rare and that ensuring a person with mental illness has capacity in this context may pose significant challenges.

We're not the only national association struggling with this. The entire profession worldwide needs to study this and figure out these issues together.

**Senator Baker:** Thank you. I'm wondering, Dr. Ganzini, you have been listening to the questions and answers. Do you have any comment to make concerning the questions and answers to date?

**Dr. Ganzini:** I have struggled with many of these issues. In the United States and Canada, I think we have a general agreement about what capacity is, the ability to make a decision, to weigh the risks and benefits around alternatives, to appreciate the information and apply it to one's own situation, to not be impacted by delusions and hallucinations. In my experience with patients requesting physician aid in dying, I don't minimize this, but there are really much more complex things patients are presented with in medicine than this decision.

The bigger issues are should there be a higher level of capacity so that a mental illness impacting the decision excludes people? Should there be an even higher level where we look back on their lives to see if these preferences are authentic with a series of

Vous avez consulté le projet de loi. Selon vous, faut-il fournir des éclaircissements relativement à la question de la collecte de renseignements de façon à garantir que nous pourrions mener un examen vraiment substantiel plutôt que — comme je le fais valoir — un examen superficiel?

**Dr Carr :** Le préambule mentionne qu'il faut réaliser une étude plus poussée, sans en préciser les paramètres. Il faudrait donc effectivement apporter des précisions.

**Dr Rajji :** Je suis d'accord. Une bonne partie des défis que nous soulevons aujourd'hui viennent du fait qu'il faut obtenir des précisions et des définitions qui sont inexistantes actuellement. Un processus clair serait très utile, et nous serons heureux d'y participer.

**Dr Gaind :** Je me fais l'écho de ces commentaires. Nous avons hâte de voir en quoi consistera le processus, ce qui reste à définir.

Pour ce qui est du processus interne de l'APC, nous avons créé un groupe de travail chargé d'examiner ces enjeux. En fait, nous nous sommes déjà rencontrés et nous attendons maintenant le texte final du projet de loi avant de déterminer les prochaines étapes.

Au cours des derniers jours, j'ai parlé à mes homologues du Royaume-Uni, d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Les psychiatres australiens et néo-zélandais ont produit une déclaration de principe en février dernier. Ils sont eux aussi préoccupés par le terme « irrémédiable ». Ils disent que le RANZCP considère aussi qu'une souffrance psychiatrique irréductible est rare et qu'il peut être très difficile de déterminer si une personne atteinte de maladie mentale a la capacité voulue dans un tel contexte.

Nous ne sommes pas la seule association nationale à être aux prises avec ce problème. Toute la profession à l'échelle internationale doit se pencher sur cet enjeu et étudier toutes ces questions ensemble.

**Le sénateur Baker :** Merci. Docteur Ganzini, je me demande si vous avez écouté les questions et les réponses. Avez-vous quelque chose à dire au sujet des questions posées et des réponses fournies jusqu'à présent?

**Dre Ganzini :** J'ai été aux prises avec bon nombre de ces problèmes. Aux États-Unis et au Canada, je crois que nous nous entendons généralement pour dire que la capacité est l'aptitude de prendre une décision, de soupeser les risques et les avantages des différentes options, de comprendre l'information et de l'appliquer à sa situation sans être touché par des délires et des hallucinations. D'après mon expérience auprès de patients qui demandent une aide médicale à mourir — et je ne veux pas minimiser cet enjeu — ceux-ci sont confrontés à des décisions beaucoup plus complexes d'un point de vue médical que cette décision.

Les enjeux plus importants sont les suivants : devrait-on exiger un niveau de capacité plus élevé de façon à ce que les personnes dont la décision est influencée par la maladie mentale soient exclues? Devrait-on prendre encore plus de recul et examiner la

lifelong values? Physician aid in dying is different than the withholding and withdrawing of medical treatment; therefore, it is fair to have a higher level of capacity and a different process.

Even with that, I don't think that just having capacity is enough for practices to be allowed. With patients whose only illness is a mental illness resulting in their wanting a hastened death, my personal experience in caring for many suicidal patients is that they may have capacity for that decision, but I still work very hard to help them find alternatives to live. Even after long periods of wanting death, they may recover and die a natural death. Their family members are quite grateful I've continued to work so hard with them.

The Oregon law is a law in which death is foreseen, and physicians participate to find a good death. I might be working with patients who would not have a terminal illness but pursue physician aid in dying. That would make my work a lot more difficult. I wouldn't support that. I don't have data from Oregon to help define that; that's just my opinion.

**Senator McIntyre:** Thank you all for your presentations. As you have all indicated, the biggest challenge is to strike a balance between a patient's autonomy and the need to protect the vulnerable.

That said, Dr. Carr, in your presentation and in your brief I note that you have some concerns with Bill C-14, one of which has to do with the waiting period. In perusing the bill, I note it requires a 15-day waiting period between when the request for medical assistance in dying is signed and the day on which medical assistance in dying is provided. However, it permits medical personnel to use their discretion where a loss of capacity to provide informed consent is imminent.

In your experience, is it possible to assess whether a loss of capacity is imminent? Does the discretionary power given to the medical personnel apply to individuals with dementia or only those who are likely to become unconscious?

**Dr. Carr:** Can you repeat that? I'm not quite clear what scenario you're describing.

**Senator McIntyre:** Would the discretionary power given to the medical personnel apply to patients with dementia or to those also likely to become unconscious?

**Dr. Carr:** Discretionary power for assessment?

**Senator McIntyre:** Discretionary power regarding the 15-day waiting period.

vie des patients pour voir si ces préférences sont authentiques et conformes à une série de valeurs adoptées durant le restant de leur vie? L'aide médicale à mourir est une pratique différente de la suspension ou de l'arrêt d'un traitement médical. Par conséquent, il est juste d'exiger un niveau de capacité plus élevé et d'adopter un processus différent.

Et même là, je ne crois pas que le simple fait d'avoir la capacité est suffisant pour que ces pratiques soient autorisées. Dans le cas des patients dont la seule affection qui les pousse à vouloir hâter leur mort est une maladie mentale, si j'en juge d'après mon expérience de prestation de soins à de nombreux patients suicidaires, ces patients ont peut-être la capacité de prendre la décision, mais je fais quand même tout ce qui est en mon pouvoir pour les aider à trouver d'autres solutions et de continuer à vivre. Même s'ils ont voulu mourir pendant longtemps, ils peuvent s'en remettre et mourir de leur belle mort. Dans ces cas, les membres de leur famille sont très reconnaissants de tous les efforts que j'ai faits auprès de leur proche.

En vertu de la loi de l'Oregon, le décès doit être prévisible, et les médecins doivent trouver une mort digne. Je pourrais travailler auprès de patients qui n'ont pas de maladie terminale, mais qui veulent obtenir une aide médicale à mourir. Cela rendrait mon travail beaucoup plus difficile. Je ne soutiendrais pas une telle solution. Je n'ai pas de données de l'Oregon pour justifier ce que je dis, c'est simplement mon opinion.

**Le sénateur McIntyre :** Merci à vous tous de nous avoir présenté vos exposés. Comme vous l'avez tous dit, le principal défi est de trouver un juste équilibre entre l'autonomie du patient et le besoin de protéger les personnes vulnérables.

Cela dit, docteur Carr, dans votre exposé et votre mémoire, j'ai remarqué que vous formulez certaines préoccupations au sujet du projet de loi C-14, dont l'une concerne le délai de carence. J'ai parcouru le projet de loi, qui exige un délai de 15 jours entre le moment où la demande d'aide médicale à mourir est signée et le jour où l'aide médicale à mourir est offerte. Cependant, le personnel médical peut utiliser son pouvoir discrétionnaire lorsqu'une perte de capacité de fournir un consentement éclairé est imminente.

D'après votre expérience, est-il possible d'évaluer si la perte de capacité est imminente? Le pouvoir discrétionnaire accordé au personnel médical s'applique-t-il aux personnes atteintes de démence ou seulement à ceux qui sont susceptibles de sombrer dans l'inconscience?

**Dr Carr :** Pouvez-vous répéter la question? Je ne comprends pas exactement le scénario que vous décrivez.

**Le sénateur McIntyre :** Est-ce que le pouvoir discrétionnaire donné au personnel médical s'applique aux patients atteints de démence ou aussi à ceux qui sont susceptibles de sombrer dans l'inconscience?

**Dr Carr :** Le pouvoir discrétionnaire d'évaluation?

**Le sénateur McIntyre :** Le pouvoir discrétionnaire concernant le délai de carence de 15 jours.

**Dr. Carr:** I think I understand your question. It is difficult to assess or determine an immediate loss of capacity. Certainly with psychiatric illnesses, capacity can wax and wane. At times a patient loses capacity to make decisions, but that can recover with some conditions as well. So it's very difficult to accurately and precisely predict when a loss of capacity will occur. Certainly with disorders such as dementia, that is usually a gradual progression. There are some types where it's a more rapid advance, but that can be very difficult to predict.

I'm going to have to get you to repeat that second part. I have difficulty understanding what you're getting at.

**Senator McIntyre:** The question is basically very simple. It has to do with the 15-day waiting period. Should it be five days, 10 days or 15 days? The bill calls for 15 days. Discretion is given to medical personnel. So the question has to do with this discretion given to the personnel.

**Dr. Carr:** There has to be some discretionary role in terms of the medical person who is deciding whether or not the time for assessment is reasonable. There are some conditions where a patient has a very fluctuant course. That is known ahead of time, so a health care provider will have to say, "Yes, we should wait longer in deciding." For some people, it's clearer that this has been their wish for a long time or that their condition is unlikely to change. There has to be some discretion.

Fifteen days is the minimum for the legislation. It is probably not going to be adequate for most psychiatric patients. Most of our treatments are going to require between six and eight weeks.

If you're talking about a 15-day waiting period, you're not going to adequately assess if a new treatment is efficacious or not. There's going to have to be some discretion; I'm just saying that, for most mental illnesses, 15 days is probably not going to be enough.

**Senator McIntyre:** Some discretion and some flexibility?

**Dr. Carr:** Correct. Yes.

**Senator McIntyre:** Thank you.

**Senator Batters:** Thank you very much to all of you for being here. This is a topic that I have worked long and hard on for the last several years. Thank you for everything you do for people with mental illness in Canada.

I want to start out with Dr. Rajji. What I've been saying on this particular issue is that mental illness is treatable. It's not terminal, and it involves more complex decision making. On your point about the enhanced safeguards that are needed, to

**Dr Carr :** Je crois comprendre votre question. On peut difficilement évaluer ou déterminer une perte imminente de capacité. Évidemment, dans le cas des maladies psychiatriques, la capacité peut fluctuer. À certains moments, un patient peut perdre la capacité de prendre des décisions, mais la recouvrer dans certaines conditions. Par conséquent, on peut difficilement prédire avec exactitude et précision quand surviendra la perte de capacité. De toute évidence, dans le cas de troubles comme la démence, c'est habituellement un processus graduel. Il y a certains types d'affections où la progression est plus rapide, mais tout cela reste très difficile à prédire.

Je dois vous demander de répéter la deuxième partie de la question. J'ai de la difficulté à comprendre où vous voulez en venir.

**Le sénateur McIntyre :** Essentiellement, la question est très simple. Elle concerne le délai de carence de 15 jours. Le délai devrait-il être de 5, 10 ou 15 jours? Dans le projet de loi, on a opté pour 15 jours. On donne cependant un pouvoir discrétionnaire au personnel médical. Ma question concerne le pouvoir discrétionnaire accordé au personnel médical.

**Dr Carr :** Il faut laisser un certain pouvoir discrétionnaire au personnel médical, qui doit déterminer si le délai pour l'évaluation est raisonnable. Dans le cas de certaines affections, l'état d'un patient peut beaucoup fluctuer. C'est quelque chose qu'on sait d'avance, alors le professionnel de la santé devra dire dans ces cas : « Oui, nous devrions attendre plus longtemps avant de prendre une décision ». Pour certaines personnes, on voit clairement que c'est leur volonté depuis longtemps et que leur état est peu susceptible de changer. Il faut prévoir un certain pouvoir discrétionnaire.

Quinze jours, c'est le minimum pour le projet de loi. Ce délai ne sera probablement pas adéquat pour la plupart des patients en psychiatrie. La plupart de nos traitements vont exiger une période de six à huit semaines.

S'il est question d'un délai de carence de 15 jours, on ne pourra pas évaluer adéquatement si un nouveau traitement est efficace ou non. Il va devoir y avoir un certain pouvoir discrétionnaire; je dis simplement que, dans le cas de la plupart des maladies mentales, un délai de 15 jours ne sera probablement pas suffisant.

**Le sénateur McIntyre :** Un certain pouvoir discrétionnaire et une certaine marge de manœuvre?

**Dr Carr :** Exact. Oui.

**Le sénateur McIntyre :** Merci.

**La sénatrice Batters :** Je vous remercie tous sincèrement de votre présence. Il s'agit d'un sujet sur lequel je travaille d'arrache-pied depuis plusieurs années. Merci de tout ce que vous faites pour les gens atteints de maladies mentales au Canada.

Je veux commencer par le Dr Rajji. Ce que j'ai dit concernant cet enjeu particulier, c'est que la maladie mentale est traitable. Elle n'est pas terminale, et elle suppose un processus décisionnel plus complexe. À propos de votre argument concernant les

determine safeguards you have called for an examination by at least one psychiatrist. Right now, this government's bill has an examination only necessary by, potentially, two nurse practitioners and not even a physician involved, let alone a psychiatrist. I'm wondering if you could give us more details as to the enhanced safeguards that you think would be necessary to include to really protect people with mental illness.

**Dr. Rajji:** Thank you for the question. I think, for individuals with the co-occurring mental illness, who are requesting MAID for a medical condition, we are recommending a psychiatric assessment by a psychiatrist or by a nurse practitioner who is an expert in psychiatric assessment. That could be the case, but we don't have many in Canada.

**Senator Batters:** There's no such requirement here. It's simply a nurse practitioner.

**Dr. Rajji:** An assessment — that's our recommendation — by a psychiatrist, specifically, for the co-occurring illness, would be one of the safeguards.

**Senator Batters:** Right. Thank you. Also, as to what has been spoken about the 15-day waiting period, I think, actually, as of last night or today, the House of Commons committee has now reduced the waiting period down to 10 days, and it can be collapsed down to zero, as we've heard from certain medical witnesses as well. It seems to be going in the wrong direction.

Dr. Carr, if you could tell us, there are many types of medications used to treat mental illness that can have suicidal thoughts as a side effect. Can you comment on that? Also, dealing with the waiting period, particularly given that it's now 10 days, to me, it seems very inadequate, given the lengthy waiting periods that we see across Canada, unfortunately, to even see a psychiatrist when someone is suffering with mental illness.

**Dr. Carr:** To answer your second question first, certainly, in terms of the waiting period, as I mentioned, I think 15 days is probably inadequate. Most treatments are going to take much longer than that. I think that needs to be taken into consideration when the further study is done on mental illnesses.

In terms of medications affecting a person's suicidal thoughts or even circumstances influencing suicidal thoughts, there are many scenarios where outside factors can influence that, and that has to be carefully assessed. There are, certainly, psychiatric medications that have been associated with an increase in impulsivity and, potentially, related suicidal behaviours. Those

mesures de protection améliorées qui sont nécessaires, afin de déterminer ces mesures de protection, vous avez demandé qu'un examen soit effectué par au moins un psychiatre. Actuellement, le projet de loi du gouvernement exige seulement qu'un examen soit effectué, peut-être, par deux praticiens en soins infirmiers et que pas même un médecin y participe, encore moins un psychiatre. Je me demande si vous pourriez nous donner plus de détails quant aux mesures de protection améliorées qu'il faudrait, selon vous, inclure pour vraiment protéger les personnes atteintes de maladie mentale.

**Dr Rajji :** Merci de poser la question. Selon moi, dans le cas des personnes atteintes d'une maladie mentale concomitante, qui demandent l'aide médicale à mourir pour un problème de santé... nous recommandons une évaluation psychiatrique effectuée par un psychiatre ou un praticien en soins infirmiers qui est expert en matière d'évaluation psychiatrique. Ce pourrait être le cas, mais il n'y en a pas beaucoup au Canada.

**La sénatrice Batters :** Le projet de loi ne contient aucune exigence de ce genre. Il est simplement question d'un praticien en soins infirmiers.

**Dr Rajji :** Une évaluation — c'est notre recommandation — effectuée par un psychiatre, en particulier, pour la maladie concomitante, serait l'une des mesures de protection.

**La sénatrice Batters :** Bien. Merci. En outre, concernant ce qui a été évoqué au sujet du délai de carence de 15 jours, je pense qu'en fait, depuis hier soir ou aujourd'hui, le comité de la Chambre des communes a maintenant réduit ce délai et l'a fait passer à 10 jours, et il peut être complètement annulé, comme nous avons entendu certains témoins du milieu médical le dire également. Cela semble aller dans la mauvaise direction.

Docteur Carr, si vous pouviez nous dire... de nombreux types de médicaments utilisés pour traiter la maladie mentale peuvent avoir pour effet secondaire de donner des idées suicidaires. Pouvez-vous formuler un commentaire à ce sujet? En outre, en ce qui concerne le délai de carence, surtout compte tenu du fait qu'il est maintenant de 10 jours, à mes yeux, cela semble très inadéquat, étant donné les longues périodes d'attente que nous observons partout au Canada — malheureusement — pour même consulter un psychiatre lorsqu'une personne est atteinte de maladie mentale.

**Dr Carr :** Pour répondre à votre deuxième question d'abord, certes, pour ce qui est du délai de carence, comme je l'ai mentionné, je pense qu'un délai de 15 jours est probablement inadéquat. La plupart des traitements durent beaucoup plus longtemps que cela. Je pense que cela doit être pris en considération si l'on procède à une étude approfondie au sujet des maladies mentales.

Quant aux médicaments qui ont une incidence sur les idées suicidaires d'une personne, ou même les circonstances qui influent sur les idées suicidaires, il y a de nombreux scénarios où des facteurs externes peuvent avoir une incidence à cet égard, et ces facteurs doivent être évalués soigneusement. Il existe certes des médicaments psychiatriques qui sont associés à une augmentation

require careful monitoring. There are other medications that are non-psychiatric that have that same side effect. That's something to consider as well.

It's really important to look at all of the factors involved in assessing, and that's going to take some time to do. I think it's very difficult, especially, to do that in a one-time assessment or a one-time assessment by two separate practitioners.

**Senator Batters:** Thank you. Dr. Gaïnd, I thought you provided some really important information about treatment-resistant depression. The definition of that would only require two types of treatment, of course. I'm wondering, from your substantial experience in this area, how common is it that a patient suffering from depression tries more than two types of treatment?

**Dr. Gaïnd:** It's not uncommon in challenging cases of depression. Even in those situations, what we will often find is partial symptom improvement but not full symptom improvement, or tolerability issues with a medication that requires trying more than one or two trials of medication.

The key point I wanted to make sure was made is that the entire concept of treatment resistance is really in a very different framework than the MAID framework. It's in the framework of, if we have gone through these courses of treatment, what does science show us or suggest to us that we should do next? It is not saying that if we have gone through these courses of treatment, it's the end of the road and there's nothing we can do next. This is why it was important to highlight that treatment-resistant mental illness, in the context of the literature and of our discussions clinically, is not at all the same as irremediability, and we would not want people to think that all of the cases of treatment resistance equate to irremediability because they do not.

[Translation]

**Senator Dagenais:** I would like to thank our witnesses. I have two questions. The first is for Dr. Carr. Instead of passing a hasty and incomplete law, and one that is even dangerous in certain respects, Dr. Carr, would it not be wiser to put this bill aside and start a serious national discussion on mental health?

I would like to share an experience with you. I'm a member of the Standing Senate Committee on Agriculture and Forestry. We studied premature bee mortality for six months. I am saying this as a kind of humorous exaggeration, but there's a point to it. The point is that we are being given six days to come up with a position on a bill about medical assistance in dying for human beings. I find this perplexing and would like to hear your comments on the subject.

de l'impulsivité et qui pourraient être liés à des comportements suicidaires. Ces médicaments exigent une surveillance attentive. D'autres médicaments, qui ne sont pas utilisés en psychiatrie, ont le même effet secondaire. Il s'agit d'un élément à prendre en considération également.

Il est vraiment important que l'on étudie tous les facteurs liés à l'évaluation, et il faut un certain temps pour le faire. Je pense qu'il est très difficile, en particulier, de faire cela dans le cadre d'une évaluation unique ou d'une évaluation unique effectuée par deux praticiens distincts.

**La sénatrice Batters :** Merci. Docteur Gaïnd, j'ai trouvé que vous aviez fourni des renseignements très importants au sujet de la dépression résistante aux traitements. La définition de ce terme n'exigerait que deux types de traitement, bien entendu. Je me demande, selon votre expérience importante dans ce domaine, à quelle fréquence les patients atteints de dépression font-ils l'essai de plus de deux types de traitement?

**Dr Gaïnd :** Ce n'est pas rare, dans les cas de dépression difficiles. Même dans ces situations, nous observons souvent une amélioration partielle des symptômes, mais pas une amélioration de tous les symptômes, ou bien des problèmes liés à la tolérabilité d'un médicament qui exige que l'on procède à plus d'un ou deux essais de médicament.

L'argument clé que je voulais m'assurer de faire valoir, c'est que toute la notion de la résistance au traitement se situe en réalité dans un cadre très différent de celui de l'aide médicale à mourir. C'est dans le cadre où, si nous avons procédé à ces séries de traitement... qu'est-ce que la science nous montre ou nous indique que nous devrions faire ensuite? Il ne s'agit pas de dire que, si nous avons procédé à ces séries de traitement, tout est terminé, et nous ne pouvons plus rien faire. Voilà pourquoi il était important que je souligne que la maladie mentale résistante aux traitements, dans le contexte de la littérature et de nos discussions, d'un point de vue clinique, ne se compare pas à une maladie irrémédiable, et nous ne voulons pas que les gens pensent que les cas de résistance au traitement équivalent à l'irrémédiable, car ce n'est pas le cas.

[Français]

**Le sénateur Dagenais :** Merci à nos invités. J'ai deux questions à poser, dont la première s'adresse au D<sup>f</sup> Carr. Docteur Carr, au lieu d'adopter à la hâte une loi incomplète, et je dirais même, dangereuse, à certains égards, ne serait-il pas plus sage de mettre ce projet sur la glace et d'amorcer une réflexion sérieuse, à l'échelle nationale, sur le sujet de la santé mentale?

Je vais vous faire part d'une expérience. Je siège au Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts. Je vous dirais, à la blague, que pendant six mois, nous avons étudié la mortalité précoce chez les abeilles. Or, dans ce cas-ci, en l'espace de six jours, on nous demande de nous prononcer sur un projet de loi qui traite de l'aide médicale à mourir pour les humains. Cela me laisse un peu perplexe. J'aimerais entendre vos commentaires à ce sujet.

[English]

**Dr. Carr:** Thank you for the question. Certainly, Bill C-14 asks for further study, and as I said in my statement, I'm totally in agreement with that. I think to include mental illness at this stage would be premature, and it really does require more study to make sure the safeguards are in place.

[Translation]

**Senator Dagenais:** My next question is for Dr. Ganzini. I would like to go back to the practice in Oregon. Now that the Oregon statute has been implemented, has the practice resulted in the refusal of medical assistance in dying to individuals diagnosed with mental disorders? If so, could you tell us how this has transpired?

[English]

**Dr. Ganzini:** A requirement for being eligible in Oregon is having a life expectancy of less than six months. The question then becomes, within that context, are there people with mental illnesses, particularly depression, where it's impacting the decision and where, instead of getting a legal prescription, they should get further depression treatment? This would be very different than the context of somebody who had a life expectancy of, potentially, decades.

We know that a small number of patients get psychiatric evaluations who go on and are eligible for the law. We don't know the percentage of patients who are declined overall because of mental illness. It certainly, though, does occur; we just don't know the proportion.

We also know that even though the Oregon law requires a psychiatrist or psychological evaluation if there's concern about depression impacting the mental illness, a small number of patients with clinically significant depression access legal prescriptions without ever seeing a mental health professional. It's unknown if treatment for depression would have changed their minds.

Overall, it can be a barrier, but the more important thing to know is that, really, 75 per cent to 80 per cent of patients who make requests in Oregon have no measurable depression at all. That's one of the reasons why, in the Oregon context, I don't really support mandatory psychiatric evaluations. I don't think it's a good use of resources. It can be demeaning for the patients. These are a group of patients who have placed a high value on control and dignity. In our studies, patients with depression who access legal prescriptions all would have been picked up with a simple screening measure for depression, like the PHQ-9. I've advocated for better screening among this group of patients before deciding who should be evaluated by mental health.

[Traduction]

**Dr Carr :** Merci de poser la question. Il est certain que le projet de loi C-14 demande une étude approfondie, et, comme je l'ai dit dans ma déclaration, je suis totalement d'accord avec cela. Je pense qu'il serait prématuré d'inclure la maladie mentale à cette étape et qu'il faut vraiment procéder à une étude approfondie pour s'assurer que les mesures de protection nécessaires sont en place.

[Français]

**Le sénateur Dagenais :** Ma prochaine question s'adresse au Dr Ganzini. Je voudrais revenir à la pratique qui est suivie en Oregon. Depuis la mise en œuvre du projet de loi en Oregon, cette pratique a-t-elle entraîné le refus de l'aide médicale à mourir à des demandeurs qui avaient un diagnostic de troubles de santé mentale? Le cas échéant, pourriez-vous nous dire comment cela s'est passé?

[Traduction]

**Dre Ganzini :** Une exigence à respecter pour être admissible en Oregon, c'est d'avoir une espérance de vie de moins de six mois. La question consiste alors à déterminer s'il y a, dans ce contexte, des personnes atteintes de maladie mentale — plus particulièrement de dépression — où la maladie mentale influe sur la décision et où, plutôt que d'obtenir une prescription juridique, ces personnes devraient poursuivre le traitement de la dépression? Ça serait très différent du contexte d'une personne dont l'espérance de vie pourrait être des décennies.

Nous savons qu'un petit nombre de patients qui obtiennent des évaluations psychiatriques sont ensuite admissibles aux fins de la loi. Nous ne connaissons pas le pourcentage de patients qui sont refusés, en général, pour cause de maladie mentale. Il est certain que cela se produit, toutefois; nous ne connaissons tout simplement pas la proportion.

Nous savons également que, même si la loi de l'Oregon exige une évaluation psychiatrique ou psychologique, et si on craint que la dépression ait une incidence sur la maladie mentale, un petit nombre de patients atteints de dépression importante, d'un point de vue clinique, a accès à des prescriptions juridiques sans jamais consulter de professionnel de la santé mentale. On ne sait pas si le traitement de la dépression aurait pu les faire changer d'idée.

Dans l'ensemble, il peut s'agir d'un obstacle, mais la chose qui est la plus importante à savoir, en réalité, c'est que de 75 à 80 p. 100 des patients qui présentent une demande en Oregon ne sont atteints d'absolument aucune dépression mesurable. Voilà l'une des raisons pour lesquelles, dans le contexte de l'Oregon, je ne suis vraiment pas favorable aux évaluations psychiatriques obligatoires. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'une bonne utilisation des ressources. Ça peut être humiliant pour les patients. Il s'agit d'un groupe de patients qui ont accordé une grande valeur au contrôle et à la dignité. Dans le cadre de nos études, les patients atteints de dépression qui accèdent à des prescriptions juridiques auraient tous été repérés par une simple mesure de dépistage de la

In addition, the other thing that's different in Oregon is that 90 per cent of the patients who die according to our Death with Dignity Act are enrolled in hospice. All hospice care requires working with a clinical social worker, and frankly, they have a great deal of mental health expertise with patients at the end of life, and probably more mental health expertise than most psychiatrists.

Back in the mid-1990s, when we first started these studies, we did a survey of every psychiatrist in Oregon, and only a very small percentage had taken care of a patient who was terminally ill in the previous year.

[*Translation*]

**Senator Boisvenu:** I have many concerns about the way the law is applied in the mental health field. I worked in that field for a few years, and it's a very complex one, in which the science still hasn't developed all that much. Psychiatry tends to be an inexact science, whereas medicine is more of an exact one.

Dr. Carr, in your area of practice, have you ever dealt with patients other than those with schizophrenia or chronic dementia — and I mention the latter given that we know chronic dementia tends more toward death than toward a cure — who were suffering from a psychiatric condition such as drug addiction, sexual offending or schizophrenia, who did not foresee finding an acceptable restoration of balance and who saw death as a release from this psychiatric or psychological suffering? What experience have you had in that area? Have you encountered many people who wanted to end their lives because of psychiatric problems?

[*English*]

**Dr. Carr:** Thank you. Certainly, a common presenting symptom with psychiatric patients is suicidal ideation, and that's common to many diagnoses. That can happen with depression, and it's a risk with substance abuse and schizophrenia, as you mentioned. It's estimated that 50 per cent of people with schizophrenia may attempt suicide at some point in their lives. The numbers are very high.

In my personal practice, I have faced many patients complaining of suicidal thoughts, or who expressed suicidal ideation. It's a difficult subject. It's difficult to treat these patients. It's difficult for the patients, for their families and for the caregivers.

dépression, comme le questionnaire PHQ-9. Je préconise un meilleur dépistage au sein de ce groupe de patients avant que l'on décide qui devrait être évalué par des professionnels de la santé mentale.

De plus, l'autre chose qui est différente en Oregon, c'est que 90 p. 100 des patients qui meurent sous le régime de notre Death with Dignity Act sont inscrits dans un centre de soins palliatifs. Tous les soins prodigués dans ces centres requièrent un travail avec un travailleur social clinique, et, honnêtement, ces travailleurs possèdent une expertise importante en matière de santé mentale auprès de patients en fin de vie et probablement plus d'expertise en santé mentale que la plupart des psychiatres.

Au milieu des années 1990, quand nous avons commencé ces études, nous avons mené un sondage auprès de tous les psychiatres de l'Oregon, et seul un très petit pourcentage avait prodigué des soins à un patient qui était en phase terminale au cours de l'année précédente.

[*Français*]

**Le sénateur Boisvenu :** Je me pose beaucoup de questions sur l'application de cette loi dans le domaine de la santé mentale. J'y ai travaillé pendant quelques années, et c'est un domaine à la fois très complexe et très peu développé sur le plan scientifique. La psychiatrie est une science relativement inexacte, contrairement à la médecine, qui est relativement exacte.

Docteur Carr, avez-vous déjà côtoyé des patients, dans votre champ de pratique, à l'exclusion de ceux qui souffrent de schizophrénie chronique ou de démence — car il est connu que la démence chronique est plus évolutive vers la mort que vers la guérison —, qui souffraient d'une maladie psychiatrique, comme la toxicomanie, la délinquance sexuelle ou la schizophrénie, qui ne voyaient pas de possibilité de retrouver un équilibre et pour qui la mort était un moyen de se dégager de cette souffrance psychiatrique ou psychologique? Quelle a été votre pratique dans ce domaine? Avez-vous rencontré fréquemment des gens qui voulaient mettre fin à leur vie à cause de problèmes psychiatriques?

[*Traduction*]

**Dr Carr :** Merci. Il est certain que les idées suicidaires sont un symptôme fréquent des patients en psychiatrie et qu'il s'agit d'un élément commun à bon nombre de diagnostics. Cela peut arriver dans le cas de la dépression, et il s'agit d'un risque lié à la toxicomanie et à la schizophrénie, comme vous l'avez mentionné. On estime que la moitié des personnes atteintes de schizophrénie pourraient tenter de se suicider à un moment ou à un autre de leur vie. Les chiffres sont très élevés.

Dans ma pratique personnelle, j'ai été confronté à de nombreux patients qui affirmaient penser au suicide ou qui m'ont fait part d'idées suicidaires. C'est un sujet difficile. Il est difficile de traiter ces patients. C'est difficile pour le patient, pour sa famille et pour les soignants.

It's fair to say I have had patients in my practice who have committed suicide. But in the vast majority of people who have presented with suicidal ideation, those thoughts have eventually disappeared with adequate treatment. That speaks to the need to have adequate psychiatric and mental health resources in the community so these people can be treated and they look to other things, so that medically assisted death isn't the first option they turn to.

**Senator Lankin:** I am really developing an appreciation for the work that is yet to be done with respect to people suffering from mental illness. I think the work that CPA and CAMH do, and the work you're offering to do on irremediability and those types of concepts, is very important.

Dr. Carr, in a couple of your points, you commented on provisions of the bill being good in your perspective because of the additional protection they would present for people with mental illness. On the flip side of that, there are some who would raise concern about those provisions because they apply to everybody.

If I may be specific, I'd like to raise two comments that you made in particular.

You talked about reasonable and foreseeable death. That phrase is causing people significant concern in terms of someone — absent of mental illness — whose physical condition is continuing to decline and whose illness is irremediable and causing intolerable pain, and where there's no further treatment that meets the needs of the individual.

If we change that, it would present a problem to you with respect to people with mental illness, but I suggest — and I'd like your comment on this — that it really is about us building the right protections for people with mental illness, not having a blanket phrase like that that applies to everyone.

The second thing you said was with respect to advanced directives. I think, here, about someone who has dementia or a brain tumour. They may go through the whole process of setting out an advance directive and appointing substitute decision makers and put in place all of the mechanisms to ensure that when they were no longer able to reconfirm, someone is there to allow medically assisted dying to take place.

Your comment was that the person with mental illness may change their mind, and we've heard that with respect to advance directives in general. A person may change their mind with respect to a do-not-resuscitate order as well, but our system has been set

Il est juste de dire que, dans ma pratique, j'ai eu des patients qui se sont suicidés. Toutefois, dans la grande majorité des cas de personnes qui disaient avoir des idées suicidaires, ces pensées ont fini par disparaître grâce à un traitement adéquat. Cela témoigne de la nécessité d'offrir des ressources adéquates en psychiatrie et en santé mentale dans la collectivité, afin que ces personnes puissent être traitées et qu'elles envisagent d'autres choses, de sorte que l'aide médicale à mourir ne soit pas la première option vers laquelle elles se tournent.

**La sénatrice Lankin :** Je commence vraiment à mesurer de plus en plus le travail qui reste à faire en ce qui a trait aux personnes qui sont atteintes des maladies mentales. Je pense que le travail que font l'APC et le CAMH et le travail que vous offrez de faire sur le caractère irrémédiable et tous ces types de notions... c'est très important.

Docteur Carr, dans deux ou trois de vos arguments, vous avez formulé des commentaires concernant des dispositions du projet de loi qui seraient valables, de votre point de vue, en raison de la protection supplémentaire qu'elles offriraient aux personnes atteintes de maladie mentale. En revanche, certaines personnes soulèveraient des préoccupations au sujet de ces dispositions parce qu'elles s'appliquent à tout le monde.

Si je puis m'exprimer de façon précise, je voudrais soulever deux commentaires que vous avez formulés, en particulier.

Vous avez parlé d'une mort raisonnable et prévisible. Cette expression suscite des préoccupations importantes chez les gens en ce qui concerne une personne — sans maladie mentale — dont l'état de santé physique continue de se détériorer et dont la maladie est irrémédiable et lui cause une douleur intolérable, et pour laquelle aucun autre traitement ne peut répondre aux besoins de la personne.

Si nous changeons ce passage, cela vous poserait un problème en ce qui a trait aux personnes atteintes de maladie mentale, mais selon moi — et je voudrais que vous formuliez un commentaire à ce sujet — en réalité, il s'agit que nous établissions les bonnes mesures de protection pour les personnes atteintes de maladie mentale, pas d'établir une expression générale comme celle-là, qui s'applique à tout le monde.

Le deuxième élément que vous avez mentionné concernait les directives anticipées. Je songe ici à une personne atteinte de démence ou d'une tumeur au cerveau. Elle pourrait suivre tout le processus consistant à établir une directive anticipée et à nommer des décideurs remplaçants et mettre en place tous les mécanismes nécessaires pour s'assurer que, quand elle ne sera plus en mesure de confirmer de nouveau sa décision, quelqu'un sera là pour permettre qu'on lui offre de l'aide médicale à mourir.

Selon votre commentaire, la personne atteinte de maladie mentale pourrait changer d'avis, et nous avons entendu cet argument en ce qui concerne les directives anticipées en général. Une personne pourrait aussi changer d'avis dans le cas d'une

up with the right safeguards up front and the right mechanisms to support things like substitute decision making.

Could you distinguish for me safeguards for people with mental illness and the general provisions of the bill?

**Dr. Carr:** You touch on two points, and both, in summary, highlight the need for study with regard to mental illness. That's why we need to proceed cautiously and make sure we have the right mix of regulations.

Regarding reasonably foreseeable death, there are certainly many treatments available in terms of psychiatry. A patient may view their situation as hopeless and that they can't go on, but most of our illnesses in psychiatry are not terminal and not fatal. Many treatments are available to treat those illnesses.

Dr. Gaind talked about treatment resistance and two trials of medication being labelled as treatment-resistant. That doesn't mean that a third or a sixth or even a tenth treatment is not going to work. It may.

If you have the safeguard of reasonably foreseeable death present, it allows for those other treatments to be tried and utilized to hopefully improve the patient's life and their outlook.

In terms of advance directives, it's complicated. There are many cases where, in terms of assessing a patient for whether they want to live and what they want to have happen at the end of life, people do change their minds. Very often it's quite different to saying well in advance, "I wouldn't want to live with this or that circumstance." There have been many examples where people have encountered those circumstances, changed their mind and want to do something different.

We have to err on the side of caution in terms of protecting the patient. What happens if a patient says, "I don't want this to happen," and as things progress it appears that, perhaps, life is more tolerable than what they thought it would be? What happens if they do express a joy in living, even if their condition has changed, and don't want medically assisted death to occur?

In their ability to have a capacity, what if some element of that capacity changes and it becomes quite clear that the patient probably doesn't want medically assisted death anymore, but because they don't meet the criteria for capacity, you don't know whether to go ahead or stop? Patient autonomy is threatened that way as well, so you really have to err on the side of caution with your regulations to protect the vulnerable. If you have advance

ordonnance de non-réanimation, mais notre système a été assorti des bonnes mesures de protection d'emblée et des bons mécanismes pour appuyer des choses comme la prise de décisions par un remplaçant.

Pourriez-vous établir pour moi la distinction entre des mesures de protection pour les personnes atteintes de maladie mentale et les dispositions générales du projet de loi?

**Dr Carr :** Vous avez abordé deux questions, et les deux, en résumé, font ressortir le besoin de mener une étude concernant la maladie mentale. Voilà pourquoi nous devons procéder avec soin et nous assurer que nous disposons du bon mélange et que nous établissons la bonne réglementation.

Concernant la mort raisonnablement prévisible, il est certain qu'un grand nombre de traitements sont offerts du point de vue de la psychiatrie. Un patient pourrait percevoir sa situation comme étant sans espoir et se dire que cela ne peut plus continuer, mais, en psychiatrie, la plupart de nos maladies ne sont ni terminales ni fatales. De nombreux traitements sont offerts pour traiter ces maladies.

Le Dr Gaind a parlé de la résistance au traitement et de deux essais de médicaments qui sont étiquetés comme étant résistants aux traitements. Cela ne signifie pas qu'un troisième, qu'un sixième, voire qu'un dixième traitement ne va pas fonctionner. Il pourrait bien.

La présence de la mesure de protection relative à la mort raisonnablement prévisible nous permet de faire l'essai de ces autres traitements et de les utiliser dans l'espoir d'améliorer la vie et les perspectives du patient.

Pour ce qui est des directives anticipées, c'est compliqué. Il y a un grand nombre de cas où, en ce qui concerne l'évaluation d'un patient afin de déterminer s'il veut vivre et ce qu'il veut qu'il arrive à la fin de sa vie, les gens changent d'avis. Très souvent, il est très différent de dire bien à l'avance : « Je ne voudrais pas vivre avec telle maladie ou dans telles circonstances »... mais, il y a eu de nombreux exemples de personnes qui se sont retrouvées dans cette situation et qui ont changé d'avis et voulu faire autre chose.

Nous devons prêcher par excès de prudence afin de protéger le patient. Qu'arrivera-t-il si un patient dit : « Je ne veux pas que cela arrive », mais que, à mesure que la maladie progresse, il semble que, peut-être, la vie est plus tolérable que ce qu'il aurait cru? Qu'arrivera-t-il s'il affirme sa joie de vivre, même si son état a changé, et qu'il ne veut plus recevoir d'aide médicale à mourir?

Du point de vue de la capacité du patient d'être apte, qu'arrivera-t-il si un certain élément de cette aptitude change et qu'il devient très clair que le patient ne veut probablement plus recevoir l'aide médicale à mourir, mais que, comme il ne répondra plus aux critères relatifs à l'aptitude, vous ne saurez pas si vous devez procéder à l'intervention ou arrêter? L'autonomie du patient est aussi menacée de cette façon, alors vous devez

directives, I think it's very difficult in psychiatry, with that in place. At the present time, I think Bill C-14 strikes the right balance.

**The Chair:** We have a few minutes for a brief second round.

**Senator Jaffer:** We have very little time, so maybe you can give us something later. I see amendments have been made in the house and that something will be set up in 180 days. You all work with vulnerable people. What kind of process do you think should be set up to make sure we get the right message so that when we come to review it in five years we'll know we did this properly? What would you like to see?

**Dr. Rajji:** From my perspective, more consultations are needed among the different disciplines involved in caring for an individual with mental illness to come up with what we define as irremediable — is there something irremediable in mental illness — to assess the issue of capacity and the fluctuation in capacity as it relates to an acute episode versus the chronic nature of the illness when people are more likely to be capable, and to address issues of advance directives related to mental illness and dementia.

**Senator Batters:** Dr. Gaind, I want to give you a brief bit of time to give us more detail about the recent information that's come out of the Netherlands showing that they have some real concerns about their legislation, which allows psychological suffering as a sole basis to access physician-assisted suicide. They've seen recent developments that have caused them concern. Could you please give us more information about that?

**Dr. Gaind:** Certainly. I may not have all the exact numbers offhand, but it looked over a period of three or four years, I believe, when 66 cases were reviewed. Of those cases, the majority had loneliness and social isolation. The majority, in addition to other psychiatric diagnoses such as depression or others, also had diagnoses of personality disorders. A fairly significant number did not have an independent psychiatric assessment done, despite the fact that there are robust safeguards.

They had numerous medical assessments, but I believe it was either 12 per cent or approaching 20 per cent that did not have an independent psychiatric assessment done. There were also in the range of 10 per cent to 14 per cent that had discrepant consultant recommendations, meaning that at least one consultant thought the person should not have been considered

vraiment prêcher par excès de prudence dans votre réglementation afin de protéger les personnes vulnérables. Si vous permettez les directives anticipées, selon moi, c'est très difficile, en psychiatrie... si ces directives sont en place. Actuellement, je pense que le projet de loi C-14 constitue un juste équilibre.

**Le président :** Nous disposons de quelques minutes pour une brève deuxième série de questions.

**La sénatrice Jaffer :** Nous avons très peu de temps, alors peut-être que vous pourrez nous fournir quelque chose plus tard. Je constate que des amendements ont été apportés à la Chambre et que quelque chose sera établi dans 180 jours. Vous travaillez tous auprès des personnes vulnérables. Selon vous, quel genre de processus devrait être établi pour que l'on puisse s'assurer que nous transmettons le bon message afin que, quand viendra le temps pour nous d'examiner le projet de loi, dans cinq ans, nous sachions que nous avons bien fait les choses? Que voudriez-vous voir?

**Dr Rajji :** De mon point de vue, il faut tenir davantage de consultations entre les diverses disciplines participant aux soins prodigués à une personne atteinte de maladie mentale afin que nous puissions : établir la définition du terme « irrémédiable » — la maladie mentale comporte-t-elle un aspect irrémédiable? —; évaluer la question de l'aptitude et de la fluctuation de l'aptitude relativement à un épisode aigu par rapport à la nature chronique de la maladie, quand les gens sont les plus susceptibles d'être aptes; et régler la question des directives anticipées relativement à la maladie mentale et à la démence.

**La sénatrice Batters :** Docteur Gaind, je veux vous accorder un tout petit peu de temps pour que vous nous donniez plus de détails au sujet de l'information récente qui provient des Pays-Bas et qui montre que les Néerlandais ont de réelles préoccupations au sujet de leur loi, laquelle permet que la souffrance psychologique soit le seul fondement permettant d'accéder à l'aide médicale à mourir. Ils ont observé des faits nouveaux récents qui les inquiètent. Voudriez-vous nous donner plus d'information à ce sujet, s'il vous plaît?

**D' Gaind :** Certainement. Je ne connais peut-être pas tous les chiffres exacts par cœur. Mais l'étude portait sur une période de trois ou quatre ans, je crois, pendant laquelle 66 cas ont été examinés. De ces cas, la majorité était marquée par la solitude et l'isolement social. En plus d'autres diagnostics psychiatriques, comme la dépression ou d'autres, la majorité avait également reçu un diagnostic de trouble de la personnalité. Un nombre assez important n'avait pas subi d'évaluation psychiatrique indépendante, malgré le fait que des mesures de protection solides sont en place.

Ces patients avaient subi de nombreuses évaluations médicales, mais je crois que 12 p. 100 ou près de 20 p. 100 n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation psychiatrique indépendante. En outre, une proportion de 10 à 14 p. 100 avait reçu des recommandations contradictoires de consultants, ce qui signifie qu'au moins un consultant pensait que la personne n'aurait pas dû être prise en

for this, and they received it anyway. One of the cases, in fact, I believe didn't even meet the legal threshold at the end and is apparently being looked at.

**Senator Batters:** Thank you for that information.

**Senator Joyal:** Dr. Gaind, in your letter you mentioned that the CPA has struck a time-limited task force to better understand these issues. When you say "time limited," what is the time frame and what is the scope or the mandate of that task force?

**Dr. Gaind:** To some extent, the time frame will be something we respond to on what is required of us from the legislation that comes out and the non-legislative study time frames suggested by the government. Right now, we are ensuring that we have the right expertise on the committee and looking at consulting quite broadly on this. Defining some of these issues cannot be done just by medical professionals. We need ethicists and legal and lived experience as well.

In terms of the time frames, I can't tell you that because we will adjust it to what is required by the pending legislation.

**Senator Joyal:** You mentioned that the evaluation of the mental capacity is very complex. What kind of additional safeguards to the ones that are already listed in Bill C-14 are you thinking of?

**Dr. Gaind:** For capacity or remediability?

**Senator Joyal:** For capacity. It's the first criterion. The person has to be able to understand the impact of his or her decision.

**Dr. Gaind:** For capacity, when we presented at the external panel for legislative options back in November, I suppose it was, we actually did suggest that if mental illness is involved, you need to ensure that a properly trained person familiar with mental illness and mental health issues is part of that evaluative process. A psychiatrist, we did suggest at that time, needs to be involved in part of the capacity assessment when mental illness is present, largely because some of the cognitive changes can be quite subtle and they can be missed unless you are expert in the area.

**The Chair:** I thank all of our witnesses for being here today and assisting us in our deliberations. A special thank you to Dr. Gaind: I understand it's about 3 a.m. in Hong Kong, so that's true dedication to getting your association's message out to the community. We very much appreciate it.

**Dr. Gaind:** Thank you, and I look forward to waking up early.

compte aux fins de l'aide médicale à mourir, mais qu'elle l'avait tout de même reçue. De fait, je crois que l'un des cas n'atteignait même pas le seuil légal à la fin, et il semble qu'il soit actuellement à l'étude.

**La sénatrice Batters :** Merci de cette information.

**Le sénateur Joyal :** Docteur Gaind, dans votre lettre, vous avez mentionné que l'APC avait mis sur pied un groupe de travail temporaire chargé de mieux comprendre ces enjeux. Lorsque vous dites « temporaire », quelle est la période et quel est le mandat ou la portée des travaux de ce groupe de travail?

**Dr Gaind :** Dans une certaine mesure, nous allons modifier la période en fonction des exigences qui nous seront imposées par le projet de loi définitif et des délais relatifs à l'étude non législative proposés par le gouvernement. Actuellement, nous veillons à ce que les bons experts siègent au comité et envisageons de tenir de très vastes consultations sur ce sujet. La définition de certains de ces enjeux ne peut pas être effectuée uniquement par des professionnels de la médecine. Nous avons besoin d'éthiciens, de juristes et de personnes ayant vécu l'expérience également.

Pour ce qui est de la période, je peux vous dire que, comme nous allons l'adapter aux exigences que contiendra le projet de loi...

**Le sénateur Joyal :** Vous avez mentionné le fait que l'évaluation de l'aptitude mentale est très complexe. À quel genre de mesure de protection supplémentaire à celles qui figurent déjà dans le projet de loi C-14 songez-vous?

**Dr Gaind :** Pour l'aptitude ou la capacité de guérison?

**Le sénateur Joyal :** Pour l'aptitude. Il s'agit du premier critère. La personne doit être apte à comprendre les conséquences de sa décision.

**Dr Gaind :** En ce qui concerne l'aptitude, quand nous avons présenté un exposé devant le comité externe sur les options législatives, au mois de novembre — je pense bien —, nous avons en fait laissé entendre que, si la maladie mentale est en cause, on doit s'assurer qu'une personne adéquatement qualifiée qui connaît bien la maladie mentale et les problèmes qui s'y rattachent participe à ce processus d'évaluation. Comme nous l'avons laissé entendre à ce moment-là, un psychiatre doit participer à une partie de l'évaluation de l'aptitude en présence de maladie mentale, surtout parce que certains des changements cognitifs peuvent être très subtils et qu'ils peuvent passer inaperçus si on n'est pas expert dans le domaine.

**Le président :** Je remercie tous nos témoins de s'être présentés aujourd'hui et de nous avoir aidés dans le cadre de nos délibérations. Je remercie spécialement le Dr Gaind : je crois savoir qu'il est environ 3 heures du matin, à Hong Kong, alors il s'agit d'un véritable dévouement pour ce qui est de transmettre le message de votre association aux intervenants du milieu. Nous vous en sommes très reconnaissants.

**Dr Gaind :** Merci, et je me réjouis à l'idée de me réveiller tôt.

**The Chair:** For our third panel today, we have with us Dr. Derryck Smith, Clinical Professor Emeritus with the Department of Psychiatry at the University of British Columbia, and he is joining us by video conference from Amsterdam. We also have Dr. Scott Kim, Adjunct Professor with the Department of Psychiatry at the University of Michigan. Dr. Kim is joining us by video conference from Washington, D.C. From the Mental Health Commission of Canada, we have Patrick Baillie, Psychologist with the Alberta Health Services.

Thank you all for being here.

Dr. Smith, let's lead off with your opening statement. You all have roughly five minutes. I can show a little latitude, but not much.

**Dr. Derryck Smith, as an individual:** Thank you. I do appreciate the hard work the Senate is doing on this. I realize you're working long hours.

My view of this legislation is that it is attempting to narrow the ruling from the *Carter* decision in a number of important ways. In the first instance, it's purporting to add in the phraseology "natural death has become reasonably foreseeable," and the reason for adding this is to protect the vulnerable. There is no evidence from anywhere in the world that has similar schemes that the vulnerable are being taken advantage of, so I see no reason to do that, and it leaves a great ambiguity in the minds of medical practitioners. What does it mean that death has become "reasonably foreseeable"? For example, I can guarantee you that I will be dead in 50 years. Does that mean it's "reasonably foreseeable"? I don't think doctors like that ambiguity in the language.

The second point I want to make has to do with the exclusion of mental illness. Again, *Carter* does not mention mental illness, except to reference psychological suffering. As a psychiatrist, I have fought against stigma of mental illness my entire life, and excluding mental illness as some kind of weird and unusual thing — not a medical problem — really distresses me. There are a few individuals, and I want to stress only a few, who have a "grievous and irremediable" psychiatric illness that causes them unbearable suffering, and these people should be able to avail themselves of the benefits as any other Canadian. To exclude people with mental illness from this bill, I think, is an infringement of section 15 of the Charter, but I leave that to lawyers to give a better opinion.

I am before the courts in Alberta now on a case with a woman who has a psychiatric illness who I think qualifies. Tomorrow, we'll hear a decision from the Court of Appeal on that, so it may be worthwhile looking at that.

**Le président :** Pour notre troisième groupe de témoins de la journée, nous accueillons le Dr Derryck Smith, professeur clinicien émérite au Département de psychiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique, qui se joint à nous par vidéoconférence depuis Amsterdam. Nous accueillons également le Dr Scott Kim, professeur auxiliaire au Département de psychiatrie de l'Université du Michigan. Le Dr Kim se joint à nous par vidéoconférence depuis Washington D.C. Nous accueillons Patrick Baillie, psychologue du Service de santé de l'Alberta, de la Commission de la santé mentale du Canada.

Merci à tous de votre présence.

Docteur Smith, allons-y avec votre déclaration préliminaire. Vous disposez d'environ cinq minutes. Je peux vous accorder une certaine marge de manœuvre, mais pas trop.

**Derryck Smith, à titre personnel :** Merci. J'apprécie le dur travail effectué par le Sénat à cet égard. Je me rends compte du fait que vous travaillez de longues heures.

Mon point de vue du projet de loi, c'est qu'il tente de rétrécir le jugement rendu dans la décision *Carter* d'un certain nombre de façons importantes. Dans le premier cas, il vise à ajouter l'expression « sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible », et la raison de cet ajout est la protection des personnes vulnérables. Aucune donnée probante de nulle part dans le monde n'indique que, dans le cadre de programmes semblables, il y a des personnes vulnérables dont on profite, alors je ne vois aucune raison pour ajouter cette expression, et elle laisse une grande ambiguïté dans l'esprit des praticiens médicaux. Qu'est-ce que cela veut dire, que la mort est devenue « raisonnablement prévisible »? Par exemple, je peux vous garantir que je serai mort dans 50 ans. Est-ce que cela signifie que ma mort est « raisonnablement prévisible »? Je ne pense pas que les médecins aiment ce libellé ambigu.

La deuxième question que je veux soulever concerne l'exclusion de la maladie mentale. Encore une fois, l'arrêt *Carter* ne mentionne pas la maladie mentale, sauf en faisant allusion à la souffrance psychologique. En tant que psychiatre, j'ai lutté contre le stigmate de la maladie mentale pendant toute ma vie, et l'exclusion de la maladie mentale comme un genre de chose bizarre et inhabituelle, pas un problème médical — me trouble profondément. Il y a quelques personnes — et je veux insister sur le fait qu'il n'y en a que quelques-unes — qui sont atteintes d'une maladie psychiatrique « grave et irrémédiable » qui leur cause une souffrance insupportable, et ces personnes devraient pouvoir se prévaloir des mêmes avantages que tout autre Canadien. Selon moi, l'exclusion des personnes atteintes de maladie mentale de ce projet de loi contrevient à l'article 15 de la Charte, mais je laisse aux avocats le soin de donner une meilleure opinion.

Je comparais devant les tribunaux, en Alberta, actuellement, au sujet du cas d'une femme qui est atteinte d'une maladie psychiatrique et qui, selon moi, la rend admissible. Demain, nous allons entendre une décision de la Cour d'appel à ce sujet, alors il pourrait valoir la peine d'examiner cette décision.

The last one has to do with the issue of dementia. This did not come out of *Carter* but out of the special joint committee. This is the biggest issue, because a huge number of Canadians, including many of our friends and colleagues, are going to die from dementia. Dementia is a terrible illness. You lose your sense of your personality. You don't know who you are. You become incontinent of urine and feces, and you can go on in this state for 10 years. I witnessed my father and mother-in-law in that circumstance, and it is a terrible state to be in.

We do not need five years to study this, because over that period of time, a large number of Canadians are going to suffer needlessly because we're studying it. We need to have an advance directive, so that when you're competent, you can make a decision as to what happens when you slip into dementia.

We already have laws across Canada for advance directives for all manner of other things, and we really need to take the advice of the special joint committee in terms of advance directives on dementia. It will affect a huge number of Canadians, and I think we need action now rather than later.

In summary, I'm suggesting three amendments: one, that we remove the reference to death having become "reasonably foreseeable"; second, that mental illness be removed as an exclusion; and, third, that we add language on advance directives for people who are now competent but who are predictably going to become incompetent as they slip into the dark sea of dementia.

**The Chair:** Thank you, Dr. Smith. Dr. Kim, please proceed.

**Dr. Scott Kim, Adjunct Professor, Department of Psychiatry, University of Michigan, as an individual:** Thank you for giving me this opportunity to share my thoughts with you.

I'm going to limit my comments to the practice of providing physician aid in dying on the basis of psychiatric disorders — what I will call psychiatric PAD — but I will be happy to answer questions on other topics.

Since the special joint committee's report closely follows the models in Belgium and the Netherlands, I'm going to rely on two recent studies, one of which I have done, pertaining to these countries.

As a preface, I note that although people disagree about whether psychiatric PAD is acceptable, all sides of the debate, I think, can agree on a few points, and I'll start with that. First, people with severe psychiatric disorders suffer deeply, and we must respond to that suffering. I don't think there's disagreement there.

La dernière qui a été rendue portait sur le problème de la démence. Cette affaire découlait non pas de la décision *Carter*, mais du comité mixte spécial. Il s'agit de l'enjeu le plus important, car un très grand nombre de Canadiens, y compris un grand nombre de nos amis et de nos collègues, vont mourir de démence. Cette maladie est terrible. On perd son sens de la personnalité. On ne sait plus qui on est. On devient incontinent urinaire et fécal, et on peut continuer à vivre dans cet état pendant 10 ans. J'ai été témoin de cette situation dans le cas de mon père et de ma belle-mère, et il s'agit d'un état épouvantable.

Nous n'avons pas besoin de cinq ans pour effectuer cette étude, car, pendant cette période, un grand nombre de Canadiens vont souffrir inutilement parce que nous procédons à l'étude. Nous devons établir une directive anticipée, afin que, quand on jouit de toutes ses facultés mentales, on puisse prendre une décision quant à ce qui arrivera une fois que l'on sombrera dans la démence.

Partout au Canada, nous avons déjà établi des lois relatives à des directives anticipées pour toutes sortes d'autres choses, et nous devons vraiment suivre le conseil du comité mixte spécial concernant les directives anticipées dans le cas de la démence. Cette maladie touchera un très grand nombre de Canadiens, et je pense que nous devons prendre des mesures maintenant au lieu de plus tard.

En résumé, je propose trois amendements : premièrement, que nous retirions la mention de la mort qui est devenue « raisonnablement prévisible »; deuxièmement, que la maladie mentale soit retirée en tant qu'exclusion; et, troisièmement, que nous ajoutions un libellé sur les directives anticipées pour les personnes qui sont compétentes, maintenant, mais qui vont, de manière prévisible, devenir incompétentes au moment où elles sombreront dans la démence.

**Le président :** Merci, docteur Smith. Docteur Kim, veuillez procéder.

**Scott Kim, professeur auxiliaire, Département de psychiatrie, Université du Michigan, à titre personnel :** Je vous remercie de me donner cette occasion de vous faire part de mes réflexions.

Je vais limiter mes commentaires à la pratique de l'aide médicale à mourir en raison de troubles psychiatriques — ce que j'appellerai l'aide médicale à mourir psychiatrique —, mais je serai heureux de répondre à des questions sur d'autres sujets.

Comme le rapport du comité mixte spécial suit de près les modèles de la Belgique et des Pays-Bas, je vais me fonder sur deux études récentes — j'en ai moi-même mené une — portant sur ces pays.

En guise de préface, je souligne que, même si les gens ne s'entendent pas sur le fait que l'aide médicale à mourir psychiatrique est acceptable, toutes les parties au débat, selon moi, peuvent convenir de quelques éléments, et c'est par cela que je vais commencer. Premièrement, les personnes atteintes de troubles psychiatriques graves souffrent profondément, et nous

Second, people suffering from severe psychiatric conditions are particularly vulnerable. They are often stigmatized and made to feel unwanted. Because they're often seen as "other," many people, including some physicians who are not psychiatrists, have limited understanding of such disorders. A painful aspect of such disorders is that a patient's judgment, even if the person is legally competent, is often affected by illness-driven perceptions and feelings, such as feelings of despair and hopelessness, which we know can cause a sense of helplessness in others, as well.

Third, extreme caution in developing PAD policies is needed for non-terminal illnesses because premature and unnecessary loss of life is a great harm. Also, this is a very important point: The dead do not file complaints, especially a person who is isolated and stigmatized and who may have few persons who can speak for her after she is gone.

With that preface, I'm going to turn to a few conclusions based on a detailed report that I provided to the committee. You can look at my written document. I'm just going to give you a few conclusions, and you can look for the evidence and so forth in that document.

Number one, there's a gap between our idealized assumptions about psychiatric PAD, by focusing on clear cases that are clear in our minds for many people, and what actually happens. Although debates about it almost exclusively focus on treatment for treatment-resistant depression, people in Belgium and the Netherlands have received PAD for chronic schizophrenia, eating disorders, autism, prolonged grief, among others. Most have personality disorders and most are lonely and socially isolated. That has been well documented. We don't know why women are more than two times more likely than men to receive psychiatric PAD and to request it.

Number two, Dutch physicians disagree about medical futility in these cases. In about a fifth of the cases, patients are deemed to have medically futile conditions even if they refuse indicated treatments. It appears that not all patients who receive PAD for psychiatric reasons have received all indicated treatments.

This is because determining the medical futility of psychiatric disorders relies on clinical impressions that can vary between physicians because the criteria are quite broad. Even for "treatment-resistant depression," for example, applying that in

devons intervenir face à cette souffrance. Je pense que tout le monde s'entend là-dessus.

Deuxièmement, les personnes atteintes de maladies psychiatriques graves sont particulièrement vulnérables. Elles sont souvent stigmatisées et amenées à avoir l'impression qu'on ne veut pas d'elles. Comme elles sont souvent perçues comme étant « différentes », de nombreuses personnes, y compris certains médecins qui ne sont pas psychiatres, ont une compréhension limitée de ces troubles. Un aspect pénible de ces troubles tient au fait que le jugement du patient — même si la personne est légalement compétente — est souvent influencé par des perceptions et des sentiments provoqués par la maladie, comme des sentiments de désespoir, lesquels, nous le savons, peuvent provoquer un sentiment de détresse chez d'autres personnes également.

Troisièmement, il faut faire extrêmement attention au moment d'élaborer des politiques relatives à l'aide médicale à mourir dans les cas de maladie non terminale parce que la perte prématurée et inutile d'une vie est un grand préjudice. En outre, voici un argument très important : les morts ne forment pas de plainte, surtout lorsqu'il s'agit d'une personne qui est isolée et stigmatisée et au nom de qui peu de personnes pourront parler après son départ.

Sur ce, je vais passer à quelques conclusions fondées sur un rapport détaillé que j'ai fourni au comité. Vous pouvez regarder mon document écrit. Je vais simplement vous donner quelques conclusions, puis vous pourrez chercher les données probantes et le reste dans ce document.

Première conclusion : il y a un écart entre les suppositions idéalisées que nous faisons au sujet de l'aide médicale à mourir psychiatrique en nous concentrant sur des cas clairs qui, dans notre esprit, sont clairs pour de nombreuses personnes et ce qui se passe vraiment. Même si les débats à ce sujet portent presque exclusivement sur le traitement de la dépression résistante aux traitements, en Belgique et aux Pays-Bas, des personnes ont reçu l'aide médicale à mourir pour la schizophrénie chronique, des troubles de l'alimentation, l'autisme et le deuil prolongé, entre autres. La plupart présentent des troubles de la personnalité, et la plupart sont des personnes seules et socialement isolées. Cela a été bien documenté. Nous ne savons pas pourquoi les femmes sont plus de deux fois plus susceptibles que les hommes de recevoir l'aide médicale à mourir psychiatrique et de la demander.

Deuxième conclusion : les médecins néerlandais ne s'entendent pas sur la futilité médicale dans ces cas-là. Dans environ le cinquième des cas, les patients sont jugés être dans un état de santé médicalement futile, même s'ils refusent les traitements indiqués. Il semble que les patients qui reçoivent l'aide médicale à mourir pour des motifs d'ordre psychiatrique n'ont pas tous reçu tous les traitements indiqués.

La raison est que la détermination de la futilité médicale des troubles psychiatriques dépend d'impressions cliniques qui peuvent varier d'un médecin à un autre, puisque les critères sont très vastes. Même dans le cas de la « dépression résistante

a particular case is not as easy as we think, and for other conditions that are listed, it's even less clear. For instance, I'm not aware of any literature that a clinician can rely on to decide when a person with prolonged grief would qualify for PAD.

Now, with regard to decisional capacity of patients, experts find its assessment a challenging task. I have been studying this topic, and have written a book about it, over the last 15 to 20 years. There is considerable variability in judgment even among trained clinicians when cases are in the grey area — cases likely to be common in psychiatric PAD cases. Thus, one might expect that determination of capacity in that context would involve a high level of scrutiny and careful justification because that's one way to make sure that unwanted bias doesn't creep into those assessments. In my review of the Dutch psychiatric cases, I did not find such a high level or threshold of justification or scrutiny was the actual practice.

In short, physician judgments regarding futility and capacity require broad and vague criteria to be applied to complicated clinical contexts. They're likely to be inherently unreliable and influenced by the personal views of physicians. Just to illustrate that, I will point out that in the study from Belgium, which reported 100 consecutive cases, it was found that all 100 consecutive cases that she evaluated met both capacity and the criteria for intolerable suffering from medically futile psychiatric conditions without exception.

I should also note, as I report in my written document, that it's likely this one physician was involved in virtually all or most of the psychiatric PAD cases that occurred during the year she reports in that entire country.

Can psychiatric PAD be regulated reliably so that vulnerable non-terminally ill patients are not mistakenly given it? My sense is that although it may seem possible when we focus on idealized cases, the actual evidence suggests otherwise.

**The Chair:** Mr. Baillie, the floor is yours.

**Patrick Baillie, Psychologist, Alberta Health Services, Mental Health Commission of Canada:** Thank you, Mr. Chair and members of the committee, for the invitation to present on behalf of the Mental Health Commission of Canada. I begin by noting that Louise Bradley, CEO of the Mental Health Commission, is away on government business at the moment and expresses her regrets for being unable to present. Instead, for the second time in three weeks, you get me back again. It's an

aux traitements », par exemple, l'application de ce principe à un cas particulier n'est pas aussi facile que nous le pensons, et, dans le cas d'autres maladies qui sont mentionnées, c'est encore moins clair. Par exemple, je ne suis au courant de l'existence d'aucun document sur lequel un clinicien peut se fonder pour décider quand une personne vivant un deuil prolongé serait admissible à l'aide médicale à mourir.

En ce qui concerne la capacité décisionnelle des patients, les experts trouvent que son évaluation est une tâche difficile. J'étudie ce sujet, et j'écris un livre là-dessus depuis les 15 à 20 dernières années. Le jugement varie considérablement, même entre cliniciens qualifiés, lorsque les cas sont dans les zones grises... des cas susceptibles d'être fréquents lorsqu'il est question d'aide médicale à mourir psychiatrique. Ainsi, on pourrait s'attendre à ce que la détermination de l'aptitude dans ce contexte suppose un examen extrêmement approfondi et une justification soigneuse, car il s'agit d'une façon de s'assurer qu'un parti pris indésirable ne s'imisce pas dans ces évaluations. Dans mon examen des cas de psychiatrie néerlandais, je n'ai pas constaté que la tenue d'un examen approfondi ou le respect d'un seuil de justification constituaient une pratique systématique.

En bref, le jugement des médecins concernant la futilité et l'aptitude doit respecter des critères vastes et vagues applicables à des contextes cliniques compliqués. Ils sont susceptibles d'être intrinsèquement peu fiables et influencés par le point de vue personnel des médecins. Dans le simple but d'illustrer mes propos, je signalerai que, dans l'étude de la Belgique, qui faisait état de 100 cas consécutifs, il a été conclu que tous les cas que l'auteure avait évalués respectaient les critères relatifs à l'aptitude et à la souffrance intolérable provoquée par une maladie psychiatrique médicalement futile, sans exception.

Je devrais également souligner, comme je le mentionne dans mon document écrit, qu'il est probable que le médecin en question soit intervenu dans pratiquement tous les cas d'aide médicale à mourir psychiatrique — ou dans la plupart — qui ont eu lieu partout dans ce pays durant l'année visée par le rapport.

L'aide médicale à mourir psychiatrique peut-elle être réglementée de façon fiable afin que les patients vulnérables atteints d'une maladie non terminale ne la reçoivent pas par erreur? J'ai l'impression que, même si cela semble possible lorsque nous nous concentrons sur des cas idéalisés, les données probantes réelles donnent à penser qu'il en va autrement.

**Le président :** Monsieur Baillie, la parole est à vous.

**Patrick Baillie, psychologue, Service de santé de l'Alberta, Commission de la santé mentale du Canada :** Merci, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du comité, de l'invitation à présenter un exposé au nom de la Commission de la santé mentale du Canada. Je commence par souligner le fait que Louise Bradley, PDG de la Commission de la santé mentale, est actuellement en voyage d'affaires gouvernemental et qu'elle regrette d'être dans l'impossibilité de se présenter. À sa place,

important dialogue, and we appreciate having the opportunity to engage in the process.

I want to begin by pointing out that the MHCC applauds those aspects of the bill that serve to protect the vulnerable, including those with mental health problems and illnesses by, for example, instituting a waiting period for the individual to have time to reflect on their request for medical assistance in dying and by requiring a repeat evaluation of consent at the time of administration of the medical assistance in dying. The commission also applauds the bill's emphasis, though primarily through the background document from the Department of Justice Canada, on the distinction between medical assistance in dying and suicide, the latter being a circumstance in which the individual was, as the background document describes, "not approaching natural death."

The commission supports the decision to take a phased-in approach in Bill C-14, adequate time being needed to facilitate a comprehensive, national conversation about the sorts of acceptable safeguards that you've already heard Dr. Smith and Dr. Kim discuss on the availability of medical assistance in dying for those who suffer from psychological or mental health conditions alone so as to minimize the negative impacts on people with mental health problems and illnesses when they are most vulnerable, as well as the impact on their caregivers and health professionals.

In a briefing document that may have been provided to you, there are 10 specific recommendations that the MHCC has put forward. In the interests of time, I'll discuss just a few of them.

The first is the notion of ensuring that there's adequate access to recovery-oriented mental health services across the country. As Dr. Kim has described, one of the primary reasons for individuals in the Netherlands seeking access to medical assistance in dying when they have a primary psychiatric problem are the issues of loneliness, social disconnection and a different level of access to treatment. If we have an individual who has been unable to get access to appropriate mental health care, as is often the case across Canada, and that individual starts to see medical assistance in dying as being an alternative to continuing to live without access to treatment, that causes the MHCC concern.

The second point is emphasizing the parallel importance of suicide prevention documents. Clearly a key part of the Mental Health Commission's focus is on suicide prevention, so it's important to distinguish between medical assistance in dying and the notion of suicide.

pour la deuxième fois en trois semaines, vous m'accueillez à nouveau. Il s'agit d'un dialogue important, et nous apprécions le fait d'avoir la possibilité de prendre part au processus.

Je veux commencer par signaler que la CSMC approuve tous les aspects du projet de loi qui servent à protéger les personnes vulnérables, y compris celles qui présentent des problèmes de santé mentale et qui sont atteintes de maladie mentale, par exemple, en instituant un délai de carence afin que les gens aient le temps de réfléchir à leur demande d'aide médicale à mourir et en exigeant la tenue d'une évaluation répétée du consentement au moment de l'administration de l'aide médicale à mourir. La commission salue également l'accent que met le projet de loi, quoique principalement par le truchement du document contextuel de Justice Canada, sur la distinction entre l'aide médicale à mourir et le suicide, ce dernier étant une situation où, comme le décrit le document contextuel, la personne n'est « pas à l'approche d'une mort naturelle ».

La commission appuie la décision d'adopter une approche progressive par rapport au projet de loi C-14, car une période adéquate est nécessaire pour faciliter la tenue d'une conversation nationale complète au sujet des types de mesures de protection acceptables dont vous avez déjà entendu le Dr Smith et le Dr Kim discuter relativement à l'accessibilité de l'aide médicale à mourir pour les personnes qui sont atteintes de troubles psychologiques ou de santé mentale seulement. Ainsi, on pourra réduire au minimum les conséquences négatives sur les personnes ayant des problèmes de santé mentale et atteintes de maladie mentale lorsqu'elles sont les plus vulnérables, de même que les conséquences sur leurs soignants et sur les professionnels de la santé.

Un document d'information qui vous a peut-être été fourni contient dix recommandations précises que la CSMC a présentées. Par souci de concision, je n'en aborderai que quelques-unes.

La première est la notion consistant à s'assurer que l'accès à des services de santé mentale axés sur le rétablissement est adéquat partout au pays. Comme l'a décrit le Dr Kim, l'une des principales raisons pour lesquelles, aux Pays-Bas, les personnes demandent l'accès à l'aide médicale à mourir lorsqu'elles ont un problème principalement psychiatrique, c'est la solitude, le détachement social et un degré différent d'accès aux traitements. Si une personne n'a pas été en mesure d'accéder aux soins appropriés en santé mentale, comme c'est souvent le cas partout au Canada, et que cette personne commence à considérer l'aide médicale à mourir comme une solution de rechange au fait de continuer à vivre sans accéder au traitement, cela préoccupe la CSMC.

La deuxième recommandation, c'est que l'on mette l'accent sur l'importance parallèle des documents sur la prévention du suicide. Il est clair que la prévention du suicide est une partie clé de démarche que cible la Commission de la santé mentale, alors il importe de faire la distinction entre l'aide médicale à mourir et la notion de suicide.

The third is a recommendation for holding a national conversation in which people living with mental health problems and illnesses are included. You heard earlier today about including other professional groups — occupational therapy, psychiatry, nurse practitioners — but very little conversation about including individuals with mental health problems who may have their own views on this bill and would provide a compelling and important voice in the conversation.

We want to make sure that there are appropriate mechanisms in place to minimize the risk of wrongful death, including, for example, consistent with recommendations you heard earlier today that the consensual and informed choice to access medical assistance in dying is made by an individual who has participated in an assessment that rules out the influence of mental health problems. The Oregon legislation is described in detail in the background document from Justice, but that document leaves out a very important part of the Oregon legislation, which is the following clause:

If in the opinion of the attending physician or the consulting physician a patient may be suffering from a psychiatric or psychological disorder or depression causing impaired judgment, either physician shall —

— and we know that “shall” means “must” —

— refer the patient for counseling. No medication to end a patient’s life in a humane and dignified manner shall be prescribed until the person performing the counseling determines that the patient is not suffering from a psychiatric or psychological disorder or depression causing impaired judgment.

In those cases in which there may be some mental health element problem, not as the sole diagnosis because the bill clearly excludes that for now with a future dialogue to happen, to the individual’s decision to seek medical assistance in dying, it’s important to ensure that there has been the assessment that depression or some other mental health problem is not interfering with that person’s judgment. It goes to the broader issue of the assessment of capacity.

As you all know, capacity involves the ability to understand the information relevant to the decision and to appreciate the consequences of the decision. What decision could be more impactful than the decision to seek medical assistance in dying. So we want to make sure that adequate safeguards are in place.

The recommendation by the commission is that two qualified mental health professionals be involved in the assessment, one of which is a professional without prior involvement in the patient’s case who can provide an objective assessment.

La troisième recommandation concerne la tenue d’une conversation nationale dans le cadre de laquelle on inclurait des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Plus tôt aujourd’hui, vous avez entendu parler de l’inclusion d’autres groupes professionnels — les ergothérapeutes, les psychiatres, les praticiens en soins infirmiers —, mais on a très peu discuté de l’inclusion des personnes ayant des problèmes de santé mentale, lesquelles pourraient avoir leur propre point de vue sur le projet de loi et apporteraient une contribution intéressante et importante à la conversation.

Nous voulons nous assurer que des mécanismes appropriés sont en place afin de réduire au minimum le risque de mort injustifiée, y compris, par exemple — conformément aux recommandations que vous avez entendues plus tôt aujourd’hui — le fait que le choix consensuel et éclairé d’accéder à l’aide médicale à mourir soit fait par une personne qui a participé à une évaluation qui écarte l’influence des problèmes de santé mentale. La loi de l’Oregon est décrite en détail dans le document contextuel du ministère de la Justice, mais ce document n’inclut pas une partie très importante de cette loi, c’est-à-dire la disposition suivante :

Si le médecin traitant ou le médecin consultant est d’avis que le patient pourrait être atteint d’un trouble psychiatrique ou psychologique ou d’une dépression nuisant à son jugement, il doit...

— et j’insiste sur le libellé « doit » —

... aiguiller le patient à des fins de counseling. Aucun médicament ne doit être prescrit dans le but de mettre fin à la vie d’un patient d’une manière humaine et dans la dignité avant que la personne offrant les services de counseling ait déterminé que le patient n’est pas atteint d’un trouble psychiatrique ou psychologique ou d’une dépression nuisant à son jugement.

Dans les cas où un certain problème de santé mentale — pas en tant que seul diagnostic, car le projet de loi exclut clairement cela pour le moment et prévoit la tenue d’un dialogue dans l’avenir — pourrait être lié à la décision de la personne de demander l’aide médicale à mourir, il importe de s’assurer qu’une évaluation a permis de déterminer que la dépression ou un autre problème de santé mentale ne nuit pas au jugement de la personne. Cet élément touche la vaste question de l’évaluation de l’aptitude.

Comme vous le savez tous, l’aptitude suppose la capacité de comprendre les renseignements pertinents par rapport à la décision ainsi que les conséquences de la décision. Quelle décision pourrait avoir des conséquences plus importantes que celle de demander l’aide médicale à mourir? Alors, nous voulons nous assurer que des mesures de protection adéquates sont en place.

La commission recommande que deux professionnels de la santé mentale qualifiés participent à l’évaluation, dont l’un est un professionnel n’ayant jamais participé à des interventions liées au cas du patient et qui peut offrir une évaluation objective.

**Senator Jaffer:** Thank you to all three of you for your presentations. What you are all presenting is one of the toughest things in this bill. The challenge I have with this bill is equality. Equality here is not about treating everybody equally but treating people differently. The challenge is the informed consent.

A person could meet all the criteria, be incurable, irreversible, natural death foreseeable, all those things in place, but may be unable to give informed consent because of their mental challenges.

Dr. Smith, I heard you about the advance directives. I heard that we shouldn't wait and all those things. Our challenge is how do we balance the protection of the vulnerable and making sure the vulnerable have the same rights as all of us?

**Dr. Smith:** Thank you, Senator Jaffer. I think we have protection already built into Bill C-14. We have two independent physicians. We have two independent witnesses. That seems to me to be over and above the protections anywhere else in the world.

People with mental illness should have the same rights and the same treatment as someone with any other kind of illness. There's no difference. If they are not competent, then they cannot consent. But there are many people with physical illnesses who are not competent. What I do not like is the carving out of mental illness as some kind of special category of medical illness. That is what mental illness stigma is all about. We need to get rid of that altogether.

I've met the doctors in Belgium and the Netherlands today who have dealt with these patients. I've met one patient in Canada who clearly met all the criteria. They have illnesses that will not get better. They've tried everything possible. They are suffering. They have a psychiatric illness. Why is that different than dying from cancer or a renal problem or ALS? I don't buy that. I don't think the Senate should buy that, either. We have to get mental illness out of this bill all together.

It was not recognized in *Carter*. In fact, *Carter* said psychological suffering. Let's not stigmatize the mentally ill. Let's hear from them. I agree with Dr. Kim, let's hear from the mentally ill. Let's get them in front of a judge. That's the fairest procedure. Let's see what the court has to say about their ability to consent and whether they meet the *Carter* criteria.

**La sénatrice Jaffer :** Je vous remercie tous les trois de vos exposés. Le sujet que vous abordez tous fait partie des éléments les plus difficiles du projet de loi. Le problème que me pose le projet de loi tient à l'égalité. Dans ce cas-ci, l'égalité est une question non pas de traiter tout le monde également, mais de traiter les gens différemment. Le défi tient à l'obtention d'un consentement éclairé.

Une personne pourrait répondre à tous les critères, être atteinte d'une maladie incurable et irréversible, sa mort naturelle pourrait être prévisible, et toutes ces choses pourraient être en place, mais elle pourrait être incapable de donner un consentement éclairé en raison de ses problèmes de santé mentale.

Docteur Smith, j'ai entendu ce que vous avez dit au sujet des directives anticipées. Je vous ai entendu dire que nous ne devrions pas attendre et toutes ces choses. Le défi que nous devons relever concerne la façon dont nous allons établir un équilibre entre la protection des personnes vulnérables et le fait de s'assurer que les personnes vulnérables ont les mêmes droits que nous tous.

**Dr Smith :** Merci, madame la sénatrice Jaffer. Je pense que nous avons déjà intégré des mesures de protection dans le projet de loi C-14. Nous avons prévu deux médecins indépendants. Nous avons prévu deux témoins indépendants. Il me semble que ces mesures de protection dépassent celles de tout autre endroit dans le monde.

Les gens qui ont une maladie mentale devraient avoir les mêmes droits et avoir accès aux mêmes traitements que les gens qui ont un autre type de maladie. Il n'y a aucune différence. S'ils sont incapables, ils ne devraient pas pouvoir donner leur consentement. Mais il y a bien des gens qui ont une maladie physique qui ne sont pas capables. Ce qui me déplaît, c'est quand on isole la maladie mentale pour en faire une sorte de catégorie spéciale. C'est la conséquence des préjugés sur la maladie mentale. Nous devons aussi éliminer cela.

J'ai rencontré aujourd'hui des médecins de la Belgique et des Pays-Bas qui s'occupent de ce type de patients. J'ai rencontré au Canada un patient qui répond clairement à tous les critères. Les maladies dont ils souffrent vont continuer de progresser. Ils ont essayé tout ce qu'il était possible d'essayer. Ils souffrent. Ils ont une maladie psychiatrique. Quelle est la différence entre cela et mourir d'un cancer, d'un problème rénal ou de la SLA? Je ne suis pas d'accord. Je ne crois pas que le Sénat doive lui non plus donner son accord. Nous devons supprimer de ce projet de loi tout ce qui concerne la santé mentale.

Cet aspect n'a pas été reconnu dans *Carter*. En fait, *Carter* parlait de souffrances psychologiques. N'entretenons pas de préjugés à l'égard des personnes qui ont une maladie mentale. Prêtons-leur l'oreille. Je suis d'accord avec le Dr Kim, écoutons les personnes qui ont une maladie mentale. Laissons-les comparaître devant un juge. C'est la procédure la plus équitable. Attendons de voir ce que les tribunaux auront à dire quant à leur capacité de consentement et de voir s'ils répondent aux critères énoncés dans *Carter*.

**Senator Jaffer:** There was an earlier witness, if I understood him correctly, who said that we should have a psychiatric opinion for someone who has mental challenges. Do you think that would be helpful in this bill?

**Dr. Smith:** No matter what the medical illness is, you're probably better off having a specialist. If it's kidney cancer, you need a kidney specialist. If you have ALS, you get a neurologist. If it's a psychiatric illness, get a psychiatrist. That makes common sense. That's treating everybody the same.

We have to keep in mind that psychiatric illness is in the end a disorder of the human brain. That's all it is. It's another organ of the body. Why do we discriminate against these people simply because they have a mental illness as opposed to cancer or ALS?

**Senator White:** Thank you all for participating. Dr. Smith, you stated that you would like to see "reasonably foreseeable" removed. Do you have a replacement for that?

**Dr. Smith:** This phrase is fairly familiar to judges and lawyers. It's very inexact for doctors. My colleague Richard Fowler, a Q.C. from Vancouver, has spoken about how vague this language is and how it may deter physicians from being involved in this. If physicians transcribe this law or step over the line, they are committing homicide. The language must be perfectly clear. "Reasonably foreseeable" does not say anything.

It can be hours to multiple years when things are "reasonably foreseeable." *Carter* did not talk about terminal illness. We don't need that kind of language in this bill.

**Senator White:** So what would you replace that with?

**Dr. Smith:** I would just get rid of it altogether and leave it with the language that *Carter* had, "grievous and irremediable" and "unbearable suffering." Those are the only things we need to have.

In fact, the lead plaintiff in the *Carter* case, Kay Carter, would not have qualified under this legislation. I knew her well. Kay did not have a terminal illness. She had spinal stenosis. She was suffering. She would have lived for another five or 10 years. She went to Switzerland to receive physician-assisted dying because it was not available in Canada. That will increasingly happen to Canadians of means if we deny them access to physician-assisted death. We need to simply stick with the language of *Carter*, which was pretty clear.

**La sénatrice Jaffer :** Nous avons entendu plus tôt un témoin qui a dit, si je l'ai bien compris, que nous devrions demander l'opinion d'un psychiatre en ce qui concerne les gens qui ont des problèmes de santé mentale. Pensez-vous que cela serait utile pour notre projet de loi?

**Dr Smith :** Peu importe le type de maladies, il est toujours mieux de s'appuyer sur un spécialiste. Quand il s'agit d'un cancer des reins, il faut un néphrologue. Quand il s'agit de la SLA, il faut un neurologue. Si c'est une maladie psychiatrique, il faut un psychiatre. C'est logique. C'est une façon de traiter tout le monde de la même manière.

Il ne faut pas oublier qu'au bout du compte, une maladie psychiatrique, c'est un problème du cerveau humain. Rien de plus. C'est un organe parmi tant d'autres. Pourquoi devrions-nous soumettre une catégorie de gens à de la discrimination tout simplement parce qu'ils ont une maladie mentale plutôt qu'un cancer ou la SLA?

**Le sénateur White :** Merci à tous d'avoir participé à notre étude. Docteur Smith, vous avez déclaré que vous aimeriez que l'on supprime l'expression « raisonnablement prévisible ». Par quelle expression la remplacerez-vous?

**Dr Smith :** Cette expression, les juges et les avocats la connaissent assez bien. Elle est absolument inexacte pour les médecins. Mon collègue Richard Fowler, conseil de la reine de Vancouver, a expliqué à quel point cette expression était vague et pourquoi elle amenait les médecins à ne pas vouloir participer. Si les médecins transgressent la loi, s'ils franchissent la ligne, ils commettent un homicide. Le libellé doit être parfaitement clair. L'expression « raisonnablement prévisible », cela ne veut rien dire.

« Raisonnablement prévisible », cela peut se traduire en heures, mais aussi en années. L'arrêt *Carter* ne disait rien de la phase terminale. Nous n'avons pas besoin de ce type d'expressions dans le projet de loi.

**Le sénateur White :** Alors, quelles expressions proposez-vous pour la remplacer?

**Dr Smith :** Je la supprimerais, tout simplement, et j'utiliserais les termes utilisés dans l'arrêt *Carter* « graves et irrémédiables » et « souffrances intolérables ». Ce sont les seules choses dont nous avons besoin.

En fait, le principal plaignant dans l'affaire *Carter*, Kay Carter, n'aurait pas rempli les critères, selon ce projet de loi. Je la connaissais bien. Kay n'avait pas une maladie terminale. Elle souffrait de sténose spinale. Elle souffrait. Elle aurait pu vivre encore 5 ou 10 ans. Elle est allée en Suisse pour recevoir une aide médicale à mourir, car cette aide n'était pas offerte au Canada. C'est ce que feront de plus en plus les Canadiens qui en ont les moyens si nous leur refusons l'accès à l'aide médicale à mourir. Nous devons tout simplement respecter la teneur de l'arrêt *Carter*, qui était formulé en termes on ne peut plus clairs.

**Senator White:** Do we need the bill at all? Why wouldn't we just follow what the Supreme Court has stated and go forward?

**Dr. Smith:** Well, that's a very interesting question. The precedent on this was when the Supreme Court decided abortion was legal. No government in Canada touched that.

Personally, I would rather have no legislation than Bill C-14. That would mean the regulation would have to be done by the medical licensing boards in the provinces. I would much prefer that, using the language of *Carter*, to having a flawed bill that we're going to revisit in five years and study while Canadians suffer.

**Senator White:** Thank you.

**Senator Batters:** Thanks very much. Dr. Smith, you stated a specialist should be involved in this particular arrangement. This bill currently requires two nurse practitioners to give the approval to administer the medically assisted suicide.

**Dr. Smith:** Like many things in Canada, it is a compromise. I have worked in rural Canada and understand there are many small communities in the North that do not have physicians. The reason for nurse practitioners is to allow Canadians from rural, isolated areas to have their Charter rights through a nurse practitioner.

Ideally I would like the patient's family doctor and an independent specialist to look at them, but we're in Canada.

**Senator Batters:** Dr. Baillie, can you tell me the average waiting period to see a psychiatrist in Canada? What percentage of Canadians suffering from mental illness have not sought treatment? I'd like you to tell me a bit about the couple of safeguards the Mental Health Commission of Canada proposed. One of those was a three-month waiting period, which is substantially longer than the 10 days now being proposed by the federal government.

**Mr. Baillie:** The waiting periods for access to psychiatry vary across the country. For a community-based psychiatrist in Quebec, the waiting list is one or two years. In Alberta for a public psychiatric, it still sits at close to a year.

Regarding the percentage of Canadians who don't have formal access to treatment, a trained mental health professional, close to 75 per cent of Canadians would not have access. A much broader

**Le sénateur White :** Avons-nous vraiment besoin de ce projet de loi? Pourquoi ne pourrions-nous pas tout simplement suivre l'arrêt de la Cour suprême à partir de maintenant?

**Dr Smith :** Eh bien, voilà une question très intéressante. Il y a eu un précédent, la décision de la Cour suprême qui légalisait l'avortement. Aucun gouvernement du Canada n'y a touché.

Personnellement, j'aimerais mieux qu'il n'y ait pas de loi plutôt que le projet de loi C-14. Cela voudrait dire que la réglementation relèverait des ordres des médecins des provinces. J'aimerais beaucoup mieux que l'on se fonde sur le libellé de l'arrêt *Carter* plutôt que d'avoir un projet de loi imparfait que nous allons devoir réexaminer dans cinq ans et étudier pendant que des Canadiens souffrent.

**Le sénateur White :** Merci.

**La sénatrice Batters :** Merci beaucoup. Docteur Smith, vous avez déclaré qu'un spécialiste devait participer à cet arrangement en particulier. Le projet de loi, dans sa forme actuelle, exige que deux infirmières praticiennes donnent une approbation à l'administration de l'aide médicale au suicide.

**Dr Smith :** Comme bien des choses au Canada, il s'agit d'un compromis. J'ai travaillé dans les régions rurales du Canada et je sais que de nombreuses petites collectivités dans le Nord, n'ont pas de médecin. La raison pour laquelle les infirmières praticiennes sont mentionnées, c'est qu'il faut permettre aux Canadiens des régions rurales et isolées de se prévaloir des droits que leur accorde la Charte, par le truchement d'une infirmière praticienne.

Idealement, j'aurais aimé que le médecin de famille du patient et un spécialiste indépendant d'en occupent, mais nous sommes au Canada.

**La sénatrice Batters :** Docteur Baillie, pourriez-vous me dire combien de temps il faut attendre en moyenne pour voir un psychiatre, au Canada? Quel pourcentage des Canadiens qui ont un problème de santé mentale n'ont pas demandé un traitement? J'aimerais que vous me parliez un peu des mesures de protection que la Commission de la santé mentale du Canada a proposées. Il y avait entre autres une période d'attente de trois mois, ce qui est beaucoup plus long que les 10 jours que propose actuellement le gouvernement fédéral.

**M. Baillie :** Les délais d'attente pour un accès à un psychiatre varient à l'échelle du pays. Dans le cas d'un psychiatre de pratique communautaire, au Québec, la liste d'attente est de un à deux ans. En Alberta, pour un psychiatre de pratique publique, c'est toujours près d'une année.

En ce qui concerne le pourcentage de Canadiens qui n'ont pas un accès officiel à un traitement, un traitement par un professionnel de la santé mentale formé à cet égard, près de

issue in that health care funds access to physicians and psychiatrists but not, for example, to occupational therapists and other regulated mental health professionals.

In terms of the safeguards, the second issue the commission wanted to address relates to the reflection period you described. If there is any indication of undue influence or significant impairment from the mental health problem, then we would be recommending a longer waiting period not only to allow for further assessment but also to allow for the opportunity for the individual to perhaps be informed about other forms of treatment that are available beyond those pharmacological interventions, for example, that have previously been tried.

**Senator Batters:** Dr. Kim, in your detailed brief, this quote stuck out for me:

As someone who has been studying and teaching both the normative and empirical aspects of decision-making capacity for close to 20 years, I would state emphatically that anyone who is not worried about the difficulties associated with assessing the capacity of persons with severe psychiatric disorders who are requesting PAD is not basing that view on existing data.

I would appreciate more information about that, because I recognize you had just a short period of time to give us your opening statement.

**Dr. Kim:** Yes. Thank you. Even though we have these criteria that we're taught, most psychiatrists — psychiatrists we surveyed — find that it's a very challenging and complex task to apply these fairly broad criteria to clinically complex situations, especially when the patient is able to communicate but may be under the influence of a disorder that could distort their judgment or thinking.

We have done studies where we can show the exact same cases to many psychiatrists — 100 psychiatrists. You will get very diverse responses about whether they think people are competent. We do it because we're required to do it, and when the cases are clear, it's easy, but when people have disorders that are much subtler that you have to really assess carefully, it's not as easy.

We recently went through all the documents that we reviewed in the Dutch cases of 66 completed cases of assisted death. One of the things that struck me was the fact that, over half the cases, there are only just summary judgments of the doctor — usually it's not even a psychiatrist — who says the person is competent. However, these people have chronic psychotic disorders; chronic,

75 p. 100 des Canadiens n'y ont pas accès. Mais il y a un problème plus important, puisque l'assurance-maladie finance l'accès aux médecins et aux psychiatres, mais pas, par exemple, aux ergothérapeutes ou à d'autres professionnels de la santé mentale réglementés.

En ce qui concerne les mesures de protection, la deuxième question à laquelle la commission voulait s'attaquer a trait à la période de réflexion que vous avez décrite. Dans tous les cas où il y aurait un indice touchant une influence induite ou un handicap important découlant du problème de santé mentale, nous recommanderions une période d'attente plus longue, non seulement pour permettre une évaluation plus poussée, mais également pour donner à la personne l'occasion peut-être de s'informer sur les autres formes de traitements disponibles, au-delà des interventions pharmacologiques, par exemple, dont elle aurait déjà fait l'essai.

**La sénatrice Batters :** Docteur Kim, dans votre document détaillé, il y a une chose qui m'a frappée :

Étant donné que j'ai étudié et enseigné les aspects tant normatifs qu'empiriques de la capacité de prise de décision pendant près de 20 ans, j'insisterais sur le fait qu'une personne qui ne tient pas compte des difficultés liées à l'évaluation de la capacité des personnes atteintes de graves problèmes psychiatriques demandant l'aide médicale à mourir ne fonde pas son opinion sur les données existantes.

J'aimerais avoir davantage d'information à ce sujet, étant donné que vous n'avez pas eu beaucoup de temps pour nous présenter votre déclaration préliminaire.

**Dr Kim :** Oui. Merci. Même si nous pouvons nous appuyer sur les critères qu'on nous a appris, la plupart des psychiatres — ceux qui ont participé à notre enquête — estiment qu'il est très difficile et complexe d'appliquer ces critères plutôt larges à des situations cliniques complexes, en particulier lorsque le patient est capable de communiquer, mais qu'il est affecté par un problème de santé susceptible d'altérer son jugement ou son raisonnement.

Nous avons mené des études dans lesquelles nous présentions exactement le même cas à de nombreux psychiatres, 100 psychiatres. Nous avons obtenu des réponses très variées quant à la question de savoir si le patient était capable. Si nous le faisons, c'est que nous devons le faire, et quand le cas est clair, c'est facile; cependant, lorsqu'il s'agit de gens dont la maladie est beaucoup plus subtile, pour lesquels l'évaluation doit être beaucoup plus minutieuse, ce n'est pas si facile.

Nous avons récemment passé en revue tous les documents que nous avons examinés portant sur les 66 cas d'aide médicale à mourir qui ont été enregistrés aux Pays-Bas. Il y a une chose qui m'a frappée, le fait que, dans plus de la moitié des cas, on y trouvait seulement un résumé des jugements du médecin — il ne s'agissait même pas habituellement d'un psychiatre — affirmant

severe eating disorders; and other disorders that we know from clinical practice can often impair people's decision-making capacity. And that's not explained.

So I think these kinds of decisions can be seriously influenced by the personal views of the people who are doing these assessments.

You would want to see much more detailed ways of doing it, but I just didn't see that.

**Senator Baker:** Thank you to the witnesses for their very excellent presentations.

Just a point of clarification, Dr. Smith. You said you're aware of the circumstances of Mrs. Kay Carter in the *Carter* case. As you're probably aware, the *Carter* case judgment was not about the condition of Mrs. Carter; it was about the condition of a Mrs. Taylor. During the judgment, the court only referred to the condition of Kay Carter indirectly, through testimony given by the daughter. I'll read you two sentences. As you correctly pointed out, she:

. . . was diagnosed with spinal stenosis, a condition involving progressive compression of the spinal cord. Kay was advised that surgery could relieve some of the compression of her spine, but she declined due to the significant operative risks.

Kay's physical condition deteriorated steadily over the ensuing months, though her mental faculties remained intact. By August 2009, she required assistance for virtually all of her daily activities, including eating and toileting. . . . She was confined to a wheelchair, and could not move it herself. . . . Kay suffered chronic pain, and was prescribed medication at increasing levels as her condition deteriorated. . . .

. . . [And she was concerned] that she might not physically be able to travel to Switzerland given her rapidly deteriorating condition.

That was in reference to her condition, and that's all the trial judge said. But the trial judge, in determining Ms. Taylor's condition, required that she not only be terminally ill to meet the requirements of the judgment but that she be near death. That's paragraph 1414 of the judgment.

My question to you is this: How can you say conclusively that Kay Carter would not have met the requirements of the act, given those statements of extreme deterioration given by the trial judge in passing, more or less, but not in making a definitive finding of fact?

que la personne était capable. Pourtant, il s'agissait de personnes atteintes de maladies psychotiques chroniques; de maladies alimentaires chroniques et graves; d'autres problèmes qui, comme nous le montre la pratique clinique, altèrent souvent la capacité de décision. Aucune explication n'a été fournie.

C'est pourquoi je crois que des décisions de ce type peuvent sérieusement être affectées par les opinions personnelles des personnes qui procèdent à l'évaluation.

Nous aurions aimé que les procédures soient beaucoup plus détaillées, mais cela n'est pas le cas.

**Le sénateur Baker :** Merci aux témoins, les exposés étaient vraiment excellents.

J'aimerais clarifier quelque chose, docteur Smith. Vous avez dit que vous connaissiez la situation de Mme Kay Carter, de l'affaire *Carter*. Comme vous le savez probablement, l'arrêt *Carter* ne concernait pas la situation de Mme Carter, elle concernait la situation d'une Mme Taylor. Dans sa décision, le tribunal n'a mentionné qu'indirectement la situation de Kay Carter, en s'appuyant sur le témoignage de sa fille. Je vais vous en lire deux phrases. Vous l'avez d'ailleurs souligné avec raison :

. . . elle a reçu un diagnostic de sténose spinale, un état qui entraîne la compression progressive de la moelle épinière. On a dit à Kay qu'une opération chirurgicale pourrait soulager en partie la compression de sa moelle épinière, mais elle a refusé en raison des risques importants de cette opération.

L'état physique de Kay s'est détérioré régulièrement pendant les mois suivants, même si ses facultés mentales restaient intactes. En août 2009, elle avait besoin d'aide pour presque toutes ses activités quotidiennes, pour se nourrir, pour faire sa toilette... Elle était confinée à un fauteuil roulant, mais ne pouvait pas le manœuvrer toute seule... Kay éprouvait une souffrance chronique et prenait des médicaments de plus en plus forts à mesure que son état se détériorait...

[Elle craignait] de n'avoir pas physiquement la force de se rendre en Suisse, car son état se détériorait rapidement.

Elle disait cela en raison de son état, et c'est tout ce qu'a dit le juge de première instance. Mais ce juge, au moment de déterminer l'état de Mme Taylor, demandait non seulement qu'elle souffre d'une maladie terminale, conformément aux exigences de ce jugement, mais aussi que sa mort approche. C'était au paragraphe 1414 de la décision.

La question que je vous pose est la suivante : Comment pouvez-vous affirmer que Kay Carter n'aurait pas respecté les exigences de la loi, étant donné les déclarations relatives à l'extrême détérioration de son état formulées par le juge de première instance, de façon incidente, plus ou moins, mais sans les inclure à la constatation des faits?

**Dr. Smith:** I have the advantage of having been an expert witness in that case and having known all of the individuals personally, including Mr. Joseph Arvay, Q.C., who was counsel. Mr. Arvay and Kay Carter's relatives are of the opinion that she would not have met the criteria. So I would go with their view, because they know this case intimately. My view as an expert witness is that she would not have met those criteria and may have lingered on forever.

In regard to the other plaintiffs, the last one who died — last week, incidentally — with physician-assisted dying, they were not terminal at any point, and they would not have had the advantage of physician-assisted dying or medical aid in dying under Bill C-14, but they would have under *Carter*. So I see no reason to vary from the language of the *Carter* decision. It was well thought out. Madam Justice Lynn Smith wrote that judgment. The Supreme Court more or less rubber-stamped it, and I think we should use that as our guiding post. There is nothing in that judgment about terminal illness.

**Senator Baker:** What case is it that you referenced? The other day, you said there was a case where somebody was not terminally ill but received the judgment of a Superior Court. Do you remember what case that was?

**Dr. Smith:** No, I think I referenced a case that I had been involved with in Alberta in which a woman is before the courts with the issue of mental illness as the sole criterion. I have reviewed that file, and I can assure you that she meets the criteria of grievous, irremediable and intolerable suffering based on a psychiatric diagnosis.

**Senator Baker:** The judgment is tomorrow?

**Dr. Smith:** The judgment is tomorrow from the Court of Appeal. This woman went to court. She's a woman of very modest means. She found herself in court being opposed by the Attorneys General of B.C., Alberta and Canada. Although the judge ruled that she can have physician-assisted suicide, the Attorney General of Canada has appealed that to the Court of Appeal.

This has caused a delay and all kinds of expenses for this woman. She continues to suffer. This is exactly what happens when we get the force of government into court, challenging people's right to die under the rules that are pretty clear under *Carter*.

[Translation]

**Senator Dagenais:** My question is for Dr. Smith. You seem quite well acquainted with the courts, Dr. Smith. I am not sure whether it's common practice throughout Canada, but, in Quebec, simply having two psychiatrists appear as witnesses in a court case is enough to see how difficult it is to achieve a 100 per cent reliable diagnosis. Given that reality, if there are

**Dr Smith :** J'ai l'avantage d'avoir comparu à titre de témoin expert, dans cette affaire, et d'avoir connu individuellement toutes les personnes concernées, y compris M. Joseph Arvay, c. r. M. Arvay et la famille de Kay Carter étaient d'avis qu'elle n'aurait pas répondu aux critères. Je serais donc de la même opinion, étant donné que je connais très bien cette affaire. Mon opinion, à titre de témoin expert, c'est qu'elle n'aurait pas rempli les critères et qu'elle se serait probablement étendue indéfiniment.

En ce qui concerne les autres plaignants, le dernier qui est décédé — la semaine dernière, d'ailleurs — grâce à l'aide médicale à mourir, ils n'étaient pas du tout en phase terminale, et ils n'auraient pas pu recourir à l'aide médicale à mourir en application du projet de loi C-14, mais ils y auraient eu droit selon l'arrêt *Carter*. Je ne vois donc aucune raison pour laquelle on ne retiendrait pas le libellé de l'arrêt *Carter*. Il a fait l'objet d'une longue réflexion. C'est la juge Lynn Smith qui a rédigé cet arrêt. La Cour suprême l'a accepté plus ou moins instantanément, et je crois que nous devrions en faire notre point de repère. Cet arrêt ne dit absolument rien au sujet d'une maladie terminale.

**Le sénateur Baker :** De quelle affaire parlez-vous? L'autre jour, vous avez parlé d'une affaire concernant une personne qui n'était pas en phase terminale, mais pour qui la Cour supérieure a rendu une décision. Vous souvenez-vous de quelle affaire il était question?

**Dr Smith :** Non, je crois que je parlais d'une affaire à laquelle j'ai participé, en Alberta, concernant une femme se trouvant devant les tribunaux et pour laquelle le seul critère était un problème de santé mentale. J'ai reçu le dossier, et je puis vous assurer qu'elle répond au critère concernant une maladie grave et irrémédiable de même que des souffrances intolérables, qui sont fondées sur un diagnostic psychiatrique.

**Le sénateur Baker :** La décision doit être rendue demain?

**Dr Smith :** La décision doit être rendue demain par la Cour d'appel. Cette dame s'est présentée devant les tribunaux. C'est une femme de condition modeste. Elle s'est retrouvée devant les tribunaux contre les procureurs généraux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Canada. Même si le juge avait décidé qu'elle pouvait avoir recours à l'aide médicale à mourir, le procureur général du Canada a interjeté appel de la décision devant la Cour d'appel.

Cela a entraîné, pour cette dame, des délais et toutes sortes de dépenses. Elle continue à souffrir. C'est exactement ce qui se passe quand le gouvernement se présente devant les tribunaux avec toutes ses ressources pour contester le droit des gens à mourir selon des règles qui sont exposées assez clairement dans *Carter*.

[Français]

**Le sénateur Dagenais :** Ma question s'adresse au D<sup>r</sup> Smith. Docteur Smith, vous semblez être assez familier avec les tribunaux. Je ne sais pas si c'est la pratique courante partout au Canada, mais au Québec, il suffit d'avoir deux psychiatres comme témoins dans une cause pour comprendre à quel point il est difficile d'arriver à un diagnostic qui est sûr à 100 p. 100. Donc, si

two conflicting psychiatric opinions in the context of a MAID request by a person with mental health problems, who gets to make the decision?

[English]

**Dr. Smith:** Let me assure you that there are waiting lists to see psychiatrists. There are waiting lists to see oncologists. There are waiting lists to see rheumatologists. Canadians do not get ready access to the medical care they need.

I don't buy the fact that it is any different in psychiatry. There are certainly waiting lists, but it is no different than any other branch of medicine.

Again, I don't see why we need — we're not going to solve the problems of health care with Bill C-14. Canadians do not, unfortunately, get quick access to needed health care on a regular basis.

Having said that, I don't see any reason why we need to discriminate against psychiatric patients as compared to patients with other illnesses, as well, who also have long waiting lists to get in to see doctors.

Are psychiatric patients more incompetent than other patients? I don't buy that. If they have a psychotic illness, perhaps, but if you are suffering from terminal cancer you may be incompetent as well. You are suffering from pain, your family is watching you die, and you have all manner of worries on your mind. The issue of competency is not unique to psychiatric illness. It is seen in all manner of people who are suffering, again, a grievous and irremediable illness.

**Senator Joyal:** Dr. Smith, I would like to go back to a line of your brief, in which you refer to the reasonably foreseeable death concept. You write:

It is purported that this language was necessary to protect vulnerable persons "in moments of weakness to end their lives."

If I understand the reasoning of the bill, it wants, in fact, to make sure that people who have access to physician assistance in dying are close to dying. They're not terminally ill as the Québec legislation proposed to entrench, but they are on the verge of dying. It excludes all other people who might be suffering a grievous, irremediable and intolerable condition on the basis, as you say, that they are vulnerable.

The court has declared sections 14 and 241 of the Criminal Code to be unconstitutional because they imposed a general ban. I get the impression that if we exclude all those patients who are suffering from a grievous and irremediable illness and are in an intolerable situation, the bill, in fact, does exactly what the court

deux opinions psychiatriques s'affrontent dans le cadre de la même demande d'aide à mourir pour une personne atteinte de problèmes de santé mentale, qui devra trancher en fin de compte?

[Traduction]

**Dr Smith :** Je vous assure qu'il y a des listes d'attente pour voir un psychiatre, un oncologue, un rhumatologue. Les Canadiens n'ont pas immédiatement accès aux soins médicaux dont ils ont besoin.

Je refuse de croire que la situation est différente en psychiatrie. Il y a certainement des listes d'attente, et c'est la même chose que dans toutes les autres disciplines de la médecine.

Encore une fois, je ne vois pas pourquoi nous aurions besoin... nous n'allons pas régler les problèmes des soins de santé au moyen du projet de loi C-14. Les Canadiens n'ont pas, malheureusement, accès rapidement et régulièrement aux soins de santé dont ils ont besoin.

Cela dit, je ne vois aucune raison pour laquelle il nous faudrait distinguer les patients psychiatriques des patients atteints d'une autre maladie, qui eux aussi doivent s'inscrire sur une longue liste d'attente pour voir un médecin.

Est-ce que les patients psychiatriques sont moins capables que les autres patients? Je ne suis pas d'accord. S'ils ont une maladie psychotique, peut-être, mais les gens qui souffrent d'un cancer en phase terminale peuvent eux aussi être incapables. Vous êtes la proie des souffrances, votre famille vous regarde mourir, et vous avez toutes sortes d'autres soucis en tête. La question de la capacité ne concerne pas uniquement les maladies psychiatriques. Elle concerne tous les gens qui souffrent, je le répète, d'une maladie grave et irrémédiable.

**Le sénateur Joyal :** Docteur Smith, j'aimerais revenir à un passage de votre mémoire, dans lequel vous parlez de la notion de décès raisonnablement prévisible. Vous dites :

Ce libellé serait prétendument nécessaire pour protéger les personnes vulnérables qui seraient tentées de « mettre fin à leur vie dans un moment de détresse ».

Si je comprends bien le raisonnement du projet de loi, il viserait en fait à faire en sorte que les gens qui ont accès à une aide médicale à mourir soient proches de leur fin. Ils ne sont pas en phase terminale, comme le Québec voulait le prévoir dans sa loi, mais ils sont sur le point de mourir. Cela exclut toutes les autres personnes qui pourraient souffrir d'une maladie grave, irrémédiable et intolérable, car, comme vous le dites, ce sont des personnes vulnérables.

La cour a déclaré que les articles 14 et 241 du Code criminel étaient inconstitutionnels, car ils imposaient une interdiction générale. J'ai l'impression que, si nous excluons tous les patients qui souffrent d'une maladie grave et irrémédiable et se retrouvent dans une situation intolérable, le projet de loi ferait en fait

has refused to grant as an argument to maintain the ban on physician-assisted death. Then, vulnerable persons become a concept for which we have to propose guidelines.

I feel that the bill, in my opinion, doesn't reconcile the concept used by the court to impose the ban, and reintroduces the general ban for other categories of patients. Am I right to interpret the bill like that?

**Dr. Smith:** I don't know. I'll tell you what I think about this, though. Canadians have studied this issue of whether all disabled people are vulnerable. It was first studied by the select committee in Quebec. They found no evidence that individuals who were considered vulnerable were being given physician-assisted dying. This was reviewed in depth by Madam Justice Lynn Smith, who rejected the testimony that there was any evidence that the vulnerable were being taken advantage of in any jurisdiction in the world that has this kind of legislation. In fact, my personal view is the vulnerable are much more likely to be taken advantage of in an unregulated environment than when we have legislation.

Now, there are some things I like about Bill C-14. I like the clause about two independent doctors, and I like even more the one about two independent witnesses. This, to me, is plenty of protection for the vulnerable to make sure that people are not being killed by greedy relatives or because of health care costs and things like that.

I think we need to protect the vulnerable, but in regulated environments there's no evidence that the vulnerable are being taken advantage of.

**Senator Plett:** Just a couple of comments and then one question.

Mr. Smith, you have a few times cited the Netherlands' model as something that we should possibly try to follow. The fact of the matter is that in the Netherlands a 64-year-old individual who was lonely was given assisted suicide; a 50-something-year-old woman who had a phobia of germs was allowed assisted suicide. If we followed the Netherlands completely, we would have about 9,000 cases a year in Canada.

You say mental illness is exactly the same as any other illness. I believe that mental illness in people clearly impacts their ability to make sound decisions. I'm not sure how we can possibly square that and say people with a mental illness can make absolutely sound decisions.

exactement ce que le tribunal a refusé de reconnaître comme argument pour maintenir l'interdiction de l'aide médicale à mourir. Donc, les personnes vulnérables deviennent un concept au sujet duquel nous devons proposer des lignes directrices.

À mon avis, le projet de loi ne tient pas compte du concept utilisé par le tribunal pour imposer l'interdiction et il ramène l'interdiction générale pour une autre catégorie de patients. Est-ce que mon interprétation du projet de loi est correcte?

**Dr Smith :** Je l'ignore. Mais je vais vous dire ce que j'en pense. Les Canadiens se sont penchés sur la question de savoir si toutes les personnes handicapées étaient vulnérables. C'est un comité spécial du Québec qui a été le premier à mener cette étude. Il n'a trouvé aucun élément probant selon lequel des personnes jugées vulnérables avaient accès à l'aide médicale à mourir. La question a été réexaminée en profondeur par la juge Lynn Smith, qui a rejeté le témoignage selon lequel il y aurait des éléments probants selon lesquels les administrations qui, dans le monde, avaient adopté ce type de lois prenaient avantage des personnes vulnérables. En fait, mon opinion personnelle, c'est que les personnes vulnérables seraient bien plus susceptibles de faire l'objet d'abus dans les environnements non réglementés que dans ceux où il y a une loi.

Toutefois, certains aspects du projet de loi C-14 me plaisent. J'aime bien la clause touchant l'indépendance des deux médecins et j'aime encore plus la clause touchant les deux témoins indépendants. Cela garantit selon moi toute la protection voulue aux personnes vulnérables en empêchant qu'elles ne soient incitées à mourir par des parents cupides ou en raison du coût des soins de santé ou de choses comme cela.

Je crois que nous devons protéger les gens vulnérables, mais, dans un environnement réglementé, rien ne prouve que l'on profite des gens vulnérables.

**Le sénateur Plett :** J'ai deux ou trois commentaires, puis une question.

Monsieur Smith, vous avez présenté le modèle des Pays-Bas à deux ou trois reprises comme le modèle que nous devrions peut-être essayer de suivre. Le fait est que, aux Pays-Bas, une personne de 64 ans qui souffrait de solitude a eu accès au suicide assisté; une dame d'une cinquantaine d'années, qui avait une phobie des germes, a eu droit au suicide assisté. Si nous adoptions tel quel le modèle des Pays-Bas, il y aurait environ 9 000 cas par année au Canada.

Vous dites que la maladie mentale est exactement pareille à toute autre maladie. Je crois que la maladie mentale a clairement une incidence sur la capacité d'une personne de prendre des décisions éclairées. Je ne vois pas comment nous pourrions accepter cette notion et dire que les gens qui ont une maladie mentale peuvent tout à fait prendre des décisions éclairées.

I want to use one personal example, if I could, and then I would like Mr. Baillie, at least, to comment on it.

A person close to me suffered a head injury many years ago in an accident driving a four wheeler. He spent weeks in a coma and came out of the coma but suffered excruciating headaches and depression, and told me on numerous occasions how he wanted to go out behind one of the sheds on his farm and kill himself. I believe that had he had the opportunity to ask for assisted suicide, he may well have done that.

However, he came out of this. His headaches and depression disappeared and he ran his farm for a number of years before he tragically died of a heart attack. Nevertheless, here is somebody who probably would have, under what you're suggesting, asked for assisted suicide.

My question to you, Mr. Baillie, is in your work, do you see quite often that people come out of situations like this, lead constructive lives and change their minds about suicide?

Mr. Smith, I'm happy to have you answer this as well, but I'd like to hear Mr. Baillie's answer.

**Mr. Baillie:** We are certainly familiar with the phrase that suicide is typically a long-term solution to a short-term problem. For some individuals, their mental health challenge can be short-term. It may relate to appropriate kinds of treatment or support in the community. We need to make sure the person has had the opportunity to access those kinds of treatments so that we're not making a decision for an individual to terminate their life when there may be other, more positive options available to them.

The story you've described is not uncommon in our field. People come to us, typically, seeking treatment when they've reached a certain level of distress, looking for a professional to help them, because in many cases they believe they can get better. If they don't see immediate results, that may fuel a desire to end their own life, and if a regime was in place, they might seek out medical assistance in dying. As the Mental Health Commission, we would rather focus on the potential for recovery and options for people to succeed in the community.

**Dr. Smith:** It's interesting that you mention the Netherlands because, as you know, I'm sitting in Amsterdam, and I've talked to many of the people involved with these cases.

The devil is in the details. I don't think you can read about a case in the newspaper and take it as factual evidence that something is right or wrong. You really need to look deeply into what the circumstances were for that individual.

J'aimerais vous donner un exemple personnel, si vous me le permettez, et j'aimerais qu'au moins M. Baillie nous présente ses commentaires à ce sujet.

Un de mes proches a subi il y a de nombreuses années une blessure à la tête dans un accident impliquant un quadricycle. Il a passé des semaines dans le coma, puis en est sorti, mais souffrait de maux de tête atroces et de dépression; il m'a dit à de nombreuses occasions à quel point il aurait désiré aller se cacher derrière une remise de sa ferme pour se donner la mort. Je crois que, s'il avait eu la possibilité de demander le suicide assisté, il aurait très bien pu le faire.

Toutefois, il s'en est sorti. Ses maux de tête et sa dépression ont disparu et il a pu continuer à exploiter sa ferme pendant de nombreuses années avant de mourir tragiquement d'une crise cardiaque. Toutefois, voici une personne qui, probablement, selon ce que vous proposez, aurait demandé le suicide assisté.

Voici la question que je vous pose, monsieur Baillie : dans le cadre de votre travail, vous arrive-t-il souvent de voir des gens qui se sortent de situations comme celle-là, qui mènent une vie constructive et qui changent d'idée au sujet du suicide?

Monsieur Smith, j'aimerais aussi beaucoup que vous y répondiez, mais j'aimerais d'abord entendre la réponse de M. Baillie.

**M. Baillie :** Nous connaissons tous la phrase qui dit que le suicide, généralement, est une solution à long terme à un problème à court terme. Chez certaines personnes, un problème de santé mentale peut être de courte durée. Elles peuvent s'appuyer sur des formes de traitement appropriées ou sur leur collectivité. Nous devons nous assurer que ces personnes ont la possibilité d'avoir accès à ces formes de traitements de façon à ne pas décider à leur place qu'elles doivent mettre fin à leur vie alors qu'il pourrait exister d'autres options plus positives.

L'histoire que vous venez de raconter n'est pas rare, dans notre domaine. Les gens qui viennent nous voir, en général, pour demander un traitement ont atteint un certain niveau de détresse et demandent l'aide d'un professionnel, car, dans bien des cas, ils croient qu'ils pourront guérir. S'ils ne voient pas de résultats immédiats, ils pourraient entretenir le désir de mettre fin à leur vie, et, si un régime était en place, ils pourraient demander l'aide médicale à mourir. Nous, de la Commission de la santé mentale, nous aimerions nous concentrer plutôt sur le potentiel de rétablissement et sur les options qui s'offrent aux gens pour réussir dans la collectivité.

**Dr Smith :** Il est intéressant que vous parliez des Pays-Bas étant donné que, comme vous le savez, je suis présentement à Amsterdam, et j'ai parlé à un grand nombre de personnes concernées par ces affaires.

Tout tient aux détails. Je ne crois pas que vous puissiez lire le compte rendu d'une affaire dans les journaux et considérer qu'il s'agit de preuves concrètes indiquant que quelque chose va ou ne va pas. Vous devez vraiment prendre connaissance des détails de la situation dans laquelle cette personne se trouvait.

I'm really pleased to hear that your friend came out of his of depression; most people do. We're not talking about most Canadians with mental illness here. We're talking about an extremely small percentage whose situations must be, to go back to *Carter*, irremediable, grievous and intolerable. That does not apply to 99 per cent of people who have mental illness in this country. We're talking about a very small number of people, and it's those people, when you look carefully at their cases, who meet all of those criteria: they are competent, and they have gone through all manner of treatment.

The people I have assessed have been through three courses of ECT, have been in five psychiatric hospitals, had psychotherapy and medication, and they're not getting better. A certain number of cases are refractory, and we're not going to get them better. Why do we want those people to suffer any more than someone who has cancer?

**Senator McIntyre:** Thank you all for your presentations.

Mr. Baillie, in recommendation number 6 of your brief, you bring to our attention the unique perspectives of First Nations, Inuit and Metis. There's no question that concerns have been raised in relation to medical aid in dying and its introduction into First Nation communities that face high rates of suicide. Assuming this bill becomes law, what are some of the challenges the federal government would face in delivering culturally and spiritually appropriate end-of-life care services in indigenous communities?

**Mr. Baillie:** I think if we look at recent events in Attawapiskat, as well as in other areas, there are challenges in getting those individuals access to culturally sensitive medical care, particularly to culturally sensitive psychiatric care. Being able to tease apart those issues that relate to the mental health of Canada's First Nations, Inuit and Metis poses particular challenges and requires further attention, hence the recommendation being made by the commission to look at those, involving people in those communities in the discussions, instead of believing in a one-size-fits-all solution.

**Senator McIntyre:** Dr. Smith, my question has to do with judicial authorization. In order to avoid abuse and for both practical and symbolic reasons, do you think a Superior Court judge should be required to review and approve each request for physician aid in dying prior to it being implemented?

**Dr. Smith:** Senator McIntyre, I don't believe that's at all appropriate. In fact, what that does is places an incredible burden on people who may be of little means, are likely suffering from some type of a physical or psychiatric illness, and they're having to face in the courts, as my patient has in Alberta, the weight of the federal government, who is challenging them and causing delays. We do not need to put a burden of suffering on Canadians

Je suis vraiment heureux d'apprendre que votre ami s'est remis de sa dépression; c'est le cas de la plupart des gens. Nous ne parlons pas ici de la plupart des Canadiens qui ont une maladie mentale. Nous parlons d'un pourcentage extrêmement petit de gens dont la situation doit être, pour en revenir à *Carter*, irrémédiable, grave et intolérable. Cela ne s'applique pas à 99 p. 100 des Canadiens qui ont une maladie mentale. Nous parlons d'un très petit nombre de personnes, et ce sont elles, si vous étudiez bien leur situation, qui répondent à tous ces critères : elles sont capables et elles se sont prêtées à toutes sortes de traitements.

Les gens que j'ai évalués avaient subi trois séances d'électrochocs, avaient fait des séjours dans cinq hôpitaux psychiatriques, avaient suivi une psychothérapie et pris des médicaments, et ils n'allaient pas mieux. Un certain nombre de cas sont réfractaires, et il nous est impossible de les aider à guérir. Pourquoi voudrions-nous que ces gens souffrent davantage qu'une personne atteinte de cancer?

**Le sénateur McIntyre :** Merci à vous tous de vos exposés.

Monsieur Baillie, à la recommandation numéro 6 de votre mémoire, vous attirez notre attention sur les perspectives particulières des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Personne ne niera que des préoccupations ont été soulevées quant à l'aide médicale à mourir et à son introduction dans les collectivités des Premières Nations qui font face à des taux de suicide élevés. Supposons que ce projet de loi devienne loi, à quels défis le gouvernement fédéral doit-il s'attendre s'il veut fournir des services de soins en fin de vie appropriés à la culture et à la spiritualité dans les collectivités autochtones?

**M. Baillie :** Si nous repensons aux événements survenus récemment à Attawapiskat, et dans d'autres régions également, je crois qu'il y aura des défis à relever pour donner à ces personnes accès à des soins médicaux adaptés à leur culture, en particulier des soins psychiatriques adaptés à leur culture. Mais il sera particulièrement difficile de faire la part des enjeux qui ont trait à la santé mentale dans les Premières Nations du Canada et chez les Inuits et les Métis, et il faudra y accorder davantage d'attention; c'est pourquoi la commission a recommandé d'examiner la question de concert avec les collectivités, plutôt que de croire qu'une solution universelle est possible.

**Le sénateur McIntyre :** Docteur Smith, ma question concerne l'autorisation judiciaire. Si nous voulons éviter les abus de même que pour des raisons pratiques et symboliques, pensez-vous qu'il faudra demander à un juge de la Cour supérieure d'examiner et d'approuver chacune des demandes d'aide médicale à mourir au préalable?

**Dr Smith :** Monsieur le sénateur McIntyre, je ne crois pas du tout que ce soit approprié. En fait, cela ne ferait que placer un fardeau incroyablement lourd sur les épaules de gens qui ont peut-être des moyens modestes, qui souffrent peut-être d'une maladie physique ou psychiatrique quelconque et qui auraient à se présenter devant un tribunal, comme ma patiente en Alberta, et faire face au gouvernement fédéral, qui conteste leur demande

to do that. No other jurisdiction in the world has that level of judicial review. Getting before judges is not an easy thing to do. It is a costly burden to put on Canadians.

I want to come back briefly to your first comment, and that is to recognize that we have a suicide crisis in Canada right now that's got nothing to do with physician-assisted dying. It has to do with disadvantaged Aboriginal communities and fentanyl overdoses in the streets. If the government wants to do something that will impact the suicide rate, let's focus on that. The physician-assisted dying is an infinitesimal part of the suicide issue. Suicide is a major problem, but let's not be distracted with physician-assisted dying on that matter.

**Senator McIntyre:** On the judicial authorization question, I want to remind you that Madam Justice McLachlin raised it in her dissent in *Rodriguez*, as did the judge in *Carter* during the period of her judgment suspension, likewise the five judges of the Supreme Court in granting Parliament a four-month extension. I understand what you're driving at, but there is room for judicial authorization.

**Dr. Smith:** Obviously, if the judiciary or Parliament decides to do so, that's well and good, but I'm telling you that it will place an enormous burden on Canadians.

[Translation]

**Senator Bellemare:** I have a question that poses a major concern for me. What happens if this bill isn't passed? Dr. Smith has said it would be better to have no bill at all.

In certain countries, such as Switzerland, organizations come together — private organizations like Lifecircle, which advocates for dying with dignity and for self-determination regarding the end of one's life. Lifecircle partners with groups like Eternal Spirit, which examine requests made to them for assisted death. And Eternal Spirit helps implement the process, if the request is approved in Switzerland.

In the absence of a statute — that is, if the decision in *Carter* stands in that the government does not invoke the notwithstanding clause — is there a chance this kind of private initiative could emerge in Canada? Based on your knowledge of the health care field, is it possible that, without a statute, we could see private clinics or non-profit organizations?

et qui entraîne des délais. Nous n'avons pas à charger de ce fardeau des Canadiens qui souffrent. Aucune autre administration du monde n'impose ce niveau d'examen judiciaire. Il n'est pas facile de se présenter devant un juge. C'est un fardeau coûteux à imposer aux Canadiens.

J'aimerais revenir brièvement sur votre premier commentaire pour souligner que le Canada connaît actuellement une vague de suicides qui n'a rien à voir avec l'aide médicale à mourir. Elle tient plutôt au fait que les collectivités autochtones sont démunies et qu'il y a des cas de surdoses de fentanyl dans les rues. Si le gouvernement veut faire quelque chose pour faire baisser le taux de suicide, nous devrions nous y attacher. L'aide médicale à mourir est un élément infinitésimal de la question du suicide. Le suicide est un grand problème, mais ne nous laissons pas distraire dans cette affaire par l'aide médicale à mourir.

**Le sénateur McIntyre :** En ce qui concerne la question de l'autorisation judiciaire, j'aimerais vous rappeler que la juge McLachlin l'avait soulevée dans son opinion dissidente, dans l'affaire *Rodriguez*, tout comme l'avait fait la juge dans l'affaire *Carter* lorsqu'elle avait suspendu son jugement, et comme l'ont fait également les cinq juges de la Cour suprême lorsqu'ils ont accordé une prolongation de quatre mois au Parlement. Je vois bien où vous voulez en venir, mais il y a place à une autorisation judiciaire.

**Dr Smith :** De toute évidence, si c'est ce que l'autorité judiciaire ou le Parlement décide de faire, cela sera fort bien, mais ce que je vous dis, c'est que cela représentera un fardeau énorme pour les Canadiens.

[Français]

**La sénatrice Bellemare :** J'ai une question qui me préoccupe beaucoup. Qu'est-ce qui arriverait si le projet de loi n'était pas adopté? J'entends le Dr Smith dire qu'il vaudrait mieux ne pas avoir de projet de loi que d'avoir celui-ci.

Dans certains pays, il y a des associations qui s'organisent, des organisations privées, comme en Suisse, où l'association lifecircle fait la promotion de la mort dans la dignité dans le monde et de l'autodétermination de la fin de sa vie. Celle-ci est associée à des groupes comme Eternal SPIRIT, qui examine les demandes de mort volontaire assistée qui leur sont adressées. En outre, Eternal SPIRIT offre la possibilité de mettre en œuvre les démarches si la demande est acceptée en Suisse.

En l'absence d'une loi, dans le contexte où il y a l'arrêt *Carter* de la Cour suprême et où le gouvernement ne choisirait pas la clause dérogatoire, pourrait-on envisager que ce genre d'initiative privée puisse voir le jour au Canada? Selon vos connaissances du domaine de la santé, serait-il possible que, dans le cas où il n'y aurait pas de loi, il puisse y avoir des cliniques privées ou des organisations à but non lucratif, par exemple?

[English]

**Dr. Smith:** I talked this very day to people from Dignitas in Switzerland. Switzerland is a unique environment. It is the only jurisdiction in the world that allows, if you like, tourism for people who want to die. You would be surprised at the number of Canadians and Europeans who are not Swiss who go there because of restrictions in their own environment.

Is that likely to happen in Canada? I think no one in Canada has an appetite for that. But if we have restrictive legislation here, it will force more Canadians to go to Switzerland. The cost of going to Switzerland to die is about \$30,000. It's well beyond the means of most average Canadians, but people who can afford it, in the current environment, are going to Switzerland. I don't know what the Canadian numbers are, but my guess is probably 50 people a year are going to Switzerland to have assisted dying.

**Senator Batters:** Dr. Kim, in your presentation you indicated that women are twice as likely to request physician-assisted suicide, in the examples that you have studied. I find that a very interesting statistic, because compared to North America — I believe it's Canada, but it may have worked in the U.S. as well — women here are many more times likely to attempt suicide than men, but actually men are four times more likely to die by suicide. That's typically because they choose more lethal means.

Can you comment on why you think there may be that marked distinction between the two? Is that because they have access to the devastatingly final choice that they know will work?

**Dr. Kim:** This is a finding that was in both of the papers I referred to. Honestly, I don't know why it's the case. It is a finding. In the U.S., of course, the attempts are higher in women as well, but men succeed. It's a complicated issue. I don't know exactly how it would play out.

If I may, I'd like to address one issue that Dr. Smith brought up about the issue of stigma and how the bill is stigmatizing psychiatric patients.

As I understand the bill, the bill applies equally to every person who is dying. Everybody dies, so there's no discrimination based on that, and it's clear that no one is discriminated against because of psychiatric disorders, as far as I understand. I wanted to make sure that I'm on record as saying that I don't see that as a stigmatizing bill, as a psychiatrist.

The grievous and irremediable standard, if I'm hearing things correctly, is proposed as more precise than the idea of a person near death. I find that rather surprising, given that the actual

[Traduction]

**Dr Smith :** J'ai parlé aujourd'hui même à des gens de Dignitas, en Suisse. La Suisse offre un environnement unique. C'est la seule administration dans le monde qui autorise, si je puis m'exprimer ainsi, le tourisme pour des gens qui désirent mourir. Vous seriez surpris de savoir combien de Canadiens et d'Européens qui ne sont pas suisses se rendent dans ce pays en raison des restrictions imposées dans leur propre administration.

Est-ce que cela est susceptible de se passer au Canada? Je ne crois pas que quiconque au Canada désire cela. Mais si nous adoptons ici des lois plus restrictives, nous forcerons davantage de Canadiens à se rendre en Suisse. Pour aller mourir en Suisse, il en coûte environ 30 000 \$. C'est bien au-delà de la capacité de payer de la plupart des Canadiens moyens, mais les gens qui peuvent se le payer, dans la conjoncture actuelle, vont en Suisse. Je ne sais pas combien de Canadiens cela représente exactement, mais je dirais que 50 personnes par année, probablement, vont en Suisse pour bénéficier de l'aide à mourir.

**La sénatrice Batters :** Docteur Kim, dans votre exposé vous avez indiqué que les femmes étaient deux fois plus nombreuses à demander l'aide médicale à mourir, selon les exemples que vous avez étudiés. Je trouve que c'est une statistique très intéressante, étant donné que par comparaison, en Amérique du Nord — je crois que cela concerne le Canada, mais cela peut aussi être vrai aux États-Unis —, les femmes sont beaucoup plus nombreuses à faire des tentatives de suicide que les hommes, alors que les hommes en fait sont quatre fois plus nombreux à réussir leur tentative de suicide. C'est en général parce qu'ils choisissent des moyens plus meurtriers.

Pourriez-vous nous dire pourquoi vous pensez qu'il y aurait une distinction si marquée entre les deux? Est-ce parce qu'ils ont accès au choix terriblement final qu'ils savent efficace?

**Dr Kim :** C'est une constatation qui figure dans les deux documents dont j'ai parlé. Honnêtement, je ne sais pas pourquoi c'est ainsi. C'est une constatation. Aux États-Unis aussi, les femmes sont plus nombreuses à faire une tentative, mais les hommes plus nombreux à réussir. C'est une question complexe. Je ne sais pas exactement pourquoi c'est ce qui arrive.

Si vous me le permettez, j'aimerais répondre à une question soulevée par le Dr Smith, la question de la stigmatisation et le fait que le projet de loi stigmatise les patients psychiatriques.

De la façon dont je le comprends, le projet de loi s'applique également à toute personne qui est en train de mourir. Tout le monde va mourir, alors il est impossible de fonder la discrimination sur ce fait, et il est clair qu'il ne s'exerce aucune discrimination contre des gens en raison de leurs problèmes psychiatriques, d'après ce que je comprends. Je voulais m'assurer que cela soit clair dans le compte rendu, en tant que psychiatre : je ne considère pas que le projet de loi stigmatise qui que ce soit.

Le critère de la maladie grave et irrémédiable, si j'ai bien compris les choses, se veut plus précis que la notion de la mort prochaine. Je suis plutôt surpris, étant donné que les données

evidence in Belgium and the Netherlands, in which people have used those kinds of vague criteria, have led to the kind of data that I've described in my document and today, which is that there's lots of disagreement between doctors. In fact, the people who research this topic say there's no definition of unbearable suffering.

The idea that we can have more precise judgments by doctors using grievous and irremediable, less defined, is very puzzling to me because all the evidence shows that it leads to — I wouldn't say intentional abuse as was described — but certainly lots of disagreements among doctors, in which case it's very difficult to say that applied to a population you're going to get a very reliable practice.

We're talking about practice, not picking out specific cases in which we might all agree. If the law could be enacted in such a way that we only apply things to perfect instances, then you would not have to worry. What you need to do is look at the data that's been applied for many years across situations.

Lastly, I'd like to point out that what I've tried to do is give you data that you can go to and look at, for example, decision-making capacity.

I am a little bit surprised that a fellow psychiatrist states that mental illness — I can't really repeat the exact words — had no relationship to mental competence. I find that an extremely surprising statement. You can make that statement if you don't appeal to the mounds of data and studies, many of which I've conducted. You can say that; that's an opinion.

I think what that illustrates is this: If you have very strong views about this topic, as a doctor, when you evaluate a patient, you will see things a certain way. Other doctors may not, and that's precisely the point. If you enact these kinds of regulations with broad ideas, people's personal views will have a strong impact.

**The Chair:** Okay, thank you, Dr. Kim.

**Dr. Smith:** I want to respond to that —

**The Chair:** Thank you. I'm sorry; we can't have a continuing debate about that issue. We've run out of time. I'm going to thank all of you for being here and assisting us with our deliberations.

For our final panel today, we have joining us, from the Canadian Unitarian Council, Vyda Ng, Executive Director; from the Centre for Israel and Jewish Affairs, Richard Marceau, General Counsel and Senior Government Advisor; from the Coalition for HealthCARE and Conscience, Laurence Worthen, Executive Director of the Christian Medical and Dental Society

probantes réunies en Belgique et aux Pays-Bas, où les gens ont utilisé ce type de critère vague, ont fourni le type de conclusions que j'ai décrites dans mon document ainsi qu'aujourd'hui, qui reflètent les grands désaccords opposant les médecins. En fait, les gens qui mènent des recherches sur ce sujet disent qu'il n'existe pas de définition de ce que sont des souffrances intolérables.

La notion selon laquelle les médecins pourront formuler des jugements plus précis en se fondant sur les mots graves et irrémédiables, qui sont moins bien définis, me laisse très perplexe, étant donné que tous les éléments probants montrent que cela entraîne — je ne parlerais pas d'abus intentionnels, comme on l'a décrit — mais, à coup sûr de grands désaccords entre les médecins, auquel cas on peut difficilement dire qu'en appliquant cette règle à une population, on pourra s'attendre à une pratique très fiable.

Nous parlons de pratique, nous ne parlons pas de cas particuliers sur lesquels nous serions peut-être tous d'accord. Si la loi pouvait être formulée de manière à ne s'appliquer qu'à des cas parfaits, nous n'aurions aucune inquiétude à avoir. Mais ce qu'il faut faire, c'est examiner les données qui ont été appliquées pendant de nombreuses années à de nombreuses situations.

Pour terminer, j'aimerais souligner que ce que j'ai tenté de faire, c'est de vous présenter des données que vous pouvez consulter et auxquelles vous pouvez vous fier, par exemple, sur la question de la capacité décisionnelle.

Je suis un peu surpris de voir un collègue psychiatre déclarer que la maladie mentale — je ne me souviens plus des mots exacts — n'avait aucun lien avec la capacité mentale. Je trouve que cette déclaration est extrêmement surprenante. Vous pouvez le déclarer si vous ne vous appuyez pas sur des montagnes de données et d'études, dont j'ai mené moi-même un grand nombre. Vous pouvez le dire; c'est une opinion.

Je crois que cela illustre le fait qu'une personne qui a des opinions très tranchées sur un sujet, par exemple un médecin, envisagera les choses d'une certaine manière au moment d'évaluer un patient. D'autres médecins feront autre chose, et c'est précisément ce que je veux dire. Si vous adoptez ce type de règlements fondés sur des propositions générales, l'opinion personnelle des gens aura une grande incidence.

**Le président :** D'accord, merci, docteur Kim.

**Dr Smith :** J'aimerais répondre à...

**Le président :** Merci. Je suis désolé; je dois mettre fin au débat sur cette question. Nous n'avons plus de temps. Je vais donc vous dire merci à vous tous d'être venus et de nous avoir aidés dans nos délibérations.

Dans notre dernier groupe de témoins d'aujourd'hui, nous accueillons Mme Vyda Ng, directrice générale du Canadian Unitarian Council; M. Richard Marceau, avocat-conseil et conseiller politique principal du Centre consultatif des relations juives et israéliennes; M. Laurence Worthen, directeur exécutif, Christian Medical and Dental Society of Canada, et la

of Canada, and Dr. Sephora Tang, who is a psychiatrist at the Ottawa Hospital; and, from the Canadian Council of Imams, Sikander Hashmi, a spokesperson for that organization. Thank you all for being here. We very much appreciate it.

Dr. Tang, I gather you're here simply to answer questions. Mr. Worthen, do you have an opening statement? We will just move across the table. You can begin.

**Laurence Worthen, Executive Director, Christian Medical and Dental Society of Canada, Coalition for HealthCARE and Conscience:** Good afternoon, and thank you for the opportunity to speak with you today.

I'm speaking as the spokesperson for the Coalition for HealthCARE and Conscience, on behalf of His Eminence Thomas Cardinal Collins. The Cardinal sends his regrets that he could not be here to speak with you about legislation that will have a profound impact on Canadian society, both now and in the future. I am pleased to welcome Dr. Sephora Tang, an Ottawa psychiatrist, who is here to answer your questions this evening about how this proposed legislation impacts her and the patients she serves.

Our coalition represents more than 5,000 physicians across Canada, like Dr. Tang, and more than 110 health care facilities with almost 18,000 care beds and 60,000 staff.

Today I will address the need for amendments to Bill C-14 that will protect the conscience rights of health care workers and facilities with moral objections to euthanasia and assisted suicide.

We wish to make it clear that, should Parliament legalize medical aid in dying, we will not, in any way, obstruct patients who decide to seek that procedure, and we will never abandon our patients. But what our members cannot do is perform or participate in what is referred to as medical assistance in dying. To be clear, by participation, I also mean playing a role in causing death by arranging for the procedure to be carried out by someone else through referral.

The current preamble to the legislation does note that the government respects "the personal convictions of health care providers." While that respect is very much appreciated, it does not carry the same legal weight as legislative protection.

No foreign jurisdiction in the world that has legalized assisted suicide and euthanasia forces their health care workers, hospitals, nursing homes or hospices to act against their conscience or mission or values. Every permissive jurisdiction has a conscience clause, and participation is voluntary.

Dre Sephora Tang, psychiatre de l'Hôpital d'Ottawa, pour la Coalition for HealthCARE and Conscience; et enfin, M. Sikander Hashmi, porte-parole du Canadian Council of Imams. Merci à vous tous d'être venus. Nous l'apprécions énormément.

Docteur Tang, j'imagine que vous n'êtes ici que pour répondre aux questions. Monsieur Worthen, avez-vous une déclaration préliminaire? Nous allons faire un tour de table. Vous pouvez commencer.

**Laurence Worthen, directeur exécutif, Christian Medical and Dental Society of Canada, Coalition for HealthCARE and Conscience :** Bon après-midi, merci de l'occasion qui m'est donnée de discuter avec vous aujourd'hui.

Je suis ici en tant que porte-parole de la Coalition for HealthCARE and Conscience et je parle au nom de Son Éminence le cardinal Thomas Collins. Le cardinal vous présente ses excuses pour n'avoir pas pu venir ici discuter avec vous de cette loi qui aura de profondes répercussions sur la société canadienne d'aujourd'hui et de demain. J'ai le plaisir de vous présenter la Dre Sephora Tang, psychiatre d'Ottawa, qui est venue ici cet après-midi pour répondre à vos questions concernant les répercussions de la loi proposée sur elle-même et sur ses patients.

Notre coalition représente plus de 5 000 médecins du Canada, dont la Dre Tang, et plus de 110 établissements de santé comptant près de 18 000 lits de soins de santé et 60 000 employés.

Aujourd'hui, je vais vous parler des modifications qu'il faut apporter au projet de loi C-14 pour protéger la liberté de conscience des travailleurs de la santé et de ceux des établissements, qui ont des objections morales touchant l'euthanasie et le suicide assisté.

Nous voulons qu'il soit clair que, si le Parlement légalise l'aide médicale à mourir, nous n'allons d'aucune façon nous opposer aux patients qui décident de recourir à cette procédure et que nous n'allons jamais abandonner nos patients. Mais ce que nos membres se refusent à faire, c'est d'offrir ce que l'on appelle l'aide médicale à mourir ou de participer à cette procédure. Je précise que participer veut également dire jouer un rôle dans la mort qui est infligée en prenant des dispositions pour que la procédure puisse être exécutée par une autre personne.

Dans la version actuelle du préambule de la loi, il est bien indiqué que le gouvernement va « respecter les convictions personnelles de fournisseurs de soins de santé ». Ce respect est certes très apprécié, mais il n'a pas autant de poids juridique que la protection de la loi.

Aucun autre pays dans le monde ayant légalisé le suicide assisté et l'euthanasie ne force ses travailleurs de la santé, ses hôpitaux, ses maisons de soins infirmiers ou ses hospices à agir à l'encontre de leur conscience, de leur mission ou de leurs valeurs. Toutes les administrations qui ont permis cela ont prévu une disposition sur

In Canada, to force providers to act against their moral convictions is to breach section 2 of the Charter of Rights and Freedoms.

We know that hospitals and regulators all across the country are already developing policies on this subject. We know that you heard from the College of Physicians and Surgeons of Ontario, for example, who are insisting on an effective referral. We believe that this requirement is excessive, and that the college is exceeding its jurisdiction in this regard. There are many other alternatives that could be employed, like transfer of care and direct patient access, that could accomplish the same objective, without forcing doctors to be liable to discipline from the college.

The current CPSO stand poses an immediate and urgent problem for those doctors who are conscientious objectors, like Dr. Tang. They are being forced to choose between career and conscience and must make these decisions when this legislation comes into effect, which, as you know, could be within weeks. Their life's work is in jeopardy.

We maintain that if Parliament wishes to open the Pandora's box of medical aid in dying, it must take concrete action to protect these conscientious health care providers and organizations.

Through our discussions with the provinces, we know that it is unclear whether, in fact, they will decide to legislate. In this legal vacuum, colleges, provinces, health authorities, nursing homes and hospitals can create policies that will encroach on the constitutional rights of caregivers. This will create chaos. For example, while one medical college, the CPSO, is requiring referral, at least seven others have already indicated they will not.

On such a crucial issue, real matters of life and death, Canadians shouldn't have to deal with a patchwork approach. Amendments from the Senate would send a clear signal to the provinces that the Charter rights of caregivers and their organizations must be protected equally across the country.

Parliament has legislated on matters that overlap into provincial or territorial jurisdiction in the past. Consider the Civil Marriage Act or the legislation legalizing the use of medical marijuana. We therefore urge the Senate to clearly articulate that the purpose of this bill is to provide exceptions to the Criminal Code, not to create an obligation for anyone to be forced to participate in medical assistance in dying against their will. Participation by caregivers, either directly or indirectly, should be

la liberté de conscience et ont prévu que la participation était volontaire.

Au Canada, si les fournisseurs de soins de santé étaient obligés d'agir à l'encontre de leurs convictions morales, cela constituerait une infraction à l'article 2 de la Charte des droits et libertés.

Nous savons que les hôpitaux et les organismes de réglementation de toutes les régions du pays sont déjà en train d'élaborer des politiques à cet égard. Nous savons que vous avez entendu des témoins de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, par exemple, qui insistent pour que la loi prévoie une recommandation efficace. Nous croyons que cette exigence est excessive et que l'ordre outrepassa ses compétences à ce chapitre. Il existe bien d'autres solutions, par exemple le transfert des soins ou l'accès direct du patient, qui permettraient d'atteindre le même objectif sans forcer les médecins à encourir les mesures disciplinaires prévues par leur ordre.

La position actuelle de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario représente un problème immédiat et urgent pour les médecins qui, comme la Dre Tang, sont des objecteurs de conscience. Les médecins seraient forcés de choisir entre leur carrière et leur conscience et devront prendre cette décision au moment où la loi entrera en vigueur, ce qui, comme vous le savez, est une question de semaines. Le travail de toute leur vie est menacé.

Nous soutenons que, si le Parlement désire ouvrir la boîte de Pandore de l'aide médicale à mourir, il doit prendre des mesures concrètes pour protéger les fournisseurs de soins de santé et les représentants des organisations qui ont une conscience.

Puisque nous avons discuté avec les provinces, nous savons qu'il n'est pas encore certain que le gouvernement va vraiment décider de légiférer. Dans ce vide juridique, les ordres de médecins, les provinces, les autorités de la santé, les maisons de soins infirmiers et les hôpitaux pourront élaborer des politiques qui vont empiéter sur les droits constitutionnels des fournisseurs de soins. Cela fera naître le chaos. Par exemple, tandis qu'un ordre des médecins, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, demande une recommandation, au moins sept autres ont déjà indiqué qu'ils n'en demanderont pas une.

Quand il s'agit de questions aussi cruciales, de réelles questions de vie ou de mort, les Canadiens ne devraient pas avoir à composer avec une approche aussi disparate. Si le Sénat présentait des amendements, il enverrait un signal clair aux provinces pour dire que les droits que la Charte reconnaît aux fournisseurs de soins et à leurs organisations doivent être protégés en toute égalité partout au pays.

Le Parlement a déjà légiféré sur diverses questions en empiétant sur la compétence des provinces et des territoires. Pensons à la Loi sur le mariage civil et aux lois légalisant l'usage de la marijuana à des fins médicales. C'est pourquoi nous demandons instamment au Sénat de préciser, dans le libellé du projet de loi, que son objectif est de prévoir des exceptions au Code criminel, non pas d'obliger qui que ce soit à participer contre son gré à une procédure d'aide médicale à mourir. La participation directe ou

voluntary, and no one should be discriminated against because of their unwillingness to participate due to their conscientious objection.

In closing, we'd like to remind the committee of the landmark *Carter* case in which the Supreme Court of Canada said that no physician could be forced to participate in assisted death. If doctors are forced to participate, it will essentially exclude them from practising medicine because of their conscience or religious beliefs. This is essentially discrimination. This does not create the kind of tolerant, inclusive or pluralistic society that Canadians deserve.

**Sikander Hashmi, Spokesperson, Canadian Council of Imams:**  
Thank you very much, Mr. Chair, and good afternoon, everyone. I would like to start off by thanking each of you for the opportunity to discuss Bill C-14.

My name is Sikander Hashmi. I serve as an Imam at the Kanata Muslim Association and am a member of the Council of Imams of Ottawa-Gatineau. This evening, I am joining you as a spokesperson for the Canadian Council of Imams.

As in most other faiths, neither euthanasia nor assisted suicide is supported or encouraged in the Islamic faith tradition. However, since that matter has already been decided by the Supreme Court, our concerns and recommendations regarding Bill C-14 centre around three things: safeguarding interests of patients in distress, protecting patients who wish to live, and conscience protection for health care providers and faith-based facilities.

Most Canadians would agree that life is sacred and an effort should be made in most if not all circumstances to preserve it. In highlighting the importance of saving a life, the Quran likens the saving of one life to saving all of humanity. Undoubtedly, the issue of assisted dying is of concern to many Canadians. Canadians are caring people. When we see others in pain and distress, we want to help.

Muslim faith leaders, along with leaders of other faiths, have a long tradition of caring for the ill. We have witnessed first-hand the terrible toll that illnesses and pain can take on patients and their families. We understand that in some cases patients experiencing extreme levels of pain and suffering and those expecting the same in the future may desire an end to their life. We empathize with them, and as we draw from our faith traditions, we are instructed to pray for them to gain relief from their suffering and to try our best to make them comfortable by providing the best possible care. We also know that when a human being voluntarily seeks an end to their life, it is a testament to the extreme pain and distress that they are experiencing. It is a cry for help.

indirecte des fournisseurs de soins doit être volontaire, et personne ne devrait être exposé en raison de ses objections de conscience.

Pour terminer, j'aimerais rappeler au comité l'arrêt historique *Carter*, dans lequel la Cour suprême du Canada avait déclaré qu'aucun médecin ne devrait être forcé à participer à la procédure d'aide à mourir. Obliger les médecins à y participer revient essentiellement à les empêcher de pratiquer la médecine en raison de leur conscience ou de leurs croyances religieuses. Cela revient essentiellement à de la discrimination. Cela ne mène pas au type de société tolérante, inclusive et pluraliste que les Canadiens méritent.

**Sikander Hashmi, porte-parole, Canadian Council of Imams :**  
Merci beaucoup, monsieur le président, et bon après-midi à tous. J'aimerais commencer par vous remercier de m'offrir l'occasion de participer à la discussion relative au projet de loi C-14.

Mon nom est Sikander Hashmi. Je suis un imam au sein de la Kanata Muslim Association et je suis membre du conseil des imams d'Ottawa-Gatineau. Ce soir, je suis ici à titre de porte-parole du Canadian Council of Imams.

Comme dans la plupart des autres assemblées religieuses, la tradition musulmane n'appuie pas et n'encourage pas le recours à l'euthanasie ni au suicide assisté. Toutefois, puisque la Cour suprême s'est déjà prononcée sur ce sujet, nos préoccupations et nos recommandations concernant le projet de loi C-14 sont centrées sur trois choses : protéger l'intérêt supérieur des patients en détresse, protéger les patients qui souhaitent continuer à vivre et protéger le droit à la conscience des fournisseurs de soins de santé et des responsables des établissements confessionnels.

La plupart des Canadiens s'entendraient pour dire que la vie est sacrée et que, dans la plupart des situations, sinon toutes, des efforts devraient être faits pour la préserver. En soulignant l'importance de sauver une vie, le Coran fait le rapprochement en ce fait et celui de sauver l'humanité entière. Il ne fait pas de doute que la question de l'aide médicale à mourir préoccupe bon nombre de Canadiens. Les Canadiens sont des gens bienveillants. Quand nous voyons d'autres personnes qui souffrent et qui vivent un sentiment de détresse, nous voulons les aider.

Les dirigeants religieux musulmans, de même que les dirigeants religieux d'autres confessions, prennent soin depuis longtemps des malades. Nous avons pu constater le poids terrible qu'impose la maladie et la douleur aux patients et à leur famille. Nous comprenons que, dans certains cas, les patients ayant des douleurs très intenses et éprouvant de grandes souffrances et les personnes pouvant s'attendre à vivre la même chose à l'avenir puissent souhaiter mettre fin à leur vie. Nous compatissons avec eux, et, en selon nos traditions religieuses, nous devons prier pour eux afin qu'ils soient soulagés de leur douleur et nous efforcer de leur procurer du confort en leur prodiguant les meilleurs soins possibles. Nous savons également que, lorsqu'un être humain cherche de façon volontaire à mourir, cela témoigne de sa douleur et de sa détresse extrêmes. C'est un appel à l'aide.

Whenever an individual seeks to end their life, we as a society know not to grant them their wish. Rather, we offer them compassionate care and assistance with the aim of alleviating the pain and distress they are experiencing. We never assist them in ending their lives and instead make efforts to dissuade them from doing so. We believe that requests for death due to pain and distress caused by illnesses or disabilities should be dealt with in a similar manner.

Therefore, we recommend that under safeguards, Bill C-14 require medical practitioners to ensure that after making a request for assisted death, patients are met by an end-of-life care team consisting of a psychiatrist, a social worker and, if the patient so wishes, a spiritual care provider; that members of the end-of-life team be required to discuss with patients the reasons for the request and present all available care options to ensure that patients are voluntarily making informed decisions; and that the end-of-life care team and the medical practitioner confirm that all available treatments and pain management techniques have been exhausted and that they have not been able to make the suffering tolerable for patients under conditions that the patient considers acceptable.

While Bill C-14 offers some safeguards, we believe there should also be measures in place to ensure that patients and the vulnerable are protected from errors that could have serious consequences. Unfortunately, errors, even fatal ones, are a reality in Canadian hospitals. The 2004 Baker-Norton study found that up to 23,000 Canadian adults were dying every year due to preventable adverse events in acute care hospitals. Therefore, we believe that assisted dying should be highly regulated in order to protect patients who do not wish to die. We recommend that the ability to provide assistance in dying, including access to substances that cause death, be limited to specially trained and certified health care practitioners authorized by the Minister of Health and the Minister of Justice.

We are also very concerned about the protection of conscience rights of health care providers and faith-based facilities. Except for a very brief mention in the preamble, the draft bill is disturbingly silent on this issue. Conscience rights should be given, in our opinion, the same level of importance as the patient's right to seek assistance in dying. In our view, the level of disengagement from assisted death should be at the discretion of individual health care providers and faith-based care facilities and should be publicly disclosed to would-be patients. This should be clearly specified in the bill.

Quand une personne cherche à mettre fin à sa vie, nous, comme société, savons que nous ne devons pas accéder à son souhait. Nous lui offrons plutôt, avec compassion, des soins et de l'aide visant à réduire ses souffrances et sa détresse. Nous ne l'aidons jamais à mourir, mais nous efforçons plutôt de la décourager de le faire. Nous croyons que les demandes d'aide à mourir formulées en raison de douleurs et de détresse causées par la maladie ou des incapacités devraient être traitées de façon semblable.

C'est pourquoi nous recommandons que le projet de loi C-14, tout en garantissant certaines protections, exige que les médecins praticiens s'assurent que les patients, après avoir présenté une demande d'aide médicale à mourir, rencontrent une équipe de soins de fin de vie composée d'un psychiatre, d'un travailleur social et, si le patient le souhaite, d'un professionnel en soins spirituels; que les membres de l'équipe de soins de fin de vie soient tenus de discuter des raisons pour lesquelles le patient demande de l'aide médicale à mourir et qu'ils lui présentent toutes les options de soins qui s'offrent afin de s'assurer que les patients prennent des décisions éclairées et de façon volontaire et que l'équipe de soins de fin de vie, ainsi que le médecin praticien, confirme que tous les traitements offerts et tous les moyens de gestion de la douleur ont été épuisés et qu'ils n'ont pas été en mesure de rendre la souffrance tolérable pour le patient dans des conditions que ce dernier juge acceptables.

Même si le projet de loi C-14 contient des mesures de protection, nous sommes d'avis qu'il devrait aussi contenir des mesures visant à s'assurer que les patients et les personnes vulnérables seront protégés contre des erreurs qui pourraient avoir de graves conséquences. Malheureusement, les erreurs, même celles qui sont fatales, font partie de la réalité dans les hôpitaux au Canada. Selon l'étude réalisée par Baker et Norton en 2004, jusqu'à 23 000 adultes canadiens meurent chaque année en raison d'événements indésirables et évitables survenus dans des hôpitaux de soins actifs. C'est pourquoi nous croyons que l'aide médicale à mourir devrait être très encadrée afin de protéger les patients qui ne souhaitent pas mourir. Nous recommandons que le droit de fournir de l'aide médicale à mourir, y compris l'accès à des substances causant la mort, soit limité aux professionnels de la santé ayant suivi une formation spécifique et détenant une certification et autorisés par le ministre de la Santé et le ministre de la Justice.

Aussi, nous sommes très préoccupés par la protection du droit à la conscience des personnes fournissant des soins de santé et des responsables d'établissements de soins confessionnels. Exception faite d'un court passage dans le préambule, il est inquiétant de constater que cette question est passée sous silence dans le projet de loi. Nous sommes d'avis qu'autant d'importance devrait être accordée aux droits à la conscience qu'aux droits du patient d'obtenir de l'aide médicale à mourir. Selon nous, le degré de désengagement par rapport à l'aide médicale à mourir devrait appartenir de façon individuelle aux fournisseurs de soins de santé

We firmly believe that as Canadians we must do more to provide compassionate care to those who are ill and to find better and more effective ways to alleviate their suffering and improve their quality of life. We believe it is possible for the federal and provincial governments to respect the *Carter* decision while promoting the sanctity and value of life. Instead of encouraging death, let us come together to enhance and cherish life.

[Translation]

**Richard Marceau, General Counsel and Senior Policy Advisor, Centre for Israel and Jewish Affairs:** I am here on behalf of the Centre for Israel and Jewish Affairs, better known by its acronym CIJA. CIJA is the advocacy agency of the Jewish Federations of Canada. We are not proposing a comprehensive formula to address every aspect of medical assistance in dying; nor are we putting forward an articulation of Jewish religious law on the issue. Furthermore, we do not purport to convey the uniform position of all Jewish Canadians.

[English]

You know the old saying: Two Jews, three opinions.

[Translation]

However, we believe our position faithfully represents the key points of unity within the Jewish community. Some in our community support physician-assisted dying, whereas others are opposed to it. Despite divergent opinions, there is a strong consensus that, following the decision in *Carter*, substantial measures are needed: firstly, to protect health care providers who object to medically assisted dying for reasons of conscience; secondly, to ensure that eligibility for MAID is sufficiently regulated to protect vulnerable persons; and, thirdly, to ensure that there is truly access to high-quality palliative care.

Many health care practitioners object to MAID based on deeply-held professional, moral and religious convictions. For some providers, even referring a patient to medical assistance in dying would be an unconscionable act.

[English]

CIJA is encouraged by the amendment adopted unanimously in the house committee last night that states clearly that nothing in the act compels an individual to provide or assist in providing medical assistance in dying.

et aux responsables d'établissements de soins confessionnels et qu'il devrait être rendu public afin d'en informer les patients. Cela devrait être précisé de façon claire dans le projet de loi.

Nous croyons fermement que, comme Canadiens, nous devons en faire davantage pour offrir des soins prodigués avec compassion à ceux qui sont malades et pour trouver des façons plus efficaces de réduire leur souffrance et d'améliorer leur qualité de vie. Nous sommes d'avis qu'il est possible pour les gouvernements fédéral et provinciaux de respecter l'arrêt *Carter* tout en défendant le caractère sacré et la valeur de la vie. Au lieu d'encourager la mort, unissons-nous pour améliorer la vie et la chérir.

[Français]

**Richard Marceau, avocat-conseil et conseiller politique principal, Centre consultatif des relations juives et israéliennes :** Je suis ici au nom du Centre consultatif des relations juives et israéliennes, mieux connu sous son acronyme CIJA. CIJA est l'agence qui représente les fédérations juives du Canada. Nous n'avons pas de formule globale pour traiter tous les aspects de l'aide médicale à mourir. Nous ne proposons pas une interprétation de la loi religieuse juive sur cette question et nous ne prétendons pas transmettre la position uniforme de tous les Canadiens juifs.

[Traduction]

Vous connaissez le vieil adage : Réunissez deux juifs, vous aurez trois opinions.

[Français]

Cependant, nous croyons que notre position représente fidèlement les éléments clefs d'entente au sein de la communauté juive. Certains de nos membres appuient l'aide médicale à mourir et d'autres s'y opposent. En dépit d'opinions divergentes, un large consensus existe dans notre communauté sur le fait que, à la suite de la décision *Carter*, des mesures importantes doivent être prises, premièrement, pour protéger les fournisseurs de soins de santé qui s'objectent à l'aide médicale à mourir pour des raisons de conscience, deuxièmement, pour veiller à ce que l'admissibilité à l'aide médicale à mourir soit suffisamment réglementée pour protéger les personnes vulnérables, et troisièmement, pour prévoir un véritable accès à des soins palliatifs de qualité.

De nombreux professionnels de la santé s'opposent à l'aide médicale à mourir en se basant sur leurs profondes convictions professionnelles, morales ou religieuses. Pour certains fournisseurs de soins de santé, le seul fait de recommander un patient à l'aide médicale à mourir constitue un acte inadmissible.

[Traduction]

Le CIJA est encouragé par l'adoption unanime hier soir à la Chambre des communes de l'amendement qui énonce clairement que rien dans le projet de loi n'oblige une personne à fournir de l'aide médicale à mourir ou à aider quelqu'un à la fournir.

[Translation]

This is an important amendment, and we are happy it received unanimous support yesterday.

[English]

While the bill now states clearly that it does not compel health care providers to violate their consciences, the importance of which I cannot overemphasize, there is nothing in the bill that would preclude a provincial legislature or a college of physicians and surgeons from doing so. There is nothing in Bill C-14 that would prevent discriminatory employment practices based on a health care provider's willingness to provide MAID, even if constrained to areas of federal jurisdiction.

While we appreciate the jurisdictional challenge of producing a comprehensive federal response to *Carter*, I would encourage this committee to consider whether there's a way for conscience rights to be further strengthened in federal legislation to demonstrate further leadership that may inform subsequent complementary provincial initiatives.

[Translation]

But I must stress that accommodation of the beliefs of health care professionals should never limit patients' access to medical assistance in dying.

[English]

Several models have been proposed to balance these competing rights, which I would be happy to discuss further.

[Translation]

With respect to eligibility, we empathize with patients below the age of majority who are suffering from a terminal condition and wish to avail themselves of MAID. Given the finality of medical assistance in dying, we believe a cautious approach to criteria for consent is warranted.

We believe the government has struck the correct balance in Bill C-14 by limiting access to MAID to competent adults 18 years of age or older who are at the end of life. This is consistent with assisted dying laws in Quebec and other North American jurisdictions.

Many in our community believe that Canadians should be able to provide consent for MAID in advance of physical or mental deterioration, by establishing advance directives that apply if they become incapacitated.

[Français]

Il s'agit d'une modification importante. Nous sommes heureux que cet amendement ait reçu un appui unanime hier.

[Traduction]

Même si, maintenant, le projet de loi énonce clairement que rien n'oblige les fournisseurs de soins de santé d'agir de façon contraire à leurs convictions, et je ne saurais trop insister sur l'importance de cet amendement, aucune disposition contenue dans le projet de loi ne pourrait empêcher une assemblée législative provinciale ou un ordre des médecins de les contraindre à le faire. Rien dans le projet de loi C-14 ne prévient les pratiques discriminatoires en matière d'emploi fondées sur la volonté d'un fournisseur de soins de santé de fournir de l'aide médicale à mourir, même si ce projet se limite aux domaines de compétence fédérale.

Même si nous mesurons bien le défi que pose l'élaboration d'une loi de portée générale en réponse à l'arrêt *Carter* sur le plan des sphères de compétence, je souhaite inciter le comité à évaluer s'il existe une façon de renforcer davantage le droit à la conscience dans les lois fédérales afin de faire preuve de plus de leadership, sur lequel pourraient s'appuyer des initiatives provinciales complémentaires à l'avenir.

[Français]

J'insiste cependant sur le fait que toute accommodation concernant l'orientation des professionnels de la santé ne devrait pas limiter l'accès des patients à l'aide médicale à mourir.

[Traduction]

Plusieurs modèles ont été proposés afin de concilier ces droits qui s'opposent, et c'est avec plaisir que j'en discuterais davantage.

[Français]

En ce qui concerne l'admissibilité, nous sympathisons avec les patients n'ayant pas atteint l'âge de la majorité, qui souffrent d'un problème de santé et qui voudraient se prévaloir de l'aide médicale à mourir. Compte tenu de la finalité de l'aide médicale à mourir, nous croyons à la nécessité d'adopter une approche prudente à l'égard des critères relatifs au consentement.

Nous croyons que le gouvernement a établi un juste équilibre dans le projet de loi C-14 en limitant l'accès à l'aide médicale à mourir aux adultes compétents âgés de 18 ans et plus et aux patients adultes qui sont au seuil d'une mort naturelle. Cette approche est cohérente avec les lois sur l'aide médicale à mourir du Québec et d'autres juridictions d'Amérique du Nord.

De nombreux membres de notre communauté croient que les Canadiens devraient être en mesure de donner leur consentement à l'aide médicale à mourir avant de subir une détérioration physique ou mentale, afin de donner des instructions préalables au cas où ils deviendraient incapables d'agir.

Some view this as a fundamental component of any effective MAID regime. Others have voiced serious concerns. Upon diagnosis, the patient may not wish to live through an advanced stage of their illness. But this does not mean their desire for MAID will necessarily remain when they are eligible but no longer able to revoke consent.

If this committee chooses to amend Bill C-14 to include advance directives, we believe such directives should adhere to the same rigorous safeguards that are defined in the bill to ensure informed consent. Patients would have to satisfy these requirements while still competent to give informed consent, and their directive would only be carried out once they subsequently satisfy all eligibility requirements.

The last point I wish to discuss is an issue on which there is clear consensus: high-quality palliative care should be universally available. It is essential that medical assistance in dying not be the only, or the default, option available to Canadian patients.

[English]

**Vyda Ng, Executive Director, Canadian Unitarian Council:** The Canadian Unitarian Council thanks the committee for the opportunity to present today. We are an association of 46 Unitarian congregations brought together by a commitment to social justice. We have been active in choices in dying since the early 1970s. We were involved as intervenor in the *Taylor* and *Carter* cases in 2012 and 2014 and most recently presented to the joint committee in February. We want to focus today on several areas, and the first is that of the definition.

The proposed definition outlined is problematic and departs from the original definition outlined in the *Carter* decision. The definition of “grievous and irremediable” specifies that a person has to have a serious and incurable illness to be considered for medical assistance in dying. We believe that this definition is narrower and more restrictive than was intended in the *Carter* decision. Including incurable in the definition suggests that those who have a condition for which there is treatment and a cure will be excluded from this process, even if their condition worsens as a result of the disease. It also suggests that patients must undertake all treatment options in order to pursue a cure, even when those treatment options are not palatable or cause excessive pain or suffering.

Subsection 241.2(2)(b) specifies an advanced state of irreversible declining capability. This excludes those who have chronic or degenerative conditions that are serious and incurable but which may not have advanced into irreversible decline.

Certains considèrent cela comme un élément fondamental de tout régime efficace. D'autres ont exprimé des préoccupations à ce sujet. Après le diagnostic, le patient pourrait, à juste titre, souhaiter ne pas continuer à vivre durant la phase terminale de sa maladie. Toutefois, cela ne signifie pas nécessairement qu'il continuera à désirer une aide médicale à mourir lorsqu'il y deviendra admissible, au moment où il ne sera plus compétent pour révoquer son consentement.

Si le comité choisit de modifier le projet de loi C-14 pour y inclure les directives anticipées, nous croyons que ces directives devraient respecter les mêmes garanties rigoureuses définies dans le projet de loi pour assurer un consentement éclairé. Les patients devront satisfaire à ces exigences au moment où ils sont aptes à fournir un consentement éclairé, et leur directive sera respectée une fois qu'ils auront rempli les conditions d'admissibilité.

Pour terminer, je voudrais discuter d'une question qui fait l'objet d'un large consensus, à savoir la nécessité de fournir des soins palliatifs de haute qualité universellement disponibles. Il est essentiel que l'aide médicale à mourir ne soit pas la seule option, ni l'option par défaut, qui soit offerte aux patients canadiens.

[Traduction]

**Vyda Ng, directrice générale, Conseil unitarien du Canada :** Le Conseil unitarien du Canada remercie le comité de lui donner l'occasion de présenter un exposé aujourd'hui. Notre organisme est une association de 46 assemblées unitariennes fédérées par l'engagement envers la justice sociale. Nous sommes actifs en ce qui concerne les questions touchant les choix de fin de vie depuis le début des années 1970. Nous étions engagés à titre d'intervenants dans les affaires *Taylor* et *Carter* en 2012 et en 2014 et, plus récemment, nous avons présenté un exposé au comité mixte en février. Aujourd'hui, nous souhaitons nous concentrer sur plusieurs points, et le premier est celui de la définition.

La définition proposée dans le projet de loi pose problème et s'écarte de la définition formulée dans l'arrêt *Carter*. La définition de l'expression « grave et irrémédiable » précise qu'une personne doit être atteinte d'une affection grave et incurable pour être admissible à recevoir de l'aide médicale à mourir. Nous sommes d'avis que cette définition est plus étroite et restreinte que celle donnée par la Cour dans l'arrêt *Carter*. Le fait d'inclure le terme « irrémédiable » dans la définition laisse entendre que les personnes atteintes d'un problème de santé pour lequel il existe un traitement et un remède ne seront pas admissibles à ce processus, même si leur situation se dégrade en raison de la maladie. Ce terme suppose aussi que les patients doivent subir tous les traitements offerts en vue de guérir, même si ces traitements ne sont pas acceptables à leurs yeux ou qu'ils causent de la douleur ou de la souffrance intolérable.

Le libellé de l'alinéa 241.2(2)b) énonce le critère de déclin avancé et irréversible des capacités. Ce critère exclut les personnes souffrant de maladies chroniques ou dégénératives graves et incurables, mais qui ne causent pas encore un déclin avancé et irréversible des capacités.

Subsection 241.2(2)(d) adds that their natural death has become reasonably foreseeable. This was not a provision in *Carter* and will subject those Canadians who are suffering but whose conditions do not come with a terminal sentence to unnecessary and prolonged periods of distress.

This requirement limits access to those whose deaths are imminent and excludes many more with chronic conditions and intolerable suffering. The length of time considered to be reasonably foreseeable is open to interpretation and may not work to the advantage of the individual if their physician determines that reasonably foreseeable is nine months rather than three months.

We recommend that this subsection be struck and replaced with text closer to the original *Carter* terminology.

Our second area of concern is that of safeguards. We believe that safeguards are necessary, but the following will make it onerous and restrictive for individuals to access medical assistance in dying, or MAID. Subsection 241.2(3)(g) wants to ensure there are 15 clear days between the day on which the request was signed and the date on which MAID is provided. A period of reflection is helpful; however, we recommend this should be subject to change if the circumstances of the individual worsen rapidly, and should be assessed on a case-by-case basis.

The provision for an individual to give express content to receive MAID places another barrier in the way. Where previous consent was already given, we recommend that this subsection reverts to previous consent if the individual is not conscious or capable.

The third area is that of equitable access and conscientious objection. Consistent regulations need to be set out in federal legislation that specifies processes by which individuals can access MAID if their medical professional exercises their right of conscience not to provide this.

The process needs to state the alternative methods for individuals that honour the medical professional's decision and that do not infringe on the individual's rights, add to the challenge of living with a difficult condition or make it more onerous for the individual. The rights of the medical professional should not supersede the rights of the patient.

De plus, l'alinéa 241.2(2)d) ajoute le critère selon lequel la mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible. L'arrêt *Carter* ne prévoit pas cette exigence, et ce critère obligera les Canadiens qui souffrent, mais dont le problème de santé ne les condamne pas à mourir, à subir une détresse inutile pendant une période prolongée.

Cette exigence limite l'accessibilité à l'aide médicale à mourir aux personnes dont la mort est imminente et exclut de nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques et subissant des souffrances intolérables. La période pouvant être considérée comme étant raisonnablement prévisible est laissée à l'interprétation et pourrait ne pas être à l'avantage de la personne si le médecin de cette dernière estime qu'une période de neuf mois, plutôt qu'une de trois mois, peut être qualifiée de raisonnablement prévisible.

Nous recommandons que le texte de cet alinéa soit remplacé par une formulation plus proche de la terminologie utilisée dans l'arrêt *Carter*.

Le deuxième point qui nous préoccupe est celui des mesures de sauvegarde. Nous sommes d'avis que des mesures de sauvegarde sont nécessaires, mais que celles mentionnées ci-après rendront l'accès à l'aide médicale à mourir difficile et limité. L'alinéa 241.2(3)g) exige de s'assurer qu'« au moins 15 jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par la personne et celui où l'aide médicale à mourir est fournie ». Une période de réflexion est utile; toutefois, nous recommandons qu'il soit possible de modifier cette période, dans le cas où la situation de la personne s'aggrave rapidement, et qu'elle soit évaluée au cas par cas.

De plus, la disposition selon laquelle la personne doit consentir expressément à recevoir l'aide médicale à mourir constitue un autre obstacle. Dans les cas où le consentement a déjà été donné, nous recommandons que cet alinéa prévoie la validité du consentement précédemment donné si la personne n'est pas consciente ou a perdu sa capacité à fournir son consentement de nouveau.

Le troisième point que nous souhaitons souligner est celui de l'équité en matière d'accès et le principe d'objection de conscience. Une réglementation cohérente doit être établie dans la législation fédérale afin de préciser les processus selon lesquels les personnes pourront avoir accès à l'aide médicale à mourir dans le cas où leur professionnel de la santé exerce son droit à la conscience et qu'il n'est pas disposé à offrir de l'aide médicale à mourir.

Le processus doit préciser les autres moyens qui s'offrent aux personnes souhaitant obtenir de l'aide médicale à mourir; ces moyens doivent respecter la décision du professionnel de la santé et ne pas porter atteinte aux droits de la personne, ne doivent pas augmenter le défi que pose le fait de vivre avec un problème de santé difficile ni rendre plus difficile l'accès à l'aide médicale à mourir. Les droits du professionnel de la santé ne devraient pas l'emporter sur les droits du patient.

This needs to be consistently mandated at the federal level in consultation with provinces and territories. Rural and remote areas have specific challenges, and federal legislation needs to define explicit processes for these circumstances.

The fourth area is advance consent. Bill C-14 does not include processes for advance consent, and this provision is necessary in the case of individuals who may later develop advanced dementia, lapse into unconsciousness or have other degenerative conditions that may impact capacity. The exclusion of this option leaves out whole categories of Canadians who want the choice of medical assistance in dying while they still have the capacity to make that decision. We recommend that an amended bill includes this provision for advance requests.

We believe that the *Carter* decision intended the legislation to be compassionate, to allow the irremediably ill to have some choice and control in the time and manner of their dying and to provide for dignity in an individual's last days. It is legislation not only about dying but also taking into consideration what an individual wants at the end of their life.

Most of us will know someone with a condition, whether it's an acquaintance, a colleague, a friend, a family member or a distant relative. What do they want as they struggle with an irremediable illness, a chronic condition or unremitting pain? What do we, as compassionate people, want for them?

We strongly urge you to reconsider the bill as it stands and to make changes that will make it a less restrictive bill — one that follows the intention of *Carter* and allows for dignity for Canadians.

**The Chair:** Thank you. We'll move to questions, beginning with the deputy chair, Senator Jaffer.

**Senator Jaffer:** Thank you very much for all your informative presentations.

I have a question on the section on conscientious objection. Mr. Marceau spoke about it, and Dr. Tang may also want to answer. The house, today or yesterday, amended this section to say, for greater certainty, that "nothing in this section compels an individual to provide, or assist in providing, medical assistance in dying."

Cette prépondérance doit être établie de façon cohérente au fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires. Les régions rurales et éloignées sont confrontées à des défis particuliers, et la législation fédérale doit définir de façon précise les processus qui s'appliquent dans ces situations.

Le quatrième point que nous souhaitons souligner est celui de la notion de consentement anticipé. Le projet de loi C-14 ne prévoit pas de processus permettant le consentement anticipé, et une telle disposition est nécessaire dans le cas de personnes qui pourraient en venir à être atteintes de démence avancée ou devenir inconscientes ou qui souffrent d'autres maladies dégénératives susceptibles de diminuer leurs capacités. Le fait d'exclure cette option fait en sorte que des catégories complètes de Canadiens souhaitant choisir d'obtenir de l'aide médicale à mourir pendant qu'ils ont encore la capacité de prendre des décisions se voient refuser cette possibilité. Nous recommandons d'apporter un amendement au projet de loi afin d'inclure une disposition permettant les demandes d'aide médicale à mourir anticipées.

Nous sommes d'avis que l'intention de la Cour dans l'arrêt *Carter* était que les lois en découlant permettent de faire preuve de compassion, de permettre aux personnes souffrant de problèmes de santé irrémédiables de choisir et de contrôler le moment de leur mort et la façon dont celle-ci surviendra et de protéger la dignité des personnes dans leurs derniers jours. Il s'agit d'une loi qui concerne non seulement la mort, mais aussi le fait de prendre en considération les souhaits d'une personne en ce qui concerne sa fin de vie.

La plupart d'entre nous connaissent une personne souffrant d'une quelconque affection; ce peut être une connaissance, un collègue, un ami, un membre de la famille ou un parent éloigné. Ces personnes qui souffrent d'une maladie incurable, d'un état chronique ou d'une douleur constante, que veulent-elles? Et nous, en tant que personnes compatissantes, que pouvons-nous faire?

Nous vous conseillons fortement de revoir la forme actuelle du projet de loi et de le modifier pour le rendre moins restrictif. Le projet de loi doit suivre le raisonnement de l'arrêt *Carter* et préserver la dignité des Canadiens.

**Le président :** Merci. Nous allons maintenant passer aux questions. Nous allons commencer avec notre vice-présidente, la sénatrice Jaffer.

**La sénatrice Jaffer :** Je tiens à vous remercier tous de nous avoir présenté des exposés instructifs.

J'ai une question sur ce que M. Marceau a dit au sujet de l'objection de conscience. Docteur Tang, peut-être pourriez-vous répondre vous aussi. Aujourd'hui ou hier, la Chambre a modifié un article afin d'en éliminer les ambiguïtés. Voici le nouveau libellé : « 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. »

Having looked at this, I just do not think this section is good enough. I know you haven't had much time to look at this, but I think the wording should be that "nothing in this bill compels an individual to provide medical assistance in dying." May I have your thoughts on that?

**Mr. Marceau:** Thank you for your question, Senator Jaffer. I touched on that in my remarks. Yes, we are aware of the amendment that was put in the bill by the house committee yesterday.

We're also aware, unless I'm mistaken, that Murray Rankin tried to make an amendment that would go further than what was adopted unanimously in committee. Justice officials mentioned they thought that would go too far.

I urge the committee to look into it further. I do believe that this amendment that we welcome could be further strengthened. Suddenly, there's a place for the federal government to send a very strong signal of leadership on this clause. I do believe, as everybody on this panel mentioned, that the right of the patient to access MAID is important. It's protected now under *Carter*. The rights of physicians are also mentioned in *Carter*. It's striking the right balance. We believe there are ways to strike that right balance, and I know you've studied this. Specifically to your point, we believe it could be strengthened.

**Senator Jaffer:** Imam Hashmi, you and others may want to add to this. When you spoke in the house you spoke about the issue of stigma within faith-based communities. What do you mean? The person obviously will have died, so it's the families who will suffer from stigma. Can you expand on that, please?

**Mr. Hashmi:** Sure. I think there are different types of attitudes with regard to suicide and to this issue as well. There may be some people in communities who may be comfortable, depending on their family and their values, but there may be others who may not be comfortable. The challenge is with regard to respecting the privacy of the patient; yes, that is important, but at the same time, it is our view that the family should have a role, ideally, in this entire process.

That's why we talk about the end-of-life care team, especially the social worker, who would be able to talk to the patient and dig a little deeper, and if they so want, include the family as well. In that way, hopefully they can come together for a decision that works especially for the patient but for the family members as well.

On the other hand, there can be the scenario where the patient exercises their right to physician-assisted dying, and then afterwards the family members find out that was actually the cause and word gets out. Again, there can be situations where family members may be distressed to find out that's what actually happened.

Après avoir étudié l'article, je ne crois pas qu'il est satisfaisant. Je sais que vous avez eu peu de temps pour l'étudier, mais je crois qu'il devrait être formulé ainsi : « Il est entendu que le présent article n'a pas pour effet d'obliger quiconque à fournir l'aide médicale à mourir. » Pourriez-vous vous exprimer à ce sujet?

**M. Marceau :** Je vous remercie de la question, madame la sénatrice. J'ai abordé cette question dans ma déclaration préliminaire, et, effectivement, nous sommes conscients du fait que le comité de la Chambre a adopté hier un amendement en ce sens dans le projet de loi.

Nous savons également, sauf erreur de ma part, que M. Murray Rankin a proposé un amendement qui irait au-delà de ce qui a été décidé unanimement par le comité. Les représentants du ministère de la Justice ont mentionné que l'amendement allait trop loin, selon eux.

Je prie le comité d'approfondir la question. Je crois fermement que l'amendement adopté pourrait être renforcé. Il y a soudain une occasion pour le gouvernement fédéral d'envoyer un message très clair et de démontrer son leadership relativement à la clause en question. Je crois fermement, comme tous les témoins l'ont mentionné, qu'il est important que les patients aient le droit d'accéder à l'aide médicale à mourir, droit désormais protégé par l'arrêt *Carter*. Les droits des médecins sont également mentionnés dans l'arrêt *Carter*. Il s'agit d'atteindre un équilibre juste, et nous croyons qu'il y a des façons d'y arriver. Je sais que vous vous êtes penchés sur la question. Pour répondre à votre question en particulier, nous croyons que l'article pourrait être renforcé.

**La sénatrice Jaffer :** Monsieur Hashmi, vous-même ainsi que d'autres personnes pourriez peut-être vous exprimer. Vous avez parlé à la Chambre du problème lié à la stigmatisation au sein des groupes confessionnels. Que vouliez-vous dire? Puisque la personne sera évidemment décédée, la stigmatisation visera les familles. Pouvez-vous approfondir le sujet, s'il vous plaît?

**M. Hashmi :** Bien sûr. Je crois que les attitudes diffèrent en ce qui concerne le suicide et la question présentement à l'étude. Dans les groupes confessionnels, il se peut que certaines personnes soient à l'aise avec cela, selon leur famille et leurs valeurs, tandis que d'autres personnes ne le seront pas. La difficulté vient du fait qu'il faut protéger la vie privée du patient; c'est un aspect important, mais nous croyons également que la famille devrait, idéalement, jouer un rôle tout au long du processus.

C'est pour cette raison que nous évoquons le sujet de l'équipe de soins en fin de vie. En particulier, le travailleur social devrait pouvoir parler avec le patient pour étudier la question et, si le patient le souhaite, faire participer sa famille. Ainsi, ils pourront prendre ensemble une décision qui satisfait le patient, en premier lieu, ainsi que les membres de sa famille.

D'un autre côté, il peut arriver que le patient exerce son droit d'avoir recours à l'aide médicale à mourir sans le dire à sa famille. Plus tard, la famille l'apprend et la rumeur se répand. Je le redis : il peut arriver que les membres de la famille soient bouleversés en apprenant ce qui s'est vraiment passé.

**Senator Plett:** I want to continue along the line of the first question raised by Senator Jaffer.

Mr. Worthen, in my opinion, the added provision that the House of Commons Justice Committee put in simply reiterates the fact that no such a stipulation is part of this section but would allow the provinces to make the decision as to what extent they would allow for conscientious objection. Of course, the College of Physicians in Ontario has made it explicitly clear that they will not accept conscientious objection, if it is up to them.

Do you think the amendment is explicit enough to meet what you and many of us would like to see?

**Mr. Worthen:** Our primary concern is for the patient's well-being. We're also concerned that our doctors, like Dr. Tang, are able to continue to practise medicine. We're very grateful for that amendment that came out yesterday. It certainly is a step in the right direction.

But our concern is that the intention of Parliament is perhaps not clear enough in that amendment. We'd like some clarification, possibly in a whereas clause, that would indicate that it is Parliament's intention that there is no requirement indicated in the legislation that caregivers would be forced to participate in physician-assisted dying, either directly or indirectly.

**Senator Plett:** "Indirectly" meaning referral?

**Mr. Worthen:** Correct. The problem is that it's unclear from that amendment whether Parliament is not entering into that area because it's a provincial jurisdiction or because they don't believe that caregivers' conscience rights should be protected.

From all the people I've spoken to, I think the parliamentarians believe that conscience rights should be protected. I don't see any reason why there would be any harm putting in a whereas clause that would clearly clarify that what is happening here is that Parliament's intention was to create exceptions to the Criminal Code under certain circumstances. Part of those circumstances, we feel, should be that the people who implement these acts are doing so in a voluntary way; in other words, there's no one coercing them or forcing them to do that.

**Senator Plett:** Dr. Tang, would you comment on how it might impact your work as a psychiatrist if it was mandatory that you refer a patient who requests medical assistance in dying to a willing practitioner?

**Dr. Sephora Tang, Psychiatrist, The Ottawa Hospital, Coalition for HealthCARE and Conscience:** In my work as a psychiatrist, I deal every day with patients who have either tried to commit suicide or are chronically suicidal, very depressed, suffering

**Le sénateur Plett :** Je veux reprendre la question posée par la sénatrice Jaffer.

Monsieur Worthen, à mon avis, la disposition ajoutée par le comité de la justice de la Chambre des communes ne fait que réitérer le fait que l'article se soustrait à toute spéculation tout en permettant aux provinces de décider par elles-mêmes de la mesure dans laquelle l'objection de conscience est acceptable. Par exemple, l'Ordre des médecins de l'Ontario a fait savoir de façon explicite qu'il n'accepterait aucune objection de conscience si la décision lui revenait.

Croyez-vous que l'amendement soit assez explicite pour atteindre les objectifs visés par vous et par bon nombre d'entre nous?

**M. Worthen :** Nous sommes avant tout préoccupés par le bien-être du patient. Nous voulons aussi que nos médecins, comme la Dre Tang, puissent continuer de pratiquer la médecine. Nous sommes très reconnaissants de l'amendement adopté hier. Nous croyons que cela est incontestablement un pas dans la bonne direction.

Toutefois, nous sommes préoccupés par le fait que l'intention du Parlement pourrait être perçue comme ambiguë à la lumière de l'amendement. Nous aimerions qu'il y ait clarification, peut-être un « attendu » énonçant que l'intention du Parlement est de ne pas obliger, sous le régime de la loi, les personnes soignantes à participer directement ou indirectement à l'aide médicale à mourir.

**Le sénateur Plett :** Par « indirectement », parlez-vous d'aiguillage?

**M. Worthen :** C'est exact. Le problème vient du fait que l'amendement est ambigu : nous ne savons pas si le Parlement ne dit rien à ce sujet parce que cela relève de la compétence provinciale, ou parce qu'il ne se préoccupe pas de la protection du droit à la liberté de conscience des personnes soignantes.

À la lumière de toutes les conversations que j'ai eues, je crois que les parlementaires estiment que le droit à la liberté de conscience doit être protégé. Je suis d'avis qu'il ne serait aucunement nuisible d'ajouter un « attendu » qui définirait clairement l'intention du Parlement de prévoir des exceptions au Code criminel dans certaines circonstances. Nous croyons aussi que ces circonstances devraient comprendre, entre autres, que les gens qui appliquent ces lois doivent le faire de façon volontaire; en d'autres mots, il ne doit y avoir aucune contrainte ni pression.

**Le sénateur Plett :** Docteur Tang, comment cela influencerait-il votre travail de psychiatre si vous aviez l'obligation d'aiguiller un patient qui demande d'avoir accès à l'aide médicale à mourir vers un médecin qui est disposé à lui offrir cette aide?

**Sephora Tang, psychiatre, L'Hôpital d'Ottawa, Coalition for HealthCARE and Conscience :** En tant que psychiatre, je travaille tous les jours avec des patients qui ont déjà fait une tentative de suicide, qui ont fait des tentatives de suicide répétées, qui

immensely. It is my job, as a psychiatrist, that they are able to come to me, in a place that is safe, like the hospital, and I give them hope in a moment when they have lost all hope. They need to see that I remain consistent in this.

It is very difficult for me, as a professional physician and psychiatrist, to say that some of my patients I should be referring to medical aid in dying. When do I make that decision when this would be suitable for this patient and not for others?

With the whole issue of conscientious objection, it's almost as though my professional judgment has been stripped, because they say if you are a conscientious objector, which I am, I must make a referral, no matter what I think, whether I think this might be good for my patient or not, whereas those who do not necessarily have conscientious objections may not need to make this effective referral.

It places me in a very difficult position because I know that if I am to make an effective referral, I will most likely be making it to my colleagues who do not have conscientious objections to this in principle. How do I feel about sending my patient, somebody I know that I could work with if they would be willing to work with me, to somebody that I know may be also the person that would be causing the death of this patient?

I wish to be able to do my work, which I honestly love. It is the most rewarding thing to be able to work with my patients and journey with them and to see them come out of a very dark place. I need time to be able to do that with my patients.

If we do not have legislation that allows me to practise according to my conscience, this time that I have with my patients to work with them will be truncated, and I feel to their detriment and to the detriment of the families and friends of the patient that are left behind, and also to the individual health care professionals and the team members who work with this patient as well.

**Senator Joyal:** Mr. Worthen, I would like to ask you to extend our greetings to Cardinal Collins. I would have liked to exchange views with him on that subject.

**Mr. Worthen:** I will.

**Senator Joyal:** Are you aware of section 31 of the legislation in Quebec?

**Mr. Worthen:** Yes, I am.

**Senator Joyal:** If I have listened to you carefully, you don't agree with section 31 of the Quebec bill?

**Mr. Worthen:** Senator, if I may, one of my concerns in this whole area is the lack of dialogue with organizations like ours in the developing of these types of legislation, whether it's the college or the Quebec government; we are never consulted in these things. It's a shame, because with a little tweaking, we could find the

souffrent d'un état dépressif grave ou qui souffrent immensément. Ces personnes viennent me voir dans un endroit sécuritaire, comme un hôpital, et c'est mon travail, en tant que psychiatre, de leur redonner de l'espoir quand ils n'en ont plus. Ils doivent voir que ma démarche est cohérente.

Il m'est très difficile, en tant que médecin et psychiatre, de dire que certains patients devraient avoir accès à l'aide médicale à mourir. Comment puis-je décider si cela est adapté à un patient, mais pas à un autre?

Avec toute cette affaire concernant l'objection de conscience, on m'enlève pratiquement tout jugement professionnel; c'est comme si on disait que je dois, même si je suis objectrice de conscience, aiguiller le patient, peu importe mon avis et peu importe si je crois ou non que cela convient au patient, tandis que d'autres qui n'ont pas nécessairement d'objections de conscience n'auraient pas, de fait, à aiguiller ces personnes.

Je me retrouve donc dans une situation très difficile, parce que je sais que si je dois faire une recommandation efficace, je vais probablement aiguiller le patient vers un de mes collègues qui n'éprouve pas d'objection de conscience face à ce principe. Qu'est-ce que je dois ressentir en aiguillant un patient, une personne que je pourrais aider si elle était prête à travailler avec moi, vers quelqu'un qui pourrait l'aider à mourir?

J'aime franchement mon travail, et je veux pouvoir le faire. Il n'y a rien de plus gratifiant que de travailler avec des patients pour les aider à prendre du mieux, les aider à sortir de leurs ténèbres, mais cela prend du temps.

Si la loi ne me permet pas de pratiquer la médecine en toute conscience, si le temps que je vais pouvoir passer avec mes patients est amputé à cause de cela, j'ai l'impression que cela leur sera défavorable, à eux et aux personnes, famille et amis, qu'ils quittent. Je crois que cela sera aussi défavorable pour les professionnels de la santé et les membres de l'équipe qui travaillent avec le patient.

**Le sénateur Joyal :** Monsieur Worthen, puis-je vous demander de présenter nos salutations au cardinal Collins? J'aurais aimé connaître son opinion sur le sujet.

**M. Worthen :** Je n'y manquerai pas.

**Le sénateur Joyal :** Connaissez-vous le contenu de l'article 31 du projet de loi québécois?

**M. Worthen :** Oui.

**Le sénateur Joyal :** Si j'ai bien compris ce que vous avez dit, vous n'êtes pas en accord avec l'article 31 du projet de loi québécois.

**M. Worthen :** Monsieur le sénateur, si vous me le permettez, je dirais qu'une de mes préoccupations dans toute cette affaire tient à l'absence de dialogue avec les organisations comme la nôtre en ce qui a trait à l'élaboration de lois de ce genre. Que ce soit l'Ordre des médecins ou le gouvernement du Québec, on ne nous consulte

Quebec legislation acceptable. The way it currently reads, it requires that the doctor complete a form, for instance, that is sent in to an administrator.

There are ways for us to work through those things and to make that work, with some collaboration with the Quebec government. If I could meet with the College of Physicians and Surgeons of Ontario and sit down and dialogue with them, I know that through things like transfer of care, for instance, through direct access, which is something that has been endorsed by the Minister of Health federally, that with those things, if I could sit down with the Quebec government, I truly believe we could come up with a combination that would work with our doctors, that would ensure we respect patient requests, and that we also protect conscience rights. I don't mean to belabour this, but one of my major concerns is that we never get the opportunity to sit down and dialogue about these things. I think these things could be resolved more quickly.

**Senator Joyal:** My other question is the reference that you make to the *Carter* decision, whereby the Supreme Court has stated quite clearly that no practitioner should be compelled to provide physician-assisted death, and that to me is totally in conformity with section 2(a) of the Charter. The freedom of conscience and religion is protected by a very wide statement that everyone has the following fundamental freedoms. The problem stems with the institution. As you say in your brief, in Ontario I understand there are 110 health care facilities. When a health care facility is in a position of exclusivity in a region, it's a different situation than if you are in Toronto where there are all kinds of care facilities, where a person, according to his or her own faith, could register in such an institution.

But when there is an exclusive position of an institution in a region where it's the only care facility and the government provides funds, as you know, under the Canada Health Act, that is where there's a real problem of accessibility and of the right to have physician-assisted death. I don't know if I am making myself clear enough for you to understand the variation.

As much as we don't want to hurt the conviction of the administrator of the institution, we have to be careful that the service remains available where there are no other health care facilities available.

**Mr. Worthen:** That's a very good question. We're in the process of a dialogue with various provincial governments on this. I've met privately with officials from the Government of Ontario, and they've indicated there are no such facilities in Ontario. The facility often mentioned is one in Comox, B.C., but when we researched it, we discovered that within 12 months they will have a new secular-based facility there.

jamais à propos de cela. C'est dommage, parce qu'il ne suffirait que de légères modifications pour rendre le projet de loi québécois acceptable à nos yeux. Par exemple, sous sa forme actuelle, un médecin doit remplir un formulaire qui sera ensuite transmis à un administrateur.

Nous pouvons trouver des solutions qui satisferont toutes les parties, si le gouvernement du Québec est prêt à collaborer. Si je pouvais discuter avec l'Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario ou avec le gouvernement du Québec, il serait possible de trouver une solution qui conviendrait à nos médecins. Par exemple, il y a le transfert des soins et l'accès direct, appuyé à l'échelon fédéral par la ministre de la Santé. Nous pourrions veiller au respect des demandes des patients tout en protégeant notre droit à la liberté de conscience. Je ne veux pas m'éterniser sur le sujet, mais l'une de mes préoccupations principales tient au fait que nous n'avons jamais l'occasion d'échanger là-dessus. Je crois que nous pourrions trouver des solutions plus rapidement.

**Le sénateur Joyal :** Je veux poser une autre question sur ce que vous avez mentionné à propos de l'arrêt *Carter*. La Cour suprême a déclaré très clairement qu'aucun médecin ne devrait être obligé de fournir l'aide médicale à mourir, ce qui, à mon avis, est entièrement en conformité avec l'alinéa 2a) de la Charte. La liberté de conscience est protégée par un énoncé très large selon lequel chacun jouit des libertés fondamentales mentionnées. Le problème vient des établissements. Comme vous l'avez dit dans votre mémoire, l'Ontario compte 110 établissements de soins de santé. La situation n'est pas la même dans une région où il n'y a qu'un seul établissement de soins de santé, comparativement à Toronto, par exemple, où il y en a de toutes sortes, et où une personne pourrait, en suivant sa foi, demander d'y être admise.

Mais dans certains cas, il n'y a qu'un seul établissement de soins de santé, financé par le gouvernement sous le régime de la Loi canadienne sur la santé. Dans ces cas, l'accessibilité et le droit d'avoir recours à l'aide médicale à mourir peuvent constituer un véritable problème. Je ne sais pas si je me suis exprimé assez clairement : comprenez-vous la différence?

Bien que nous ne voulions aucunement aller à l'encontre des convictions de l'administrateur d'un établissement, nous devons nous assurer que le service demeure offert lorsqu'il n'y a aucun autre établissement de santé.

**M. Worthen :** C'est une très bonne question. Nous sommes engagés dans un processus de dialogue avec divers gouvernements provinciaux à ce sujet. J'ai rencontré en privé des représentants du gouvernement de l'Ontario, et ils m'ont révélé qu'il n'existe aucun de ces établissements en Ontario. L'établissement qui est souvent mentionné est celui qui se trouve à Comox, en Colombie-Britannique, mais nos recherches à son sujet ont révélé que, d'ici 12 mois, il y aura de nouvelles installations laïques à cet endroit.

The other thing that we need to keep in mind is if you look at the Oregon statistics, the vast majority of people actually want to end their lives at home, those who choose assisted suicide.

I think this is a theoretical problem that can be worked out. All of our facilities are prepared to facilitate transfers for patients. The other expectation is that because people would be aware early on that our facilities are not able to allow this, plans could be put in place earlier as opposed to later to make sure that patient wishes are followed.

I think that on the part of the facilities, there's a tremendous willingness — we can't celebrate this. We can't facilitate it, but at the same time, we can't stop people. So we're prepared to work to help patients transfer, if they tell us where they want to be transferred to. I personally believe that in almost all cases there will be a positive result from the patient's perspective.

[*Translation*]

**Senator McIntyre:** Thank you for your remarks. Mr. Marceau, you mentioned that the approach of Bill C-14 is consistent with Quebec's MAID statute and with the statutes in effect in other North American jurisdictions. Certain commentators have indeed noted that the federal MAID bill is very much modelled on the Quebec statute concerning end-of-life care. However, as you know, the federal bill differs from the provincial statute in several respects. You brought up the question of eligibility, and, with you, I would like briefly to compare the eligibility criteria in the Quebec legislation with the criteria contained in the federal bill.

The Quebec statute applies to patients in the end-of-life phase. The federal bill, for its part, uses terminology different from the Quebec bill's. It does not require that the diagnosis be based on the amount of time the patient has remaining, whereas the Quebec statute states that the doctor must inform the patient of the prognosis for his or her illness.

Is the criterion used in Bill C-14 more general, and more flexible, than the criterion contained in the Quebec statute?

**Mr. Marceau:** I would specify two points. Firstly, when I said that Bill C-14 is consistent with the approach in Quebec and other North American jurisdictions, I meant that it's about people in the end-of-life phase.

This differs from the approaches in Europe — in Belgium, for example — where this is not necessarily the case. If I may, I will quote from our Supreme Court's decision in *Carter*:

L'autre chose qu'il ne faut pas oublier, lorsqu'on regarde les statistiques de l'Oregon, c'est que la grande majorité des gens qui choisissent l'aide médicale à mourir préfèrent en fait finir leur vie chez eux.

Je crois qu'il s'agit d'un problème théorique qui peut être résolu. Tous nos établissements sont prêts à permettre le transfert de patients. Puisque les gens sauraient assez vite que notre établissement ne peut permettre cela, des mesures pourraient être prises plus tôt afin de faire en sorte que le souhait du patient soit respecté.

Je crois que les établissements ont une énorme volonté... Nous ne pouvons nous réjouir de ce qui se passe. Nous ne pouvons faciliter la chose, mais en même temps, nous ne pouvons arrêter les gens. C'est pourquoi nous sommes préparés à aider les patients à être transférés, s'ils nous disent où ils veulent être transférés. Je crois personnellement que, dans presque tous les cas, le résultat sera positif du point de vue du patient.

[*Français*]

**Le sénateur McIntyre :** Merci de vos présentations. Monsieur Marceau, dans votre présentation, vous avez mentionné que l'approche du projet de loi C-14 est cohérente avec la loi sur l'aide médicale à mourir du Québec et celles d'autres juridictions de l'Amérique du Nord. Il est vrai que certains commentateurs ont souligné que le projet de loi fédéral sur l'aide médicale à mourir est fortement inspiré de la loi québécoise concernant les soins de fin de vie. D'autre part, comme vous le savez, le projet de loi fédéral se distingue de la loi provinciale sur plusieurs plans. Vous avez soulevé la question de l'admissibilité, et je voudrais brièvement comparer avec vous les critères d'admissibilité contenus dans la loi québécoise à ceux du projet de loi fédéral.

La loi québécoise s'applique aux patients en fin de vie. Par ailleurs, le projet de loi fédéral utilise une terminologie différente de la loi québécoise. Le projet de loi fédéral ne requiert pas que le diagnostic soit établi selon l'espérance de vie du patient, alors que la loi québécoise prévoit que le médecin doit informer le patient du pronostic relatif à sa maladie.

Est-ce que le critère retenu dans le projet de loi C-14 est plus général et plus flexible que celui qui est énoncé dans la loi québécoise?

**M. Marceau :** J'aurais deux points à préciser. D'abord, lorsque je disais que le projet de loi C-14 était cohérent avec l'approche du Québec et celle d'autres juridictions de l'Amérique du Nord, c'est qu'il est question de personnes en fin de vie.

Cela se distingue des approches européennes, comme en Belgique, où ce n'est pas nécessairement le cas, et je vais vous citer la décision de la Cour suprême dans le jugement *Carter* en anglais :

[English]

. . . high-profile cases of assistance in dying in Belgium which would not fall within the parameters suggested in these reasons, such as euthanasia for minors or persons with psychiatric disorders or minor medical conditions. . . .

[Translation]

That is what I meant, in terms of general approach.

As for the exact terminology, you are a legislator; I was one too for a while. As you know, the following passage has not simply been cut and pasted:

(d) their natural death has become reasonably foreseeable, taking into account all of their medical circumstances, without a prognosis necessarily having been made as to the specific length of time that they have remaining.

As far as I'm concerned, the situation in Quebec is very similar to that. The wording is different, and a jurist or legislator would see some differences, but the philosophy seems very similar to me, in both cases. The federal bill runs along the same lines.

**Senator McIntyre:** For the moment, the bill is silent about the conscience-related rights of physicians, nurses and pharmacists.

I notice, as well, that you're encouraged that the bill does not force physicians to refer their patients directly. Would you care to develop that point further?

**Mr. Marceau:** Various approaches were proposed, and I will cite two of them. The Canadian Medical Association referred to a central information and counselling service that would address that issue. We, at CIJA, quite like the approach of Dr. Herschl Berman, who is both an internal medicine and palliative care specialist at the Temmy Latner Centre for Palliative Care in Toronto, and a professor at the University of Toronto. If I may, I would like to quote him, because I find his remarks very pertinent. But, since time is limited, I will send you the quote so you can forward it to the committee members.

**Senator Dagenais:** I would like to continue along the same lines with regard to Bill C-14, and, in particular, the minimum age of 18. Are you not worried that this aspect could give rise to protracted and painful judicial and constitutional challenges? In this regard, do you not think that we should take advantage of the current debate to make more amendments, rather than initiating yet another policy debate, in the wake of another Supreme Court judgment?

[Traduction]

... cas récents, controversés et médiatisés d'aide à mourir en Belgique auxquels ne s'appliqueraient pas les paramètres proposés dans les présents motifs, tels que l'euthanasie pour les mineurs ou pour les personnes affectées de troubles psychiatriques ou de problèmes de santé mineurs...

[Français]

C'est ce que je disais en termes d'approche générale.

Quant à la terminologie exacte, vous êtes législateur; je l'ai été pendant un certain temps également, et ce n'est pas du copier-coller lorsque je lis ce qui suit :

d) sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

Cela me semble assez semblable à la situation du Québec. Les termes sont différents, et tout juriste ou tout législateur serait capable d'y voir des distinctions. Cependant, je vois une approche philosophique qui est très similaire. Cela s'inscrit dans la même lignée.

**Le sénateur McIntyre :** Le projet de loi est actuellement muet sur la question des droits de conscience des médecins, infirmiers et pharmaciens.

Par ailleurs, je constate que vous êtes encouragé par le fait que le projet de loi ne force pas les médecins à recommander directement leurs patients. Voulez-vous nous en dire davantage à ce sujet?

**M. Marceau :** Différentes approches ont été proposées, et je vais vous en citer deux. L'Association médicale canadienne a parlé d'un service central d'information et de counselling qui permettrait de régler ce problème. Une approche que nous aimons bien est celle du Dr Herschl Berman, spécialiste en médecine interne et soins palliatifs du Temmy Latner Centre for Palliative Care de Toronto, et professeur à l'Université de Toronto. Si vous me le permettez, j'aimerais le citer, parce que je trouve ses propos très pertinents. Mais comme il faut être bref, je vous transmettrai la citation et vous pourrez la transmettre aux membres du comité.

**Le sénateur Dagenais :** Je vais continuer dans le même ordre d'idées sur l'approche du projet de loi C-14, plus particulièrement en ce qui concerne l'âge minimal de 18 ans. Ne craignez-vous pas que cet aspect puisse donner lieu à des contestations judiciaires et constitutionnelles qui pourraient être longues et déchirantes? À cet égard, ne trouvez-vous pas que nous devrions profiter du débat actuel pour créer davantage d'amendements au lieu de recommencer un autre débat politique à la suite d'un autre jugement de la Cour suprême?

**Mr. Marceau:** Given the delicate nature of this debate, and as someone who is not a betting man, I'm prepared to bet an old two-dollar bill that, in any event, the bill passed by this Parliament will make its way to the court. A challenge-proof bill is not going to happen, however much that's the objective.

Secondly, as the saying goes —

[*English*]

Hard cases make bad law.

[*Translation*]

Thus, anything related to MAID for people under the age of 18 is going to be very sensitive, because it involves someone who will be continuing to suffer and who, if they were a few months older, would be able to exercise the right. There is no easy solution here. I have to consider what it's like to be a parent called upon to help his or her child make such a decision. What position would a parent take in such a matter? Several people at this table are parents. How would you react if your 15-, 16- or 17-year-old child, who is not yet able to vote, wanted assistance in dying? Does the child have the kind of capacity, education and maturity to make the decision? It is impossible to have a hard and fast position.

This was alluded to in the three main points; internally, it was the most difficult. We opted for caution when we decided that one needs to be an adult to make such a decision, given the irreversible consequences.

**Senator Dagenais:** Young people do vote at the age of 16.

**Mr. Marceau:** Is that so?

**Senator Dagenais:** Well, it will eventually be the case, but that will be the subject of another debate.

**Mr. Marceau:** Indeed, and that will be a pleasure.

[*English*]

**Senator Batters:** I want to start out by saying, Dr. Tang, that I really appreciate the fact that you talked about hope today, because it's a word that I often use, especially regarding mental illness, and it's a word we've heard too infrequently in our committee hearings about this topic. So thank you for that. I hope that whatever happens in these particular hearings and with this legislation going through, we're able to achieve a result that will allow you to have the conscience protection that you are seeking.

For Mr. Worthen and Mr. Marceau — first of all, Mr. Marceau, I was trying to place you, and I think I have. You used to be a member of Parliament, right?

**Mr. Marceau:** Yes, in a previous life.

**Senator Batters:** For the Bloc Québécois?

**M. Marceau :** Compte tenu de la nature délicate de ce débat, et je ne suis pas quelqu'un qui parie souvent, mais je suis prêt à parier un vieux deux dollars avec vous que, de toute façon, le projet de loi qui sera adopté par vous, les législateurs, sera amené au tribunal. Si la condition pour adopter un projet de loi est que personne ne puisse le contester, cela n'arrivera pas.

Deuxièmement, comme on dit en anglais —

[*Traduction*]

Les affaires complexes font la jurisprudence boiteuse.

[*Français*]

Donc, tout ce qui touche, par exemple, à l'aide médicale à mourir pour des gens de moins de 18 ans est très sensible, parce qu'on laisserait quelqu'un souffrir, alors que s'il avait quelques mois de plus, il pourrait se prévaloir de ce droit. Il n'y a pas de solution facile. Je me mets à la place d'un parent qui aurait à aider son enfant à prendre cette décision. Comment un parent se placerait-il? Plusieurs personnes autour de la table sont des parents. Comment réagiriez-vous si votre enfant de 15, 16 ou 17 ans voulait se prévaloir de l'aide à mourir, alors qu'il ne peut même pas voter? Est-ce que l'enfant a cette capacité, cette formation, la maturité pour prendre la décision? Il n'y a pas de position très claire.

Cela a été évoqué dans les trois principaux points; il s'agissait du débat le plus difficile à l'interne. Nous avons opté pour la prudence en décidant qu'il fallait être adulte pour prendre cette décision-là, étant donné les conséquences qui sont irréversibles.

**Le sénateur Dagenais :** Les jeunes votent quand même à 16 ans.

**M. Marceau :** C'est vrai?

**Le sénateur Dagenais :** En tout cas, ce sera le cas éventuellement, mais cela fera l'objet d'un autre débat.

**M. Marceau :** Ce sera un autre sujet à débattre, et ce sera avec plaisir.

[*Traduction*]

**La sénatrice Batters :** J'aimerais commencer par dire, Dre Tang, que j'apprécie beaucoup que vous ayez parlé d'espoir aujourd'hui, car c'est un mot que j'utilise souvent, surtout en matière de maladies mentales; c'est un mot qui n'est pas prononcé souvent dans les audiences de notre comité sur ce sujet. Je vous en remercie, donc. J'espère, quoi qu'il arrive dans ces audiences particulières et relativement à l'adoption de ce projet de loi, que nous serons capable d'atteindre un résultat qui vous permettra d'obtenir la protection de la liberté de conscience que vous recherchez.

Quant à MM. Worthen et Marceau... Tout d'abord, monsieur Marceau, j'avais l'impression de vous avoir déjà vu, et je crois avoir trouvé : vous avez déjà été député, n'est-ce pas?

**M. Marceau :** Oui, dans une autre vie.

**La sénatrice Batters :** Pour le Bloc Québécois?

**Mr. Marceau:** Yes.

**Senator Batters:** Welcome back to Parliament.

**Mr. Marceau:** Thank you.

**Senator Batters:** Thank you for your comment that you earlier made regarding the brand new amendment that the House of Commons has made on this particular bill regarding conscience protection, but really not providing a lot of protection thus far; and for your important comment that you made that that would leave things open, potentially, for provinces and regulatory bodies and that sort of thing, so we need to have a more comprehensive conscience protection.

I wanted to get Mr. Worthen's further impressions of that to indicate what he would be looking for specifically. You briefly commented on it before, but if there's something that you can further elaborate on regarding conscience protection, that it's just a small amount of protection that's been provided by this new amendment, what further protection would you be looking for?

**Mr. Worthen:** Thank you very much for the opportunity to answer the question. We have a couple of precedents — we have medical marijuana and we also have the Civil Marriage Act — that provide us with examples of where the federal government is active and at the same time is also occupying a bit of provincial jurisdiction there in matters of national importance.

We're grateful for what's happened at the Commons Justice Committee, but I think the key is for it to be made clear to everyone that it is the opinion, the will of Parliament, that conscience rights, guaranteed in the Constitution, apply to this case and should be applicable. Parliament is the one, after all, who is carving out this section of the Criminal Code of Canada.

So it would seem to me that if Parliament were to carve out a section and it allows people to do certain things under certain conditions, then to say that those people can only do those things if they are doing them voluntarily, it would seem to me that could be incorporated into the legislation, that no one will be required to do anything under this carve-out that is not done in a voluntary way.

The other thing is that the amendment leaves some question in my mind as to whether Parliament is saying, "We're not getting involved in this because we don't want to tread on provincial jurisdiction," or they're not getting involved in it because they don't believe in it. I think that if we were to clearly give Parliament's intention that conscience rights are there, they're applicable to this situation, they include both directly and indirectly participating, and that Parliament is essentially providing exceptions from the Criminal Code under these circumstances and that these exceptions only are in place when the person is doing it in a voluntary way, those would be my suggestions for us to proceed.

**M. Marceau :** Oui.

**La sénatrice Batters :** Heureuse de vous revoir.

**M. Marceau :** Merci.

**La sénatrice Batters :** Je vous remercie pour le commentaire que vous avez formulé plus tôt concernant le tout nouvel amendement que la Chambre des communes a déposé pour ce projet de loi concernant la protection de la liberté de conscience, sans toutefois offrir beaucoup de protection pour l'instant; j'apprécie également votre important commentaire selon lequel cela permettrait peut-être de laisser le champ libre aux provinces et aux organismes de réglementation et autres entités de ce genre, alors nous devons mettre en place une protection de la liberté de conscience plus complète.

J'aurais aimé en entendre davantage sur les impressions de M. Worthen à ce sujet, pour savoir qu'est-ce qu'il chercherait à obtenir en particulier. Vous avez déjà formulé de brefs commentaires à ce sujet, mais si vous pouviez en dire davantage sur la protection de la liberté de conscience, sur le fait que ce nouvel amendement ne fournit qu'une mince protection à ce sujet, quelle protection supplémentaire recherchiez-vous?

**M. Worthen :** Je vous remercie de me donner l'occasion de répondre à la question. Nous avons deux ou trois précédents — comme la marijuana thérapeutique et la Loi sur le mariage civil — qui nous fournissent des exemples de domaines où le gouvernement fédéral est actif et exerce une compétence qui coexiste avec celle des provinces dans des dossiers d'importance nationale.

Nous sommes reconnaissants de ce qui s'est produit au comité de la justice aux Communes, mais je crois qu'il est essentiel que tout le monde sache clairement que le Parlement est d'avis et veut que la liberté de conscience, garantie par la Constitution, s'applique ici et devrait s'appliquer. Après tout, c'est le Parlement qui définit cet article du Code criminel du Canada.

Par conséquent, il me semblerait que, si le Parlement rédigeait un article qui permet aux gens de faire certaines choses dans certaines conditions, et s'il disait ensuite que ces gens ne peuvent faire ces choses que s'ils le font volontairement, il me semble que cela pourrait être précisé dans la loi : qu'on ne peut obliger personne à faire contre son gré quoi que ce soit en vertu de cet article.

L'autre question que cet amendement soulève dans mon esprit est celle de savoir si le Parlement est en train de signifier qu'il ne veut pas s'en mêler parce qu'il ne veut pas empiéter sur des compétences provinciales, ou si c'est parce qu'il n'y croit pas. Je crois que, si nous voulions clairement signifier les intentions du Parlement, à savoir le fait que la liberté de conscience existe, qu'elle s'applique à la situation, qu'elle comprend la participation directe et indirecte et que le Parlement prévoit essentiellement des exceptions au Code criminel dans ces circonstances seulement lorsque la personne le fait de façon volontaire, c'est ce que je proposerais qu'on dise.

I get the sense from talking to parliamentarians that many are very supportive of conscience protection. I can assure you that there is no conflict with responding to patient wishes. There are some ideas that you have, that the Canadian Medical Association has, and we have some ideas. All of those put together, we surely can find a way.

The Supreme Court asked that these interests be reconciled. They didn't say they would be wrecked. There's no need for us to compromise anything here. We can support patient wishes for end of life and support conscientious objection. We're very good, as Canadians, at finding ways through things, but it requires dialogue, collaboration and working together. I believe we can do it.

**Senator Frum:** My question falls directly on this point. I was intrigued, Dr. Tang, when you spoke about how it's not just that you yourself would have a conscientious objection but that if you are then asked by your patient to make a referral, then you have a choice to make about who and how to make that referral. That, of course, is the dilemma right there.

Within the medical system we have now, you cannot deny a patient a referral. It doesn't apply to your area of medicine anyway, because psychiatric cases are not covered by this law, but generally speaking in the medical profession, how would you handle that? How do you handle the referral problem?

**Dr. Tang:** I'll make an analogy to medical marijuana use. If the patient were to come to me requesting medical marijuana and I don't believe that there's any psychiatric indication for using medical marijuana because I think it would make the patient's situation worse, I can say to them, "You are free to seek medical marijuana from a provider of your choice. I will continue to provide care for you in all other areas, but you are very free to seek care from somebody else who believes this might be good for you. I can also help you to transfer the medical files to this other provider as well. I have no issues with that."

But for me to say, "I'm going to make a referral for you specifically for this instance," it's almost like I'm endorsing this. Also, with the referral I have to follow up on the referral to make sure that things went as expected.

So that places me in a very difficult position. I understand the freedom of patients to access the services that they would like, but for this particular issue it would be very difficult.

**Senator Frum:** But patients generally can't access a specialist without a referral.

**Dr. Tang:** So I think with the discussions that we've been having, even among the members of this panel, situations or solutions have been proposed where there would not necessarily

J'ai l'impression, à les entendre parler, que beaucoup de parlementaires appuient la protection de la liberté de conscience. Je peux vous assurer qu'il n'y a aucun conflit avec le fait d'accéder aux souhaits du patient. Vous avez des idées pour y arriver, l'Association médicale canadienne en a, et nous en avons aussi. En les rassemblant toutes, nous pourrions sûrement y arriver.

La Cour suprême vous a demandé de concilier ces intérêts. Elle n'a pas dit qu'ils seraient lésés. Nous n'avons pas à compromettre quoi que ce soit. Nous pouvons être à l'écoute des souhaits du patient en fin de vie et à la fois appuyer l'objection de conscience. Nous, les Canadiens, sommes très bons pour trouver des solutions, mais nous aurons besoin de dialogue, de collaboration et de travail d'équipe. Je crois que nous pouvons y arriver.

**La sénatrice Frum :** Ma question concerne directement ce point. J'ai été intriguée, docteur Tang, lorsque vous avez dit que ce n'est pas seulement que vous-même, vous auriez une objection de conscience, mais que si votre patient vous demandait de l'aiguiller vers un autre médecin, vous auriez ensuite une décision à prendre à savoir vers qui vous l'aiguilliez et de quelle façon vous le faites. C'est là, bien entendu, que réside le dilemme.

Dans notre système médical actuel, on ne peut refuser d'aiguiller un patient. Cela ne s'applique pas à votre branche de la médecine de toute façon, puisque les cas psychiatriques ne sont pas visés par ce projet de loi, mais de façon générale, dans la profession médicale, quelle serait votre réaction dans cette situation? Comment feriez-vous face au problème de l'aiguillage?

**Dre Tang :** Je vais faire une analogie avec le recours à la marijuana thérapeutique. Si un patient me demandait de la marijuana thérapeutique, et si je croyais qu'il n'existe aucune indication psychiatrique pour le recours à la marijuana thérapeutique et que cela ferait empirer la situation du patient, je pourrais lui dire ceci : « Vous êtes libre de demander de la marijuana thérapeutique à un fournisseur de votre choix. Je continuerai à vous offrir des soins dans d'autres domaines, mais vous êtes complètement libre de demander des soins à quelqu'un d'autre qui pourrait croire qu'il s'agirait d'une bonne décision pour vous. Je peux également vous aider à transférer votre dossier médical à cet autre fournisseur. Cela ne me pose aucun problème. »

Par contre, si je lui répondais que j'allais l'aiguiller précisément à cette fin, c'est presque comme si je l'approuvais. De plus, lorsque j'aiguille un patient, je dois faire un suivi pour m'assurer que les choses se sont passées comme prévu.

Cela me place donc dans une position très difficile. Je comprends que les patients sont libres d'accéder aux services qu'ils veulent, mais dans ce cas particulier, ce serait très difficile.

**La sénatrice Frum :** Mais les patients ne peuvent généralement pas accéder à un spécialiste sans avoir d'abord été aiguillés.

**Dre Tang :** Dans les discussions que nous avons eues, même entre les témoins ici présents, des situations ou des solutions ont été proposées, où il ne serait pas nécessaire d'avoir été aiguillé

need to be a referral for this intervention. That is the point that we're trying to get across, that we would like to be able to work with the provinces and institutions to be able to provide this service for patients who would like it without needing to have this effective referral.

**Mr. Worthen:** If I could add to that. We have a specific proposal that gives the patient the opportunity to decide how they would like to handle it. If the patient wants to stay with a physician, even though the physician has a conscientious objection, then what we're proposing is a direct-access model so that the patient is able to directly access the assessment for assisted death.

This is consistent with what the federal Minister of Health is trying to set up with the provinces and which many health authorities are open to doing. If the patient is too ill to access this directly on their own — and normally that would happen if the patient were in hospital — then transfer of care, where the patient basically gets a whole new doctor, and someone like Sephora, then, would have the dialogue with the patient; the patient decides they would like a transfer of care, and then someone at the hospital facilitates that.

**Senator Frum:** I presume what will happen is there will be certain practitioners who will become known for this and the public will know who they are and just access them directly. Is that what you anticipate?

**Mr. Worthen:** I anticipate that, but it's in our interest to make sure that the patients are looked after and that patients' wishes are respected. So we feel that there's a need to ensure that the Minister of Health does what she has agreed to do, which is to set these processes up, so that people like Sephora won't be in a position of worrying about a patient who is caught in limbo. No one should be caught in limbo. There should be systems in place so that this is all dealt with.

**Senator Joyal:** I have a question for Ms. Ng. You've not made any comment on the time frame that the preamble of the bill mentions in relation to advance consent, mature minors and mentally ill people. You have expressed no concern about that.

[Translation]

As for you, Mr. Marceau, I am not sure whether you are in a position to comment on the subject.

[English]

**Ms. Ng:** In five minutes, I had to pick and choose what to emphasize here.

In a previous submission, we had suggested that the age of consent be 18, but it's not as black and white as all that because we are open to considering, in cases of mature minors, what other options there might be, what other supports might be in place.

pour recevoir cette intervention. C'est à cela que nous voulons en venir : nous aimerions pouvoir travailler avec les provinces et les établissements pour pouvoir offrir ce service aux patients qui le souhaitent sans avoir à passer par cet aiguillage.

**M. Worthen :** J'aimerais ajouter quelque chose. Nous avons une proposition spécifique qui offre au patient l'occasion de décider comment il aimerait procéder. Si le patient souhaite rester avec un médecin, même si ce médecin a une objection de conscience, ce que nous proposons est un modèle d'accès direct permettant au patient d'accéder directement à l'évaluation pour l'aide médicale à mourir.

Cela correspond à ce que le ministre de la Santé tente de mettre en place avec les provinces et à ce que de nombreuses autorités de la santé sont ouvertes à mettre en place. Si le patient est trop malade pour y accéder directement par lui-même — et cela arrive souvent lorsque le patient est à l'hôpital —, alors le transfert des soins, où le patient change complètement de médecin... Une personne comme Sephora en parlerait ensuite au patient; et finalement, le patient décide qu'il voudrait un transfert des soins, auquel cas un membre du personnel de l'hôpital se chargerait de faciliter le transfert.

**La sénatrice Frum :** Je suppose que ce qui va se produire, c'est que certains médecins se feront connaître pour cette raison : le public saura qui ils sont et ira les voir directement. Est-ce bien ce à quoi vous vous attendez?

**M. Worthen :** Je m'y attends, mais il est dans notre intérêt de nous assurer qu'on prend soin des patients et que leurs souhaits sont respectés. C'est pourquoi nous croyons qu'il est nécessaire de nous assurer que la ministre de la Santé fait ce qu'elle a accepté de faire, c'est-à-dire mettre en place ces processus pour que des personnes comme Sephora n'aient pas à s'inquiéter pour un patient dans l'incertitude. Personne ne devrait être dans l'incertitude. Il devrait y avoir des systèmes en place pour que cela ne se produise pas.

**Senator Joyal :** J'ai une question pour Mme Ng. Vous n'avez pas parlé du délai mentionné dans le préambule du projet de loi relativement au consentement préalable, aux mineurs matures et aux personnes aux prises avec une maladie mentale. Vous n'avez exprimé aucune inquiétude à ce sujet.

[Français]

Quant à vous, monsieur Marceau, je ne sais pas si vous êtes en mesure de faire des commentaires à ce sujet.

[Traduction]

**Mme Ng :** Comme je n'avais que cinq minutes, j'ai dû choisir sur quoi insister ici.

Dans un mémoire antérieur, nous avons suggéré que l'âge de consentement soit de 18 ans, mais ce n'est pas tout blanc ou noir; nous sommes ouverts à tenir compte, dans le cas de mineurs matures, des autres options possibles et des autres mesures de soutien qui pourraient être mises en place.

I'm very mindful of the case of Robert Latimer and his daughter in Saskatchewan many years ago. No parent wants to be in a position to watch their child suffer, but no parent wants to be in a position to make any decisions about their child living or dying. It's one of those things where, Mr. Marceau, you said that it's a very grey area. There are no right answers or wrong answers. I think it's very individual. This is one of those areas where we need further study and consultation.

**The Chair:** Thank you, all. We've run out of time. We've gone a little bit over time, but we certainly appreciate you all being here and assisting us in our consideration of this very important piece of legislation.

Members, at 10:30 tomorrow morning, we're back in room 160. From 12:45 to 2:45, we have set aside that time for in camera to write our report. Meeting adjourned.

(The committee adjourned.)

---

OTTAWA, Thursday, May 12, 2016

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met this day at 10:30 a.m., in public, to examine the subject matter of Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying); and in camera for the consideration of a draft report.

**Senator Bob Runciman** (*Chair*) in the chair.

[*English*]

**The Chair:** Good morning and welcome, colleagues, invited guests and members of the general public who are following today's proceedings of the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs. Today we continue our hearings for our pre-study of Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying).

For our first hour, we have with us, from UNICEF Canada, Marvin Bernstein, who is the Chief Policy Advisor; and from Euthanasia Prevention Coalition of Ontario, Alex Schadenberg, Executive Director; and Hugh Scher, legal counsel, who is joining us by video conference from Toronto. Also joining us are Joan Gilmour, a professor at Osgoode Hall Law School, York University; and Errol Mendes, a professor with the Faculty of Law - Common Law, University of Ottawa.

Thank you all for being with us today.

I believe, Professor Mendes, you will lead off with opening statements, followed by Mr. Bernstein.

**Errol Mendes, Professor, Faculty of Law - Common Law, University of Ottawa, as an individual:** Thank you very much, Mr. Chair. I'll begin with a very brief statement of my presentation, which I gather you all have copies of.

Je pense notamment au cas de Robert Latimer et de sa fille en Saskatchewan, il y a nombre d'années. Aucun parent ne veut voir son enfant souffrir, mais aucun parent ne veut se retrouver dans la position d'avoir à décider si son enfant vivra ou mourra. C'est l'une de ces situations où... Monsieur Marceau, vous avez dit que c'est une zone très grise. Il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse. Je crois que c'est très personnel. C'est l'un de ces domaines où nous aurons besoin de mener d'autres études et consultations.

**Le président :** Merci à tous. Le temps est écoulé. Nous avons un peu dépassé le temps alloué, mais nous avons assurément apprécié votre présence ici et votre aide dans la réflexion sur ce très important projet de loi.

Chers collègues, à 10 h 30 demain, nous serons de retour dans le local 160. De 12 h 45 à 14 h 45, nous allons procéder à la rédaction de notre rapport, à huis clos. La séance est levée.

(Le comité s'ajourne.)

---

OTTAWA, le jeudi 12 mai 2016

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles s'est réuni aujourd'hui, à 10 h 30, en séance publique pour examiner la teneur du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir); et à huis clos pour l'étude d'une ébauche de rapport.

**Le sénateur Bob Runciman** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Mesdames et messieurs, bonjour. Je souhaite la bienvenue à mes collègues, à nos invités ainsi qu'aux membres du public qui assistent aujourd'hui aux délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles. Nous allons poursuivre l'examen préliminaire du projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir).

Nous accueillons, en première heure, au nom d'UNICEF Canada, Marvin Bernstein, conseiller principal en matière de politiques; au nom de la Euthanasia Prevention Coalition of Ontario, Alex Schadenberg, directeur exécutif, et Hugh Scher, conseiller juridique, qui va intervenir, de Toronto, par vidéoconférence. Nous accueillons également Joan Gilmour, professeure à la Osgoode Hall Law School, de l'Université York, et Errol Mendes, professeur à la Faculté de droit, Section de common law, de l'Université d'Ottawa.

Je vous remercie tous de votre présence parmi nous.

Nous allons, monsieur Mendes, commencer par votre exposé. Nous passerons après cela à celui de M. Bernstein.

**Errol Mendes, professeur, Faculté de droit — common law, Université d'Ottawa, à titre personnel :** Merci, monsieur le président. Permettez-moi de commencer par un rapide exposé. On vous en a, je crois, distribué un exemplaire.

We can all agree that the purpose of Bill C-14 in the wake of the *Carter* ruling is an attempt to reconcile two critical things facing Canadians: the principle of human dignity and autonomy with the protection of the vulnerable. We can all agree on that. However, if a statute attempting to reconcile those ends up creating certain flaws which potentially could render major parts of the legislation unconstitutional, I think it's your moral and constitutional imperative to try to remedy that situation. I suggest that the flaws that are most likely to be found unconstitutional are those that refer to the definition of a "grievous and irremediable" medical condition.

As many experts who have appeared before you have stated, the criteria in section 241.2(2)(d) are inconsistent with the Supreme Court of Canada's decision in the *Carter* ruling. In that ruling, the court did not require that illnesses, diseases or disabilities be incurable or that those seeking assistance in the peaceful passage to death should have reasonable foreseeability of their final end.

Some of the experts have also stated that access to assisted dying in the act falls so far beneath the minimum that it would not even have allowed Kay Carter herself to have qualified under the provisions. I want to quote to you from statements made by Kay Carter's relatives in a CBC report.

Lee Carter stated that her mom suffered from spinal stenosis, a condition that wouldn't kill her but would leave her paralyzed.

"She did not have a terminal illness and she wasn't dying, but she was experiencing unimaginable suffering that could have lasted for many more years," said Carter on Parliament Hill Thursday.

"But now under the proposed legislation for a medically assisted death in Canada, Kay Carter would not qualify."

If this assertion is true, then many of the provisions in section 241.2(2)(d) could be regarded as unconstitutional and not in accordance with the fundamental ruling of the Supreme Court of Canada.

What can we do about it? My suggestion is that if we have an honest attempt to reconcile those two fundamental values facing Canada, there is a way of amending (d) to make it constitutional. In my presentation, I have offered you those suggestions.

In the interest of time, I don't want to go through my presentation, but in brief it's this: You can collapse subsections (a) and (b) in section 241.2(2) into the following provision: that a person has a serious illness, disease or disability, including those that create an advance state of decline in capability.

You're ruling out the word "incurable" when you combine subparagraphs (a) and (b).

Le projet de loi C-14, qui intervient après l'arrêt *Carter*, tente de concilier deux choses, d'une part la dignité humaine et l'autonomie de la personne, et d'autre part la protection des personnes les plus vulnérables. Je pense que nous sommes tous d'accord sur ce point. Or, si un projet de loi qui tente de concilier ces deux objectifs renferme des défauts rendant inconstitutionnelles d'importantes parties du texte, vous avez une obligation à la fois morale et constitutionnelle de le corriger. D'après moi, ce qui a le plus de chance d'être jugé inconstitutionnel a trait à la définition de ce qu'il convient d'entendre par des problèmes de santé « graves et irrémédiables ».

Comme beaucoup des spécialistes qui ont comparu devant vous l'ont déjà fait remarquer, les critères prévus à l'alinéa 241.2(2)(d) sont incompatibles avec ce que la Cour suprême du Canada décidé dans l'arrêt *Carter*. Dans ce jugement, la cour n'exige en effet pas que les maladies, infections ou handicaps graves soient incurables, ou que la mort de ceux qui souhaitent qu'on les aide à mettre paisiblement fin à leurs jours soit raisonnablement prévisible.

Certains de ces spécialistes estiment par ailleurs que l'accès à l'aide médicale à mourir, tel que prévu dans la loi, reste tellement en deçà de ce qui devrait être un accès minimum, que Kay Carter n'aurait elle-même pas pu s'en prévaloir. Permettez-moi de vous citer des passages de ce que des proches de Kay Carter ont déclaré dans un reportage diffusé par la CBC.

Selon Lee Carter, sa mère souffrait de sténose du canal vertébral, une affection qui ne l'aurait pas tuée, mais qui l'aurait laissée paralysée.

« Elle n'avait pas une maladie mortelle, et elle n'était pas mourante, mais elle éprouvait des souffrances inimaginables qui auraient duré encore de longues années », Mme Carter a déclaré jeudi sur la Colline parlementaire.

« Mais, Kay Carter ne répondait pas aux conditions prévues par les dispositions législatives qu'on envisage d'adopter en matière d'aide médicale à mourir. »

Si cela est vrai, de nombreuses dispositions de l'alinéa 241.2(2)(d) pourraient être jugées inconstitutionnelles et contraires à l'arrêt de principe rendu par la Cour suprême du Canada.

Que pouvons-nous y faire? D'après moi, si nous faisons un honnête effort pour concilier deux valeurs fondamentales, nous arriverons à modifier l'alinéa d) afin de l'aligner sur la Constitution. Dans mon exposé, je propose comment procéder.

Le temps nous est compté, et je ne vais donc pas reprendre les arguments avancés dans mon exposé, mais, en quelques mots, voici de quoi il s'agit : il conviendrait de fondre les alinéas a) et b) du paragraphe 241.2(2) en une seule disposition ainsi formulée : la personne est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves entraînant entre autres un déclin avancé de ses capacités.

En combinant les alinéas a) et b), on supprime le mot « incurable ».

Likewise, I'm suggesting in my presentation that the most contentious phrase — “reasonably foreseeable” — can be amended in (d) to have the following wording, that their disease is not necessarily terminal, but that their death is not too remote, taking into account all of their medical circumstances. And the rest of the section can follow.

Why did I suggest that this alternative wording could be constitutional? In some respects, it is because the Minister of Justice herself is moving towards that wording. In her discussion of the language in the bill, in debates on the bill in the House of Commons and before this committee too, she has stated that she deliberately did not include the six-month limitation that you find in other types of legislation of this accord, because they wanted to leave it flexible for allowing medical practitioners to take into account all the circumstances in the subsection.

The minister herself, in the debate introducing Bill C-14, seemed to be accepting a change of wording to make it clear that it is not necessarily terminal illness that could trigger this legislation, but there had to be a requirement that death is not too remote.

**The Chair:** Professor Mendes, I have to ask you to wrap up, please.

**Mr. Mendes:** Why not replace the words “reasonably foreseeable” with the words “not too remote?” I suggest that if you did that, and, in addition, removed the word “incurable,” it could make section 241.2 constitutional.

**Marvin Bernstein, Chief Policy Advisor, UNICEF Canada:** Thank you for the opportunity to present. Because medical assistance in dying has now been established for competent adults, which we see as the floor for eligibility for medical assistance in dying, this question naturally arises: What about other groups, such as mature minors? This is a question that deserves an answer based upon careful deliberation.

From the standpoint of UNICEF Canada, we certainly support this kind of careful examination and scrutiny in this committee, the House of Commons committee, pre-introduction of the bill and the expert committees. It's really important to take the time to get this right.

This is a better way of approaching this, rather than becoming embroiled in a Charter challenge, which I think is the logical extension of denying the same eligibility to mature minors. Not all children, but mature minors.

This is a complex, difficult and sensitive issue on which, understandably, there are a range of perspectives. UNICEF's concern is the rights and well-being of children. With little

Je propose également que le membre de phrase qui est le plus controversé — « raisonnablement prévisible » — qui figure à l'alinéa d), soit modifié en ajoutant la formule suivante : que leur maladie n'est pas nécessairement mortelle, mais que, compte tenu de leur situation médicale, leur mort n'est pas trop lointaine. Et le reste de l'article suit en l'état.

Ce qui me permet de dire que cette autre formulation serait, elle, conforme à la Constitution, c'est que, dans une certaine mesure, la ministre de la Justice semble elle-même favorable à un tel libellé. Dans les déclarations qu'elle a faites sur les dispositions envisagées, lors du débat sur ce projet de loi à la Chambre des communes, mais aussi devant votre comité, elle a déclaré que c'est délibérément qu'elle n'a pas prévu dans le texte le délai de six mois qui se trouve généralement dans ce genre de disposition, car elle a souhaité laisser aux médecins une marge de manœuvre leur permettant de prendre en compte l'ensemble des circonstances prévues dans ce paragraphe.

Lors du débat sur le projet de loi C-14, la ministre a semblé disposée à accepter un changement de formulation afin qu'il soit bien clair que, pour invoquer ces nouvelles dispositions, il ne serait pas nécessaire de souffrir d'une maladie mortelle, mais qu'il faudrait tout de même que la mort de la personne en cause ne soit pas trop lointaine.

**Le président :** Monsieur Mendes, puis-je vous demander de conclure?

**M. Mendes :** Pourquoi ne pas remplacer les mots « raisonnablement prévisible » par « pas trop lointaine? » D'après moi, en faisant cela, et en supprimant le mot « incurable », on rendra l'article 241.2 conforme à la Constitution.

**Marvin Bernstein, conseiller principal en matière de politiques, UNICEF Canada :** Je vous remercie de cette occasion de prendre la parole devant vous. On a convenu d'autoriser l'aide médicale à mourir pour les adultes jouissant de toutes leurs facultés, ce qui, d'après nous, est la condition de base de l'aide médicale à mourir. Nous sommes, cependant, naturellement portés à demander : mais qu'en sera-t-il des autres groupes, tels que les mineurs ayant atteint un certain degré de maturité? La question mérite d'être étudiée de près.

UNICEF Canada souhaite que la question soit examinée attentivement tant par votre comité, ainsi que par le comité de la Chambre des communes, avant son dépôt et son renvoi devant les comités spécialisés. Il importe de prendre le temps de bien y réfléchir afin de parvenir à la bonne solution.

Il serait préférable de procéder ainsi plutôt que de s'exposer plus tard à une mise en cause constitutionnelle qui, logiquement, sera inévitable si l'on refuse d'accorder le même droit aux mineurs ayant la maturité voulue. Je ne parle pas là des enfants, mais des mineurs parvenus à une certaine maturité.

C'est une question extrêmement complexe, difficile, délicate qui peut être envisagée de divers points de vue. La principale préoccupation de l'UNICEF concerne les droits et le bien-être

availability in terms of evidence about the implications for children, we are guided by a balanced child human rights-based approach, court precedent, principles in the Charter and the Convention on the Rights of the Child.

UNICEF believes that this right should be extended to mature minors who are competent to make end-of-life decisions for themselves, but with additional potential safeguards as a measure of last resort. The existing legal regime in Canada already extends to competent, mature minors and the rights make health and survival-related decisions. The Supreme Court of Canada stated in the decision of *A.C. v. Manitoba (Director of Child and Family Services)*, that “. . . it may be arbitrary to assume that no one under the age of 16 has capacity to make medical treatment decisions . . .” That was even when there may be life-and-death consequences. In its decision, the court endorsed the mature minor doctrine in matters of medical treatment decision making, which emphasizes capacity and maturity rather than a simple age threshold.

UNICEF Canada supports the recommendations of the earlier Provincial-Territorial Expert Advisory Group on Physician-Assisted Dying, where they felt that an age threshold was arbitrary, and supports the recommendation of the Special Joint Committee on Physician-Assisted Dying that there be a two-stage legislative process, with the first stage applying immediately to competent adult persons 18 years or older, followed by a second stage applying to competent mature minors, which would come into force no later than three years after the first stage is enforced. In fact, this is very close to the recommendation advanced to that committee by UNICEF Canada. This would allow sufficient time for informed research and broad-based consultation to occur and the appropriate safeguards and due care considerations to be identified.

One further wrinkle that we’re advancing is that during that three-year waiting period — I want to make an oral amendment to “one-year” in the submission which should read “three-year” — that we’re contemplating, there should be a legislated exemption that would allow mature minors to bring an application before a Superior Court judge to obtain judicial approval to have their matter considered based upon the criteria established in *Carter*, similar to the approach taken by the Supreme Court of Canada in the supplementary decision of *Carter* where there was an extension of four months, so that we don’t have an unfair prejudicial situation continuing for three years with no remedy that can be accessed by mature minors.

des enfants. Faute d’éléments d’appréciation quant aux incidences que les dispositions envisagées pourraient avoir pour les enfants, notre position repose sur une approche équilibrée des droits de la personne, en l’occurrence de l’enfant, la jurisprudence des tribunaux judiciaires, les principes inscrits dans la Charte et la Convention relative aux droits de l’enfant.

D’après l’UNICEF, le droit à l’aide médicale à mourir devrait être reconnu aux mineurs ayant atteint une certaine maturité psychologique et qui ont par ailleurs les capacités voulues pour prendre des décisions de fin de vie en ce qui les concerne. Mais cela ne serait qu’une solution de dernier ressort, assortie en outre d’un certain nombre de garanties. L’actuel régime juridique reconnaît déjà aux mineurs mûrs et compétents, le droit de prendre en ce qui les concerne des décisions en matière de santé et de survie. Dans *A.C. c. Manitoba (directeur des services à l’enfant et à la famille)*, la Cour suprême a estimé que « ... il serait arbitraire de présumer qu’aucune personne de moins de 16 ans n’a la capacité de décider de son traitement médical. » Cela s’entend même des cas où la décision en question peut être une question de vie ou de mort. En ce qui concerne les décisions concernant un traitement médical, la cour a retenu le principe voulant qu’un mineur puisse avoir la maturité nécessaire, mettant l’accent en effet sur la capacité et la maturité plutôt que sur une limite d’âge.

L’UNICEF Canada est favorable aux recommandations du Groupe consultatif provincial-territorial d’experts sur l’aide médicale à mourir, qui a lui aussi jugé qu’il serait arbitraire de fixer une limite d’âge. Nous sommes en outre favorables à la recommandation du Comité mixte spécial sur l’aide médicale à mourir, selon laquelle l’adoption de nouvelles dispositions législatives en ce domaine devrait se dérouler en deux temps. Dans un premier temps, les dispositions s’appliqueraient immédiatement aux adultes âgés d’au moins 18 ans jouissant pleinement de leurs facultés, puis, dans un deuxième temps, au plus tard trois ans après l’entrée en vigueur du texte initial, les dispositions deviendraient applicables aux mineurs ayant la maturité voulue. Cela ressemble de près à la recommandation qu’UNICEF Canada a proposée devant le comité mixte. Cela donnerait le temps d’effectuer les recherches nécessaires et de procéder à de larges consultations avant de décider des garanties et des précautions dont il conviendrait de s’entourer.

Au cours de cette période d’attente, qui devrait être de trois ans — et non d’un an comme je l’indiquais unilatéralement dans mon exposé —, le texte d’une loi devrait ajouter à l’intention des mineurs ayant la maturité voulue, une exception leur permettant de solliciter d’un juge de Cour supérieure l’autorisation de voir leur cas étudié au regard des critères dégagés par la Cour suprême dans l’arrêt *Carter*, dans la ligne de l’approche retenue par la cour lorsque, après que soit intervenu l’arrêt *Carter*, elle a prescrit une prolongation de quatre mois afin d’éviter toute situation injuste et préjudiciable ayant pour effet que, pendant trois ans, les mineurs ayant la maturité voulue, n’auraient eu aucun recours.

We already have, as I say, existing legal precedent. We have the Charter, and we have the Convention on the Rights of the Child that we are obligated to consider. Canada ratified the Convention on the Rights of the Child on December 13, 1991, and those principles continue to apply. In fact, in *A.C.*, Justice Abella, writing for the majority, referenced international human rights instruments and indicated that the mature minor doctrine was consistent with the principles set out in the Convention on the Rights of the Child.

**The Chair:** Thank you, Mr. Bernstein.

We'll move on to Professor Gilmour.

**Joan Gilmour, Professor, Osgoode Hall Law School, York University, as an individual:** Good morning and thank you for the opportunity to speak with you.

This bill impermissibly narrows who can seek medical assistance in dying from what the Supreme Court of Canada recognized in *Carter*. Because of that, it will not survive scrutiny under the Charter of Rights. The most significant concerns are with the list of factors that must be present to constitute a grievous and irremediable medical condition, as set out in section 241.2(2). I recommend that that section be deleted in its entirety.

In *Carter*, the Supreme Court already determined who is entitled to seek assistance in dying, that being competent consenting adults who have a grievous and irremediable medical condition causing enduring suffering that is intolerable to the individual in the circumstances of his or her condition. Whatever bill is passed, it cannot retreat from that pronouncement. But Bill C-14 does just that, and it does so by adding additional conditions which try to carve out a smaller subset of people than the court identified in *Carter* and assert that only they have a grievous and irremediable condition.

I'll focus on the government's added criterion that the person's natural death has become reasonably foreseeable. That condition is found nowhere in *Carter*, and the facts of the case and the judgment itself indicate the opposite. The specific individuals include not only Gloria Taylor but also Kay Carter, who had spinal stenosis. We are given no indication that she was facing death in the near term. Despite the government's assertion in its legislative background document that she was, it offered no support for that conclusion. In any event, when the court in *Carter* describes the cruelty of denying medical assistance in dying to people who it recognized were suffering from a grievous and irremediable illness, it referred to evidence from people who had motor neuron diseases and other degenerative illnesses. Not all of

Nous avons déjà, comme je l'ai dit, une jurisprudence. Nous avons la Charte, et nous devons tenir compte de la Convention relative aux droits de l'enfant. Rappelons, en effet, que le Canada a ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant le 13 décembre 1991, et que les principes inscrits dans cette convention demeurent en vigueur. Dans l'arrêt *A.C.*, la juge Abella, se prononçant au nom de la majorité de la cour, a cité les conventions internationales en matière de droit de la personne, a précisé que le principe du « mineur mature » est parfaitement compatible avec les principes inscrits dans la Convention relative aux droits de l'enfant.

**Le président :** Merci, monsieur Bernstein.

Nous passons maintenant à la Mme Gilmour.

**Joan Gilmour, professeure, Osgoode Hall Law School, Université York, à titre personnel :** Bonjour, mesdames et messieurs. Je vous remercie de cette occasion de prendre la parole devant vous.

Par rapport à ce que la Cour suprême du Canada a décidé dans l'arrêt *Carter*, ce projet de loi restreint de manière inadmissible la catégorie de personnes susceptibles de se prévaloir d'une aide médicale à mourir. Cela étant, le texte ne résistera pas à une mise en cause de sa constitutionnalité au regard des dispositions de la Charte des droits. Ce que le texte a de plus préoccupant, ce sont les facteurs qui conditionnent, selon le paragraphe 241.2(2), ce qu'on entend par des problèmes de santé graves et irrémédiables. Il conviendrait, d'après moi, que ce paragraphe soit intégralement supprimé.

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême a décidé de qui pourrait se prévaloir d'une aide à mourir, en l'occurrence les personnes adultes capables qui sont affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables leur causant des souffrances persistantes qui leur sont intolérables au regard de leur condition. Or, quelle que soit la teneur du texte de loi qui va être adopté, on ne peut pas rester en deçà de ce que la Cour suprême a décidé. Or, c'est justement ce que fait le projet de loi C-14, qui ajoute de nouvelles conditions restreignant la catégorie de personnes définie par la cour dans l'arrêt *Carter*, estimant que seules les personnes appartenant à cette catégorie plus restreinte peuvent être considérées comme ayant des problèmes de santé graves et irrémédiables.

Permettez-moi de concentrer mon intervention sur ce nouveau critère ajouté par le gouvernement, et selon lequel la mort naturelle de la personne en cause doit être raisonnablement prévisible. Cette condition ne figure pas dans l'arrêt *Carter*, et les faits de l'affaire ainsi que le jugement de la cour vont, justement, en sens inverse. Les personnes concernées comprenaient en effet non seulement Gloria Taylor, mais Kay Carter, qui souffrait de sténose du canal vertébral. Rien n'indique que sa mort ait été proche. Dans un document exposant le contexte législatif du projet de loi C-14, le gouvernement affirme que Mme Carter était proche de la mort, mais ne cite aucun élément autorisant une telle conclusion sur ce point. Quoi qu'il en soit, lorsque, dans l'arrêt *Carter*, la cour décrit combien il serait cruel de refuser une aide

these are fatal and for many, not any time soon. The prospect of a long period of suffering can make their situation even more intolerable.

Further, the requirement that natural death be reasonably foreseeable is unworkable. The government backgrounder explains this term in contradictory ways — on the one hand, a period of time that is not too remote or, for those not terminally ill, someone “otherwise nearing the end of their lives,” but on the other hand, also stating the exemption would apply to someone whose medical condition causes them to “irreversibly decline and suffer for a long period of time.” So the government’s own explanations of “reasonably foreseeable” are contradictory. In any event, what makes something “reasonably foreseeable” in law is not limited to events that are “close-ish” in time. The likelihood of something occurring is what matters most.

Moving on, I recommend second that the section requiring the person to reconfirm their request immediately before assistance in dying is provided be deleted. People who can access this assistance by definition are experiencing intolerable suffering. For some, that will mean terrible pain or other difficult symptoms. They are legally entitled to effective treatment for those, which may include sedation. It is cruel to require them to forgo treatment so that they can be brought back to a state where they meet the legal tests for giving consent again.

Third, I recommend the section imposing a 15-day waiting period be deleted from the bill as well. It’s presumably meant to ensure that people are constant in their decision. It is an arbitrary time frame that could prolong suffering. And it doesn’t apply if death or loss of capacity is imminent; then the health professional decides. I recommend that such an assessment should always be left to the health professionals and the person concerned, as we do with all other kinds of treatment, including removal of life-sustaining treatment.

I’m not going to touch on the issue of mature minors. Mr. Bernstein has done so already. I want to reference the proposals that some have made that there be additional judicial, tribunal, or other review; and I urge that those suggestions be rejected. This is a choice the person concerned is making with their health care provider. It is one of the most fundamental and personal decisions. Subjecting that to another layer of legal

médicale à mourir aux personnes qui souffrent manifestement de problèmes de santé graves et irrémédiables, elle cite les témoignages de personnes atteintes de maladies des motoneurones et autres maladies dégénératives. Toutes ces maladies ne sont pas mortelles et il est fréquent qu’elles n’entraînent pas une mort précoce. Or, l’idée d’avoir à souffrir pendant de longues années peut rendre la situation des personnes qui en sont atteintes encore plus intolérable.

J’ajoute qu’il est impraticable d’exiger que la mort naturelle de la personne en cause soit devenue raisonnablement prévisible. Dans son exposé du contexte législatif du projet de loi, le gouvernement donne de cette notion des explications contradictoires — d’une part, il faudrait en effet que le temps du décès ne soit pas trop éloigné, ou, pour les personnes dont la maladie n’est pas mortelle, qu’elles « soient à l’approche de la mort », alors qu’il prévoit en même temps que l’exception s’appliquera à toute personne à qui des problèmes de santé causent « un déclin irréversible des capacités et de longues souffrances avant la mort ». C’est dire que sur la notion de mort « raisonnablement prévisible », les explications qu’en a livrées le gouvernement sont elles-mêmes contradictoires. Quoi qu’il en soit, ce que le droit entend par « raisonnablement prévisible » ne se limite pas aux événements rapprochés dans le temps. L’essentiel c’est la probabilité d’une certaine issue.

Je voudrais, deuxièmement, voir supprimer la disposition qui exige que juste avant de se prévaloir d’une aide médicale à mourir, la personne concernée confirme que c’est effectivement ce qu’elle souhaite. Par définition, les personnes à qui l’on reconnaît le droit à une aide médicale à mourir éprouvent des souffrances qui leur sont insupportables. Cela veut dire, pour certains, de terribles douleurs, ou autres symptômes difficilement supportables. Elles ont, juridiquement, le droit d’être traitées pour ces symptômes, traitement qui peut comprendre la sédation. Il serait cruel d’exiger d’elles qu’elles renoncent à ce traitement, afin d’être ramenées à un état qui satisfait aux critères juridiques conditionnant le consentement.

Troisièmement, je recommande que soit également supprimée du projet de loi la disposition qui prévoit une période d’attente de 15 jours. Sans doute s’agit-il de s’assurer que les personnes ne reviennent pas sur leur décision, mais c’est un délai parfaitement arbitraire susceptible de prolonger la souffrance. Un tel délai ne s’appliquerait d’ailleurs pas en cas de mort ou de perte de capacité imminentes, car ce sera alors le médecin qui décide. Je recommande que cette décision soit toujours laissée au médecin et à la personne en cause, comme c’est le cas de tous les autres traitements, y compris l’arrêt des traitements de survie.

Je ne vais pas aborder la question des mineurs ayant atteint une certaine maturité, puisque M. Bernstein en a déjà parlé. Je voudrais, par contre, évoquer l’idée, avancée par certains, d’ajouter une étape supplémentaire qui ferait intervenir les tribunaux judiciaires, ou quel qu’autre organe de décision. Je vous demande d’écarter complètement une telle idée. La décision en question doit être laissée à la personne en cause

scrutiny is an unwarranted intrusion that would not provide an effective safeguard but would impose unnecessary and onerous requirements on someone enduring intolerable suffering.

In closing, some of the provisions in this bill are meant to protect people who may be vulnerable; but the bill goes too far. We cannot trade off the rights of another group of vulnerable people, who the court in *Carter* accepted were entitled to seek assistance in dying. That is a broader group of individuals than the bill covers. If this bill is passed in its current form, their suffering — though grievous, irremediable, enduring and intolerable — will continue. It doesn't have to.

**The Chair:** Thank you very much. I'll move on to our final opening statements and remind the representatives of the Euthanasia Prevention Coalition that they are sharing the opening statement time.

**Hugh Scher, Legal Counsel, Euthanasia Prevention Coalition of Ontario:** Thank you, Mr. Chair and honourable senators. I note Professor Mendes' comments at the beginning. It seems to me that there are those who would like there to be absolutely no restrictions whatsoever relative to end-of-life practices like euthanasia or assisted suicide, and on the contrary, those would not wish to see these practices legalized whatsoever. In between is where I think the Supreme Court of Canada fell in rendering its decision in *Carter*.

We would like to suggest four fundamental principles and prospective amendments you may consider as a means of trying to improve upon the bill. Let me start from the outset with the points raised by my friend Professor Gilmour. First is the issue of effective oversight.

It's our position that effective oversight by way of an independent judicial or tribunal prior review is essential, and indeed the only means by which we can potentially ensure prevention of the abuses that have occurred in other jurisdictions, such as Belgium, particularly for a regime such as proposed here, which is predicated upon a Benelux style of euthanasia founded in the Netherlands or Belgium, which basically uses what we would consider to be health care requirements of consent and voluntariness as the fundamental elements of prevention of abuse.

First of all, the use of the Benelux model is indeed a significant mistake for Canada. It imposes a model that has the highest risk and rates of abuses of any jurisdiction in the world. We know, for example, that in 32 per cent of cases, people killed by way of euthanasia in Belgium under the Flanders death certificate studies

et à son médecin. Il s'agit, en effet, d'une décision primordiale, d'une décision essentiellement personnelle. Le fait de soumettre cette décision à une procédure supplémentaire d'examen serait une immixtion injustifiée qui ne servirait d'ailleurs pas à renforcer les garanties. Cela aurait essentiellement pour effet d'imposer, à quelqu'un qui éprouve déjà des souffrances insupportables, des conditions superflues et difficiles à supporter.

Permettez-moi de dire, pour terminer, que certaines des dispositions contenues dans ce projet de loi sont censées protéger les personnes en état de vulnérabilité, mais les dispositions envisagées vont trop loin. On ne peut pas faire l'impasse sur les droits d'une autre catégorie de personnes vulnérables, à qui, par l'arrêt *Carter*, la Cour suprême a reconnu le droit d'une aide à mourir. Cette catégorie de personnes est plus large que celle envisagée par le projet de loi. Si ce texte devait être adopté sous sa forme actuelle, leurs souffrances — bien qu'elles soient graves, irrémédiables, permanentes et insupportables — continueront. Or, il n'est pas nécessaire qu'il en soit ainsi.

**Le président :** Je vous remercie. Nous allons maintenant écouter le dernier exposé du matin. Je tiens à rappeler aux représentants de la Euthanasia Prevention Coalition qu'ils partagent la plage de temps prévue pour les exposés.

**Hugh Scher, conseiller juridique, Euthanasia Prevention Coalition of Ontario :** Merci, monsieur le président, et honorables sénateurs. J'ai relevé ce que M. Mendes a dit au début de son exposé. Certains, semble-t-il, voudraient que des pratiques de fin de vie telles que l'euthanasie ou le suicide assisté échappent à toute restriction, alors que d'autres ne souhaitent pas que ce genre de pratiques soient reconnues par la loi. La position intermédiaire me semble être celle adoptée par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Carter*.

Nous souhaitons proposer à votre réflexion quatre principes fondamentaux et un certain nombre d'amendements qui, d'après nous, permettraient d'améliorer le texte du projet de loi. Je voudrais d'abord revenir aux arguments avancés par ma collègue Mme Gilmour. Il y a, en premier lieu, la question des mesures de contrôle efficaces.

Selon nous, il serait en effet essentiel d'instaurer un mécanisme de contrôle confié soit à un juge soit à un autre organe d'examen, car c'est, d'après nous, le seul moyen d'éviter les abus qu'on a pu constater dans d'autres juridictions telles que la Belgique. Cela est particulièrement important dans le cadre d'un régime tel que celui qu'on envisage ici et qui prévoit en fait un type d'euthanasie admis aux Pays-Bas ou en Belgique. Selon ce modèle, ce qui permet d'éviter des abus, ce sont deux exigences bien connues en matière médicale, le consentement, et le caractère volontaire de la mesure.

D'abord, l'adoption du modèle en vigueur au Benelux serait ici une grave erreur. Ce modèle comporte en effet les plus grands risques et on a, dans ces deux pays, relevé un grand nombre d'abus. Selon des études sur les certificats de décès émis en Flandre, dans 32 p. 100 des cas, les personnes euthanasiées en

were killed without request and consent, and in 47 per cent of those cases, the cases weren't even reported to the overseeing body after the fact. In not one of those cases was a doctor prosecuted for the unlawful conduct. That's the framework within which this bill is being introduced and indeed carries with it many of the same elements that would allow for these abuses that have arisen in Belgium.

Prior independent judicial or tribunal review is imperative in order to ensure that the restrictions and/or the safeguards that Parliament seeks to put in place are indeed adhered to and respected, failing which the actions engaged in are criminal. One of the difficulties with this bill is that it seems to conflate the criminal law jurisdiction of Parliament and the provincial health care jurisdictions in a way that, in a sense, negates the overseeing obligations of Parliament from a criminal law perspective to ensure that those who engage in otherwise criminal conduct are indeed held responsible for their actions.

One of the primary aspects of that within the bill is the provisions particularly within section 246 that provide for blanket immunity for a whole host of groups, including health care practitioners, but also any layperson who in any way participates in an end-of-life practice as set out under this act. That, in my view, is an overbroad and unnecessary measure that is very distinct from any regime in the world which does not provide for any blanket immunity for participants in these actions. Indeed, it will make it nearly impossible to prosecute anybody who might seek to disavow the safeguards Parliament seeks to put in place and ultimately acts against them.

It is imperative that this regime not go forward, for example, as has happened in Quebec, based upon a lack of transparency and founded upon a fraud. By that what I mean to say is that Quebec and other jurisdictions allow doctors to effectively falsify death certificates by stating that the cause of death is not the intentional killing of a patient by a doctor by way of euthanasia, or an assisted suicide that might be committed, but rather the person being stated to have died by way of the underlying illness. That is a fabrication and a fraud, and it will lead to a complete lack of transparency that will ultimately lead to the kind of creeping of conduct that others coming before you are asking for with the ever-increasing expansion of these practices, to mature minors —

**The Chair:** Please come to a conclusion.

**Mr. Scher:** Yes, sir. In conclusion, I would simply reiterate that the need for independent oversight, the requirement to ensure no level of blanket immunity, and the requirement to ensure that the criminal law jurisdiction is respected by ensuring that there's a level of oversight and respect for the obligation to prosecute those who depart from the standards set out by this act is essential as a fundamental underpinning for this subject.

Belgique l'ont été sans qu'elles aient demandé à l'être, et sans qu'elles y aient consenti. J'ajoute que dans 47 p. 100 des cas, leur dossier n'a même pas été transmis après coup à l'organe de surveillance. Dans aucun de ces cas, le médecin n'a été mis en cause pour son comportement illicite. Voilà, donc, le contexte dans lequel il convient de situer ce projet de loi qui comporte bien des éléments à l'origine des abus constatés en Belgique.

Il est essentiel de soumettre les décisions en ce domaine à un juge ou autre tribunal indépendant afin d'assurer le respect des règles et/ou des mesures de sauvegarde que le législateur entend instaurer, car, sans cela, les mesures qui seront prises seront en fait des actes criminels. Ce projet de loi semble confondre les compétences du Parlement en matière de droit pénal, et les compétences provinciales en matière de santé. Ce faisant, le texte passe outre à la mission de contrôle que le législateur doit exercer en matière de droit pénal si l'on entend poursuivre ceux qui commettent des actes criminels.

À cet égard, l'aspect le plus inquiétant du projet de loi découle des dispositions, notamment celles qui figurent à l'article 246, qui confèrent une immunité totale à certaines catégories de personnes, aux professionnels de la santé, certes, mais également à toute personne qui joue un rôle, quel qu'il soit, dans une des pratiques de fin de vie prévues dans ce texte. Selon moi, une telle disposition est à la fois superflue et trop large. Elle s'écarte radicalement de tout ce que prévoient, dans d'autres pays, les dispositifs qui n'assurent pas l'immunité totale de personnes prenant part à ce type d'action. En présence d'une telle disposition, il sera quasiment impossible d'engager des poursuites contre quelqu'un qui souhaiterait contourner les mesures de sauvegarde que le législateur a entendu instaurer, et agir à leur rencontre.

Il est donc essentiel que ce dispositif ne soit pas adopté comme cela a été fait, par exemple, au Québec, et cela en raison de son manque de transparence et de l'usage frauduleux qui peut en être fait. J'entends par cela que le Québec, et certaines autres juridictions, permettent aux médecins de falsifier les certificats de décès en déclarant que la cause de décès n'était pas la mort donnée intentionnellement au patient par un médecin, par euthanasie ou suicide assisté, mais que le décès est dû à telle ou telle maladie dont était atteint le patient. Or, c'est une pure fiction, une falsification qui crée un manque total de transparence, et qui risque d'entraîner les dérives que d'autres témoins vous demandent d'avaliser en élargissant de plus en plus le recours à de telles pratiques, y compris pour les mineurs qui auraient atteint un certain degré de maturité...

**Le président :** Puis-je vous demander de conclure.

**M. Scher :** Entendu. Je souhaite, pour terminer, simplement insister à nouveau sur le besoin de mettre en place un mécanisme de contrôle indépendant, et de faire en sorte que personne ne bénéficie d'une immunité totale. Respectons les compétences du législateur en matière pénale en instaurant un mécanisme de surveillance qui permette de mettre en cause la responsabilité de toute personne s'écartant des normes établies par ce texte de loi,

**Senator Jaffer:** Thank you to all of you for being here. This is a very difficult subject we're dealing with. Your presence here helps with our work.

Professor Mendes, you've been talking about the issues regarding the constitutionality of this bill. The minister and the officials from the ministry were extremely confident. In fact, the minister said that she was confident that this bill is Charter compliant. Of course, we absolutely respect what she says.

Can you elaborate on how your suggested amendments address the concerns of the many criticisms we have heard in the phrase "natural death has become reasonably foreseeable," by using the same language that the Minister of Justice has used to explain this clause?

**Mr. Mendes:** Thank you, senator. If you amend those sections the way I'm suggesting, it puts a clear statement in section (d) that it is not only terminal illnesses that come within the provisions of the definition. That has to be in there. When you add the phrase "not too remote," it then leaves the ability to judges and others, if there's any contestation of that, that it allows Kay Carter and others in opposition to come within the definition.

The definition of "not too remote" can be many years in advance, as in Kay Carter's situation, for example. Given any possible litigation of that wording, I think it would clearly pass section 1, if it ever came to litigation as to whether or not that is sufficient. I think it's an amendment which preserves the bill on the whole. It includes the wording of the minister herself and provides the ability to save this bill in the ultimate conclusion.

**Senator Jaffer:** Mr. Bernstein, you have worked for many years, first as an ombudsman and then an advocate and now for UNICEF. My challenge is does the two-step process enable mature minors to receive equitable treatment?

**Mr. Bernstein:** I think that is a framework that can work in terms of taking the time to legislate the ability of mature minors to access medical assistance in death, and there could be an amendment to the provisions that we are recommending to enlarge it from competent adults who are over the age of 18 to include mature minors.

There could be a delay in the proclamation of that provision for a period of time that it would take to explore the safeguards and balancing. Does there need to be more scrutiny? How do we prevent young people from being manipulated by caregivers, spiritual advisers and others, recognizing they have certain rights and capacities and maturity, but they may be subject to other

car c'est une des bases essentielles de tout traitement de la question.

**La sénatrice Jaffer :** Je tiens à vous remercier de votre présence ici. Nous abordons une question extrêmement délicate. Vos interventions vont contribuer à notre étude du sujet.

Monsieur Mendes, vous avez évoqué les difficultés que ce projet de loi peut présenter sur le plan constitutionnel. Or, la ministre et ses collaborateurs ont, à cet égard, manifesté une grande confiance. La ministre a en effet déclaré être assurée que ce projet de loi est entièrement conforme aux dispositions de la Charte. Sur ce point, nous nous en remettons naturellement à elle.

Pourriez-vous, en reprenant ce que la ministre de la Justice a dit pour expliquer cette formule, nous dire en quoi les amendements proposés permettent de répondre aux nombreuses critiques qu'a suscitées le membre de phrase « sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible »?

**M. Mendes :** Merci, sénatrice. Le fait de modifier les dispositions du texte dans le sens que je propose permettra de préciser, à l'alinéa d), que la définition n'englobe pas uniquement les maladies terminales. C'est une précision qu'il convient effectivement d'apporter. Si vous ajoutez le membre de phrase « pas trop lointaine », vous donnez au juge, ainsi qu'à d'autres intervenants, la possibilité, en cas de contestation, d'englober dans la définition le cas, par exemple, de Kay Carter.

Comme c'était notamment le cas de Kay Carter, la formule « pas trop lointaine » peut s'entendre d'une période de nombreuses années. Cette formule, je crois, répond nettement aux exigences de l'article 1 de la Charte et résisterait à toute contestation d'ordre constitutionnel. D'après moi, un tel amendement mettrait le texte du projet de loi à l'abri d'une mise en cause constitutionnelle. Il reprend la formulation de la ministre et répond par avance aux objections qu'on pourrait lui opposer.

**La sénatrice Jaffer :** Monsieur Bernstein, vous avez une longue expérience en ce domaine, d'abord en tant qu'ombudsman, puis en tant que défenseur des droits, et maintenant en vertu des fonctions que vous exercez à l'UNICEF. La procédure en deux temps devrait-elle, selon vous, permettre de reconnaître aux mineurs ayant atteint un certain degré de maturité une égalité de traitement?

**M. Bernstein :** Il nous faut, je pense, prendre le temps d'encadrer correctement l'accès à l'aide médicale à mourir pour les mineurs ayant atteint un certain degré de maturité, afin que ce droit ne soit pas uniquement reconnu aux personnes ayant plus de 18 ans.

On pourrait reporter l'entrée en vigueur des dispositions sur ce point, le temps d'étudier les mesures de sauvegarde qu'il conviendrait de mettre en place, et parvenir à un équilibre correct du dispositif. Y aurait-il lieu de prévoir un mécanisme de contrôle? Comment éviter que des jeunes personnes soient manipulées par le personnel soignant, leurs conseillers spirituels

forms of exploitation? What is the balancing? We need to be clear in terms of amending this bill to include mature minors but incorporating some kind of framework that would allow for the comprehensive study to take place.

For example, there's been no indication that young people have been consulted. Under Article 12 of the convention, that's a very important consideration.

The other thing that isn't well understood is that in many provinces' health care legislation there's already a presumption of capacity that has to be rebutted. There isn't a specific age threshold. Generally, what Justice Abella was talking about in the *A.C.* case is that the more serious the decision, the graver the implications of the decision, the higher the onus in terms of a court or physicians being satisfied that there is the maturity to make those decisions.

**Senator White:** Professor Gilmour, you talked about contradictory terms. I don't think I figured out what you thought the solution to those contradictory terms was.

**Ms. Gilmour:** My solution is that we actually delete section 241.2(2), which sets out the definition of grievous and irremediable medical condition.

I have comments as well about subsections (a) and (b), but subsection (d), I think, is particularly problematic, and I would say it should be deleted.

**Senator White:** Deleted, and replaced with what?

**Ms. Gilmour:** To section 242.2(1)(c), which simply refers right now to a grievous and irremediable medical condition, I would import the wording from subsection (2)(c):

. . . that illness, disease or disability or that state of decline causes them enduring physical or psychological suffering that is intolerable to them and that cannot be relieved under conditions that they consider acceptable . . .

In other words, I would import the wording from *Carter*.

**Senator White:** Thank you very much.

**Senator Baker:** Thank you to the witnesses for their excellent presentations — especially their written presentations — which this committee will certainly consider.

My question, I suppose, is directed to either Professor Mendes or Professor Gilmour. Both of them are experts in their fields, and they're quoted in case law from time to time, Mr. Mendes especially, relating to section 7 of the Charter, so I would defer to him.

ou autres. Il nous faut tenir compte du fait qu'alors même qu'on leur reconnaît certains droits et certaines capacités liés à leur degré de maturité, ils peuvent néanmoins être exposés à diverses formes d'exploitation. Quel serait le bon équilibre? Il nous faut donc modifier le texte du projet de loi afin d'englober les mineurs ayant la maturité voulue, et prévoir des dispositions qui vont permettre d'étudier à fond la question.

Rappelons, par ailleurs, que les jeunes n'ont pas été consultés. Or, au regard de l'article 12 de la convention, c'est un aspect important de la question.

Ce qu'on ne comprend pas toujours, en outre, c'est que, dans de nombreuses provinces, la législation sur les soins de santé comporte, en matière de capacité à décider, une présomption qui doit préalablement être réfutée. Il n'existe aucune limite d'âge précise. Disons, de manière générale, que comme la juge Abella l'a rappelé dans l'arrêt *A.C.*, plus la décision est grave, et plus ses conséquences peuvent être sérieuses, plus il convient qu'un tribunal ou un médecin soit convaincu que l'intéressé a effectivement la maturité nécessaire pour prendre la décision en cause.

**Le sénateur White :** Madame Gilmour, certaines des dispositions vous paraissent contradictoires. Je ne suis pas certain d'avoir bien compris comment vous résoudriez le problème.

**Mme Gilmour :** Il faudrait, selon moi, supprimer le paragraphe 241.2(2) qui définit ce qu'il conviendrait d'entendre par problèmes de santé graves et irrémédiables.

Les alinéas a) et b) sont, eux aussi, critiquables, mais j'estime que l'alinéa d) est particulièrement problématique et c'est pour cela qu'il conviendrait, d'après moi, de le supprimer.

**Le sénateur White :** Le supprimer, certes, mais le remplacer par quoi?

**Mme Gilmour :** Dans son état actuel, l'alinéa 242.2(1)c) parle de problèmes de santé graves et irrémédiables. J'y ajouterais la formule qui figure actuellement à l'alinéa (2)c) :

... sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans les conditions qu'elle juge acceptable...

Autrement dit, je reprendrais la formule de l'arrêt *Carter*.

**Le sénateur White :** Je vous remercie.

**Le sénateur Baker :** Je remercie nos témoins pour leurs excellents exposés — notamment leurs exposés écrits. Le comité ne manquera pas de tenir compte de leurs suggestions.

Ma question s'adresse soit à M. Mendes soit à Mme Gilmour. Ils sont tous deux spécialistes en ce domaine et ont tous deux eu l'occasion de nous rappeler la jurisprudence applicable. Cela est particulièrement vrai de M. Mendes en ce qui concerne l'article 7 de la Charte et, sur ce point, je m'en remets à lui.

We've heard another side of the legal argument, and I will just put my question at the beginning. There won't be any supplementary, so the chair won't cut me off.

We have heard the argument, for example, that the trial judge in *Carter* made no determination whatsoever about anybody by the name of Carter as far as medical-assisted death is concerned. It was about a Ms. Taylor. And at paragraph 1414 of the trial judge's decision, the conclusion is that:

... there will be a constitutional exemption permitting Ms. Taylor to obtain physician-assisted death under the following conditions:

- (a) Ms. Taylor provides a written request.
- (b) Her attending physician attests that Ms. Taylor is terminally ill and near death, and there is no hope of her recovering.

When the Supreme Court of Canada took that, at paragraph 126, the declaration of invalidity, it says:

We have concluded that the laws prohibiting a physician's assistance in terminating life ... infringe Ms. Taylor's s. 7 rights to life, liberty and security of the person ...

It goes on to say "... people like Ms. Taylor ... " And then, the parameters of the decision are in the next paragraph, 127, in which they say:

The scope of this declaration is intended to respond to the factual circumstances in this case.

In other words, the factual circumstances were about Ms. Taylor, who is terminally ill and only had a certain number of days left to live. That's the other side of this argument: what the Supreme Court of Canada actually said in its judgment.

My question, very briefly, is this: Don't you think that no matter what we eventually decide on the wording of this bill, there are going to be constitutional challenges? They will either be on section 7 — you are an expert on that section — and an individual violation of rights, or on section 15, public interest litigation, as we saw in the case of the Downtown Eastside — you're nodding your head — sex workers of Vancouver, British Columbia. If you go one way, it's a violation of section 7. If you go too far the other way, it's a violation of section 15 and public interest litigation.

I'd like for you to comment on my statements generally.

**The Chair:** You have approximately two minutes to respond.

Mais, nous avons aussi entendu l'argument inverse. Je n'entends pas poser de question complémentaire et j'espère par conséquent que la présidence me laissera le temps de formuler ma question.

On a fait valoir, par exemple, que dans l'affaire *Carter*, le jugement de première instance ne s'est pas prononcé, en ce qui concerne l'aide médicale à mourir, sur le cas de Mme Carter. La plaignante était en effet une certaine Mme Taylor. Or, au paragraphe 1414 du jugement de première instance, on trouve cette conclusion :

... la Cour accorde à Mme Taylor une dispense constitutionnelle lui permettant de recourir à une aide médicale à mourir à condition que :

- a) Mme Taylor en fasse la demande par écrit.
- b) Son médecin traitant atteste que Mme Taylor est en phase terminale, qu'elle est proche de la mort et qu'elle n'a aucun espoir de s'en remettre.

Au paragraphe 126 de son arrêt, la Cour suprême du Canada, saisie d'un pourvoi en cette affaire, s'est prononcée en ces termes au sujet de la déclaration d'invalidité :

Nous sommes arrivés à la conclusion que les dispositions prohibant l'aide médicale à mourir... portaient atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne...

La Cour ajoute que « ... aux personnes comme Mme Taylor... » et puis, au paragraphe 127 :

Cette déclaration est censée s'appliquer aux situations de fait que présente l'espèce.

Autrement dit, les situations de fait en question étaient celles de Mme Taylor, atteinte d'une maladie terminale et qui n'avait encore que quelques jours à vivre. Voilà l'argument inverse, c'est-à-dire ce que la Cour suprême du Canada a effectivement affirmé dans son arrêt.

En quelques mots, voici ma question : Ne pensez-vous pas que, quel que soit le libellé du projet de loi, ses dispositions vont susciter des objections constitutionnelles? Le texte sera contesté soit au regard de l'article 7 — c'est votre spécialité — pour cause d'atteinte aux droits de la personne, soit au titre de l'article 15, dans le cadre d'un litige d'intérêt public, comme nous l'avons vu dans l'affaire Downtown Eastside — je vois que vous opinez de la tête — concernant les travailleuses du sexe de Vancouver, en Colombie-Britannique. D'un côté, on va à l'encontre de l'article 7, mais si on va de l'autre côté, on porte atteinte aux garanties inscrites à l'article 15 et on s'expose à un contentieux d'intérêt public.

J'aimerais avoir votre avis sur cet aspect du problème.

**Le président :** Vous avez environ deux minutes pour répondre.

**Mr. Mendes:** I think you heard from Joe Arvay, who was the counsel for Kay Carter, that it was clear at the trial level it was not only the case of Gloria Taylor but also that of Kay Carter — and many others in the situation of Kay Carter — which was being examined — the mountain of evidence that the trial court applied not only to Gloria Taylor but also to the situation in which Kay Carter found herself.

We have to keep in mind, and it's clear throughout the judgment of the Supreme Court, that the court is referring many times in the judgment to the findings of the trial court in the trial division, which then would lead itself to say that the final declaration is applicable as much to Gloria Taylor's situation as it is to Kay Carter's. When you have the testimony of the lawyer who was clearly there, it demonstrated that position, so it absolutely applies to both situations.

**Ms. Gilmour:** Might I add a response to the question, "Who are people like Ms. Taylor?" They're people who, in the Supreme Court of Canada, were recognized as having a grievous and irremediable medical condition, enduring suffering intolerable to them in the circumstances of their case. The court is very clear about that. It's not limiting itself to people with ALS, for instance.

If you look in paragraph 14 of the Supreme Court of Canada's judgment, you see them talking about some of the evidence: "Other witnesses . . . described the 'horrible' choice faced by a person suffering from a grievous and irremediable illness." Then they go into some details and "described the progression of degenerative illnesses like motor neuron diseases or Huntington's disease . . ." I do not think we can read the reference to "people like Ms. Taylor" in the *Carter* decision in that narrow fashion that was first described.

**Senator McIntyre:** Thank you all for your presentations. There is no question that this is a complex, personal and divisive issue. Some stakeholders who have appeared before us in the last two weeks have suggested that the government has taken a reasonable approach to the issues of medical aid in dying. Others have identified, as you have indicated, potential legal issues with the bill, such as restricting the availability of medical assistance in dying, or MAID. Some have even argued that MAID will be available only to terminally ill individuals, although, as you know, the bill does not explicitly state that one must have a terminal illness to have access to MAID. Some have argued that if only terminally ill individuals are eligible for MAID, it would obviously be contrary to the *Carter* decision.

**M. Mendes :** Vous avez recueilli l'avis de Joe Arvay, qui représentait Kay Carter. Selon lui, le jugement en première instance ne concernait pas seulement Gloria Taylor, mais également Kay Carter et de nombreuses personnes se trouvant dans une situation analogue. La masse d'éléments produits en première instance ne concernait pas seulement Gloria Taylor mais également les circonstances dans lesquelles se trouvait Kay Carter.

Dans son arrêt, la Cour se réfère à de nombreuses reprises aux conclusions du juge de première instance. C'est cela qui permet d'affirmer que la déclaration finale s'applique autant à la situation de Kay Carter qu'à celle de Gloria Taylor. Le témoignage de l'avocat qui a plaidé en première instance montre bien que le jugement s'applique aux deux situations.

**Mme Gilmour :** Puis-je répondre à la question « Mais que faut-il entendre, au juste, par « des personnes comme Mme Taylor »? Il s'agit des personnes qui, selon la Cour suprême du Canada, sont affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables leur causant des souffrances persistantes qui leur sont intolérables au regard de leur condition. L'arrêt de la Cour suprême est sur ce point parfaitement explicite. Il ne s'applique pas uniquement aux personnes souffrant de sclérose latérale amyotrophique.

Si vous vous reportez au paragraphe 14 de l'arrêt de la Cour suprême, vous constaterez que la Cour évoque certains des témoignages qui ont été produits : « D'autres témoins ont également parlé du choix « horrible » devant lequel se trouve une personne atteinte d'une maladie grave et irrémédiable ». Ces témoins ont, par ailleurs « décrit la progression de maladies dégénératives comme les maladies des motoneurones ou la maladie de Huntington... ». Je ne pense donc pas que l'on puisse, comme certains proposent de le faire, interpréter de manière étroite le passage de l'arrêt *Carter* qui parle de « personnes comme Mme Taylor ».

**Le sénateur McIntyre :** Je tiens à remercier tous ceux qui nous ont présenté un exposé. Il ne fait aucun doute que la question est complexe, personnelle et controversée. Selon certains des témoins qui ont comparu devant nous au cours de ces deux dernières semaines, en matière d'aide médicale à mourir, le gouvernement s'en est tenu à une approche raisonnable. D'autres ont, comme vous venez de le rappeler, évoqué les objections juridiques que va susciter le projet de loi, estimant que le texte restreint par trop l'accès à l'aide médicale à mourir. Selon certains, l'aide médicale à mourir ne devrait être accordée qu'aux personnes souffrant d'une maladie terminale même si, comme vous le savez, le texte du projet de loi ne prévoit pas explicitement que seules peuvent avoir accès à une telle aide les personnes en phase terminale. Selon certains, ce serait aller à l'encontre de l'arrêt *Carter* que d'adopter un texte qui limite l'accès à l'aide médicale à mourir aux seules personnes en phase terminale.

That said, some stakeholders who have appeared before us have suggested — and it's never too late for this — that the federal government should invoke the notwithstanding clause. Others have suggested the government refer the bill to the Supreme Court of Canada for a determination as to whether the bill complies with the Charter of Rights and is consistent with *Carter*, to avoid future potential Charter challenges, as outlined by Senator Baker.

May I have your thoughts on that, Professor Mendes?

**Mr. Mendes:** There's a saying, which I totally believe, that perfection is the enemy of the good. We're trying to achieve the balance I mentioned in my presentation between the two fundamental values that we're trying to deal with here: human dignity and autonomy, and also protecting the vulnerable.

Senator Joyal and others have talked about the two cases in Quebec where people have literally starved themselves to death. What concerns me is having a bill addressing that situation so that we don't have another like that. My amendments make the bill constitutional and allow it to go forward and prevent those sorts of situations happening again.

I think any discussion about section 33, or any of the other things, is actually an enemy of the good and potentially the enemy of those people whose lives may be at stake.

**Senator McIntyre:** Would others care to comment?  
Ms. Gilmour?

**Ms. Gilmour:** Thank you. I think the notwithstanding clause would be a particularly unfortunate way to go on this. It's a profoundly personal, intimate and fundamental decision. We should not say that the Charter of Rights doesn't apply to this.

Secondly, in terms of a reference to the Supreme Court of Canada, the better course by far is to get it right in the first place in the legislation that is passed. There are ways to do that that don't require wholesale amendments to be added.

**Alex Schadenberg, Executive Director, Euthanasia Prevention Coalition of Ontario:** The Euthanasia Prevention Coalition of Ontario is also concerned about the wording of the bill not achieving the other side of the issue, which is protection of people in vulnerable times in their lives. Our question is, does this bill uphold the other side, so that we actually have a balance? When you look at the wording of the bill, it does not do so.

For instance, while the concept of two physicians or two nurse practitioners making the decision somewhat fits the criteria of the law, it says they must only be of the opinion that someone fits the criteria of the law. This sort of language is a minimum standard. The minimum standard, therefore, in this case doesn't actually protect someone who is going through a very vulnerable time in their life. It doesn't actually achieve that balance. We see that as well as the concept that it allows anyone to actually do the act. You see this in the bill. Nowhere in the world does such

Pourtant, certains intervenants estiment que le gouvernement fédéral pourrait encore invoquer la clause dérogatoire. D'autres considèrent que, pour prévenir les objections constitutionnelles, il y aurait lieu, comme l'a proposé le sénateur Baker, de renvoyer le projet de loi à la Cour suprême du Canada afin qu'elle dise si le texte est conforme à la Charte des droits et libertés et compatible avec l'arrêt *Carter*.

Monsieur Mendes, qu'en pensez-vous?

**M. Mendes :** Je suis convaincu que le mieux est, effectivement, l'ennemi du bien. Comme je l'ai dit dans mon exposé, nous tentons de parvenir à un équilibre entre deux valeurs fondamentales, la dignité et l'autonomie de la personne humaine, et la protection des personnes vulnérables.

Le sénateur Joyal, entre autres, a évoqué le cas de ces deux personnes qui, au Québec, se sont, littéralement, laissées mourir de faim. Je voudrais donc que le projet de loi tienne compte de ce genre de situation afin d'éviter que cela se reproduise. Les amendements que je propose alignent le texte du projet de loi sur la Charte des droits et cela devrait nous permettre d'éviter ce type de situation.

Les arguments qui pourraient être avancés au regard de l'article 33 de la Charte, ou de tel ou tel autre aspect de la question, seraient non seulement l'ennemi du bien, mais l'ennemi des personnes dont la vie serait en cause.

**Le sénateur McIntyre :** Quelqu'un d'autre souhaite intervenir sur ce point? Madame Gilmour?

**Mme Gilmour :** Merci. Il serait selon moi particulièrement regrettable de recourir en l'occurrence à la clause dérogatoire. Nous traitons en effet d'une décision essentiellement personnelle, intime et fondamentale. On ne peut pas prétendre que cette question échappe aux dispositions de la Charte.

Deuxièmement, en ce qui concerne l'éventuel renvoi du texte devant la Cour suprême, il serait préférable de faire en sorte que le texte réponde par avance aux objections possibles. Or, il y a moyen de le faire sans remanier le texte de fond en comble.

**Alex Schadenberg, directeur exécutif, Euthanasia Prevention Coalition of Ontario :** La Euthanasia Prevention Coalition of Ontario voudrait également que le libellé du projet de loi assure en même temps la protection des personnes qui, à telle et telle étape de leur vie, se retrouvent en état de vulnérabilité. Sous sa forme actuelle, le projet de loi assure-t-il un tel équilibre? Nous estimons, en ce qui nous concerne, que ce n'est pas le cas.

L'idée de laisser la décision à deux médecins ou à deux infirmiers praticiens répond assez bien au critère défini dans la loi, qui prévoit simplement que ces personnes doivent « être d'avis » que le patient répond effectivement aux critères établis. Or, ce libellé définit une norme minimum qui, en fait, ne protège pas quelqu'un en état de grande vulnérabilité. Le texte ne parvient donc pas à l'équilibre voulu. Selon nous, cette formule laisse à peu près à n'importe qui le soin de décider. C'est ce que prévoit le texte en sa forme actuelle. Nous serions ainsi le seul pays au

legislation allow anyone to do the act, and yet this bill allows anyone to do the act — not approve the act but to actually do the act.

Once again you have a situation where somebody who could be a spouse or in whatever situation is now a party to the decision and then to the act to actually cause death. That is a very dangerous thing. It actually undoes the concept of whether or not there are protections for vulnerable people in the bill to create a balance.

**Senator Joyal:** Professors Mendes and Gilmour, are you aware of the debate that took place in the Supreme Court in January when they heard the request of the federal government in relation to the extension of time? Are you aware of that?

**Mr. Mendes:** Yes.

**Senator Joyal:** I have the transcript of the debate. Two justices of the Supreme Court rejected the interpretation that a person has to be terminally ill or close to death to be allowed physician-assisted death. I quote Madam Justice Karakatsanis. She asked the lawyer, Mr. Frater, who represents the federal government:

Mr. Frater, can I ask you this: Does your position on the Québec legislation mean that you accept that it complies with *Carter*? I'm thinking particularly about somebody has to be a la fin de vie whereas in *Carter* we rejected terminally ill. I'm worried that inherent in all of your submissions is this is there an acceptance or a presumption I guess.

In the mind of Justice Karakatsanis, *Carter* rejected “terminally ill,” or that the person has to be “à la fin de vie,” as the Quebec legislation mentions.

Justice Moldaver of the Supreme Court said:

... the law that has been promulgated in Québec is, if anything, narrower than the test that we set out in *Carter* so that to the extent you met the law in Québec you would necessarily meet the law as set out in *Carter*.

The Supreme Court has already stated twice that *Carter* doesn't include any time factor in relation to the death. That's why even your amendment, in my opinion, could be challenged in the court because you say “not too remote from death.” You reintroduce a time factor, the proximity to death, which Karakatsanis and Moldaver say have been excluded from *Carter*. It is a very, very important element for consideration in proposing amendments. I would be much closer to Professor Gilmour to exclude (d) from the definition of “grievous and irremediable condition.”

monde à permettre cela. Le texte actuel permet à toute personne non seulement d'autoriser l'acte en question, mais même de l'effectuer.

En l'état actuel des choses, un conjoint, ou quelqu'un d'autre, peut désormais participer à la décision, et puis à l'acte entraînant la mort. C'est une situation extrêmement dangereuse. Elle écarte entièrement l'idée d'un texte équilibré qui assure la protection des personnes vulnérables.

**Le sénateur Joyal :** Êtes-vous, monsieur Mendes, madame Gilmour, au courant du débat qui a eu lieu au mois de janvier en Cour suprême lors de l'examen de la requête du gouvernement fédéral qui sollicitait une prolongation des délais?

**M. Mendes :** Oui.

**Le sénateur Joyal :** J'ai ici la transcription des débats. Deux juges de la Cour suprême ont rejeté l'interprétation voulant que, pour pouvoir se prévaloir d'une aide médicale à mourir, une personne doit être en phase terminale ou proche de la mort. Je cite la juge Karakatsanis. Elle a demandé à M<sup>e</sup> Frater, qui représentait le gouvernement fédéral :

Maître Frater, puis-je vous demander ceci : L'argument que vous avancez au sujet de la législation québécoise veut-il dire que, selon vous, cette législation est conforme à la jurisprudence *Carter*? Je pense en particulier aux dispositions prévoyant qu'une personne doit être en fin de vie, alors que, selon l'arrêt *Carter*, il n'est pas nécessaire qu'une personne soit en phase terminale. Ce qui m'inquiète dans les arguments que vous avancez c'est qu'ils semblent accepter ou présumer que c'est effectivement le cas.

Dans l'esprit de la juge Karakatsanis, l'arrêt *Carter* n'exige pas qu'une personne soit « en phase terminale » ou « en fin de vie » comme le prévoit la législation québécoise.

Selon le juge Moldaver de la Cour suprême :

... la loi promulguée au Québec est, à tout le moins, plus restrictive que ne l'est le critère dégagé dans l'arrêt *Carter* et, par conséquent, en respectant les dispositions québécoises, vous respecteriez forcément la règle énoncée dans l'arrêt *Carter*.

À deux reprises déjà la Cour suprême a précisé qu'en matière de décès l'arrêt *Carter* ne pose aucune limite de temps. C'est pourquoi, selon moi, même votre version amendée pourrait être attaquée en justice puisqu'elle emploie la formule « assez proche de la mort ». Vous introduisez là un facteur temps, la proximité du décès, alors que, selon les juges Karakatsanis et Moldaver, le facteur temps ne figure pas dans l'arrêt *Carter*. Or, il s'agit là d'un point extrêmement important lorsqu'on envisage d'amender le texte. Sur ce point, je serais beaucoup plus proche de la thèse de la professeure Gilmour selon qui il conviendrait de supprimer, de la définition de « problèmes de santé graves et irrémédiables » l'alinéa d).

**Mr. Mendes:** Senator, all I can say is that perfection is the enemy of the good. If you actually get rid of the sections, as my friend has suggested, it would unbalance the balance between human dignity and autonomy and protection of the vulnerable.

It is admissible and would be constitutional to have the concept of “not too remote” because it would satisfy the condition of Kay Carter. It would satisfy the two gentlemen who starved themselves to death. “Not too remote” by any definition that I know of would include those whose lives are not in total health but include some element of suffering. Keep in mind that there have to be the additional concepts of intolerable suffering.

It would definitely satisfy those conditions of those two gentlemen. Again, it’s a question of whether you want to have a law that is struck down or doesn’t go forward or a law that is not perfect but is basically good.

**Ms. Gilmour:** I would agree with you that the Supreme Court of Canada in *Carter* and the two judges you refer to in the January discussion have already confirmed that the decision in *Carter* does not apply only to people with a terminal illness; it’s broader. In part the government has adopted this term “reasonably foreseeable” because it knows it can’t say “terminal illness” as it’s rejected in *Carter*. The problem with reasonably foreseeable, as the government has explained, is that it is too vague and internally contradictory. The government talks about it being a short time, but then that one could suffer for a long time. We don’t get sufficient guidance from that. In fact, we get riding off in all directions.

[Translation]

**Senator Boisvenu:** Welcome, everyone. Ms. Gilmour, I fully share your opinion that this issue should be kept out of the courts. That was not done for mental health issues, and many families have to go through constant appearances before the courts to deal with cases involving mental health. I think we should let health professionals take care of health issues.

I think we have two relatively serious options available — passing this bill or rejecting it. This is a matter of risk, and the risk I see if we were to pass the bill — and you can tell me if I am right — is that we may find ourselves here with you again in a year or two studying another bill to amend the one before us, which seems rather flawed to me. On the other hand, should the bill be rejected, the Supreme Court decision in *Carter* would apply and, according to my interpretation, the *Carter* ruling provides the provinces with rather clear guidelines for managing this matter from legal and medical standpoints.

**M. Mendes :** Sénateur, je persiste à croire que le mieux est l’ennemi du bien. Si, comme ma collègue le propose, on supprime certaines dispositions du texte, on nuit à l’équilibre entre l’autonomie et la dignité de la personne humaine et la protection des personnes vulnérables.

Il serait, d’après moi, à la fois acceptable et conforme à la Constitution de retenir la formule « assez proche de la mort », car cela répond à la situation dans laquelle se trouvait Kay Carter. Cela répondrait également à la situation dans laquelle se trouvaient ces deux messieurs qui se sont laissés mourir de faim. Au regard des définitions que je peux entrevoir, la formule « assez proche de la mort » englobe les personnes dont la mort n’est pas imminente, mais qui souffrent néanmoins. N’oublions pas que le texte actuel parle également de souffrances intolérables.

Une telle modification du texte répondrait donc à la situation dans laquelle se trouvaient les deux messieurs en question. Encore une fois, il s’agit de savoir si l’on souhaite adopter une loi qui risque d’être jugée inapplicable, car contraire à la Constitution, ou un texte qui n’est, certes, pas parfait, mais assez satisfaisant.

**Mme Gilmour :** Je suis d’accord avec vous que la Cour suprême du Canada, dans l’arrêt *Carter*, et les deux juges que vous avez cités dans le cadre du débat qui a eu lieu en janvier, ont déjà confirmé que la jurisprudence *Carter* ne s’applique pas uniquement aux personnes en phase terminale. Si le gouvernement a retenu la formule « raisonnablement prévisible », c’est parce qu’il savait ne pas pouvoir employer la formule « maladie terminale », condition exclue par l’arrêt *Carter*. Selon le gouvernement, la formule « raisonnablement prévisible » est trop vague et comporte par ailleurs une contradiction interne. D’après le gouvernement, l’échéance serait brève, mais l’intéressé pourrait néanmoins souffrir pendant longtemps. Cette formule n’a donc pas la précision nécessaire et elle permet d’aller dans tous les sens.

[Français]

**Le sénateur Boisvenu :** Bienvenue à vous tous. Madame Gilmour, je partage entièrement votre position par rapport à la non-judiciarisation de ce dossier. On l’a déjà fait dans le domaine de la santé mentale, et beaucoup de familles souffrent de se retrouver constamment devant des tribunaux pour régler des cas de santé mentale. Je pense qu’il faut laisser à la santé ce qui appartient à la santé.

Je crois que nous avons devant nous deux options relativement graves, soit celle d’adopter ce projet de loi ou celle de le rejeter. Il s’agit d’une question de risques, et le risque que je perçois si nous adoptons le projet de loi — et vous me direz si j’ai raison —, c’est que nous pourrions nous retrouver encore ici dans un an ou deux avec vous afin d’étudier un autre projet de loi qui servira à corriger le projet de loi actuel, qui m’apparaît plutôt bancal. D’autre part, si le projet de loi est rejeté, l’arrêt *Carter* de la Cour suprême s’appliquera et, selon la lecture que j’en fais, l’arrêt *Carter* propose des balises assez claires aux provinces pour

Is my perception of risks related to the rejection or passing of this bill pretty clear?

[English]

**Ms. Gilmour:** I would say that if we don't have legislation and are simply left with *Carter* applying, we would be in a situation where, I would expect, outside Quebec, which has a framework in place, there would probably be considerable reluctance on the part of health care practitioners to participate in medically assisted dying. My concern would be that the practical reality on the ground would be quite a roadblock to its implementation.

That said, certainly the regulatory colleges and the provincial governments have a big role to play in governance in this area. It is better, in my view, if there is a piece of federal legislation, but it should be both Charter- and *Carter*-compliant.

[Translation]

**Mr. Mendes:** I will answer in English, as I want to express my thoughts clearly.

[English]

One thing that worries me about not having any law in this area is that it opens up the possibility of having the *Carter* ruling be the basis of people seeking. Anyone who has anything to do with law, as my colleagues would recognize, knows that any approach to the courts is very expensive. The average cost is in the range of \$50,000. How many of us here in this room could afford that? And there is the possibility of appeals, et cetera. It's absolutely critical for some law to come forward in the wake of the *Carter* ruling. My plea to you is do not look for perfection; look for the good.

**Senator Plett:** Mr. Bernstein, I want to read UNICEF's mission statement before I ask a question. It states:

UNICEF is mandated by the United Nations General Assembly to advocate for the protection of children's rights, to help them meet their basic needs and to expand their opportunities to reach their full potential.

I repeat: to reach their full potential. Given that studies in the Netherlands and Belgium show that people who were depressed are four times more likely to request assisted suicide, and that this bill does not require illness to be terminal, and there are suggestions that mental illness should be the sole factor in making a decision, do you not see a major problem with the consideration of allowing vulnerable children to request assisted death? Have these children, in your opinion, reached their full potential?

qu'elles puissent gérer ce dossier d'un point de vue juridique et médical.

Est-ce que ma perception des risques liés au rejet ou à l'adoption de ce projet de loi est assez claire?

[Traduction]

**Mme Gilmour :** Si nous ne votons pas une loi encadrant ce texte de situation, et que nous nous en remettons entièrement à l'arrêt *Carter*, sauf au Québec, où un cadre juridique a été établi, les professionnels de la santé hésiteront beaucoup, selon moi, à participer à l'aide médicale à mourir. Je m'inquiète à l'idée que les réalités pratiques puissent bloquer la mise en œuvre des nouvelles dispositions.

Cela dit, les gouvernements provinciaux et instances disciplinaires vont avoir un grand rôle à jouer. Il serait préférable que la législation fédérale soit à la fois conforme aux dispositions de la Charte et compatible avec l'arrêt *Carter*.

[Français]

**M. Mendes :** Je vais répondre en anglais, parce que je veux préciser mes idées.

[Traduction]

Ce qui m'inquiète également c'est que si nous ne légiférons pas en ce domaine, les personnes qui souhaitent obtenir une aide médicale à mourir ne pourront se fonder que sur l'arrêt *Carter*. Or, et je pense que mes collègues en conviendront aisément, toute personne qui connaît un peu le droit sait que les actions en justice coûtent très cher. Il faut, en moyenne, 50 000 \$ pour se pourvoir devant les tribunaux. Combien sommes-nous ici à en avoir les moyens? Et puis, il y a les éventuels appels, et cetera. Il est absolument essentiel que l'arrêt *Carter* soit suivi d'un texte de loi. Je vous supplie donc de ne pas rechercher la perfection, mais de donner votre aval à un texte somme toute satisfaisant.

**Le sénateur Plett :** Monsieur Bernstein, avant de vous poser une question, je voudrais citer un extrait de l'énoncé de mission de l'UNICEF :

L'UNICEF est chargé par l'Assemblée générale des Nations Unies de défendre les droits des enfants, d'aider à répondre à leurs besoins essentiels et de favoriser leur plein épanouissement.

Permettez-moi d'insister sur ces mots : favoriser leur plein épanouissement. Des études menées aux Pays-Bas et en Belgique démontrent que la probabilité de voir quelqu'un demander une aide au suicide est quatre fois plus forte chez les gens déprimés. Or, étant donné que ce projet de loi n'exige pas que la personne qui demande une telle aide soit en phase terminale, et que certains estiment que seules les capacités mentales devraient être prises en compte au niveau d'une telle décision, l'idée que l'on pourrait permettre à des enfants vulnérables de demander une aide à mourir ne vous paraît-elle pas créer un très sérieux problème?

**Mr. Bernstein:** In terms of looking at the rights of children, children certainly have the right to be protected and to enjoy a certain quality of life, but there may be children who are experiencing irremediable conditions, intolerable and enduring suffering, and they should have the right when they reach a point of sufficient maturity to make some determinations for themselves. One of the reasons that we are advancing this period of time, this second phase, is to work out some of those considerations, to look at some of the safeguards. Do we need to look at involving additional physicians? What kind of oversight and monitoring is going to be in place?

**Senator Plett:** Please answer my question, sir. A mentally ill, depressed 16-year-old, do you believe that that 16-year-old has reached his or her full potential? That's your mission statement. Do you believe they have reached their full potential when they — I don't want to use the word "only" because it's serious — but their only illness is depression?

**Mr. Bernstein:** There may be other factors that are combined with the psychological suffering that are giving rise to that particular condition. Certainly young people should have access to psychological and psychiatric counselling, different family supports, extended family, but if it reaches the point where the suffering falls within this definition, and if a competent adult has the right to access medical assistance in dying based upon a certain set of circumstances and conditions, that should not be denied, not to all children, but to mature minors.

**Mr. Schadenberg:** I wanted to comment on the question that we have been bringing up that there is no effective oversight in this bill. You have a system where either two doctors or two nurse practitioners or one of each will make the decision that they're of the opinion that the criteria of the law have been met, and they're going to make this decision based on these conditions, which are very difficult at all times.

We have been saying that to ensure that the balance is actually met, you need either judicial oversight, which is what the Supreme Court agreed to in January — this is what we have right now — or a system that is similar to Ontario's Consent and Capacity Board, where it's done quickly and there's actually effective oversight and we're assuring, without a question, that the concepts being brought up by Senator Plett — that is, someone is going through depression and there might be great help for them — are actually being dealt with effectively and these vulnerable people are being protected. That would be effective oversight, and that's not there at all.

**Senator Eaton:** My questions are going to be addressed to Mr. Bernstein and Ms. Gilmour.

**M. Bernstein :** Il est clair que les enfants ont le droit d'être protégés et de bénéficier d'une certaine qualité de vie, mais il y a des enfants qui éprouvent des problèmes de santé graves et irrémédiables qui leur causent des souffrances persistantes intolérables. Les enfants qui ont atteint un degré suffisant de maturité devraient eux aussi avoir le droit de prendre certaines décisions. Si nous prôtons cette procédure en deux temps, c'est justement pour nous donner le temps d'étudier toutes les considérations qui peuvent intervenir et les mesures de sauvegarde qu'il conviendrait d'instaurer. Devrait-on faire intervenir d'autres médecins? Quel serait un bon mécanisme de contrôle et de surveillance?

**Le sénateur Plett :** Mais qu'en est-il de ma question? Estimez-vous qu'un jeune de 16 ans, atteint d'une maladie mentale, soit parvenu à son plein épanouissement? Cela figure pourtant dans votre énoncé de mission. Pensez-vous qu'une telle personne a réalisé son plein épanouissement alors que — je ne voudrais pas utiliser le mot « simplement », car c'est tout de même grave —, mais alors qu'elle souffre simplement de dépression?

**M. Bernstein :** D'autres facteurs peuvent intervenir qui, s'ajoutant à des souffrances psychologiques, peuvent entraîner un certain état de santé. Il est clair que les jeunes devraient avoir accès à des services de consultation psychologique et psychiatrique, bénéficier du soutien de leur famille ou d'une famille élargie, mais si à un certain point, leurs souffrances relèvent de la définition que nous avons donnée, et si un adulte capable a le droit de se prévaloir d'une aide médicale à mourir lorsque sont réunies certaines circonstances et certaines conditions, ce droit devrait être reconnu, je ne dis pas à tous les enfants, mais aux mineurs ayant atteint un certain degré de maturité.

**M. Schadenberg :** Permettez-moi une observation au sujet du manque de mécanismes de surveillance. Selon le dispositif prévu dans le projet de loi, la décision sera prise soit par deux médecins soit par deux infirmiers praticiens, soit, encore, par l'un de chaque, s'ils sont d'avis que la situation correspond au critère fixé par la loi. Ils se prononceront au regard des conditions prévues, conditions invariablement très difficiles.

Selon nous, pour assurer un bon équilibre de ces diverses considérations, il faudrait soit instaurer un mécanisme de contrôle judiciaire, ce que la Cour suprême a admis en janvier — et c'est le dispositif actuel — soit opter pour un système analogue à la Commission du consentement et de la capacité de l'Ontario, avec une procédure rapide qui permet effectivement l'exercice d'une surveillance efficace et qui répond à la préoccupation dont a fait état le sénateur Plett. Il s'agit, en effet, de veiller à ce qu'une personne déprimée ait accès à des mesures de soutien et à ce que les personnes vulnérables bénéficient d'une protection efficace. Un tel mécanisme permettrait effectivement d'assurer une surveillance efficace, mais un tel dispositif n'est pas prévu dans ce projet de loi.

**La sénatrice Eaton :** Ma question s'adresse à la fois à M. Bernstein et à Mme Gilmour.

If you take away the irremediable terminal illness, if you open it up to minors, the Belgian and Dutch experience has shown that kids with autism and anorexia — I mean, suffering is subjective. If we did what you wanted by deleting end of life out of the bill, and we opened it up the way you would like, would you be in favour of a Superior Court judge signing off? Somebody who has a certain distance from the matter could judge things objectively, make sure all the safeguards have been looked at. People aren't shopping for doctors or nurses who agree with them. Would you agree to something like that?

**Mr. Bernstein:** I think this should be a determination made by physicians and medical individuals who have expertise in terms of assessing capacity and looking at the implications of the decision.

**Senator Eaton:** They could make the case before the judge.

**Mr. Bernstein:** I don't think that reverting back to a judicial framework is the way to go. I think it's going to inject, as my colleague indicated, more costs, delays, complexity and appeals.

**Senator Eaton:** I don't think cost should come into life-and-death situations. I can see hundreds of people with disabilities, especially kids with terrible disabilities, parents, pressure. It worries me. A hands-off judge could be very good, especially in the case of what you would like, Professor Gilmour, if the end-of-life sections were taken out.

**Ms. Gilmour:** I didn't say get rid of "irremediable." I would keep that; that's language from *Carter*. What I would get rid of is the subsection that talks about the serious and incurable illness.

I was not speaking in terms of terminal illness, because the language that's used in *Carter*, and even the language that's used in the legislation, doesn't talk about terminal illness. With respect to minors, I didn't have time to get to this —

**Senator Eaton:** Even for not minors. If "terminal" is taken out of the bill the way it is now, what is the language? Irremediable?

**Ms. Gilmour:** Irremediable.

**Senator Eaton:** And you want that left in?

**Ms. Gilmour:** Correct, but moved up to section 242.2(1).

**Senator Eaton:** Would you be in favour of a judge signing off?

Si vous supprimez l'exigence d'une maladie terminale irrémédiable, si vous reconnaissez ce droit aux mineurs, ce qu'on a pu constater en Belgique et en Hollande démontre que les enfants atteints d'autisme ou d'anorexie — et je parle de cela, car la souffrance est quelque chose d'essentiellement subjectif. Si nous faisons ce que vous proposez en supprimant du projet de loi l'approche de la mort, et que nous reconnaissons plus largement le droit à une aide médicale à mourir, pensez-vous que nous devrions prévoir que la décision devra être contresignée par un juge de Cour supérieure? Par quelqu'un qui peut prendre un certain recul, par rapport à la situation, juger plus objectivement, s'assurer que toutes les mesures de sauvegarde ont effectivement été observées, et que les gens ne se sont pas lancés à la recherche d'un médecin ou d'une infirmière complaisant. Seriez-vous favorable à ce type de solution?

**M. Bernstein :** D'après moi la décision devrait être laissée aux médecins, aux professionnels de la santé qui ont les connaissances voulues pour évaluer la capacité du patient et réfléchir aux conséquences de la décision.

**La sénatrice Eaton :** Mais ils pourraient faire valoir leurs arguments devant un juge.

**M. Bernstein :** D'après moi, ce ne serait pas la bonne solution. Comme mon collègue l'a rappelé tout à l'heure, cela ne ferait qu'augmenter les coûts, les délais et les complications, surtout si l'on considère d'éventuels recours en appel.

**La sénatrice Eaton :** Je ne pense pas que les considérations de coût devraient intervenir dans ces situations de vie et de mort. Je songe à ces centaines de personnes handicapées, et en particulier aux enfants souffrant de graves handicaps, à leurs parents, aux pressions dont ils peuvent faire l'objet. C'est cela qui m'inquiète. Il serait peut-être bon, justement, d'en référer à un juge indépendant surtout si, comme vous le proposez, madame Gilmour, on supprime la clause qui exige que la mort soit devenue raisonnablement prévisible.

**Mme Gilmour :** Je n'ai pas dit qu'il fallait supprimer le mot « irrémédiable ». Je le conserverais dans le texte; ce mot se trouve dans l'arrêt *Carter*. Ce que je voudrais supprimer c'est le paragraphe concernant une maladie grave et incurable.

Je n'ai pas abordé la question d'une maladie terminale, car ce n'est pas de cela qu'il s'agit dans l'arrêt *Carter*, ni même dans le texte du projet de loi. En ce qui concerne les mineurs, je n'ai pas eu le temps d'aborder la question...

**La sénatrice Eaton :** Même pour les adultes. Si l'on ne retient pas le mot « terminale », quel terme employer?

**Mme Gilmour :** Eh bien le mot « irrémédiable ».

**La sénatrice Eaton :** Et vous souhaiteriez donc que l'on retienne ce terme dans le texte?

**Mme Gilmour :** Oui, mais en l'insérant au paragraphe 242.2(1).

**La sénatrice Eaton :** Jugez-vous souhaitable de faire avaliser la décision par un juge?

**Ms. Gilmour:** No, I would not. I don't think that judicial approval is necessary, and I don't think it would provide any more of an effective safeguard. We already leave profound decisions to physicians and health professionals all the time, if you think about removing life-sustaining treatment, or withholding it. We leave those decisions as it is.

**Senator Eaton:** It's at the patient's request.

**Ms. Gilmour:** When we're talking about a competent patient. With respect to withholding life-sustaining treatment — and this is something we are not talking about in this bill — that can also be at the request of a substitute decision maker. I don't really want to go down that tangent because it's not our subject here.

There is a possibility for a competent patient to request the removal of life-sustaining treatment, for instance, as in the case of *Nancy B.* in Quebec. There's also a possibility that a substitute decision maker can request that, either following a patient's wishes or if it's in their best interests. That's not what we're talking about in this bill.

**Senator Eaton:** That's right.

**Senator Batters:** Mr. Bernstein, first of all, I want to make sure that I have this correct. UNICEF, it's such a part of our lexicon, does it stand for United Nations Children's Emergency Fund?

**Mr. Bernstein:** That is correct.

**Senator Batters:** So the *Carter* decision dealt with competent adults, not children, first of all. In this particular bill, terminal illness and end of life are not currently required. You prefer to have these provisions apply to somebody under 18. Would you think that a safeguard of having terminal illness or end of life be required for someone under 18?

The joint parliamentary committee report also recommended that people with a sole basis of psychological suffering be allowed to receive physician-assisted suicide. Would it be your preference that this is allowed under this bill?

**Mr. Bernstein:** In terms of looking at the *Carter* decision, as I said in my opening remarks, we see that as representing a floor.

**Senator Batters:** I know, but I have a limited time here, so if you could just go to my questions.

**Mr. Bernstein:** I think it should be the same criteria that applied to adults and children.

**Senator Batters:** So no terminal illness, no end of life, even for someone under 18? That would be your situation?

**Mr. Bernstein:** That is correct.

**Mme Gilmour :** Non. Je ne pense pas qu'une autorisation judiciaire soit nécessaire, et je ne pense pas que cela offrirait de meilleures garanties. De graves décisions sont déjà laissées à l'appréciation de médecins et autres professionnels de la santé, qu'il s'agisse de ne pas administrer un traitement de survie, ou de l'arrêter. Il n'y a pas lieu de modifier la manière dont est actuellement pris ce type de décision.

**La sénatrice Eaton :** C'est au patient d'en faire la demande.

**Mme Gilmour :** Lorsqu'on a affaire à un patient capable. S'agissant d'arrêter ou de ne pas administrer un traitement de survie, la question n'est pas abordée dans le projet de loi, mais là encore la décision peut être prise à la demande d'un décideur par procuration. Je préfère m'en tenir là, car ce n'est pas la question qui nous préoccupe actuellement.

Un patient capable peut effectivement demander l'arrêt d'un traitement de survie, et c'est ce qui s'est passé, par exemple, au Québec, dans le cas de *Nancy B.* Il se peut également qu'un décideur par procuration présente une demande en ce sens, soit parce que cela correspond à la volonté du patient, soit parce que c'est dans son intérêt. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit dans le projet de loi.

**La sénatrice Eaton :** En effet.

**La sénatrice Batters :** Monsieur Bernstein, je tiens à m'assurer que l'UNICEF, sigle qui fait depuis longtemps partie de notre vocabulaire, signifie bien le Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

**M. Bernstein :** C'est tout à fait exact.

**La sénatrice Batters :** L'arrêt *Carter* vaut pour les adultes capables, et non pour les enfants. Dans son état actuel, ce projet de loi n'exige ni que l'intéressé souffre d'une maladie terminale, ni qu'il soit proche de la mort. Vous souhaiteriez que ces dispositions s'appliquent à des personnes de moins de 18 ans. Conviendrait-il d'exiger, pour les personnes qui ont moins de 18 ans, qu'elles soient atteintes d'une maladie terminale ou qu'elles soient en fin de vie?

Le rapport du Comité mixte parlementaire a recommandé que les personnes dont les souffrances sont purement psychologiques puissent, elles aussi, se prévaloir d'une aide médicale au suicide. Le projet de loi devrait-il, selon vous, permettre cela?

**M. Bernstein :** Compte tenu de l'arrêt *Carter*, c'est, selon moi, un minimum.

**La sénatrice Batters :** Je comprends, mais le temps nous est compté et je vais devoir m'en tenir à mes questions.

**M. Bernstein :** D'après moi, les adultes et les enfants devraient se voir appliquer les mêmes critères.

**La sénatrice Batters :** Ce qui voudrait dire que, même s'agissant de personnes âgées de moins de 18 ans, on ne saurait exiger qu'elles soient atteintes d'une maladie terminale ou qu'elles soient en fin de vie. C'est bien votre position sur la question?

**M. Bernstein :** C'est exact.

**Senator Batters:** What about the people with psychological suffering as a sole basis? Would you want to see that also included? That was something the joint parliamentary report wanted to see. Is it your position that you would like to see that in this bill as well?

**Mr. Bernstein:** UNICEF is not suggesting psychological suffering, in and by itself, be the litmus test in terms of terminating life and making those decisions for young people.

[Translation]

**Senator Dagenais:** We are running a real marathon because of a decision requiring us to resolve a situation through a clearly incomplete piece of legislation. I am also wondering why we have to rush our decision.

My question is for Ms. Gilmour. Should the government refuse to amend Bill C-14 according to your recommendations — likely because time is of the essence and we need more time to flesh out our study — would you be more comfortable with having to temporarily live with the consequences of the *Carter* decision and holding public consultations across the country on issues related to the consent of people under the age of 18, mental illness and foreseeable death? Of course, I ask that you keep your answer brief.

[English]

**Ms. Gilmour:** It's a difficult question. Should we live with the vacuum created if no legislation is passed? The legislation, as it stands, is not Charter-compliant. If you pass the legislation, I think you're passing something that, as it stands, is not Charter-compliant, and it won't stand for very long.

It is a positive step to have legislation that sets out the conditions under which medical assistance in dying can be provided. I urge you to do your utmost to amend the law in a way that will make it Charter-compliant. We're not so far off that. I can't say pass a law that's not Charter-compliant, but I am very afraid that if there no law is put in place, then outside Quebec there will be reluctance on the part of those who would provide assistance in dying to do so because they won't feel that there's a firm footing for the actions they are taking.

**The Chair:** Thank you very much. I thank our witnesses for being here today and for assisting us in our deliberations.

**La sénatrice Batters :** Mais qu'en est-il des personnes dont les souffrances sont purement psychologiques? Souhaiteriez-vous qu'elles puissent, elles aussi, bénéficier des dispositions prévues? C'est une des recommandations du rapport du Comité mixte parlementaire. Souhaiteriez-vous que cela soit aussi le sens des nouvelles dispositions?

**M. Bernstein :** L'UNICEF ne propose pas qu'en ce qui concerne les jeunes, les souffrances psychologiques constituent, en soi, un critère ouvrant accès à l'aide médicale à mourir ou permettent à elles seules de fonder une telle décision.

[Français]

**Le sénateur Dagenais :** Nous sommes en train de courir un véritable marathon à cause d'un jugement qui nous demande de régler une situation au moyen d'une loi qui, de toute évidence, est incomplète. D'ailleurs, je me demande pourquoi nous devons nous précipiter pour prendre une décision.

Ma question s'adresse à Mme Gilmour. Si le gouvernement ne consentait pas à modifier le projet de loi C-14 selon vos recommandations — sans doute parce que le temps presse et que nous manquons de temps pour étoffer notre réflexion —, seriez-vous plus à l'aise que l'on vive temporairement avec les conséquences de l'arrêt *Carter* et que l'on mène des consultations publiques à l'échelle nationale sur les questions liées au consentement des personnes de moins de 18 ans, à la maladie mentale et à la période prévisible de la mort? Bien entendu, je vous demande de répondre brièvement.

[Traduction]

**Mme Gilmour :** C'est une question extrêmement délicate. À supposer qu'aucune loi n'est adoptée en ce domaine, va-t-on devoir vivre avec le vide juridique? Dans son état actuel, le projet de loi n'est pas conforme aux dispositions de la Charte. J'estime qu'en adoptant ce projet de loi, sous sa forme actuelle, vous allez voter un texte qui n'est pas conforme aux dispositions de la Charte et qui sera pour cela rapidement mis en cause.

Il est bon d'établir dans un texte législatif les conditions autorisant une aide médicale à la mort. Cela dit, je vous invite à un maximum d'effort pour amender le texte et l'aligner sur les dispositions de la Charte. Ce ne serait pas très difficile. Je ne peux pas vous encourager à voter un texte qui n'est pas conforme aux dispositions de la Charte, mais je crains que si vous n'adoptez pas une loi en ce domaine, sauf au Québec, ceux qui seront appelés à fournir cette aide à mourir hésiteront à le faire, car ils auront le sentiment que les mesures qu'on leur demande de prendre ne reposent pas sur une base solide.

**Le président :** Je vous remercie. Je tiens à remercier nos témoins de leur contribution aux travaux du comité.

Joining us for our second hour, we have, from the Canadian Association of Advanced Practice Nurses, Maureen Klenk, Nurse Practitioner; and from the Canadian Paediatric Society, Dr. Dawn Davies, Chair of the Bioethics Committee. Thank you for being here.

**Maureen Klenk, Nurse Practitioner, Canadian Association of Advanced Practice Nurses:** Thank you for inviting me to speak with you today. My name is Maureen Klenk, and I am a nurse practitioner. I am here today representing the Canadian Association of Advanced Practice Nurses.

It's most fitting I should be speaking with you today as it is International Nurses Day. Nurses worldwide celebrate Florence Nightingale's birthday. Florence Nightingale is the founder of the profession of nursing, and she was a strong advocate for improved patient outcomes.

Nurse practitioners are experienced registered nurses with a four-year degree who have returned to university for a master's degree, which includes both academic and clinical experience. Nurse practitioners perform client assessments at an advanced level, diagnose illness, promote health, prescribe treatments and medications, and monitor patients' responses. All of these acts are done in partnership with our clients, who work with their nurse practitioners to devise acceptable plans of care.

Nurse practitioner licensing across the country incorporates mastery of nurse practitioner competencies as put forth by the Canadian Nurses Association.

The Canadian Association of Advanced Practice Nurses has come today to let you know that nurse practitioners are prepared to provide patients with access to assistance in dying. We appreciate that you have included nurse practitioners in the language of Bill C-14. We understand that equitable access to medical assistance in dying across Canada will be important. Nurse practitioners will enhance this access, since they tend to practice in rural and remote areas and serve vulnerable and marginalized populations across the country. While our association embraces the opportunity to enhance access to medical assistance in dying, we are here today to provide feedback on the current format and wording of Bill C-14.

The first item we would like to draw your attention to is clause 241.1. Without the inclusion of the ability to counsel, there is a risk that nurse practitioners will be left vulnerable. For example, in working with a client who has come to discuss options

Nous accueillons, cette deuxième heure, au nom de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée, Maureen Klenk, infirmière praticienne, et, au nom de la Société canadienne de pédiatrie, la Dre Dawn Davies, présidente du Comité de bioéthique. Je vous remercie d'avoir répondu à notre invitation.

**Maureen Klenk, infirmière praticienne, Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée :** Je vous remercie de cette occasion de prendre la parole devant vous. Je m'appelle Maureen Klenk, et je suis infirmière praticienne. Je comparais devant vous en tant que représentante de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée.

Je suis doublement heureuse d'avoir l'occasion de m'adresser à vous puisque c'est aujourd'hui la Journée internationale des infirmières. Dans le monde entier, les infirmières célèbrent l'anniversaire de Florence Nightingale, qui est en fait la fondatrice de notre profession. Elle a lutté pour améliorer l'état des patients.

Les infirmières praticiennes sont des infirmières diplômées qui ont acquis de l'expérience dans l'exercice de leur profession et qui, après les quatre années d'étude conditionnant l'obtention de leur diplôme, ont repris des études universitaires et obtenu une maîtrise qui sanctionne à la fois des études et une expérience clinique. En raison de leurs compétences, les infirmières praticiennes sont autorisées à diagnostiquer, à ordonner et à interpréter les résultats d'analyses de diagnostic, à prescrire des produits pharmaceutiques et des traitements, et à suivre la réaction des patients et l'évolution de leur maladie. Ces actes sont accomplis en partenariat avec nos clients qui, de concert avec leur infirmière praticienne, s'entendent sur un plan de soins acceptable.

La procédure d'agrément présuppose l'acquisition des compétences exigées par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Aujourd'hui, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée prend la parole devant vous pour faire savoir que nous sommes prêts à apporter aux patients une aide à mourir. Nous relevons que le texte du projet de loi C-14 reconnaît le rôle des infirmiers praticiens. Nous sommes conscients de l'importance d'assurer dans toutes les régions du pays un accès équitable à l'aide médicale à mourir. Les infirmières praticiennes sont à même d'assurer un tel accès puisqu'elles exercent souvent en milieu rural ou dans des régions éloignées, où elles desservent des populations vulnérables et marginalisées. C'est très volontiers que notre association entend contribuer à un meilleur accès à l'aide médicale à mourir, mais notre propos aujourd'hui est simplement de donner notre avis sur la forme actuelle du projet de loi C-14.

Nous souhaiterions, d'abord, attirer votre attention sur l'article 241.1. Cet article ne permet pas en son état actuel de donner des conseils, et cela crée, pour les infirmières praticiennes, un risque. L'infirmière praticienne qui s'entretient avec un client

regarding medical assistance in dying, a nurse practitioner might document that the patient has been counselled regarding prognosis, response to treatment and options.

There is a concern that the word “counsel” could be taken out of context, thus implicating providers who are meeting the standard of care. To enhance clarity, we request that subsections (a) and (b) be included within the exemption.

A second item we would like to draw your attention to is the age restriction included as part of the eligibility criteria for receiving medical assistance in dying. As an organization and as nurse practitioners with a special interest in equity, we feel this item is discriminatory. The use of an arbitrary age requirement does not take into consideration individual patient circumstances, history or choice. Pain and suffering have no age limit. A 16-year-old with a brain tumour will suffer as much as a similar patient at age 28 who meets the remaining criteria. It does not seem reasonable that a youth interested in seeking medical assistance in dying might suffer while waiting to turn 18. An arbitrary age threshold warrants review.

In addition, we are asking that the defining characteristics for a grievous and irremediable medical condition be changed. Items (a) and (d) from section 241.2 are not measurable. The term “serious” is not well defined and is not a measurable criterion in clinical decision making. What makes one illness more serious than another? What is serious?

Within this same section, the term “incurable” will raise some issues in practical application. If there is a cure somewhere in the world, is the condition considered to be curable? Is there a cure in final stages of development? These questions are important since there could be a cure available; however, it might not be accessible at the location and at the time the patient is experiencing the illness. Or, it might be available but not be covered under existing provincial drug plans. Furthermore, the patient must have the right to choose to refuse treatment even if it is available.

Finally, subsection (d) includes the term “natural death.” This is not an acceptable term within health care practice and documentation. Vital statistics departments require a diagnosis linked to every death whether caused by lung cancer, kidney disease or Alzheimer’s disease.

As well, “reasonably foreseeable” is not measurable, whereas we feel that subsection (b) — “they are in an advanced state of irreversible decline” — is sufficient to provide parameters for

des diverses solutions qui s’offrent à lui en matière d’aide médicale à mourir sont normalement consigner le fait qu’elle l’a conseillé au niveau du pronostique, de la manière dont il a réagi à certains traitements, et des solutions qui s’offrent à lui.

Nous craignons donc que le mot « conseil » soit pris hors contexte et permette de mettre en cause des professionnels de la santé qui agissent conformément aux normes applicables en matière de traitement. Nous souhaiterions donc, afin que tout soit clair, que les alinéas a) et b) soient fondus dans les paragraphes prévoyant une exemption.

Nous souhaitons aussi évoquer la question de la limite d’âge qui figure parmi les critères permettant de se prévaloir d’une aide médicale à mourir. Notre organisation, et la profession dans son ensemble, sont particulièrement attachées à l’égalité de traitement, et nous jugeons cette disposition discriminatoire. Cette limite d’âge ne prend effectivement pas en compte les circonstances propres au patient, ses antécédents, ou ses desiderata. La douleur, la souffrance n’a rien à voir avec l’âge. Un jeune de 16 ans atteint d’une tumeur au cerveau souffre tout autant qu’un patient qui, étant âgé de 28 ans, répond aux conditions prévues. Selon nous, il n’est pas raisonnable qu’un jeune qui souffre soit obligé d’attendre d’avoir 18 ans pour demander une aide médicale à mourir. Cette limite d’âge arbitraire devrait être revue.

Nous souhaiterions en outre que l’on modifie certains éléments de la définition de ce qui constitue un problème de santé grave et irrémédiable. Les alinéas a) et d) de l’article 241.2 concernent des choses qui ne sont pas mesurables. Le terme « grave » n’est pas défini et ne constitue pas un critère mesurable susceptible de fonder une décision clinique. Qu’est-ce qui fait qu’une maladie est plus grave qu’une autre? Qu’entend-on par maladie grave?

Dans ce même article, le terme « incurable » va lui aussi soulever des difficultés sur le plan pratique. S’il existe, quelque part dans le monde, un traitement qui permet de guérir cette maladie, sera-t-elle considérée pour autant comme guérissable? Est-on proche de trouver un remède? Ces questions doivent être posées, car il se peut qu’il y ait quelque part un remède qui ne soit, cependant, pas disponible là où se trouve le patient. Ou bien il se peut qu’un tel remède existe, mais qu’il ne soit pas remboursé par le régime d’assurance-médicaments du lieu de résidence. Ajoutons qu’un patient doit se voir reconnaître le droit de refuser un traitement même si un tel traitement existe.

Et puis, enfin, on trouve, à l’alinéa d), le terme « mort naturelle ». Ce n’est pas un terme qu’il convient de retenir en matière de pratique médicale, ou de documentation accompagnant cette pratique. Les services de l’état civil exigent que chaque décès soit expliqué par une cause diagnostique, qu’il s’agisse d’un cancer du poumon, d’une maladie rénale ou de l’Alzheimer.

Le terme « raisonnablement prévisible » ne correspond pas non plus à quelque chose de mesurable et, selon nous, l’alinéa b) — sa situation médicale se caractérise par un déclin

determining the expected clinical course. Therefore, we request both (a) and (d) be omitted from section 241.2.

**The Chair:** Dr. Davies.

**Dr. Dawn Davies, Chair, Bioethics Committee, Canadian Paediatric Society:** I'm Dawn Davies, a pediatric palliative care physician in Edmonton, Alberta, and chair of the Canadian Paediatric Society's bioethics committee, and it's in that capacity that I'm here today.

The Canadian Paediatric Society is a professional association that represents more than 3,200 pediatricians and subspecialists across the country. Our mission is to promote the health and well-being of Canada's children and youth, so we are grateful to have been invited to take part in this conversation.

I would like to address the question of mature minors, or children under 18 years of age who are deemed able to make serious medical decisions for themselves.

The question of whether to extend physician-assisted death to mature minors is understandably complex. At this time there simply is not enough information to reach an enlightened decision that balances the best interests of children and youth, and their families, with the possible harms.

It is appropriate that the first iteration of legislation on physician-assisted death does not include mature minors. It would be prudent to wait for outcomes research on physician-assisted death in the few jurisdictions where it is already permitted for minors, such as Belgium and the Netherlands. It is also important to note that most other jurisdictions that allow physician-assisted dying exclude minors, including all states in the United States and countries such as New Zealand and Switzerland.

Today, I would like to speak about what must happen before we can even start to consider the possibility of extending this legislation to include the pediatric population, as this is an ethical question that has yet to be carefully considered by Canadian society. Above all, we need to better understand what mature minors and their families know, feel and believe about medically assisted dying. We have not yet had these conversations.

avancé et irréversible de ses capacités » — fournit tous les paramètres permettant de se prononcer sur l'issue probable de la maladie. Il conviendrait donc, selon notre association, de supprimer de l'article 241.2 les alinéas a) et d).

**Le président :** Madame la docteure Davies.

**Dawn Davies, présidente, Comité de bioéthique, Société canadienne de pédiatrie :** Je m'appelle Dawn Davies. Je suis médecin spécialiste des soins palliatifs pédiatriques. J'exerce à Edmonton et je préside le Comité de bioéthique de la Société canadienne de pédiatrie. C'est à ce titre que je prends la parole devant vous.

La Société canadienne de pédiatrie est une association professionnelle qui représente plus de 3 200 pédiatres et sous-spécialistes pédiatriques exerçant dans les diverses régions du pays. Nous avons pour mission de promouvoir la santé et le bien-être des jeunes et des enfants du Canada. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de prendre part à ce dialogue.

Je souhaiterais évoquer la question des mineurs ayant atteint un certain degré de maturité, ou des jeunes de moins de 18 ans jugés capables de prendre eux-mêmes de graves décisions médicales les concernant.

La question de savoir si l'on doit reconnaître aux mineurs ayant la maturité voulue le droit de se prévaloir d'une aide médicale à mourir est naturellement très complexe. Nous ne disposons actuellement pas des connaissances permettant d'aboutir en ce domaine à une décision éclairée qui parvient à équilibrer l'intérêt des enfants et celui de leurs familles, en tenant compte des risques que cela présente.

Il est donc bon que cette première version du projet de loi sur l'aide médicale à mourir ne prévoit pas de reconnaître ce droit aux mineurs, même ceux qui ont la maturité voulue. Il serait prudent d'attendre les résultats d'études actuellement menées dans les quelques juridictions qui, comme la Belgique et les Pays-Bas, reconnaissent déjà ce droit aux mineurs. Rappelons en outre que la plupart des juridictions qui reconnaissent le droit à une aide médicale à mourir excluent de ce droit les mineurs. C'est le cas de tous les États des États-Unis d'Amérique, et de pays tels que la Nouvelle-Zélande et la Suisse.

Je voudrais, aujourd'hui, évoquer ce que nous allons devoir faire avant même d'envisager la possibilité d'étendre le bénéfice de cette nouvelle législation à la population pédiatrique, car il s'agit d'une question éthique sur laquelle la Société canadienne n'a pas encore eu l'occasion de se pencher avec toute l'attention voulue. Ce qu'il nous faut surtout c'est mieux connaître le sentiment des mineurs et de leurs familles au sujet de l'aide médicale à mourir, ce qu'ils en savent, leurs attitudes à cet égard. Or, nous n'avons pas encore entamé le dialogue nécessaire.

The fact that competency can be accessed in children and adolescents in a variety of medical decision-making scenarios does not resolve the primary question of who may have access to physician-assisted death, nor does it identify whether an unmet need even exists.

As part of the information gathering process, the Canadian Paediatric Society strongly recommends comprehensive national consultation with a number of groups, including mature minors with serious disability or terminal illness and their parents, bereaved patients whose children have died after terminal illness or severe disability, and pediatric health care professionals.

We are not aware of any Canadian pediatric data either on requests for physician-assisted death for children and adolescents or on the opinions of Canadian pediatricians about physician-assisted death generally or their willingness to participate in physician-assisted death personally. The CPS will be gathering this information from health professionals over the coming months.

If Parliament amends the Criminal Code to permit minors to access physician-assisted death, the CPS recommends that Parliament be exceptionally clear as to the substantive ethical and legal foundations for legalizing this practice.

We do have anecdotal reports of Canadian pediatricians receiving requests for physician-assisted death by parents on behalf of their never-competent young children. The high public profile of *Carter v. Canada* has led some parents to erroneously interfere that, as parents, they will have the right to request physician-assisted death on behalf of their child. Examples include parents of children with known terminal illnesses like cancer, or catastrophic neurologic injury.

Although requests for physician-assisted death may arise as a feature of one's autonomy even in the context of excellent palliative care, optimal symptom control is a necessary precursor to physician-assisted death.

Consider an American study of 141 bereaved parents whose children died of cancer. These parents reportedly considered requesting the hastened death of their child in 13 per cent of cases, but this jumped to 34 per cent of parents who believed they would have wished for hastened death if their child had been in uncontrolled pain. Clearly, excellent palliative care must be a precursor to the discussion of physician-assisted death.

Le fait que l'on puisse déjà, pour certaines décisions médicales, prendre en compte la capacité décisionnelle d'enfants ou d'adolescents ne résout pas la question essentielle de qui devrait pouvoir se prévaloir d'une aide médicale à mourir, et ne permet pas non plus de dire s'il existe un besoin auquel nous ne répondons actuellement pas.

Dans le cadre de ce processus visant à recueillir les éléments d'information nécessaires, la Société canadienne de pédiatrie recommande fermement qu'une grande consultation nationale soit engagée auprès de divers groupes, y compris auprès de mineurs qui ont atteint une certaine maturité et qui souffrent d'une maladie terminale ou d'un handicap grave, auprès de leurs parents, de parents dont les enfants sont morts des suites d'une maladie terminale ou d'un handicap grave, et de spécialistes en soins pédiatriques.

En matière de pédiatrie au Canada, nous ne disposons actuellement pas de données statistiques sur les demandes d'aide médicale à mourir concernant des enfants ou des adolescents, ou sur l'attitude des pédiatres canadiens en ce domaine, ni, non plus, sur le rôle qu'ils entendent jouer, personnellement. La Société canadienne de pédiatrie compte, au cours des mois qui viennent, recueillir ces éléments auprès des professionnels de la santé.

Si le Parlement modifie le Code criminel et reconnaît aux mineurs le droit à une aide médicale à mourir, la SCP souhaite que le législateur formule de manière particulièrement explicite les arguments éthiques et juridiques qui le porte à légaliser cette pratique.

Selon des faits rapportés, des pédiatres canadiens ont effectivement reçu, de la part de parents agissant au nom de jeunes enfants qui n'ont jamais eu la capacité de décider pour eux-mêmes, des demandes d'aide médicale à mourir. La publicité faite à l'arrêt *Carter c. Canada* a porté certains parents à penser, à tort, qu'ils auront, en tant que parents, le droit de solliciter une aide médicale à mourir pour leur enfant. On a reçu de telles demandes, par exemple, de parents d'enfants atteints d'une maladie terminale bien connue telle que le cancer, ou souffrant de blessures neurologiques catastrophiques.

Des demandes d'aide médicale à mourir peuvent être présentées au titre de l'autonomie de la personne, même s'il existe d'excellents soins palliatifs, mais, avant de recourir à une aide médicale à mourir, il est essentiel de franchir l'étape d'un contrôle satisfaisant des symptômes.

Permettez-moi de vous citer une étude américaine portant sur 141 parents endeuillés par le décès d'un enfant mort du cancer. Selon cette étude, dans 13 p. 100 des cas, les parents ont envisagé de demander que l'on accélère la mort de leur enfant, mais 34 p. 100 des parents pensent qu'ils auraient demandé qu'on précipite la mort de leur enfant si celui-ci avait souffert de douleurs incontrôlables. Il est donc clair qu'avant de recourir à une aide médicale à mourir, il convient y a lieu d'assurer des soins palliatifs de qualité.

High-quality pediatric palliative care must be accessible for all children and youth who need it, but this is currently not the case in Canada. Extrapolating from research in B.C., it is estimated that one child in every 1,000 under 18 years needs palliative care services. This translates into 900 in B.C. alone for any given year. Yet, a 2002 Canada-wide study estimated that only 5 per cent to 12 per cent of children who may have benefited actually received specialized palliative care services.

Although a 2012 follow-up study showed marginal improvement, the vast majority of children still did not receive care from these programs. Pediatric-specific palliative care across Canada should be enhanced, adequately funded and equipped to care for children and their families in the setting of their choice, especially in their homes and home communities.

The CPS maintains that palliative care and physician-assisted death are philosophically and clinically distinct and should, organizationally, remain as such. Parents and clinicians already fear the notion of palliative care, and we often need to explain how palliative care optimizes quality of life for as long as it lasts. If these same physicians were also to participate in physician-assisted death, we are concerned that this fear and apprehension of palliative care might intensify.

Legislation may be passed sometime in the future permitting physician-assisted death for mature minors. Before this happens, legislators must ensure careful and extensive study of the moral, medical and legal issues. We believe it is prudent to evaluate and learn from the experience of medically assisted death restricted to patients over the age of 18 years.

**The Chair:** We'll begin questions with our deputy chair, Senator Jaffer.

**Senator Jaffer:** Thank you to both of you. You are the last two witnesses for our pre-study, and I think you're ending our work on a note that will help us understand even better.

The thing I'm taking away from what you said, Ms. Klenk, is that pain and suffering has no age limit. A 16-year-old with a brain tumour suffers as much as a 28-year-old. Can you clarify what you mean by arbitrary age, and at what age do you think we're talking about arbitrary?

**Ms. Klenk:** To be honest, I'm not a lawyer.

**Senator Jaffer:** I'd like you to draw from your nursing experience.

Les enfants et les jeunes qui ont besoin de soins palliatifs pédiatriques de qualité doivent pouvoir les recevoir. Or, ce n'est pas actuellement le cas au Canada. L'extrapolation des résultats de recherches menées en Colombie-Britannique permet de dire qu'un enfant de moins de 18 ans sur 1 000 exige des soins palliatifs. Cela donne environ 900 cas par an uniquement en Colombie-Britannique. Et pourtant, selon une étude de 2002 portant sur l'ensemble du Canada, de 5 à 12 p. 100 seulement des enfants qui en avaient besoin ont effectivement eu accès à des soins palliatifs spécialisés.

Une étude de suivi menée en 2012 permet de constater une légère amélioration, mais la vaste majorité des enfants n'a pas pu bénéficier de ce genre de programmes. Il conviendrait donc, dans l'ensemble du pays, d'améliorer les soins palliatifs pédiatriques, pour que les enfants et leurs familles puissent bénéficier de ces soins là où ils le souhaitent, et notamment chez eux ou là où ils habitent.

Selon la SCP, tant sur le plan philosophique que sur le plan clinique, les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir sont deux choses distinctes, et cette distinction devrait être maintenue au plan de l'organisation. Les parents et les cliniciens ont déjà tendance à se méfier des soins palliatifs, et il nous faut souvent expliquer que les soins palliatifs permettent d'améliorer la qualité de vie même si celle-ci doit être abrégée. Nous craignons que si ces mêmes médecins sont appelés à participer en outre à l'aide médicale à mourir, leur méfiance vis-à-vis des soins palliatifs ne fasse que s'accroître.

Il est possible que la loi finisse par reconnaître aux mineurs ayant atteint une certaine maturité le droit de demander une aide médicale à mourir. Mais, avant cela, le législateur va devoir se pencher longuement et attentivement sur les questions morales, médicales et juridiques que cela pose. Il serait selon nous prudent de prendre le temps d'évaluer les résultats d'un dispositif d'aide médicale à mourir en faveur des seuls patients âgés de plus de 18 ans.

**Le président :** Nous allons entamer notre série de questions, en commençant par la sénatrice Jaffer, vice-président du comité.

**La sénatrice Jaffer :** Je tiens à vous remercier toutes les deux. Vous êtes les deux derniers témoins à intervenir dans le cadre de notre étude préliminaire, et ce que vous êtes venues nous dire contribue très utilement à notre étude de cette question importante.

Vous venez de le dire, madame Klenk, que la douleur, la souffrance, peut frapper à tous les âges. Un jeune de 16 ans atteint d'une tumeur au cerveau souffre tout autant qu'une personne de 28 ans se trouvant dans la même situation. Pourriez-vous préciser ce que vous entendez par limite d'âge arbitrage, et à partir de quel âge une telle limite devient-elle arbitraire?

**Mme Klenk :** Vous savez, je ne suis pas avocate.

**La sénatrice Jaffer :** Non, mais vous pouvez vous fonder sur votre expérience du domaine médical.

**Ms. Klenk:** From my nursing experience, I have been in a situation where I have accepted a 15- or 16-year-old signing a consent for surgical treatment for their own child. On the one hand, we say that we have single mothers who are 14 and can sign for those surgical consents. Would they not have the ability to request medically assisted dying and know what they're asking for? I don't know if there can be an arbitrary age. That's part of the assessment that would need to be done, I believe.

**Senator Jaffer:** Dr. Davies, I have a question for you. Senator Lankin and I are going to suggest that apparently an amendment was accepted in the house that within 180 days panels be set up for mature minors, to look into how we deal with issues. We're going to suggest that they report back in 360 days. Can you comment, first of all, on what these panels should look like? Who should be on the panel? For example, I think young people should be on the panel. Second, is 360 days enough?

**Ms. Davies:** I don't think 360 days is enough. If we look at Belgium and the Netherlands, since the legislation passed in Belgium, there has been no reported case of a mature minor requesting or at least receiving physician-assisted dying. In the Netherlands, it's somewhere between two and five cases per year, although those numbers are hard to find.

When my colleague says that pain and suffering have no age limit, that's entirely true. I think your first Charter challenge will be on behalf of parents seeking physician-assisted dying for their never-competent children. It will not be mature minors, I don't think, that will be mostly requesting this. I think that looking at vulnerable children should be done as a group, and it's going to take a lot longer than one year.

**Senator Plett:** Senator Jaffer asked about arbitrary age, and you've talked about arbitrary age, Ms. Klenk. There isn't an arbitrary age. It's adult. Eighteen is, in Canada, an adult. That's why that age was chosen. It's not an arbitrary age. If we lower the age of an adult to 16, I guess it would be that. Fourteen-year-old mothers are children. There's no question about that. They need help, but they are children.

You asked the hypothetical question: If there is a cure available somewhere in the world, is the disease curable? Certainly it is. If there's a cure available somewhere in the world, the disease is curable.

But my question is around nurse practitioners, not around those two issues. You've used the argument that nurse practitioners should be included in this because they work in remote areas. Of course, the bill doesn't say "nurse practitioners in remote areas." The bill says nurse practitioners anywhere in

**Mme Klenk :** Eh bien, il m'est arrivé par exemple, d'accepter, de la part d'une jeune personne de 15 ou 16 ans, une formule de consentement autorisant une intervention chirurgicale pour son enfant. Nous admettons, donc, qu'une mère célibataire de 14 ans signe une formule de consentement. Pourquoi ne pourrait-elle pas signer une demande d'aide médicale à mourir, parfaitement consciente de ce qu'elle demande. Je ne pense pas que l'on puisse fixer une limite d'âge arbitraire. C'est d'après moi, une des questions auxquelles il nous va falloir répondre.

**La sénatrice Jaffer :** Docteure Davies, la sénatrice Lankin et moi entendons proposer à la Chambre un amendement, et proposer que dans les 180 jours, un groupe de réflexion soit constitué pour étudier la question de ce qu'il convient de prévoir pour les mineurs ayant atteint une certaine maturité. Nous allons proposer que ce groupe de réflexion remette son rapport dans les 360 jours. Comment, selon vous, ces groupes devraient-ils être constitués? J'estime, par exemple, qu'ils devraient comprendre des jeunes. Et puis, 360 jours suffisent-ils à un tel effort de réflexion?

**Mme Davies :** Je ne pense pas que 360 jours suffisent. Prenons le cas de la Belgique et des Pays-Bas. Depuis l'adoption de la loi belge, on ne relève aucun cas d'un mineur ayant la maturité nécessaire qui ait demandé ou à tout le moins bénéficié d'une aide médicale à mourir. Aux Pays-Bas, on relève de deux à cinq cas par an, mais même là les statistiques sont difficiles à établir.

Ma collègue a parfaitement raison de rappeler que la douleur et la souffrance peuvent frapper à tout âge. D'après moi, votre texte sera d'abord attaqué par des parents qui sollicitent une aide médicale à mourir pour des enfants qui n'ont jamais eu la capacité de décider pour eux-mêmes. D'après moi, ce n'est pas principalement au nom de mineurs ayant la maturité voulue que les premières objections constitutionnelles seront élevées. J'estime qu'il va falloir réfléchir à une catégorie qui englobe tous les enfants vulnérables, et que l'effort de réflexion prendra plus d'un an.

**Le sénateur Plett :** La sénatrice Jaffer vous a posé une question au sujet de la limite d'âge arbitraire, et c'est également un terme que madame Klenk a utilisé. Mais, cette limite d'âge n'a rien d'arbitraire. L'âge de 18 ans marque au Canada le passage à l'âge adulte. C'est pour cela qu'on a retenu cet âge. Cela n'a rien d'arbitraire. Ce qui serait arbitraire c'est de ramener la limite d'âge à 16 ans. Il ne fait aucun doute qu'il y a des mères de 14 ans. Mais elles n'en restent pas moins des enfants qui auraient besoin qu'on les aide.

Vous avez posé une question hypothétique : Doit-on considérer qu'une maladie est guérissable dans la mesure où il existe, quelque part dans le monde, un remède? Eh bien oui. S'il existe, quelque part dans le monde, un remède, cette maladie est guérissable.

Mais ce n'est pas sur ce point que je souhaite vous poser une question, mais au sujet des infirmières praticiennes. Selon vous, l'exemption prévue couvre les infirmières praticiennes, car elles exercent dans des régions éloignées. Le projet de loi ne prévoit naturellement pas une exemption particulière pour les

Canada, including in the city of Toronto. The argument is made that we need these because that's all that there is up North in these remote areas, and I've worked there.

Carolyn Pullen, in a question I posed to her having to do with conscientious objection — I think the answer is relevant in all cases — said:

In both the case of abortion and in medical assistance in dying, these are not emergency situations. There is time, even in remote or rural circumstances, where if a provider needs to recuse themselves from the process —

— in this case because of conscientious objection, but nevertheless —

— there would be policies and practices in place to bring in a substitute provider to provide that care.

Assisted suicide is not something that is happening every day by hundreds and hundreds of people, and I hope it never will. Nevertheless, when there is the odd case in Fort Hope of someone wanting assisted suicide, surely to goodness that's a serious enough case that we could send in a doctor. I would prefer a judge, but a doctor, at least, to assist in this. I believe in Ontario and in B.C. you are not allowed to prescribe narcotics.

So you can answer that, and then I would to quickly ask the other question with no preamble. I do want an answer from both of you, if you could, on your opinion of conscientious objection. If there is a person who does not want to do this, for whatever reason, should they be excluded and should they be able to recuse themselves completely from the process?

**Ms. Klenk:** Thank you for the questions. The first thought I'd like to reiterate is yes, we do work in rural and remote areas, predominantly. But I think what we really are saying is that we do have the knowledge, skill and judgment to take part in medical assistance in dying. Whether that's in Toronto, whether that's in Regina, whether that's in Arviat, Nunavut, the competence is still the same. I am licensed nationally to be a nurse practitioner, and I am able to perform those tasks wherever I am.

Where remote and rural comes in is that accessibility issue. While these aren't emergency situations — and yes, there would be time, most of the time — I do know of some cases where the decision does have to be made fairly quickly for that individual. I can think of cases of people with ALS where their condition has deteriorated rather quickly, and therefore they wanted to make the decision within a shorter time frame.

« infirmières praticiennes exerçant dans des régions éloignées ». Le projet de loi s'applique en effet aux infirmières praticiennes exerçant n'importe où au Canada, y compris à Toronto. On a justifié l'exemption faite à leur égard en disant que ce sont les seuls professionnels de la santé à aller exercer dans ces régions éloignées du Nord, où j'ai d'ailleurs moi-même eu l'occasion de travailler.

J'ai posé à Carolyn Pullen une question au sujet de l'objection de conscience, et sa réponse s'applique d'après moi en toute hypothèse. Selon elle :

Qu'il s'agisse d'avortement ou d'aide médicale à mourir, il ne s'agit pas, à proprement parler, d'urgences. Même dans les zones rurales ou éloignées, un professionnel de la santé a le temps de se récuser...

... en l'occurrence parce qu'il éprouvait une objection de conscience, mais quoi qu'il en soit...

... les politiques et pratiques en vigueur permettent qu'en pareil cas on fasse venir un remplaçant.

Ce n'est pas comme si chaque jour il y avait des centaines et des centaines de personnes demandant à bénéficier d'un suicide assisté. J'espère d'ailleurs que ce ne sera jamais le cas. Mais, lorsqu'à Fort Hope, par exemple, quelqu'un souhaite qu'on l'aide à se suicider, c'est, me semble-t-il, une situation qui justifie tout de même qu'on fasse venir un médecin. Je préférerais que la décision soit laissée à un juge, mais exigeons, à tout le moins, l'intervention d'un médecin. Je crois savoir qu'en Ontario et en Colombie-Britannique, vous n'êtes pas autorisés à prescrire des opiacées.

Pourriez-vous me répondre sur ce point? Après cela j'aurais une deuxième question à vous poser, mais sans préambule, celle-là. Pourriez-vous, toutes les deux, me donner aussi votre avis au sujet de l'objection de conscience. À supposer que, pour quelque raison que ce soit, une praticienne souhaite ne rien avoir à faire avec une telle décision, doit-on l'exclure ou lui reconnaître le droit de se récuser?

**Mme Klenk :** Je précise qu'effectivement, nous travaillons surtout dans des zones rurales et des régions éloignées. Mais l'essentiel c'est que nous avons les connaissances, les aptitudes et le discernement voulus pour apporter une aide médicale à mourir. Que ce soit à Toronto, à Regina, ou à Arviat, au Nunavut, nos connaissances, nos compétences sont les mêmes. En tant qu'infirmière praticienne, je suis autorisée à exercer n'importe où au Canada.

La question du caractère rural ou éloigné d'une région survient surtout au plan de l'accès aux divers services. Il se peut que ce ne soit pas à proprement parler des urgences et la plupart du temps il serait en effet possible de faire appel à un remplaçant, mais je sais d'expérience que dans certains cas la décision doit être prise sans tarder. J'ai pu constater la détérioration rapide de personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique et, dans ces cas-là, le patient souhaite que la décision soit prise sans attendre.

Would there be access? To be honest with you, we have to remember also that in health care we try not to work in silos. If someone were to ask me, or any physician, I would say, about medically assisted dying, we have to remember that that grievous and irremediable disease would mean that they would also have been in contact with many specialists.

**Senator Plett:** Do you agree with conscientious objection? I'm sorry. The chair will cut you off.

**Ms. Klenk:** My first call would be to that specialist to find out where —

**The Chair:** Senator Plett is looking for a quick answer, or I'll have to cut you off.

**Ms. Klenk:** Conscientious objection, of course, I believe that every practitioner has to follow their moral obligation.

**Ms. Davies:** I also agree that that should be enshrined, including no duty to refer.

**Senator Joyal:** Thank you both for your very enlightening presentations.

First, Ms. Klenk, I would like to return to the interpretation that would be given by a nurse practitioner on subparagraph (a) of section 241.2(2), page 5, the criteria that there be a "serious and incurable illness, disease or disability." You have commented quickly on "serious and incurable." In your opinion, what is the difficulty in interpreting the words "serious and incurable"? Would it mean that something could be serious and curable, or something could be incurable but not serious? What is the twinning of those two qualifications that needs to be attached to the illness, disease or disability?

**Ms. Klenk:** As a practitioner, I don't believe that either "serious" or "incurable" is really a measurable, accurate term in today's society. I believe that subparagraph (c), which reads, "that illness, disease or disability or that state of decline causes them enduring physical or psychological suffering that is intolerable to them and that cannot be relieved under conditions that they consider acceptable" is a solid definition that I, as a practitioner, could use to evaluate that individual's state.

**Senator Joyal:** But you would have to look into the health condition of the person, because the Supreme Court has mentioned that the person has to suffer from "grievous and irremediable." What those two paragraphs (a) and (b) attempt to define is "grievous and remediable."

Or, le patient va-t-il avoir accès à une telle aide? Il ne faut pas oublier qu'en médecine on ne travaille pas isolément. Si quelqu'un me demande, ou demande à un médecin une aide médicale à mourir, il est fort probable que cette personne soit affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables, et qu'elle ait déjà eu affaire à de nombreux spécialistes.

**Le sénateur Plett :** Êtes-vous d'accord sur l'objection de conscience? Désolé. Le président va devoir vous interrompre.

**Mme Klenk :** Je commencerais par contacter le spécialiste en question pour lui demander...

**Le président :** Le sénateur Plett aurait souhaité une réponse en quelques mots, car je vais sans cela devoir vous interrompre.

**Mme Klenk :** En ce qui concerne l'objection de conscience, bien sûr, j'estime que tout praticien doit pouvoir agir selon sa conscience.

**Mme Davies :** Selon moi, ce droit devrait figurer dans le texte de loi, mais pas une éventuelle obligation d'en référer à quelqu'un d'autre.

**Le sénateur Joyal :** Je vous remercie toutes deux des exposés que vous nous avez présentés.

Madame Klenk, comment une infirmière praticienne interpréterait-elle l'alinéa a) du paragraphe 241.2(2), page 5, c'est-à-dire le critère « de la maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable ». Vous avez fait une rapide allusion à la notion de maladie « grave et incurable ». En quoi cette expression serait, selon vous, difficile à interpréter? Cela voudrait-il dire qu'une maladie pourrait être à la fois grave, mais guérissable, ou, au contraire, qu'elle pourrait être incurable, mais pas grave? Pourquoi exiger qu'une maladie, une affection ou un handicap soit à la fois grave et incurable?

**Mme Klenk :** J'estime, en tant que praticienne, que dans le contexte de la société contemporaine, « grave » et « incurable » ne se réfèrent pas à des choses mesurables. Ce ne sont pas des termes suffisamment précis. D'après moi, l'alinéa c), qui contient la formule « sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui causent des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables » constitue une définition parfaitement consistante au regard de laquelle je pourrais, en tant que praticienne, évaluer l'état dans lequel se trouve le patient.

**Le sénateur Joyal :** Mais encore vous faudrait-il vous enquérir de son état de santé, car il faut, selon la Cour suprême, que cette personne soit affectée de problèmes de santé « graves et irrémédiables ». Or, ces deux alinéas a) et b), tentent justement de définir ce qu'il convient d'entendre par « grave et irrémédiable ».

My question to you is this: Should we leave “grievous and irremediable” not defined in (a) and (b) and keep (c), or should we try to find another definition of criteria that would be attached to “grievous and irremediable”? Because you will be the one in the future to interpret that.

**Ms. Klenk:** Yes. I believe that we should keep the “grievous and irremediable,” and then we should keep (b) and (c).

**Senator Joyal:** So you feel comfortable to have the responsibility to pronounce if the patient is in an advanced state of irreversible decline in capability?

**Ms. Klenk:** In my practice, that would be something measurable. We could measure that the person with ALS is having less breathing function or the blood work. It’s measurable.

**Senator Joyal:** About (a), could you say in broader terms why you feel it is difficult to give an objective definition to the words “serious and incurable?” So we don’t have a patchwork of definitions, it should be professionally framed to make sure a person living wherever would have the same interpretation of his or her condition.

**Ms. Klenk:** The crutch right there that you mentioned is if you use the word “serious,” that could mean one thing to me and another thing to someone else. What is serious from a practitioner’s perspective? At what point would something become serious? It’s not a medical term that is generally used in practice. We tend to define it in other ways, such as, a “state of decline,” or a “stage 4 cancer.” We have other ways to define it that are measurable and have a meaning.

With “incurable,” we’re not taking in the patient-specific feelings about it. What if something may be curable but it’s just not something that that individual feels is worth going through — that the treatment is not something they want to go through, yet they meet all the other criteria? You still would have to have the balance of the other criteria in order to allow this person to have medically assisted dying.

[Translation]

**Senator Dagenais:** My question is for Dr. Davies. Dr. Davies, I listened carefully to your presentation. If the legislation’s scope was broadened to include minors — and this is a hypothesis — how, as a professional, could you process a request for assisted

Ma question est la suivante : Ne devrions-nous pas chercher à définir, aux alinéas a) et b), ce qu’il convient d’entendre par « grave et irrémédiable », en conservant cependant l’alinéa c), ou devrions-nous tenter de définir autrement les critères de ce qui constitue un problème de santé « grave et irrémédiable »? Je vous demande cela puisqu’à l’avenir vous serez parmi les personnes appelées à interpréter cette disposition.

**Mme Klenk :** En effet. D’après moi nous devrions conserver le terme « grave et irrémédiable », et, par conséquent, les alinéas b) et c).

**Le sénateur Joyal :** Vous n’hésitez donc pas devant la responsabilité d’avoir à décider si un patient se trouve effectivement dans une situation de déclin avancé et irréversible de ses capacités?

**Mme Klenk :** C’est, dans l’exercice de ma profession, quelque chose de mesurable. On peut, effectivement, mesurer, chez une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique, par exemple, une baisse de la fonction respiratoire ou l’évolution des analyses sanguines. C’est quelque chose que l’on peut mesurer.

**Le sénateur Joyal :** Et en ce qui concerne l’alinéa a), pourriez-vous nous dire, de manière plus générale, pourquoi il vous semble difficile de parvenir à une définition objective de ce qu’il convient d’entendre par « graves et incurables »? Pour éviter d’aboutir à un véritable patchwork de définitions, il conviendrait de retenir une définition fondée sur des critères médicaux, afin que, quelle que soit la région, l’état de santé du patient sera interprété de la même manière.

**Mme Klenk :** Ce qui vous pose problème c’est que le mot « grave » puisse être interprété différemment par différentes personnes. Mais, du point de vue d’un professionnel de la santé, que doit-on entendre par grave? À quel point un état de santé devient-il grave? Ce n’est pas un terme médical qu’on emploie normalement dans la profession. Normalement nous avons recours à des expressions telles que « déclin » ou « cancer de stade 4 ». Nous nous prononçons sur un état de santé en fonction d’indices qui sont mesurables et qui nous disent effectivement quelque chose.

Le mot « incurable » ne prend pas en compte ce que le patient peut lui-même penser de son état. Supposons, par exemple, qu’une maladie soit guérissable, mais que le patient ne pense pas qu’il vaille la peine d’entreprendre le traitement, ou qu’il ne souhaite pas subir ce traitement, alors même que son état de santé répond à tous les critères prévus. Afin d’accorder à ce patient une aide médicale à mourir, il vous faudrait encore satisfaire à tous les autres critères.

[Français]

**Le sénateur Dagenais :** Ma question s’adresse à la D<sup>re</sup> Davies. Docteur Davies, j’ai écouté votre présentation attentivement. Si la loi était élargie pour inclure les mineurs — et il s’agit d’une hypothèse —, comment, en tant que professionnelle,

dying from a child, as mature as they may be, that would go against the advice of their parents, who would still be their child's legal guardians?

That is also part of our laws. I understand that the question is difficult, but I still wanted to put it to you.

[English]

**Dr. Davies:** It's important to point out that even in the most permissive places, such as Belgium, they have two tiers of law for mature minors and for adults and emancipated minors. In Belgium, the parents also need to consent. They need to agree with the child up to the age of 18; and in the Netherlands parents of 16- and 17-year-olds need to be informed, while under the age of 16, the parents need to agree.

If a mature minor were interested in medically assisted dying in Canada, first of all it needs to be restricted to terminal illness, not mental illness. The child needs to be clearly dying or so profoundly disabled that their life has no net benefit to them. To answer the rest of your question, parents need to agree.

There's the next thing we're going to come up against in our modern society. It's normal for parents who are together not to be on the same page with their child's terminal illness. One parent might agree and one might disagree. Then what are we going to do with parents who don't even speak to each other or are divorced and one agrees and one doesn't agree? There would have to be agreement of both parents, and despite our best intentions, even if you wanted to extend it to mature minors, many of those cases will wind up in court for those reasons.

**Senator McIntyre:** Ms. Klenk, Bill C-14 allows one physician and one nurse practitioner, or two nurse practitioners, for the purpose of assisting a patient with medical aid in dying. The federal government with the provinces and the territories will have to work together to come up with a framework as far as nurse practitioners are concerned. What kind of framework do you anticipate will be put in place? At the same time, could you elaborate on the scope of practice of nurse practitioners across the country?

**Ms. Klenk:** The scope of practice of nurse practitioners is very similar across the country. Many studies have been done about that scope. Somebody asked earlier, I believe it was Senator Plett, about the fact that in some jurisdictions nurse practitioners are not able to prescribe some of the controlled drugs and substances, but that is moving forward. I believe in Ontario and B.C. they are not yet able to. From a national perspective, we are able to prescribe, and it is basically the provincial jurisdictions that haven't made it so yet. But they are working on that and moving that forward. Once that is in place, the scope of practice across the country will be very similar.

pourriez-vous traiter une demande d'aide à mourir de la part d'un enfant, aussi mature soit-il, qui irait à l'encontre de l'avis de ses parents, lesquels seraient encore les responsables légaux de leur enfant?

Cela aussi fait partie de nos lois. Je comprends que la question est difficile, mais je voulais tout de même vous la poser.

[Traduction]

**Dre Davies :** Précisons que même dans les juridictions les plus permissives, la Belgique par exemple, la loi n'est pas, pour les mineurs matures, la même que pour les adultes et mineurs émancipés. En Belgique il faut, en outre, obtenir le consentement des parents. Jusqu'à l'âge de 18 ans, l'enfant a besoin de l'agrément de ses parents. Aux Pays-Bas, les parents de jeunes de 16 et 17 ans doivent être informés, alors que, pour les jeunes de moins de 16 ans, les parents doivent donner leur consentement.

Au Canada, pour qu'un mineur mature puisse bénéficier d'une aide médicale à mourir il faut, d'abord, que sa maladie soit en phase terminale, ce qui exclut la maladie mentale. Il faut que l'enfant soit manifestement en train de mourir, ou qu'il soit si profondément handicapé que sa vie ne présente pour lui plus d'intérêt. Pour répondre au reste de votre question, il faudrait, effectivement, que les parents donnent leur consentement.

Mais ce qui va arriver, dans notre société moderne, c'est ceci : il est normal que des parents qui sont encore en couple ne soient pas du même avis quant à la maladie terminale dont souffre leur enfant. Un parent peut être d'accord, et l'autre non. Mais que va-t-on faire, alors, lorsque les parents ne se parlent même plus, ou qu'ils sont divorcés et que l'un d'entre eux est d'accord, mais que l'autre s'y oppose? Il faudrait bien que les deux parents soient d'accord, et malgré la meilleure des bonnes volontés, la cause finira souvent en justice même si vous reconnaissez aux mineurs matures le droit à l'aide médicale à mourir.

**Le sénateur McIntyre :** Madame Klenk, aux termes du projet de loi C-14, pour aider médicalement un patient à mourir, il faut l'intervention d'un médecin et d'une infirmière praticienne, ou de deux infirmières praticiennes. Le gouvernement fédéral va devoir œuvrer de concert avec les provinces et les territoires et préciser les règles applicables aux infirmières praticiennes. Comment envisagez-vous la chose? Pourriez-vous, en même temps, nous en dire davantage sur l'exercice de la profession d'infirmière praticienne au Canada?

**Mme Klenk :** L'exercice de la profession d'infirmière praticienne est à peu près le même dans l'ensemble du pays. De nombreuses études ont été effectuées à ce sujet. Quelqu'un, je crois que c'était le sénateur Plett, a demandé tout à l'heure pourquoi, dans quelques juridictions, les infirmières praticiennes ne sont pas autorisées à prescrire certains médicaments réglementés. Je crois que sur ce point la situation évolue, mais il me semble bien qu'en Ontario et en Colombie-Britannique l'interdiction n'ait pas encore été levée. Nous sommes autorisés, nationalement, à prescrire, mais c'est simplement que certaines provinces n'ont pas encore fait le nécessaire pour cela. Le

You are right in that regulations will have to be put in place jurisdictionally for medically assisted dying to take effect for nurse practitioners. I assume it will also have to happen for the physician world. I'm not familiar with that, but I'm making that assumption.

Having Bill C-14, which lays out the national parameters, would make it more similar across the country if regulations have to follow some of the national considerations. I see a national rollout of regulations. I know work will be done by my organization, the Canadian Association of Advanced Practice Nurses, in relation to regulations. Work will be done by the Canadian Nurses Association to put together a framework that hopefully will be adopted by our provincial counterparts across the country.

**Senator McIntyre:** Nursing regulatory bodies should be the same across the country.

**Ms. Klenk:** I believe they should be. That's what we should strive for.

**Senator McIntyre:** Do you foresee any jurisdictional differences?

**Ms. Klenk:** Not in relation to medically assisted dying. I don't feel there should be any differences.

**Senator McIntyre:** Generally speaking, there should be some consistency.

**Ms. Klenk:** Yes.

**Senator Batters:** Ms. Klenk, you talked about looking for a particular amendment regarding adding the word "counsel." Can I just get some clarity on where you specifically would want that added?

**Ms. Klenk:** Sorry, I may have said that incorrectly. What I believe should occur is that in relation to section 241, subsection (2) says, "No medical practitioner or nurse practitioner commits an offence under paragraph 1(b) . . ." They have eliminated the counsel section with that. I believe, and my organization believes, that both (a) and (b) should be included in that so that we are exempt from counselling as well as aiding because counselling is our standard of practice.

**Senator Batters:** Right, and that would be for medical practitioners as well as nurse practitioners?

**Ms. Klenk:** I assume it should be for them as well, yes.

**Senator Batters:** Okay.

mouvement est cependant amorcé. Quand la question sera réglée, l'exercice de la profession d'infirmière praticienne sera essentiellement le même dans toutes les régions du pays.

Vous avez raison de dire que les compétences des infirmières praticiennes en matière d'aide médicale à mourir vont devoir être encadrées. J'imagine que cela vaut également pour les médecins. Je ne suis pas sûre de ce qu'il en est à cet égard, mais je suppose qu'il en sera ainsi.

L'adoption du projet de loi C-14, qui encadre, au niveau national, l'aide médicale à mourir, harmonisera les pratiques dans l'ensemble du pays et les diverses réglementations devront s'aligner sur des critères nationaux. J'imagine, pour ma part, qu'on verra adopter une réglementation nationale. Je sais que mon organisation, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée, entend se pencher sur la question de la réglementation. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada entend elle aussi élaborer un cadre de pratique. Nous espérons qu'il sera repris par nos homologues des autres provinces.

**Le sénateur McIntyre :** Les organismes de réglementation de la pratique infirmière devraient, dans les diverses juridictions, agir dans le même sens.

**Mme Klenk :** C'est aussi notre avis et c'est vers cela que nous tendons.

**Le sénateur McIntyre :** Envisagez-vous qu'il puisse y avoir, entre les diverses juridictions, des différences sur ce plan?

**Mme Klenk :** Pas en ce qui concerne l'aide médicale à mourir. Nous estimons que la pratique devrait être uniformisée.

**Le sénateur McIntyre :** Disons que, de manière générale, on devrait s'entendre sur une réglementation cohérente.

**Mme Klenk :** En effet.

**La sénatrice Batters :** Madame Klenk, vous souhaitez que le texte du projet de loi soit amendé par l'ajout du mot « conseil ». Pourriez-vous préciser où ce mot devrait être ajouté?

**Mme Klenk :** Désolée, peut-être me suis-je mal exprimée. Ce qu'il conviendrait d'après moi de faire c'est qu'au paragraphe 2 de l'article 241, là où le texte prévoit que « Ne commet pas d'infraction prévue à l'alinéa 1b)... » On a supprimé la partie qui concernait le fait de conseiller. Or, mon organisation estime qu'il conviendrait de rajouter les alinéas a) et b) afin que l'exemption englobe non seulement le fait d'aider, mais également le fait de conseiller puisque le conseil fait partie intégrante de notre pratique.

**La sénatrice Batters :** Bon, et cela s'appliquerait tant aux médecins qu'aux infirmières praticiennes?

**Mme Klenk :** J'imagine que ça s'appliquerait également à elles, oui.

**La sénatrice Batters :** Bon.

The example you gave earlier in your opening statement was about a 16- or 17-year-old with a brain tumour. This bill, as we've heard numerous times, does not require terminal illness or end of life, so to speak about that is a bit of a false example.

I wonder if you think there should be such a requirement. You've spoken about your contention that those under 18 should be allowed to have medically assisted suicide, so I'm wondering if you think there should be an accompanying requirement that for those under 18 there should be a terminal illness or end-of-life requirement. Yes or no?

**Ms. Klenk:** No.

**Senator Batters:** Earlier we heard from a constitutional law professor who spoke about his preference that the phrase "not too remote" be potentially inserted into this bill. You were speaking earlier about some particular phrases that you didn't think had enough medical preciseness. What do you think about the phrase "not too remote?"

**Ms. Klenk:** Again, that's really not measurable from a clinician's point of view.

**Senator Batters:** Okay, thank you.

**Senator Lankin:** Dr. Davies, when you were speaking earlier about your support for conscientious objection by practitioners, you said including no duty to refer. I'd just like to probe that a little bit.

We've heard from previous witnesses, particularly physician regulators across the country. They believe that is actually something of a provincial regulatory body jurisdiction. The balancing act is for patient-centric approaches to ensure accessibility, and whether or not there's a duty to refer or transfer care. Should that rest within the provincial jurisdiction?

Your comments suggest that it should be enshrined in the Criminal Code exemption. I would like you to talk about that a little more. Why do you reject the premise that it's provincial jurisdiction? Why is it better left there?

Secondly, just to help a layperson understand the difference between duty to refer and duty to enable a transfer of care, would you support a requirement to ensure a transfer of care?

**Dr. Davies:** I'm responding as a clinician. You've been speaking to lots of heads of colleges of physicians who represent their membership to a large degree. Unlike almost anything else I can think of in medicine, this has been imposed on

Vous avez, plus tôt, cité l'exemple d'un jeune de 16 ou 17 ans atteint d'une tumeur au cerveau. Or, le texte du projet de loi n'exige pas que le patient souffre d'une maladie terminale ou soit proche de la mort, et donc l'exemple que vous nous avez cité ne me paraît pas entièrement probant.

Devrait-on, selon vous, ajouter une telle condition. Les gens de moins de 18 ans devraient-ils néanmoins se voir reconnaître le droit à une aide médicale à mourir? Convierait-il d'exiger qu'en ce qui concerne les jeunes de moins de 18 ans, seuls ceux qui souffrent d'une maladie terminale, ou qui sont en fin de vie puissent obtenir une aide médicale à mourir?

**Mme Klenk :** Non.

**La sénatrice Batters :** Plus tôt au cours de cette séance, un professeur de droit constitutionnel a dit qu'il souhaiterait que l'on ajoute au texte du projet de loi le membre de phrase « pas trop lointaine ». Vous disiez, tout à l'heure, que certaines des expressions contenues dans le projet de loi ne sont, du point de vue médical, pas suffisamment précises. Que pensez-vous de l'expression « pas trop lointaine »?

**Mme Klenk :** Encore une fois, dans l'optique d'un clinicien, ce n'est pas quelque chose de mesurable.

**La sénatrice Batters :** Bon, je vous remercie.

**Le sénateur Lankin :** Docteur Davies, vous avez dit, plus tôt, que vous reconnaissez aux praticiens le droit à l'objection de conscience, sans qu'ils soient pour cela tenus d'orienter le patient vers un autre professionnel de la santé. Je voudrais en savoir un peu plus sur ce point.

Nous avons recueilli l'avis d'autres témoins, et notamment de représentants d'organismes de réglementation de la profession. Or, pour eux, la question relève des compétences des organes disciplinaires provinciaux. On souhaite, par une approche centrée sur le patient, faire en sorte que celui-ci ait accès aux mesures en question, mais convient-il d'imposer une obligation de renvoyer le patient devant un autre praticien ou de procéder à un transfert de soins. La décision sur ce point devrait-elle être laissée aux provinces?

Selon vous, une telle obligation devrait figurer dans l'exemption prévue aux dispositions du Code criminel. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet? Pourquoi rejetez-vous l'idée de laisser la question aux autorités provinciales? Pourquoi est-il préférable de garder cela dans le projet de loi?

Et puis, afin d'aider le profane à mieux comprendre la différence entre l'obligation de renvoyer le patient à un autre praticien, et l'obligation de procéder à un transfert de soins, convierait-il, d'après vous, d'imposer l'obligation d'opérer un transfert de soins?

**Dre Davies :** Je vous réponds en tant que clinicienne. Vous vous êtes entretenus avec de nombreux dirigeants de collèges des médecins, qui expriment, dans une large mesure, l'avis de leurs adhérents. Ce qui nous est imposé en l'occurrence

us. I know it's about the patients, but I completely reject the language along the lines of we just need to suck it up. It's not why most of us went into medicine.

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 in part of it. There's enough of a groundswell of change that people will be able to navigate themselves.

**Senator Lankin:** Is there a difference between duty to refer and duty to transfer care?

**Dr. Davies:** At a legal level maybe, but from a practical level, I feel like I have a duty to my patients either until the natural end of my relationship with them, or if I need to refer or transfer care because they're moving or whatever the case may be. I look at those equivalently. I don't know how the law would look at that.

**Senator Lankin:** Thank you.

**Senator Pratte:** To go back to Senator Joyal's question regarding the need to further define "grievous and irremediable medical condition," if we take away (a) and (d), there remain (b) and (c). I think most people agree with (c); it's the suffering part. Why would you feel the need to stick with (b), which is an advanced state of irreversible decline in capability? Why would you feel the need for (b) to remain?

Ms. Davies, you haven't pronounced at all on the need to decline what the Supreme Court said. If you may, I would appreciate your thoughts on this.

**Ms. Klenk:** Thank you for that. I am looking at this as a practitioner.

**Senator Pratte:** Yes.

**Ms. Klenk:** How will I use this in order to assess and to counsel my patients? You can measure an advanced state of decline. You can document it. You can look at blood tests. You can look at X-rays. You can see that there will be an advanced state of decline. From that actual measurable data you collect, you watch and you monitor. At a certain point, it becomes clear that treatments are no longer working and that the person is still declining.

est, je dirais, sans précédent dans l'histoire de la médecine. Je sais qu'il s'agit surtout de l'intérêt des patients, mais je rejette complètement l'idée que nous allons tout simplement devoir nous y faire. Ce n'est pas pour cela que la plupart d'entre nous sommes entrés en médecine.

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.

**Le sénateur Lankin :** Mais existe-t-il une différence entre l'obligation de renvoyer le patient devant un autre praticien, et celle d'opérer un transfert des soins?

**Dr. Davies :** Peut-être pas au plan juridique, mais sur le plan pratique, j'estime que l'obligation que j'ai envers mes patients dure jusqu'à la fin de la relation que j'entretiens avec eux, ou jusqu'au moment où je dois effectivement opérer un transfert des soins à supposer, par exemple, que le patient a déménagé. Il s'agit, d'après moi, de deux choses équivalentes. Je ne sais pas, cependant, si ce serait la même chose sur le plan juridique.

**Le sénateur Lankin :** Je vous remercie.

**Le sénateur Pratte :** Je voudrais revenir à la question que le sénateur Joyal a posée quant au besoin d'affiner la définition de « problèmes de santé graves et irrémédiables » si nous supprimons les alinéas a) et d), et conservons les alinéas b) et c). Je pense qu'il est généralement convenu de retenir l'alinéa c), qui concerne la souffrance. Pourquoi pensez-vous qu'il y aurait lieu de conserver aussi l'alinéa b) qui concerne un déclin avancé et irréversible des capacités du patient?

Vous n'avez rien dit, madame Davies, du besoin qu'il y aurait d'interpréter le jugement de la Cour suprême. Quel est votre avis à cet égard?

**Mme Klenk :** Je vous remercie. J'envisage tout cela du point de vue du praticien.

**Le sénateur Pratte :** Entendu.

**Mme Klenk :** Comment ces dispositions vont-elles m'aider à évaluer l'état de santé de mon patient, et à lui prodiguer des conseils? Le déclin avancé est quelque chose de mesurable. On peut le documenter. Il s'agit d'étudier les analyses sanguines et les radiographies. Le déclin avancé est, en effet, quelque chose que l'on peut constater. À partir des données médicales recueillies, vous surveillez le patient et suivez l'évolution de sa maladie. À un certain point, il devient évident que les traitements ne servent plus à rien et que le patient est sur le déclin

Subparagraph (b) is important to have because as a practitioner I feel that it is measurable, whereas you have to have a crystal ball to say that something is reasonably foreseeable in my clinical practice.

**Dr. Davies:** The language is purposefully vague based on how *Carter* was written, however, between ourselves and our patients; we can infer what is meant by serious, incurable, irremediable suffering. Reasonably foreseeable is built in. We're not going to come down with strict numbers of months of expected life. We're wrong all the time anyway, so I feel like it gives us enough to work with as it is.

**Senator Pratte:** What would you stick with?

**Dr. Davies:** I believe all of it. Sorry, I didn't bring it with me today.

**Ms. Klenk:** No problem. We can share. It's kind of marked up, but we can share.

**Dr. Davies:** It's these ones here? I'm good with (a), (b) and (c).

**Senator Pratte:** You can work with all of them?

**Dr. Davies:** Yes. The more information there is, the more we can use our discretion. There will be a lot left, unfortunately or fortunately, to everybody's discretion.

**Senator Cools:** I would like to thank the two witnesses for their very excellent testimony. Thank you, Dr. Davies, for speaking as a physician. I view myself as a modernist, but I do have concerns that the medical profession of doctors has been enlisted to do something most of the profession is not used to doing, and it will take a long time.

Why is it doctors have been enlisted? Why not pharmacists? Why not coroners?

If we look at the section of the bill at the bottom of the page, if I can read it, medical assistance in dying, definitions, 241.1:

The following definitions apply in this section . . . .

*medical assistance in dying* means

(a), the administering by medical practitioner or nurse practitioner of a substance to a person, at their request, that causes their death . . . .”

In medical terms, Dr. Davies, is this a treatment? Is the substance a medicine? Doctors daily administer medicine to patients, but I'm not aware that they administer other substances.

Il convient de retenir l'alinéa b), car c'est pour moi, en tant que praticien, quelque chose de mesurable. Par contre, pour pouvoir affirmer que quelque chose est raisonnablement prévisible il faudrait employer une boule de cristal.

**Dre Davies :** La disposition est délibérément vague, car elle correspond à ce qui est affirmé dans l'arrêt *Carter*. Dans le cadre de la relation entre patient et praticien, cependant, on sait bien ce qu'il convient d'entendre par des souffrances graves, incurables et irrémédiables. Ce qui est raisonnablement prévisible découle naturellement de cela. Il ne s'agit donc pas de prédire ce qui va se passer dans deux ou trois mois. De toute manière, à cet égard, nous nous trompons toujours, mais, d'après moi, dans son état actuel, le texte nous permet d'intervenir utilement.

**Le sénateur Pratte :** Que conserveriez-vous, alors?

**Dre Davies :** Tout, me semble-t-il. Je suis désolée, mais je n'ai pas apporté un exemplaire du texte.

**Mme Klenk :** Aucun problème. Vous pouvez utiliser le mien, bien qu'il soit fortement annoté.

**Dre Davies :** Nous parlons de ces dispositions-là? Je ne m'oppose en rien aux alinéas a), b) et c).

**Le sénateur Pratte :** Vous ne voyez rien à redire?

**Dre Davies :** Non. Plus nous recueillons de données, et plus nous pouvons exercer notre pouvoir d'appréciation. Heureusement ou malheureusement, beaucoup va être laissé à l'appréciation des intervenants.

**La sénatrice Cools :** Je tiens à remercier nos deux témoins des éléments très utiles qu'elles nous ont apportés. Je vous remercie, docteur Davies, de nous avoir exposé le point de vue d'un médecin. Je me tiens pour une moderniste, mais je m'inquiète à l'idée que l'on va demander aux médecins de faire quelque chose qui s'écarte tout à fait de leur pratique habituelle. Il va falloir pas mal de temps pour s'y faire.

Pourquoi a-t-on confié cette tâche aux médecins? Pourquoi pas aux pharmaciens, ou aux coroners?

Je vois, à l'article 241.1, la définition suivante de l'aide médicale à mourir :

Les définitions qui suivent s'appliquent au présent article...

*aide médicale à mourir* signifie le fait pour un médecin ou un infirmier praticien :

a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort... »

Du point de vue médical, docteur Davies, s'agit-il bien d'un traitement? Cette substance est-elle un médicament? Des médecins administrent couramment des médicaments à leurs patients, mais je ne pense pas qu'ils leur administrent d'autres substances.

I'm very pleased that they did not use the term "physician-assisted death." That would have damaged the profession and the practice greatly. However, I have a lot of trouble with this sort of thing. Do you have any opinions as to whether or not there was a better way to script or draft this?

I'm still an old schooler. I still think of the doctor as the noble person who takes his or her Hippocratic oath. I have not been able to make the complete shift from the doctor as savior of life to the doctor as assisting in death.

**Senator Plett:** Hear, hear.

**Senator Cools:** I'm working on it, though. I cannot find the constitutional power to permit or order these deaths. The old principle has always been that no human being has an absolute interest in his or her life, that the King has an interest in every man's life and so does God have an interest in life. So we have an interest in each other's lives. That's why we have laws against murder.

Could you help me in my task to reconcile what seems irreconcilable?

**Dr. Davies:** It really is a departure for medicine generally, and I think the aim of the *Carter* case and of the legislation is to alleviate suffering in its extreme form. I think it is being viewed as a medical procedure, and as such, we need to leave a lot to the discretion of the actual patient and the physician, without too much outside interference, if that's the way it's going to be, because we make those decisions every day, as was pointed out by the previous panel, in terms of when it is appropriate to withdraw non-beneficial treatment, for example.

In terms of your question about substances, yes, they will be medicines. My understanding of the aim of that is so that people aren't doing botched jobs, if you will, of trying to self-medicate. For me and many of my peers, we would not currently have the knowledge of what the right medications and doses are to make sure we don't accidentally increase suffering during the dying process. It's going to require a lot of education for those that are interested.

**Senator Cools:** That confirms my concern that large numbers of doctors are going to be very afflicted by this.

**Dr. Davies:** Conflicted and afflicted, yes.

**Senator Cools:** Especially pediatricians. I had a friend who was a pediatrician, and he eventually switched fields in medicine because he couldn't handle seeing children suffer and die. I know a little bit about children dying because of where I was born. My parents lost two children six months apart. One was eight years old, one was two years old, and I was the child in between. I've always had a preoccupation with that phenomenon.

Je suis contente qu'on ne trouve pas dans le projet de loi l'expression « suicide médicalement assisté ». Une telle expression nuirait beaucoup à la profession médicale. J'éprouve, pourtant, de nombreuses réserves. Y aurait-il, selon vous, une meilleure manière de formuler tout cela?

Je suis de la vieille école. Je persiste à voir dans le médecin un être noble qui a fait le serment d'Hippocrate. Je n'ai pas encore réussi la transition entre l'idée du médecin qui guérit et celle du médecin qui vous aide à mourir.

**Le sénateur Plett :** Parfaitement.

**La sénatrice Cools :** Mais je souhaite y parvenir. Je ne parviens cependant pas à conclure que la Constitution renferme un pouvoir de permettre ou d'ordonner le décès. Selon un principe ancien, les êtres humains n'ont pas, même sur leur propre vie, un droit absolu, car le roi a, lui aussi, un droit sur la vie des citoyens, et Dieu a, lui, un droit sur la vie tout simplement. Nous avons donc, dans une certaine mesure, un droit sur la vie des autres et c'est d'ailleurs pour cela qu'il y a des lois réprimant le meurtre.

Pourriez-vous m'aider à concilier ce qui me paraît inconciliable?

**Dre Davies :** Tout cela s'écarte vraiment de la pratique médicale et, selon moi, l'arrêt *Carter*, et le texte de loi envisagé, visent essentiellement à soulager les souffrances les plus extrêmes. Or, tout cela est considéré comme un acte médical et si c'est l'approche que nous adoptons, il va falloir laisser beaucoup de choses à l'appréciation du patient et de son médecin, sans trop d'ingérence extérieure, car, comme l'ont rappelé vos témoins précédents, nous sommes, chaque jour, appelés à décider, par exemple, s'il y a lieu d'arrêter un traitement qui ne fait plus de bien au patient.

Pour répondre à votre question au sujet des substances, eh bien oui il s'agit effectivement de médicaments. Si je comprends bien, il s'agit d'éviter, aux personnes qui seraient tentées de s'administrer elles-mêmes ces substances, les tentatives de suicide manquées. Je suis loin d'être la seule à ne pas avoir actuellement, quant aux médicaments à administrer, et à leur posologie, les connaissances nécessaires afin, justement, de ne pas accidentellement augmenter les souffrances de la personne mourante. Ceux qui s'y intéressent vont devoir acquérir ces nouvelles connaissances.

**La sénatrice Cools :** Cela ne fait que confirmer la préoccupation que j'éprouve à l'idée que de nombreux médecins vont être affectés par tout cela.

**Dre Davies :** Affectés, en effet, et troublés.

**La sénatrice Cools :** Cela sera particulièrement vrai des pédiatres. Un de mes amis était pédiatre, mais il a finalement décidé de changer de spécialité, car il ne pouvait plus supporter de voir les enfants souffrir et mourir. J'en sais quelque chose, car à six mois d'intervalle, mes parents ont perdu deux enfants. L'un avait huit ans, c'était mon aîné, et l'autre avait deux ans, mon cadet. Cela m'a toujours préoccupée.

This is not a simple law that everybody's going to obey. It's going to cause a lot of conscience problems for large numbers of people that we have not even identified yet. At the same time, I don't think that we can ignore the fact that, unfortunately, these needs have arisen or are arising.

**Senator Jaffer:** Ms. Klenk, what is "patient-directed care"?

**Ms. Klenk:** In my profession, patient-directed care is care that we allow the patients to direct. It goes a little bit beyond patient-centered care where we try and make sure we, as providers, are acting in the best interests of that person. We ask them what they believe is the right method of treatment. We provide them with education and knowledge, and support decisions, but we also include them as part of the team that is looking at what treatment or management they would find palatable.

**Senator Joyal:** Dr. Davies, I don't want to become too legal and embarrass you, but we had witnesses who testified and referred to the decision of the Supreme Court in 2008 in the case of *A.C. v. Manitoba*.

**Dr. Davies:** It was 2009, and I'm very familiar with it.

**Senator Joyal:** You're very familiar; thank you.

At paragraph 96, the court stated seven criteria to measure the level of maturity of a mature minor. Since it's not a recent decision, it's already 2009, and I feel that your association would have had time to reflect upon it, were there other criteria you would suggest adding? What additional information should we seek in relation to the implementation of those criteria for mature minors to have the autonomy, as the court has said, so that mature adolescents are not unfairly deprived of their medical decision-making autonomy? The court has also recognized the autonomy of mature adolescents.

What additional reflection, in your opinion, should be added to those criteria that would be needed before we recognize the rights of access to medical assistance in dying for a mature minor?

**Dr. Davies:** I don't think anything needs to be added to the criteria. It's funny you should ask because I just reviewed it last night, not anticipating a question about it.

The kicker to that case is that even though they said all those things, they still found against her; so she was not successful in her case, and I think it's because other things come into it.

This is going to be even more accentuated if the case is about a minor asking for the right for a lethal injection. People sometimes refer to positive and negative rights. So a negative right to say, "You can't do this treatment on me" is more powerful than saying, "I must have this" or "I request this."

Il ne s'agit pas simplement d'une loi sur laquelle il va bien falloir s'aligner. Tout cela va provoquer chez de nombreuses personnes des cas de conscience que nous n'avons même pas envisagés. Cela dit, il nous faut bien tenir compte du fait que, malheureusement, le besoin s'en fait sentir.

**La sénatrice Jaffer :** Madame Klenk, que faut-il entendre par « soins axés sur le patient »?

**Mme Klenk :** Dans l'exercice de ma profession, on entend par soins axés sur le patient des soins qui dépendent de la décision du patient. Cela va quelque peu au-delà de soins axés sur le patient où le praticien s'attache à agir dans l'intérêt du patient. Nous demandons en effet au patient ce qui lui semble être le traitement indiqué. Nous lui fournissons les renseignements nécessaires, et nous l'encourageons dans sa décision, mais nous l'intégrons aussi à l'équipe thérapeutique afin de trouver un traitement qui lui paraît acceptable.

**Le sénateur Joyal :** Docteur Davies, ce n'est pas pour vous mettre dans l'embarras en envisageant la question d'un point de vue par trop juridique, mais certains de nos témoins ont évoqué l'arrêt *A.C. c. Manitoba* rendu en 2008 par la Cour suprême.

**Dre Davies :** Oui, je suis au courant de cet arrêt qui remonte à 2009.

**Le sénateur Joyal :** Ah bon.

Au paragraphe 96 de son arrêt, la Cour dégage sept critères permettant d'évaluer le degré de maturité d'un mineur. C'est une décision qui remonte à 2009, et votre association a donc eu le temps d'y réfléchir. Convierait-il d'y ajouter d'autres critères? Quels autres renseignements nous faudrait-il afin d'appliquer ces critères à des mineurs matures de manière à préserver leur autonomie afin que les adolescents matures ne soient pas injustement privés de la possibilité de prendre de façon autonome des décisions médicales? La Cour a, en effet, reconnu l'autonomie de la volonté des adolescents matures.

Quels seraient, selon vous, les éléments de réflexion qu'il conviendrait d'ajouter à ces critères avant de pouvoir reconnaître à des mineurs ayant la maturité nécessaire le droit à l'aide médicale à mourir?

**Dre Davies :** Je ne pense pas qu'il y ait lieu d'ajouter quoi que ce soit à ces critères. Il est curieux que vous me posiez la question, car je n'avais pas du tout prévu que vous m'interrogeriez à ce sujet, mais j'ai justement, hier soir, relu l'arrêt en question.

Le plus curieux est que bien que la Cour ait affirmé ces divers principes, elle a tout de même débouté l'appelante qui a perdu sa cause, car d'autres considérations sont intervenues.

Il en sera encore plus ainsi s'agissant d'un mineur qui revendique le droit à une injection létale. On parle parfois de droits positifs et de droits négatifs. Eh bien le droit négatif de dire « Je refuse ce traitement » est beaucoup plus fort que le droit de dire « J'exige ceci ».

Other things come into it, which are the child's best interests, how certain are we in our assessment, what do their parents think, and we're not talking about emancipated minors here. Someone who is already a teen mother is an emancipated minor. Somebody in prison is an emancipated minor. Those things are different, and I think we need to be clear.

It simply goes beyond capacity and competence assessment for such a significant decision.

**Senator Joyal:** I understand that in relation to mature minors the difficult question is to measure the mental capacity of the person to understand the implications of the decision, and of course the context under which the decision is being taken.

In relation to the accessibility to medical assistance in dying, any petition to the court in relation to section 15 that they are entitled to the same benefit, whatever their age, the court will want to establish their decision on the basis of their criteria, plus others.

The other one you had in mind on the basis of your practice, which other criteria might the court want to look into for the request, before concluding that they will give access to medically assisted death?

**Dr. Davies:** In my own experience, the crunch comes down to how voluntary it is. That's where our doubts always lie. In the case I can think of, how much did the church influence the child? How much did the different parents with different opinions affect the child? How come the nurses reported that when one parent was in the room the child behaved a certain way? It's so complex. Legally it sounds so straightforward, but in the real world the issue of voluntariness is not straightforward.

That was the final point I wanted to make. From a human rights perspective, the only thing we have any security in, in this whole process, is the voluntariness of it. There's going to be a net benefit to society if the only people who are ever considered for euthanasia are voluntarily asking of their own free will.

I worry about the non-voluntary nature, and this is exactly what's happening in the Netherlands, of parents creeping in. And the Pediatric Association of the Netherlands is saying that maybe it's okay that we end the life of the child to alleviate the parents' suffering. That is absolutely insane.

To me it comes down to net benefits, net harms, and the only way we will have a net benefit is to preserve voluntariness, and that's what we wrestle with when we're looking at mature minors.

**The Chair:** Thank you both for very interesting and helpful testimony.

Et puis il y a d'autres aspects de la question, dont l'intérêt supérieur de l'enfant, la justesse du pronostic, le sentiment des parents. Il ne s'agit même pas, là, de mineurs émancipés. L'adolescente qui a donné naissance à un enfant est une mineure émancipée. Le jeune qui est incarcéré est un mineur émancipé. Ce sont là des choses différentes, et il faut donc que les règles soient très précises.

La prise d'une décision aussi importante dépasse la simple question de la capacité à décider.

**Le sénateur Joyal :** Si j'ai bien compris, en ce qui concerne les mineurs suffisamment mûrs, ce qui est difficile c'est de mesurer la capacité mentale de l'intéressé, de savoir s'il comprend bien les incidences de sa décision, et le contexte entourant cette décision.

En ce qui concerne l'accès à l'aide médicale à mourir, la Cour, saisie d'une requête fondée sur l'article 15 de la Charte revendiquant le droit à un égal bénéfice de la loi, et quel que soit l'âge de la partie demanderesse, souhaitera se prononcer au regard des critères qu'elle a fixés, en y ajoutant peut-être d'autres.

D'après votre expérience clinique, quels pourraient être les autres critères que la Cour pourrait envisager afin de décider s'il y a effectivement lieu d'accorder une aide médicale à mourir?

**Dre Davies :** D'après ce que j'ai constaté au cours de ma carrière, l'essentiel est le caractère volontaire de la décision en cause. C'est toujours là que le doute est possible. Je pense à une certaine affaire, et à l'influence que l'église a pu exercer sur l'enfant. Dans quelle mesure les deux parents, chacun ayant une opinion différente, ont-ils influencé l'enfant? Comment se fait-il que, selon les infirmières, l'attitude de l'enfant changeait selon le parent qui se trouvait avec lui? C'est une question vraiment complexe. Au plan juridique, la situation semble relativement simple, mais en réalité, la question du caractère volontaire de la décision n'est pas du tout simple.

C'est sur ce point que je souhaiterais terminer. Dans l'optique des droits de la personne, l'essentiel en tout cela c'est le caractère volontaire de la décision. La société ne sera avantagée que si on envisage l'euthanasie uniquement pour les personnes qui en font la demande en toute liberté.

Je m'inquiète, en effet, des décisions qui ne seraient pas volontaires, car c'est ce qu'on voit se produire aux Pays-Bas, où les parents s'immiscent dans la décision. L'Association de pédiatrie des Pays-Bas estime qu'il est peut-être loisible de mettre un terme à la vie d'un enfant afin de soulager les souffrances des parents. Cela me paraît parfaitement dément.

C'est pour moi essentiellement question de ce qui peut être bénéfique et de ce qui serait nuisible. Or, la seule manière d'assurer que la décision est bénéfique est de garantir qu'elle est bien volontaire. C'est tout le problème de la situation des mineurs ayant la maturité nécessaire.

**Le président :** Je vous remercie toutes les deux. Vos témoignages ont été vivement intéressants et très utiles.

(The committee continued in camera.)

(La séance se poursuit à huis clos.)

---



**Wednesday, May 11, 2016***Provincial-Territorial Expert Advisory Group on Physician-Assisted Dying:*

Jennifer Gibson, Co-Chair;  
Maureen Taylor, Co-Chair.

*Canadian Psychiatric Association:*

Dr. K. Sonu Gaiind, President (by video conference).

*Centre for Addiction and Mental Health:*

Dr. Tarek Rajji, Chief of Geriatric Psychiatry.

*As individuals:*

Dr. Padraic E. Carr;  
Dr. Linda Ganzini (by video conference);  
Dr. Derryck Smith, Clinical Professor Emeritus, Department of Psychiatry (by video conference).  
Dr. Scott Kim, Adjunct Professor, Department of Psychiatry (by video conference).

*Mental Health Commission of Canada:*

Patrick Baillie, Psychologist, Alberta Health Services.

*Canadian Unitarian Council:*

Vyda Ng, Executive Director.

*Centre for Israel and Jewish Affairs:*

Richard Marceau, General Counsel and Senior Government Advisor.

*Coalition for HealthCARE and Conscience:*

Laurence Worthen, Executive Director, Christian Medical and Dental Society of Canada;  
Dr. Sephora Tang, Psychiatrist, The Ottawa Hospital.

*Canadian Council of Imams:*

Sikander Hashmi, Spokesperson.

**Thursday, May 12, 2016***UNICEF Canada:*

Marvin Bernstein, Chief Policy Advisor.

*Euthanasia Prevention Coalition of Ontario:*

Alex Schadenberg, Executive Director;  
Hugh Scher, Legal Counsel (by video conference).

*As individuals:*

Joan Gilmour, Professor, Osgoode Hall Law School;  
Errol Mendes, Professor, Faculty of Law - Common Law, University of Ottawa.

*Canadian Association of Advanced Practice Nurses:*

Maureen Klenk, Nurse Practitioner.

*Canadian Paediatric Society:*

Dr. Dawn Davies, Chair, Bioethics Committee.

**Le mercredi 11 mai 2016***Le Groupe consultative provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir:*

Jennifer Gibson, co-présidente;  
Maureen Taylor, co-présidente.

*Association des psychiatres du Canada:*

Dr K. Sonu Gaiind, président (par vidéoconférence).

*Centre de toxicomanie et de santé mentale:*

Dr Tarek Rajji, chef, Géroto-psychiatrie.

*À titre personnel:*

Dr Padraic E. Carr;  
Dre Linda Ganzini (par vidéoconférence);  
Dr Derryck Smith, professeur clinicien émérite, Département de psychiatrie (par vidéoconférence).  
Dr Scott Kim, professeur auxiliaire, Département de psychiatrie (par vidéoconférence).

*Commission de la santé mentale du Canada:*

Patrick Baillie, psychologue, Service de santé de l'Alberta.

*Canadian Unitarian Council:*

Vyda Ng, directrice générale.

*Centre consultatif des relations juives et israéliennes:*

Richard Marceau, avocat-conseil et conseiller politique principal.

*Coalition for HealthCARE and Conscience:*

Laurence Worthen, directeur exécutif, Christian Medical and Dental Society of Canada;  
Dre Sephora Tang, psychiatre, L'hôpital d'Ottawa.

*Canadian Council of Imams:*

Sikander Hashmi, porte-parole.

**Le jeudi 12 mai 2016***UNICEF Canada:*

Marvin Bernstein, conseiller principal en matière de politiques.

*Euthanasia Prevention Coalition of Ontario:*

Alex Schadenberg, directeur exécutif;  
Hugh Scher, conseiller juridique (par vidéoconférence).

*À titre personnel:*

Joan Gilmour, professeure, Osgoode Hall Law School;  
Errol Mendes, professeur, Faculté de droit - Section de common law, Université d'Ottawa.

*Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée:*

Maureen Klenk, infirmière praticienne.

*Société canadienne de pédiatrie:*

Dre Dawn Davies, présidente, comité de bioéthique.

WITNESSES

**Tuesday, May 10, 2016**

*Canadian Bar Association:*

Kimberly Jakeman, Chair, CBA End of Life Working Group;

Tina Head, Lawyer, Legislation and Law Reform.

*As individuals:*

Dwight Newman, Professor and Canada Research Chair in Indigenous Rights, College of Law, University of Saskatchewan

Hamish Stewart, Professor, Faculty of Law, University of Toronto;

Randal Graham, Professor, Faculty of Law, University of Western Ontario.

Léa Simard.

*Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada:*

Dr. Douglas Grant, President;

Dr. Trevor Theman, Past President.

*College of Physicians and Surgeons of Ontario:*

Dr. Joel Kirsh, President;

Dr. Rocco Gerace, Registrar.

*College of Registered Nurses of British Columbia:*

Christine Penney, Deputy Registrar, Chief Officer Policy and Practice.

*Canadian Association for Community Living:*

Michael Bach, Executive Vice-President.

*Council of Canadians with Disabilities:*

Rhonda Wiebe, Co-Chair, Ending of Life Ethics Committee (by video conference).

*DisAbled Women's Network of Canada:*

Carmela Hutchison, President.

*Canadian Society of Palliative Care Physicians:*

Dr. Susan MacDonald, President;

Dr. Monica Branigan, Board Member and Chair, Working Group on Hastened Death.

*Dying With Dignity Canada:*

Dr. Arnaud Painvin, Member, Physician Advisory Council.

*Alliance of People with Disabilities in Carter v. Canada:*

Margaret Birrell, President (by video conference);

Angus Gunn, Legal Counsel (by video conference).

TÉMOINS

**Le mardi 10 mai 2016**

*Association du Barreau canadien:*

Kimberly Jakeman, présidente, groupe de travail sur la fin de vie de l'ABC;

Tina Head, avocate, Législation et réforme du droit.

*À titre personnel:*

Dwight Newman, professeur et chaire de recherche du Canada sur les droits des autochtones, École de droit; Université de la Saskatchewan;

Hamish Stewart, professeur, Faculté de droit, Université de Toronto;

Randal Graham, professeur, Faculté de droit, Université Western Ontario.

Léa Simard.

*Fédération des ordres des médecins du Canada:*

Dr Douglas Grant, président;

Dr Trevor Theman, président sortant.

*Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario:*

Dr Joel Kirsh, président;

Dr Rocco Gerace, registraire.

*College of Registered Nurses of British Columbia:*

Christine Penney, greffière adjointe et agente de chef de politique et pratique.

*Association canadienne pour l'intégration communautaire:*

Michael Bach, vice-président de la direction.

*Conseil des Canadiens avec déficiences:*

Rhonda Wiebe, co-présidente, Comité sur l'éthique en fin de vie (par vidéoconférence).

*Réseau d'action des femmes handicapées du Canada:*

Carmela Hutchison, présidente.

*Société canadienne des médecins de soins palliatifs:*

Dre Susan MacDonald, Présidente;

Dre Monica Branigan, membre du conseil et présidente du Groupe de travail sur l'aide médicale à mourir.

*Dying With Dignity Canada:*

Dr Arnaud Painvin, membre, Conseil consultatif des médecins.

*Alliance of People with Disabilities in Carter v. Canada:*

Margaret Birrell, présidente (par vidéoconférence);

Angus Gunn, conseiller juridique (par vidéoconférence).