

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, November 23, 2020

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met with videoconference this day at 10:30 a.m. [ET] to examine the subject matter of Bill C-7, An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying).

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

[*English*]

The Chair: Senators, we are now ready to welcome the Honourable David Lametti, P.C., M.P., Minister of Justice and Attorney General of Canada. He is joined by his officials from the Department of Justice Canada: François Daigle, Associate Deputy Minister; and Laurie Wright, Senior Assistant Deputy Minister.

Minister, I would like to take a few moments to introduce the members of the committee who are taking part in today's meeting: Deputy Chair Senator Campbell, Deputy Chair Senator Batters, Senator Boisvenu, Senator Boniface and Senator Boyer. Senator Carignan is the critic for this bill. Also taking part are Senator Cotter, Senator Dalphond, Senator Dupuis, Senator Keating, Senator Tannas, Senator Gold and Senator Plett.

We also have several non-members participating in this important study: Senator Moodie; Senator Seidman; Senator Petitclerc, who is the sponsor of the bill; Senator Munson; Senator McCallum; Senator Pate; and Senator Woo, who is the facilitator for the ISG.

Minister, we are very happy to have you and your officials with us. We will now give the floor to you, followed by questions.

[*Translation*]

The Honourable David Lametti, P.C., M.P., Minister of Justice and Attorney General of Canada: Thank you, Madam Chair, for your invitation to appear before the committee to discuss Bill C-7, An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying).

I am joining you from Ottawa, on the unceded lands of the Algonquin peoples. I would also like to thank the officials who are with me this morning, François Daigle and Laurie Wright.

I would briefly like to describe the main aspects of Bill C-7, which would make major changes to the medical assistance in dying, or MAID, regime.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 23 novembre 2020

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd'hui, à 10 h 30 (HE), par vidéoconférence, pour examiner la teneur du projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir).

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

[*Traduction*]

La présidente : Mesdames et messieurs les sénateurs, nous sommes prêts à accueillir l'honorable David Lametti, c.p., ministre de la Justice et Procureur général du Canada. Il est accompagné de ses fonctionnaires du ministère de la Justice Canada : M. François Daigle, sous-ministre délégué; et Mme Laurie Wright, sous-ministre adjointe principale.

Monsieur le ministre, j'aimerais prendre un instant pour vous présenter les membres du comité qui participent à la réunion d'aujourd'hui : le sénateur Campbell, vice-président du comité; la sénatrice Batters, vice-présidente du comité; le sénateur Boisvenu; la sénatrice Boniface; et la sénatrice Boyer. Le porte-parole du projet de loi est le sénateur Carignan. Le sénateur Cotter, le sénateur Dalphond, la sénatrice Dupuis, la sénatrice Keating, le sénateur Tannas, le sénateur Gold et le sénateur Plett sont aussi avec nous.

Plusieurs autres sénateurs participent à cette importante étude : la sénatrice Moodie; la sénatrice Seidman; la sénatrice Petitclerc, la marraine du projet de loi; le sénateur Munson; la sénatrice McCallum; la sénatrice Pate; et le sénateur Woo, coordonnateur du Groupe des sénateurs indépendants.

Nous sommes très heureux de vous recevoir, monsieur le ministre, avec vos fonctionnaires. Je vais maintenant vous céder la parole, puis nous aurons des questions à vous poser.

[*Français*]

L'honorable David Lametti, c.p., député, ministre de la Justice et procureur général du Canada : Merci, madame la présidente, de votre invitation à comparaître devant le comité pour discuter du projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) .

Je participe à partir d'Ottawa, donc, des territoires non cédés des peuples algonquins. J'aimerais aussi remercier les fonctionnaires qui sont avec moi ce matin, François Daigle et Laurie Wright.

J'aimerais décrire brièvement les principaux aspects du projet de loi C-7, qui apporte des changements importants au régime d'aide médicale à mourir, ou AMM.

First, in direct response to the *Truchon* decision, Bill C-7 would repeal the eligibility criterion requiring that a person's natural death be reasonably foreseeable.

Access to our medical assistance in dying regime would thus no longer be limited to individuals suffering at the end of their lives. This change would allow Canadians who are suffering and who meet eligibility criteria to choose a peaceful death where they feel their situation has become intolerable. This change is consistent with the autonomy of Canadians.

[English]

I would like to take a moment to address the strong reaction of disability rights organizations to this change. The House of Commons Justice and Human Rights Committee heard testimony from individuals with disabilities and from national disability organizations, who expressed their concerns with this proposed change in the legislation. We had heard similar concerns during our round tables with stakeholders and experts in January 2020.

Since the first MAID law was enacted in 2016, these groups have viewed the requirement that death be reasonably foreseeable as the most fundamental safeguard. We understand their concerns. However, there are other reasonable perspectives that people with disabilities can have on this question.

Our government has also heard from individuals with disabilities, like the late Mr. Jean Truchon, Ms. Nicole Gladu, and Ms. Julia Lamb in British Columbia, that the current MAID regime fails to respect their autonomy and their right to self-determination over their bodies and their lives.

Medical assistance in dying has always been a very difficult issue that generates opposing points of view on the same questions. It requires different interests to be considered. I firmly believe that Bill C-7 does so.

The law would continue to require informed consent and a voluntary request made by a person with decision-making capacity. The bill would introduce a more robust set of safeguards, where the person's death is not reasonably foreseeable, that requires significant attention to be paid to all of the alternatives that might help alleviate suffering on the part of a person whose death is not reasonably foreseeable.

We believe such a regime could work safely by guarding against the overt and subtle pressures to seek MAID that the disability community fears, while providing autonomy to a

Premièrement, en réponse directe à la décision *Truchon*, le projet de loi C-7 abrogerait le critère d'admissibilité exigeant que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible.

L'accès à notre régime d'aide médicale à mourir ne serait donc plus limité aux personnes qui souffrent en fin de vie. Ce changement permettrait aux Canadiens et aux Canadiennes qui souffrent et qui respectent les critères d'éligibilité de choisir d'avoir une mort paisible si, selon eux, leur situation est devenue intolérable. Ce changement respecte l'autonomie des Canadiens et des Canadiennes.

[Traduction]

J'aimerais prendre un moment pour parler de la vive réaction des organisations de défense des droits des personnes handicapées à cette modification. Le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a écouté les témoignages de personnes handicapées et d'organismes nationaux œuvrant pour les personnes handicapées qui sont préoccupés par la modification proposée du projet de loi. Les intervenants et les experts avaient soulevé des préoccupations similaires pendant nos tables rondes en janvier 2020.

Depuis l'adoption de la première loi sur l'AMM en 2016, ces groupes considèrent le critère exigeant que la mort soit raisonnablement prévisible comme étant la plus importante des mesures de sauvegarde. Même si nous comprenons leurs préoccupations, il existe d'autres positions raisonnables, que certaines personnes handicapées ont quant à cette question.

Notre gouvernement a aussi entendu le témoignage de personnes handicapées, comme feu M. Jean Truchon, Mme Nicole Gladu et Mme Julia Lamb, en Colombie-Britannique, selon qui le régime actuel d'AMM ne respecte pas leur autonomie et leur droit à l'autodétermination en ce qui concerne leur corps et leur vie.

L'aide médicale à mourir a toujours été une question extrêmement délicate, qui soulève des points de vue aux antipodes les uns des autres. Cela exige de prendre en considération divers intérêts, et je crois fermement que c'est justement ce que fait le projet de loi C-7.

Sous le régime de la loi, il serait toujours obligatoire que la personne, ayant la capacité de prendre des décisions, demande volontairement et en connaissance de cause l'AMM. Le projet de loi propose un ensemble de mesures de sauvegarde plus rigoureux, dans les cas où il sera obligatoire d'examiner en profondeur toutes les autres solutions qui pourraient aider à soulager la souffrance de la personne dont le décès n'est pas raisonnablement prévisible.

Nous croyons qu'un tel régime réussirait à protéger les personnes contre les pressions ouvertes ou subtiles de demander l'AMM que craint la communauté des personnes handicapées,

greater number of Canadians to make this most important choice for themselves.

More generally, greater liberty for some can also entail greater risk for others. Therefore, Bill C-7 balances this greater access to MAID with two other measures to ensure others are not placed at undue risk: an exclusion for those suffering only from mental illness, and a distinct and more robust set of procedural safeguards for those for whom death is not reasonably foreseeable, as I have already alluded to.

The exclusion of persons whose sole medical condition is a mental illness is grounded in concerns from experts who disagree on whether a mental illness can ever be found to be irremediable and, more fundamentally, on whether and how MAID could be safely made available for such individuals.

I know these issues are of great concern to some senators. We know that those with mental illness can suffer unbearably, that mental illness can be debilitating and that it can profoundly impact quality of life. But many mental health experts who care greatly for the well-being of their patients insist that some mental illnesses have characteristics that present unique practical and ethical challenges. Unlike most physical illnesses, many mental illnesses follow unpredictable illness trajectories, for which there is always the possibility of a sudden improvement or recovery. This means that, in some experts' views, it is impossible to predict for any given individual whether their symptoms will one day show improvement or endure for the rest of their lives.

The fact that there would be risk of ending the life of a person whose symptoms would have improved is a very important aspect of this eligibility question and is, in part, why we are of the view that it is safest not to permit MAID on the sole basis of mental illness under the time pressures we currently face on Bill C-7. This will be studied as it should be — in a larger, more in-depth parliamentary study, which is part of the original legislation, Bill C-14.

Another relevant consideration motivating the exclusion is the fact that it can be especially difficult to distinguish between those whose desire to die is a symptom of their illness and those for whom it is a rational response to it. There is also ongoing uncertainty and disagreement as to the potential impact on suicide prevention if MAID were made available to this group.

tout en donnant davantage d'autonomie à un plus grand nombre de Canadiens quant à cette décision extrêmement importante.

De façon plus générale, une plus grande liberté pour certains veut dire plus de risque pour d'autres. En conséquence, le projet de loi C-7 compense le plus grand accès à l'AMM par deux autres mesures pour prévenir que d'autres ne s'exposent à un risque indu : une exclusion visant les personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi qu'un ensemble de mesures de sauvegarde procédurales plus rigoureuses pour les personnes dont le décès n'est pas raisonnablement prévisible, comme je l'ai déjà mentionné.

L'exclusion des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale est fondée sur les préoccupations exprimées par les experts, qui ne s'entendent pas sur la question de savoir si une maladie mentale peut jamais constituer un problème de santé irrémédiable et, plus fondamentalement, sur la façon d'offrir à ces personnes un accès sécuritaire à l'AMM ou pour dire si cela est même possible.

Je sais qu'il y a des sénateurs et des sénatrices qui sont très préoccupés par ces questions. Nous savons que les gens atteints de maladie mentale souffrent parfois de façon intolérable, que les maladies mentales peuvent avoir des conséquences débilantes et qu'elles peuvent miner profondément la qualité de vie des gens. Cependant, de nombreux experts en santé mentale, qui se soucient grandement du bien-être de leurs patients, soulignent que les caractéristiques de certaines maladies mentales présentent des problèmes pratiques et éthiques uniques. Contrairement à la plupart des maladies physiques, bon nombre de maladies mentales ne suivent pas une trajectoire prévisible, et il y a toujours la possibilité d'une amélioration ou d'une guérison inattendues. Cela veut dire que, selon les experts, il est impossible de prédire si les symptômes d'une personne donnée s'amélioreront un jour ou si elle devra vivre avec sa maladie pour le restant de ses jours.

Le fait qu'il existe le risque de mettre fin aux jours d'une personne dont les symptômes auraient pu s'améliorer constitue un aspect très important de la question de l'admissibilité, et c'est pourquoi, dans une certaine mesure, nous croyons que la solution la plus prudente serait que les personnes dont la seule affection est une maladie mentale ne soient pas admissibles à l'AMM, compte tenu des contraintes de temps auxquelles nous faisons face par rapport au projet de loi C-7. Nous étudierons cette question comme il se doit, dans le cadre d'une étude parlementaire plus vaste et plus approfondie, qui est aussi prévue dans le projet de loi initial C-14.

Une autre considération pertinente justifiant cette exclusion est le fait qu'il peut être très difficile de savoir si le désir de mourir est la manifestation d'un des symptômes de la maladie ou s'il s'agit d'une décision réfléchie. De l'incertitude et des désaccords demeurent quant à l'impact potentiel sur la prévention du suicide, si ce groupe était admissible à l'AMM.

The House of Commons Standing Committee on Justice and Human Rights heard from different witnesses on the mental illness exclusion. We saw there, as we had seen among the Expert Panel Working Group on Advance Requests for MAID put together by the Council of Canadian Academies to study this question, that there is no consensus among experts on whether and how to proceed with MAID on the basis of mental illness alone. On a question of such importance and with so much uncertainty and expert disagreement, it is incumbent upon us to proceed with caution and prudence. I have also been very clear that this issue should be studied more comprehensively, as I've just said, as quickly as possible after the enactment of Bill C-7, during the parliamentary review of the MAID regime that is still to follow.

In addition to the question of the exclusion itself, some have asked what kinds of concerns are meant to be excluded by the term "mental illness" and whether practitioners will take a consistent approach in their interpretation of the exclusion. Guided by the specific concerns that have been raised by experts in the mental health field in relation to medical assistance in dying in particular, the exclusion is intended to capture conditions that are primarily treated by a psychiatrist that present this unpredictable disease trajectory or that have a desire to die as a possible symptom.

Let me be clear: The exclusion is not intended to capture neurocognitive disorders that are due to Alzheimer's or Parkinson's disease or neurodevelopmental disorders like speech or motor disorders, which also happen to affect how the brain works but don't present the same type of inherent risks that have been flagged by mental health experts. They might in some cases raise questions about decision-making capacity, but those are of a different order than the inherent risks raised by mental illness.

I have heard concerns that the precise meaning of "mental illness" is unclear. I am sensitive to that concern, particularly when it comes to the criminal law. I would welcome any input this committee, and especially the expert witnesses it will hear from, can provide. We certainly want the measures in Bill C-7 to be implemented in a consistent manner across the country. Our government, which stands always for the equality, autonomy and dignity of persons with mental illnesses, supports a comprehensive exploration of this challenging issue that the parliamentary review will allow.

Le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a entendu le témoignage de diverses personnes sur l'exclusion des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale, et nous avons constaté que, à l'instar de ce qui est ressorti des études du groupe d'experts sur les demandes d'AMM anticipées du Conseil des académies canadiennes, les experts ne s'entendent pas sur la question de savoir si une personne dont la seule affection est une maladie mentale devrait être admissible à l'AMM, et si oui, comment la demande doit être traitée. Vu l'extrême importance de la question, la grande incertitude et l'absence de consensus entre les experts, nous devons absolument faire preuve d'une grande prudence. J'ai dit très clairement que cette question devait être étudiée jusque dans le moindre détail, comme je l'ai déjà mentionné, et aussi rapidement que possible après l'adoption du projet de loi C-7, lors de l'examen parlementaire à venir du régime d'AMM.

En plus de la question de l'exclusion elle-même, certaines personnes ont demandé quel genre de préoccupations sont censées être exclues de la définition de « maladie mentale » et si les médecins ou infirmiers praticiens interpréteront l'exclusion de façon uniforme. Les préoccupations spécifiques des experts dans le domaine de la santé mentale en ce qui concerne tout particulièrement l'aide médicale à mourir ont été prises en considération, et, conséquemment, l'exclusion vise les affections qui sont traitées principalement par un psychiatre et dont le pronostic est imprévisible ou dont les symptômes possibles comprennent des idées suicidaires.

Pour que ce soit clair : il n'est pas prévu que l'exclusion vise les troubles neurocognitifs associés à la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson ou à des troubles neurodéveloppementaux comme des troubles de la parole ou des troubles moteurs, qui altèrent aussi le fonctionnement du cerveau, mais qui ne comprennent pas le même genre de risques inhérents que ceux signalés par les experts en santé mentale. Cela peut soulever des préoccupations en matière de capacité décisionnelle dans certains cas, mais elles sont d'un tout autre ordre que les risques inhérents associés à la maladie mentale.

J'ai entendu des préoccupations selon lesquelles l'expression « maladie mentale » n'est pas définie clairement. J'accorde beaucoup d'attention à ce genre de préoccupation, en particulier lorsqu'il est question de droit pénal. J'accueillerais volontiers tout commentaire du comité, et en particulier des experts qui vont venir témoigner devant vous. Notre but est évidemment que les mesures du projet de loi C-7 soient mises en œuvre de façon uniforme à l'échelle du pays. Notre gouvernement continuera de défendre l'égalité, l'autonomie et la dignité des personnes atteintes de maladie mentale, et il appuiera l'examen parlementaire qui nous permettra d'étudier exhaustivement cette question délicate.

The bill also proposes a distinct set of procedural safeguards that are tailored to the risks associated with assistance in dying for persons whose death is not reasonably foreseeable. Ending the lives of those whose suffering is based in their experience of their quality of life is different than offering a peaceful death when the dying process would otherwise be painful or prolonged or would erode a person's sense of their own dignity. Bill C-7 therefore proposes a more robust set of safeguards where a natural death is not reasonably foreseeable.

As is the case under the current regime, RFND is not required by a maximum or minimum prognosis but does require a temporal but flexible connection to the person's overall medical circumstances and their anticipated death.

Safeguards for those whose death is not reasonably foreseeable are built around the existing safeguards but contain enhancements. Importantly, the medical assessments of a person's eligibility must span at least 90 days. This is not a requirement that the person wait 90 days after they are approved. Rather, the practitioners must, over at least three months, fully explore the person's medical condition and the nature and causes of their suffering, and work with them to identify reasonable treatment or other support options, which they must discuss with the person.

The person seeking MAID is not required to undergo any treatments, but as we embark on this new expansion of our MAID regime, we believe that we can collectively move forward safely if we can be satisfied that available options have been brought to the person's attention and given serious consideration.

[*Translation*]

The last aspect of Bill C-7 that I would like to discuss is the waiver of final consent in specific circumstances. This is an issue that was frequently raised during our consultations and one that we feel concerns a matter of basic fairness. If persons whose natural death is reasonably foreseeable wish to obtain medical assistance in dying and are deemed eligible to receive such assistance, they would no longer have to choose to die earlier than they would wish or to refuse to take pain medication for fear they might lose the capacity to consent to the procedure.

This targeted and prudent change would prevent any injustice in such situations. Bill C-7 provides that such persons may give advance consent by means of a prior agreement with their medical practitioner to obtain medical assistance in dying on a

Le projet de loi propose également un ensemble distinct de mesures de sauvegarde adaptées aux risques auxquels s'exposent les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir, mais dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Il y a une différence entre mettre fin aux jours d'une personne dont la souffrance subjective est liée à sa qualité de vie et offrir une mort paisible à une personne dont l'agonie serait autrement douloureuse et prolongée et lui enlèverait sa dignité. Donc, le projet de loi C-7 propose un ensemble de mesures de sauvegarde rigoureuses dans les cas où la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

Tout comme c'est le cas dans le régime actuel, le critère de la mort naturelle raisonnablement prévisible n'est pas associé à un pronostic maximum ou minimum. Cependant, il doit obligatoirement y avoir un lien temporel, mais variable, avec l'état de santé global de la personne et son décès anticipé.

Les mesures de sauvegarde pour ceux dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible sont une version renforcée des mesures de sauvegarde existantes. Un exemple important est que l'évaluation médicale de l'admissibilité de la personne doit s'étendre sur au moins 90 jours. Cela ne veut cependant pas dire que la personne doit attendre 90 jours après avoir été admise. Plutôt, les médecins et les infirmiers praticiens doivent, sur une période de trois mois, examiner en détail l'état de santé de la personne et la nature et les causes de ses souffrances. Ils doivent aussi travailler avec la personne pour trouver des traitements raisonnables ou d'autres options, et ils doivent obligatoirement en discuter avec la personne.

La personne qui demande l'AMM n'est pas tenue de suivre un traitement, mais dans le cadre de cette expansion du régime d'AMM, nous croyons que, si nous voulons procéder collectivement de façon sécuritaire, nous devons nous assurer que toutes les options ont été fournies à la personne et qu'elle les a bien examinées.

[*Français*]

Le dernier aspect du projet de loi C-7 dont j'aimerais discuter est celui de la renonciation au consentement final dans des circonstances particulières. C'est une question qui a été soulevée à maintes reprises au cours de nos consultations et il s'agit, selon nous, d'une question d'équité fondamentale. Si une personne dont la mort est raisonnablement prévisible veut obtenir l'aide médicale à mourir et qu'elle est jugée admissible à la recevoir, elle n'aurait plus à choisir de mourir plus tôt qu'elle le souhaite ou de refuser de prendre des médicaments contre la douleur, parce qu'elle craint de ne plus avoir la capacité de donner son consentement au moment de la procédure.

Ce changement ciblé et prudent permettrait d'éviter l'injustice dans ces situations. Le projet de loi C-7 prévoit qu'une personne peut donner son consentement au préalable, au moyen d'une entente avec le médecin, pour permettre d'obtenir l'aide

predetermined date, even if they lose their capacity to consent in the meantime.

We are aware that this measure does not go as far as some would like. The issue of advance requests is clearly more ethically and practically complex. As in the case of individuals whose mental illness is the only medical condition concerned, advance requests for medical assistance in dying are one aspect that calls for further study and debate, and we are of the view that it should constitute a significant portion of the parliamentary review.

Thank you, Madam Chair. I am now prepared to answer your questions.

[English]

The Chair: Minister, thank you very much for your comprehensive presentation. Before we go to questions, I'm sure this had happened, but may I just have a clarification? Was gender analysis carried out on this bill, and can you share the highlights of the gender analysis with us, as you have done in the past?

Mr. Lametti: Yes, Madam Chair. A gender analysis was done, and I can share a summary of it with the committee.

The Chair: May I also ask if a race-based analysis was carried out?

Mr. Lametti: My understanding, Madam Chair, is that it was part of the gender-based analysis, and we can share that as well.

The Chair: Thank you very much, minister. We will now go on to the sponsor of this bill, Senator Chantal Petitclerc.

[Translation]

Senator Petitclerc: Mr. Minister, thank you very much for being with us today and for your very detailed presentation.

I'll begin with a question concerning the community of persons with disabilities and the safeguards provided for in Bill C-7. As you know, this bill on medical assistance and access to medical assistance in dying is both social and philosophical in scope, but also legal in nature. You have no doubt heard, as I have, that certain groups of individuals who represent or who include persons with disabilities are concerned about this bill and about the vulnerable position in which they might find themselves if this bill were passed.

médicale à mourir à la date fixée, et ce, même si elle perd sa capacité à consentir dans l'intervalle.

Nous savons que cette mesure ne va pas aussi loin que certains le souhaiteraient. La question aux demandes anticipées est nettement plus complexe sur les plans éthique et pratique. Comme dans le cas des personnes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée, les demandes anticipées d'aide médicale à mourir sont un aspect qui réclame davantage d'étude et de débat, et nous sommes d'avis qu'il doit s'agir d'une partie importante de l'examen parlementaire.

Merci, madame la présidente. Je suis maintenant prêt à répondre à vos questions.

[Traduction]

La présidente : Merci beaucoup de votre exposé très détaillé, monsieur le ministre. Avant de passer aux questions, j'aimerais vous demander un éclaircissement. Je suis sûre que cela a été fait, mais a-t-on appliqué l'analyse comparative entre les sexes au projet de loi, et pouvez-vous nous en donner les faits saillants, comme vous l'avez déjà fait par le passé?

M. Lametti : Oui, madame la présidente. L'analyse comparative entre les sexes a été faite, et je peux en présenter les grandes lignes au comité.

La présidente : J'aimerais aussi savoir si on a effectué une analyse axée sur la race.

M. Lametti : À ma connaissance, madame la présidente, cela fait partie de l'analyse comparative entre les sexes, et je pourrai aussi vous en parler.

La présidente : Merci beaucoup, monsieur le ministre. Je vais maintenant donner la parole à la marraine du projet de loi, la sénatrice Chantal Petitclerc.

[Français]

La sénatrice Petitclerc : Je vous remercie beaucoup, monsieur le ministre, d'être parmi nous aujourd'hui et de votre présentation très bien détaillée.

Je vais commencer par une question qui concerne la communauté des personnes handicapées en ce qui concerne les mesures de sauvegarde contenues dans le projet de loi C-7. Vous le savez, ce projet de loi sur l'aide médicale et sur l'accès à l'aide médicale à mourir a une portée sociale et philosophique, mais il a également une portée juridique. Vous avez sûrement entendu dire, comme moi, que certains groupes de personnes qui représentent ou qui comptent des personnes en situation de handicap s'inquiètent de ce projet de loi et de la vulnérabilité dans laquelle ils pourraient se retrouver si ce projet de loi est adopté.

You've previously discussed this, but I'd like to hear what you have to say on the subject because, on the one hand, we're trying to avoid a certain type of social and medical paternalism, and, on the other hand, we must consider the importance of every person's right to self-determination.

Can you explain to us how the government developed these safeguards, and what is your view of this kind of balance?

Mr. Lametti: Thank you for your question, senator, and for sponsoring this bill in the Senate.

First of all, I should point out that Minister Qualtrough is part of the team. That fact was included in my letter of mandate and in that of Minister Hajdu. We were to work together. We also determined that we needed Minister Qualtrough to be involved because she is both a spokesperson and a person with disabilities with close ties to that community. We immediately added her to the team. She has participated as a full-fledged member — we were like a troika, if I may use the term — as we developed our response to the *Truchon* decision.

We have conducted very intensive consultations across Canada and have spoken to community representatives and experts in the matter.

They were involved at virtually all the roundtables we organized across Canada. I also attended another meeting that they had convened to discuss medical assistance in dying. In addition — and you can ask further questions next week — she has been in more or less constant contact with community leaders.

As to the substance of the bill, as I explained, the community viewed the “end-of-life” and “reasonably foreseeable natural death” criteria as safeguards. Many of its members felt that a reaction to the *Truchon* decision was necessary and even an issue of existential importance.

We therefore changed the role of the reasonably foreseeable natural death requirement. It is now no longer an eligibility criterion but rather a criterion for follow-on care. So there are two paths. As a result of our experience with the previous act, we are comfortable with the terms and conditions that have been defined.

For persons who are not at the end of their lives, we have added safeguards precisely in order to stimulate substantive discussion between patient and physician, as well as other experts, to gain a clearer understanding of available options. Autonomy means that a choice must be made between life with support measures and medical assistance in dying. However, to make a real choice, to protect autonomy, on the one hand, and to allay the fears expressed by the disability rights community, on

Vous en avez déjà parlé, mais j'aimerais vous entendre à ce sujet parce que, d'un côté, on essaie d'éviter un certain paternalisme social et médical. D'un autre côté, il faut tenir compte de l'importance du droit à toute personne à l'autodétermination.

Pouvez-vous nous expliquer le processus qu'a adopté le gouvernement pour arriver à ces mesures de sauvegarde, et comment voyez-vous cette espèce d'équilibre?

M. Lametti : Merci, sénatrice, de votre question et aussi de parrainer ce projet de loi au Sénat.

D'abord, je dois souligner la présence de la ministre Qualtrough dans l'équipe. Cela était inclus dans ma lettre de mandat, ainsi que dans la lettre de mandat de la ministre Hajdu. Nous devons travailler ensemble. Nous avons aussi déterminé que la présence de la ministre Qualtrough était nécessaire, car elle est non seulement une porte-parole, mais aussi une personne qui est en situation de handicap et qui est bien connectée à cette communauté. Nous avons tout de suite inclus sa participation. Elle a participé en tant que membre à part entière — nous étions comme une troïka, si je peux m'exprimer ainsi — pour élaborer la réponse à la décision dans l'arrêt *Truchon*.

Nous avons mené des consultations très intensives partout au Canada et nous avons parlé aux représentants de la communauté ainsi qu'aux experts en l'espèce.

Ils étaient présents à presque toutes les tables rondes que nous avons organisées partout au Canada. J'ai également assisté à une autre réunion qu'ils avaient convoquée pour discuter de l'aide médicale à mourir. De plus — et vous pourrez lui poser la question cette semaine —, elle a été plus ou moins en contact constant avec les dirigeants de la communauté.

Pour ce qui est du fond du projet de loi, comme je l'ai expliqué, le critère de fin de vie, d'une mort raisonnablement prévisible, était vu par la communauté comme une sauvegarde. Le fait qu'il fallait réagir à l'arrêt *Truchon* était une question existentielle pour beaucoup d'entre eux.

Nous avons donc modifié le rôle du critère d'une mort raisonnablement prévisible. Ce n'est plus un critère d'éligibilité, mais plutôt un critère d'acheminement. Donc, il y a deux voies. Grâce à l'expérience que nous avons avec l'ancienne loi, nous sommes à l'aise avec les modalités qui ont été définies.

Pour ce qui est des personnes qui ne sont pas en fin de vie, nous avons ajouté des sauvegardes justement pour provoquer une discussion de fond entre le patient et son médecin et d'autres experts, pour mieux comprendre les options. L'autonomie fait en sorte qu'il faut faire un choix entre la vie, avec des mesures de soutien, et l'aide médicale à mourir. Cependant, pour faire un vrai choix, pour protéger l'autonomie, d'un côté, et pour sauvegarder la crainte exprimée par la communauté des

the other, we have put in place a system in which autonomy is respected and all forms of life valued so that people can make an informed decision.

Senator Carignan: Minister, thank you for being here and for your presentation. My question concerns mental illness. Based on what you've explained, persons suffering from a mental illness that renders their lives and suffering intolerable would not have access to medical assistance in dying.

However, it appears from the documentation the government has provided us that, in the context of the federal statute on medical assistance in dying, the term "mental illness" would not include neurocognitive or neurodevelopmental disorders or other conditions likely to affect cognitive abilities, such as dementias, autistic spectrum disorders and intellectual disabilities, which can be treated by specialists. We find it somewhat hard to understand the government. Is mental illness entirely excluded, or is it excluded while a whole range of mental illnesses may nevertheless be eligible for medical assistance in dying? Why are these exemptions from the definition not set forth in the act rather than in the documentation that was sent to us?

Mr. Lametti: Thank you for your question, senator. We clearly want to clarify all that. If your committee has any suggestions to make at the end of our study, we would be prepared to examine them...

Senator Carignan: What do you intend to do?

Mr. Lametti: I'll answer the question. That was a preliminary comment.

We want to exclude mental illness as a sole criterion. As I just said, we're referring to diseases that are treated by psychiatrists. Why? Because there is no consensus. The issue really has to be studied. There's no consensus, as I just said. After conducting consultations across the country, notably in Quebec, I can tell you there is clearly no consensus.

If it's not the only condition, if mental illness is combined with another condition, it might be eligible. That was already the case under the previous version of the act, and it could be the case here as well.

With regard to diseases such as Alzheimer's or other diseases — neurocognitive diseases, as you just mentioned — those diseases can affect a person's ability to make the decision. It's admissible, but another question is involved. Is that person able to make that kind of decision? It's a decision that has to be made by a person who's capable of making it. Consequently, these diseases aren't classified as mental illnesses, even though

personnes qui vivent en situation de handicap, de l'autre, nous avons mis en place un système où l'autonomie est respectée et où toute forme de vie est valorisée, pour que les gens puissent prendre une décision éclairée.

Le sénateur Carignan : Merci, monsieur le ministre, de votre présence et de votre présentation. Ma question porte sur les maladies mentales. D'après ce que vous avez expliqué, une personne aux prises avec une maladie mentale qui rend sa vie et sa souffrance intolérables ne pourrait pas avoir accès à l'aide médicale à mourir.

Cependant, dans la documentation qui nous a été fournie par votre gouvernement, il semble que, dans le contexte de la loi fédérale sur l'aide médicale à mourir, les termes « maladie mentale » n'incluraient pas les troubles neurocognitifs ou neurodéveloppementaux ni d'autres conditions susceptibles d'affecter les capacités cognitives, comme la démence, les troubles du spectre de l'autisme et les déficiences intellectuelles, qui peuvent être traitées par des spécialistes. On a un peu de difficulté à suivre le gouvernement. La maladie mentale est-elle exclue complètement, ou est-elle exclue, mais il y a toute une sphère de la maladie mentale qui pourrait être admissible à l'aide médicale à mourir? Pourquoi ces exclusions de la définition ne sont-elles pas dans la loi, plutôt que dans la documentation qui nous a été envoyée?

M. Lametti : Merci, sénateur, de la question. De toute évidence, nous souhaitons clarifier le tout. Si votre comité a des suggestions à faire à la fin de notre étude, nous serions prêts à les examiner...

Le sénateur Carignan : Quelle est votre intention?

M. Lametti : Je vais répondre à la question. C'était un commentaire préalable.

Nous voulons exclure la maladie mentale comme seul critère. Comme je viens de le dire, on parle des maladies traitées par les psychiatres. Pourquoi? Parce qu'il n'y a pas de consensus. Il faut vraiment étudier la question. Il n'y a pas de consensus, comme je viens de le dire. Je peux vous dire que, après avoir fait des consultations à travers le pays, notamment au Québec, il est clair qu'il n'y a pas de consensus.

Si ce n'est pas la seule condition, si la maladie mentale est jumelée avec une autre condition, cela pourrait être admissible. C'était déjà le cas dans l'ancienne version de la loi et cela pourrait être le cas ici aussi.

Quand on parle de maladies comme la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies — des maladies neurocognitives, comme vous venez de le mentionner —, ces maladies pourraient faire partie de la capacité d'une personne à prendre la décision. C'est admissible, mais il s'agit d'une autre question. Est-ce que la personne est en mesure de prendre une telle décision? C'est une décision qui doit être prise par une personne qui en est capable.

they affect the brain or the patient's capacity, because capacity is an entirely different matter.

Senator Carignan: That's far from clear. I'll move on to my next question.

Last Friday, the Supreme Court ruled on discrimination based on mental illness. In a nutshell, the court invalidated provisions of Christopher's Law of 2000 regarding the Ontario sex offender registry by once again sanctioning discrimination based on mental illness. Given such a vague definition of mental illness, there's every reason to believe it will all be invalidated once again. Isn't it a bit much to say there's no consensus on the idea that this is a ground of discrimination? Isn't it discrimination?

Mr. Lametti: Thank you for your question. This is obviously a very significant issue, especially for jurists such as you and me and other members here at this meeting. I hope that will be a temporary measure and that the matter will be thoroughly examined by the committee charged with reviewing the legislation in accordance with the act that was in force in 2016. It's an issue that must be reviewed by taking the necessary time to do it thoroughly. We acknowledge that mental illnesses are very serious illnesses that cause suffering. This isn't a lack of empathy or compassion here. I acknowledge that the matter must be addressed, but we didn't have the time at this stage because we had to respond to the *Truchon* decision. It's a very modest exemption. We describe it in a limited manner and we believe it is constitutional. Changes are expected to be made after a thorough study is conducted.

[English]

Senator Campbell: Chair, I'll pass on my question right now.

The Chair: Thank you, Senator Campbell. We'll move on, then.

Senator Batters: Minister Lametti, in your October second-reading speech, you stated this in providing justification to exclude assisted suicide eligibility where mental illness is the sole underlying condition:

. . . the trajectory of mental illness is more difficult to predict than that of most physical illnesses, that spontaneous improvement is possible, and that a desire to die and an impaired perception of one's circumstances are symptoms, themselves, of some mental illnesses.

Donc, ces maladies ne sont pas classées comme des maladies mentales, même si elles touchent le cerveau ou la capacité, car la capacité est une tout autre question.

Le sénateur Carignan : C'est loin d'être clair. Je vais passer à mon autre question.

La Cour suprême s'est prononcée vendredi dernier sur la discrimination fondée sur la maladie mentale. En bref, la Cour suprême a invalidé des dispositions de la Loi Christopher de 2000 sur le registre des délinquants sexuels de l'Ontario en sanctionnant, encore une fois, la discrimination fondée sur la maladie mentale. Avec une définition aussi floue de la maladie mentale, tout porte à croire que tout cela sera encore invalidé. N'est-ce pas un peu gros, comme motif de discrimination, de dire qu'il n'y a pas de consensus? N'y a-t-il pas de la discrimination?

M. Lametti : Je vous remercie de cette question. C'est, évidemment, une question très importante, surtout pour des juristes comme vous et moi et d'autres membres qui participent à cette réunion. J'espère que ce sera une mesure temporaire, dans le sens où la question sera étudiée profondément par le comité chargé de revoir la loi, conformément à la loi en vigueur en 2016. C'est une question qu'il faut étudier avec une certaine profondeur et en y mettant le temps nécessaire. Nous reconnaissons que les maladies mentales sont des maladies très profondes qui causent de la souffrance. Ce n'est pas un manque d'empathie ou de compassion. Je reconnais qu'il faut aborder la question, mais nous n'avions pas le temps à cette étape-ci, parce qu'il fallait répondre à l'arrêt *Truchon*. C'est une exclusion très modeste. Nous avons décrit l'exclusion de façon restreinte et nous croyons que celle-ci est constitutionnelle. Des changements sont prévus après avoir effectué une étude en profondeur.

[Traduction]

Le sénateur Campbell : Je laisse tomber ma question, madame la présidente.

La présidente : Merci, sénateur Campbell. Poursuivons.

La sénatrice Batters : Monsieur le ministre, lors de la deuxième lecture du projet de loi en octobre, vous avez dit ce qui suit pour justifier d'exclure de l'admissibilité les personnes dont la seule affection sous-jacente est une maladie mentale :

[L]a trajectoire d'une maladie mentale est plus difficile à prédire que celle de la plupart des maladies physiques. De plus, l'état du malade peut s'améliorer de façon spontanée, et le fait d'avoir une perception déformée de sa propre situation et de souhaiter mourir compte parmi les symptômes de certaines maladies mentales.

I agree. Over the last decade, I have become a mental health advocate due to my personal circumstance. During the Bill C-14 debate, I said the following, and I will reiterate it now:

We must provide real options for those struggling with mental illness, not arm them with the means to more easily access the devastating final choice of suicide. Those who endure psychological suffering need our support, our resources and our promise that we will never give up on them, even when they can see no other option but to give up on themselves.

Minister Lametti, please take one minute of the time I'm allotted here to defend the constitutionality of the provision to exclude those with mental illness from Bill C-7. I contend that this preserves hope for them.

Mr. Lametti: Thank you very much, senator, for your question. When I was speaking in the House of Commons, as my opening remarks today emphasized, this is the opinion that some medical experts have advanced. It underlines the seriousness of mental illness, that we must try to give hope and we must push the medical profession to provide as many options to people suffering from mental illnesses as we possibly can.

To that extent, I agree with a great deal of what you have said. We think this bill is constitutional because of the very narrow focus, as I just said in my answer to Senator Carignan. There is a very precise focus to this exclusion, and coupled with the uncertainty in the medical profession about "the parameters," if you will, or how to apply medical assistance in dying to people whose sole condition is a mental illness, we need to be careful.

So this will be studied. You will get a chance to do so, others will get a chance in the parliamentary review to weigh in and experts will get a chance to weigh in. I can't predict what the outcome of that discussion will be, but for the time being, we feel that this law is constitutional and this exclusion is constitutional.

Senator Batters: Thank you. Minister Lametti, on this one, because I have a further question, I'm just looking for a yes or no confirmation here. Is it correct that you appointed Christine Baudouin, the Quebec Superior Court judge who rendered the *Truchon* decision, to the Quebec Court of Appeal last week?

Mr. Lametti: Yes, I did elevate her, along with another judge. As with all my elevations and appointments, there was a vast degree of consultation within the court itself, and there was a wide degree of support for that elevation. There are also judges

Je suis d'accord. Au cours des 10 dernières années, je suis devenue une défenseuse de la santé mentale, pour des raisons personnelles. Je vais vous lire ce que j'ai dit pendant le débat sur le projet de loi C-14, et je le pense toujours. Voici :

[I] est particulièrement important de tenter de fournir de réelles solutions aux gens qui sont aux prises avec des troubles mentaux, plutôt que de leur offrir des moyens plus faciles de recourir à l'irréversible. Les personnes qui souffrent sur le plan psychologique ont besoin de soutien et de ressources, et nous devons leur promettre que nous ne les abandonnerons jamais, même lorsque, pour elles, la seule solution, c'est de lâcher prise définitivement.

Monsieur le ministre, je vous demanderais de prendre une minute du temps qui m'est imparti pour défendre la constitutionnalité de la disposition excluant les personnes atteintes de maladie mentale du projet de loi C-7. Pour eux, je crois que c'est une question d'espoir.

M. Lametti : Merci beaucoup de votre question, madame la sénatrice. Devant la Chambre des communes, comme je l'ai fait aujourd'hui dans ma déclaration préliminaire, j'ai présenté l'avis de certains experts médicaux qui insistent sur la gravité des maladies mentales et sur le fait que nous devons essayer de donner de l'espoir et d'encourager les professionnels de la santé à donner autant d'options que possible aux gens qui sont atteints de maladie mentale.

Dans cette mesure, je suis d'accord avec la majeure partie de ce que vous avez dit. Nous croyons que ce projet de loi, puisque l'exclusion est très restreinte, est constitutionnel, comme je viens de le dire au sénateur Carignan. Il s'agit d'une exclusion très étroite, et compte tenu aussi du manque de certitude dans le domaine de la santé à propos des « paramètres », disons, ou plutôt de la façon dont il faut appliquer le régime d'AMM aux personnes dont la seule affection est une maladie mentale, nous devons faire preuve de prudence.

Donc, il va falloir étudier la question. Vous aurez l'occasion de le faire, tout comme d'autres — par exemple, des experts — pourront formuler des commentaires dans le cadre de l'examen parlementaire. Je ne peux pas prédire quel sera le résultat de cet examen, mais pour l'instant, nous croyons que le projet de loi et l'exclusion sont constitutionnels.

La sénatrice Batters : Merci. J'ai une autre question à ce sujet, monsieur le ministre. J'aimerais que vous me répondiez par oui ou par non. Est-ce exact que vous avez nommé la semaine dernière la juge Christine Baudouin de la Cour supérieure du Québec, qui a rendu la décision *Truchon*, à la Cour d'appel du Québec?

M. Lametti : Oui, je l'ai nommée à une instance supérieure, ainsi qu'un autre juge. Comme pour toutes mes nominations à un tribunal de première instance ou à une instance supérieure, il y a eu de vastes consultations à l'intérieur de la cour elle-même, et

who expressed an interest, so she was among the judges who expressed an interest.

Senator Batters: Thank you.

Minister Lametti, four years ago, we in the Senate were carefully and thoroughly studying your government's first assisted suicide bill. The studies were thorough, the debate was extensive, many experts were heard and several amendments were proposed. Now, only three years later, Bill C-14 legislation was challenged in front of a lower court, and your government did not make a single attempt to defend your own legislation. Minister, as I'm sure you'd agree, it's extremely unusual for the Government of Canada not to even try to defend their own substantial law — not of a previous government but your own government — and so soon thereafter. This is unusual especially after the only Bill C-14 constitutionality judgment was from one judge from the lowest level court — not a court of appeal or the Supreme Court of Canada, where many judges ruled.

So before you were appointed to the cabinet, Minister Lametti, you voted against Bill C-14, believing it did not go far enough. Is that why you did not appeal this lower court decision; is it because you got the answer you wanted?

The Chair: Senator Batters, you have run out of time. I'll put you on the second round.

[Translation]

Senator Dalphond: Thank you for being here this morning, minister. Reviewing eligibility criteria for medical assistance in dying is a very delicate matter. Today you are proposing to expand eligibility by allowing people who are suffering, not from a terminal illness, but, in a way, from intolerably painful lives, to seek an end to their situation.

My question concerns the judgment the Supreme Court of Canada rendered last Friday in *Ontario (Attorney General) v. G*, to which Senator Carignan referred. In it, the court acknowledged that section 15 of the Charter, which guarantees the right to equality, is violated where persons are denied access to something based on mental illness. The act will therefore deny persons access to medical assistance in dying because they suffer from mental illness, thus violating section 15. In the Supreme Court's analysis, the government will be required to argue that section 1 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms justifies the new enactment as an acceptable deviation.

cette nomination a recueilli un vaste appui. Des juges avaient manifesté leur intérêt à cet égard, et elle en faisait partie.

La sénatrice Batters : Merci.

Monsieur le ministre, il y a quatre ans, le Sénat a étudié soigneusement et rigoureusement le premier projet de loi sur le suicide assisté de votre gouvernement. Des études exhaustives ont été menées, il y a eu de longs débats, de nombreux experts ont témoigné, et plusieurs amendements ont été proposés. Puis, seulement trois ans plus tard, le projet de loi C-14 a été contesté devant un tribunal inférieur, et votre gouvernement n'a même pas essayé de défendre sa loi. Monsieur le ministre, vous conviendrez, j'en suis sûr, qu'il est extrêmement inhabituel que le gouvernement du Canada n'essaie même pas de défendre sa propre loi, compte tenu de son importance — pas celle d'un ancien gouvernement, mais bien une loi de votre propre gouvernement —, si tôt après son adoption. C'est inhabituel, surtout que la seule décision sur la constitutionnalité du projet de loi C-14 a été rendue par une juge d'un tribunal de première instance et non par une cour d'appel ou la Cour suprême du Canada, où la décision est rendue par plus d'un juge.

Donc, monsieur le ministre, avant d'être nommé au Cabinet, vous aviez voté contre le projet de loi C-14, parce que, selon vous, il n'allait pas assez loin. Est-ce la raison pour laquelle vous n'avez pas interjeté appel de la décision du tribunal inférieur? Est-ce que vous vouliez cette décision?

La présidente : Sénatrice Batters, votre temps est écoulé. Vous pourrez reprendre la parole au deuxième tour.

[Français]

Le sénateur Dalphond : Merci, monsieur le ministre, d'être ici ce matin. C'est une question fort délicate de revoir les critères d'éligibilité à l'aide médicale à mourir. Vous proposez aujourd'hui d'étendre l'admissibilité en permettant aux gens qui souffrent non pas d'une maladie en phase terminale, mais d'un mal de vivre, jusqu'à un certain point, et qui ont des souffrances intolérables de demander de mettre fin à leur situation.

Ma question porte sur l'arrêt rendu vendredi dernier par la Cour suprême du Canada auquel le sénateur Carignan a fait référence, *Ontario (Procureur général) c. G*, dans lequel la Cour suprême reconnaît que l'article 15 de la Charte, qui garantit le droit à l'égalité, est violé si on nie à des personnes l'accès à quoi que ce soit en raison de la maladie mentale. La loi va donc nier l'accès à l'aide médicale à mourir parce qu'on souffre de maladie mentale. Il y aura donc violation de l'article 15. Le gouvernement devra, à la lumière de l'analyse faite par la Cour suprême, présenter un argument sur l'article 1 de la Charte canadienne des droits et libertés, afin de justifier qu'il s'agit malgré tout d'une dérogation acceptable.

Could you tell us in greater detail how section 1 would apply and how the government views a justification of denying the equality rights of persons suffering from mental illness, whereas you say there is no consensus on the impact of mental illness on a person's capacity to consent, and the Supreme Court states in its judgment that these issues should be resolved on a case-by-case analysis not one based on stereotypes?

Mr. Lametti: Thank you for your question, Senator Dalphond. It's a fundamental one, particularly in the wake of the Supreme Court's decision last Friday. The answer is the same for both sections 15 and 1 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms. In fact, we have created a special exemption for even more special reasons because we currently lack the knowledge, in the case of section 15, to assess the situation accurately and to determine whether an exemption is reasonable in a democratic society. So it's an exemption created out of scientific uncertainty. It's not an exemption created by a lack of empathy or compassion, or because we acknowledge we have a duty to honour everyone's rights where we can.

It's an exemption that's provided because we don't understand enough and because we need to take the time to understand. I hope we do that in future stages with the knowledge we can acquire and by taking the necessary time. As I just said, however, even after the Supreme Court's decision last Friday, we think this should still be deemed constitutional in this particular case. I understand the scope of your question. However, because we have identified particular reasons in this instance and because they are quite specific reasons, we think we can justify this exemption for the moment, until the next phase, and then we'll see what parliamentarians will do.

Senator Dalphond: Minister, may we ask you to send us a legal opinion on the constitutionality of the revised act, taking Friday's judgment into account, to explain to us how section 1 is being complied with?

Mr. Lametti: Yes, we can do that. I submitted an opinion on the constitutionality of the act to the House of Commons, as I do for any bill. We will re-examine that opinion in light of Friday's decision and then communicate our decision to your committee.

[English]

Senator Boyer: Thank you, Minister Lametti, for appearing in front of us today. My question is about the Indigenous content. On February 3, 2020, you held a round table discussion with Indigenous practitioners and community leaders. Some of

Pourriez-vous parler plus en détail de l'application de l'article 1 et de la façon dont le gouvernement voit une justification à nier le droit à l'égalité aux personnes souffrant de maladie mentale, alors que vous dites qu'il n'y a pas de consensus sur l'impact de la maladie mentale sur la capacité à consentir et alors que, dans l'arrêt de la Cour suprême, on parle d'une analyse au cas par cas, et non pas d'une analyse stéréotypée?

M. Lametti : Merci, sénateur Dalphond, de votre question. C'est une question fondamentale, surtout après la décision de la Cour suprême vendredi dernier. La réponse est la même, que ce soit pour l'article 15 ou l'article 1 de la Charte canadienne des droits et libertés. En fait, nous avons créé une exception assez particulière pour des raisons encore plus particulières, parce que les connaissances nous manquent actuellement, soit dans le cas de l'article 15, pour bien évaluer la situation et pour déterminer si une exception est raisonnable dans une société démocratique. Donc, c'est une exception créée par l'incertitude scientifique. Ce n'est pas une exception créée par un manque d'empathie ou de compassion, ou parce que nous reconnaissons que nous avons une obligation de respecter les droits de tous lorsque nous le pouvons.

C'est une exception qui est prévue parce qu'on ne comprend pas suffisamment, et qu'il faut prendre le temps de comprendre. J'espère que nous allons le faire lors de prochaine étape, avec les connaissances que nous pourrions acquérir et en prenant le temps nécessaire. Cependant, comme je viens de le dire, même après la décision de la Cour suprême vendredi dernier, nous pensons que cela devrait encore être déterminé comme étant constitutionnel dans ce cas particulier. Je comprends la portée de votre question. Cependant, parce que nous avons identifié des raisons particulières dans l'espace et que ce sont des raisons assez précises, nous pensons que nous pouvons justifier cette exclusion pour l'instant, jusqu'à la prochaine étape, puis nous verrons ce que les parlementaires vont faire.

Le sénateur Dalphond : Pouvons-nous vous demander, monsieur le ministre, de nous envoyer un avis juridique sur la constitutionnalité de la loi révisée, qui tiendrait compte de l'arrêt de vendredi, pour nous expliquer comment l'article 1 est respecté?

M. Lametti : Oui, nous pouvons le faire. J'ai déposé, comme je le fais pour n'importe quel projet de loi, une opinion sur la constitutionnalité de la loi devant la Chambre des communes. Nous allons examiner de nouveau cette opinion à la lumière de la décision de vendredi, et nous pourrions communiquer notre décision à votre comité.

[Traduction]

La sénatrice Boyer : Merci, monsieur le ministre, d'être venu témoigner aujourd'hui. Ma question concerne le contenu autochtone. Le 3 février 2020, vous avez tenu une table ronde avec des médecins et infirmiers praticiens autochtones ainsi

the concerns raised at this round table included discrimination in the health care system, a lack of culturally safe care and the possibility that Indigenous patients may choose MAID because they do not have access to other health care services.

Can you speak to how the concerns raised at the Indigenous round table were considered and incorporated into Bill C-7, please?

Mr. Lametti: Thank you very much, Senator Boyer. Indeed, that round table, as well as other outreach that we did to members of the Indigenous community, including leadership, who did have experience with MAID or were health care providers, was important to us in this process. I will recognize from the outset that there is systemic discrimination in the health care system that we need to fight and correct as a country in collaboration with the provinces because health care is a provincial jurisdiction. There is leadership to be demonstrated on all sides, by all parties.

Some of the questions that were raised during that round table were issues that are primarily addressed through better health care, better investment in housing, and through better investment in a variety of different social determinants in the variety of Indigenous communities that exist, but those investments need to be made in Indigenous communities across Canada.

With respect to those particular comments, we are trying to balance, in particular, in the non-end-of-life-scenario. Again, these help to motivate the safeguards that you see in the non-end-of-life scenario, in which we try very hard to ensure that people have an adequate discussion about what the possibilities for life are as well as the possibilities for MAID. If we as a country can invest, as we ought to invest, in health care and in working on differing — but often wanting — social conditions, with respect to housing, for example, or the ability to get assistance living with a disability in Indigenous communities across Canada, and if we can work on that with our provincial partners, then I think we will be in a position to really fulfil the promise of life and the promise of MAID to the extent that someone chooses that.

Senator Boyer: I have a supplementary question. I asked the office of the Minister of Health to provide to me details regarding the Indigenous round table. I was surprised to hear that although the federal government advocates for a

qu'avec des leaders communautaires. Parmi les préoccupations soulevées lors de cette table ronde, mentionnons la discrimination dans le système de soins de santé, l'absence de soins respectueux de la culture et la possibilité que les patients autochtones pourraient demander l'AMM parce qu'ils n'ont pas accès à d'autres services de santé.

Pouvez-vous nous dire comment les préoccupations soulevées lors de la table ronde autochtone ont été prises en considération et comment elles ont été intégrées dans le projet de loi C-7, s'il vous plaît?

M. Lametti : Merci beaucoup, madame la sénatrice. Effectivement, cette table ronde ainsi que les autres activités de consultation que nous avons menées auprès des membres de la communauté autochtone, y compris les leaders, qui avaient une certaine expérience par rapport à l'AMM ou qui étaient des fournisseurs de soins de santé nous ont été d'une aide précieuse dans le cadre de tout ce processus. D'entrée de jeu, je reconnais que la discrimination systémique existe dans le système de santé, et que nous devons la combattre et la corriger ensemble, en tant que pays, en collaboration avec les provinces, étant donné que les soins de santé relèvent de la compétence provinciale. Tous les partis, de tous les côtés, doivent faire preuve de leadership à cet égard.

Certaines des questions soulevées pendant la table ronde concernaient des problèmes que l'on peut atténuer, principalement, en améliorant les soins de santé, les investissements dans le logement et les investissements visant les divers déterminants sociaux des différentes collectivités autochtones, mais ces investissements doivent cibler les collectivités autochtones à l'échelle du Canada.

En ce qui concerne ces commentaires en particulier, nous cherchons un équilibre lorsqu'il est question en particulier d'une personne qui n'est pas en fin de vie. Encore une fois, cela nous aide à justifier les mesures de sauvegarde qui s'appliquent aux personnes qui ne sont pas en fin de vie; avec ces mesures, nous voulons vraiment faire en sorte que les gens puissent examiner de façon adéquate quelles sont leurs options pour rester en vie, et quelles sont leurs options pour l'AMM. Si nous pouvons, en tant que pays, investir — comme nous devrions le faire — dans les soins de santé et améliorer les conditions sociales différentes — mais souvent lacunaires — en matière de logement, par exemple ou la capacité d'obtenir des services d'aide à la vie autonome dans les collectivités autochtones du Canada, et si nous pouvons travailler avec nos partenaires provinciaux, alors je crois que nous serons bien placés pour respecter notre promesse de respecter la décision d'une personne qui choisit de vivre ou qui choisit l'aide médicale à mourir.

La sénatrice Boyer : J'ai une autre question à ce sujet. J'ai demandé au bureau de la ministre de la Santé de me fournir des détails sur la table ronde avec les Autochtones, et j'ai été surprise d'apprendre que, alors que le gouvernement fédéral

distinctions-based approach, none of the participants were Métis leaders or focused on Métis health at all.

Are there other ways that your department has reached out to Métis communities or representatives? If not, why not? Can you speak to how those consultations have been undertaken and why there were no Métis at the round table discussion?

Mr. Lametti: We put the round tables together as best we could. I did speak with David Chartrand on this. We have done outreach to Métis leadership and the Métis community. We can go back and check to see what other contacts were made, senator, if you wish.

We have tried to work on a distinctions-based approach. We have tried to reach out, and we did hear from voices who were working in Métis communities. Again, the kinds of considerations, while not identical, were similar. They focused a lot on social determinants and on giving people a real choice, and not choosing MAID because one felt one had to choose MAID and there weren't any other options.

Senator Boyer: Okay. I'd like to copy of that, please. Thank you very much.

[Translation]

Senator Dupuis: Thank you for being with us today, minister. The preamble to Bill C-7 affirms an apparent contradiction between the English and French versions. The first paragraph of the English version states: "... Canada has committed to responding..." to the Superior Court of Quebec decision, whereas the French version reads: "... le gouvernement du Canada s'est engagé à donner suite à la décision..."

There is a problem of consistency between the two versions here. The English version announces that we will respond as we wish to respond, whereas the French version states that we will respond favourably to the decision, that we will accept the decision. So there's a contradiction here, and I think it should be corrected.

Here's my question. The *Truchon* decision of 2019 is in fact merely a response to the 2015 *Carter* decision, which held that the criterion was the suffering of individuals and the autonomy they have in the decisions they make regarding their lives and the suffering they endure. *Carter* is part of a much broader social and legal movement that dates back 32 years to the 1988 Supreme Court decision in *R. v. Morgentaler*, in which the court acknowledged that decisions concerning a woman's health

préconise une approche axée sur la distinction, aucun leader métis ni expert métis de la santé n'a participé.

Votre ministère a-t-il tenté par d'autres moyens de consulter des collectivités ou des représentants métis, et dans le cas contraire, pourquoi? Pouvez-vous nous expliquer comment ces consultations ont été menées, et pourquoi aucun Métis n'a été invité à la table ronde?

M. Lametti : Nous avons organisé ces tables rondes du mieux que nous l'avons pu. J'en ai effectivement discuté avec M. David Chartrand. Nous avons mené des activités de consultation auprès des leaders et des collectivités métisses. Nous pouvons vérifier quelles autres activités de consultation nous avons menées, si vous le voulez, madame la sénatrice.

Nous avons comme but d'adopter une approche axée sur la distinction et d'organiser des consultations, et nous avons effectivement pu recueillir des commentaires de gens travaillant dans les collectivités métisses. Encore une fois, les considérations n'étaient pas identiques, mais l'essence était similaire. Elles visaient majoritairement les déterminants sociaux et la nécessité d'offrir un véritable choix aux personnes, afin qu'elles ne choisissent pas l'AMM parce qu'elles ont l'impression que c'est leur seule option.

La sénatrice Boyer : D'accord. Je vous serais reconnaissante de m'envoyer une copie de cela. Merci beaucoup.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Monsieur le ministre, merci d'être parmi nous aujourd'hui. Le préambule du projet de loi C-7 affirme quelque chose qui semble contradictoire entre la version anglaise et la version française. Dans la version anglaise, au premier paragraphe, on dit : « [...] Canada has committed to responding [...] » — au jugement de la Cour supérieure du Québec — alors que, dans la version française, on dit que : « [...] le gouvernement du Canada s'est engagé à donner suite à la décision [...] ».

Il y a un problème de cohérence entre les deux versions. Dans la version anglaise, on annonce qu'on va répondre comme on souhaite répondre, alors que la version française dit qu'on va répondre favorablement au jugement, qu'on va accepter le jugement. Donc, il y a une contradiction, et je pense que cela devrait être corrigé.

Ma question est la suivante : quand on parle de la réponse à l'arrêt *Truchon*, cette décision de 2019 n'est en fait qu'une réponse à l'arrêt *Carter* de 2015, lequel a fixé le critère comme étant les souffrances de la personne et l'autonomie de la personne dans la décision qu'elle prend par rapport à sa vie, par rapport aux souffrances qu'elle endure. Cette décision *Carter* s'inscrit dans un mouvement social et juridique beaucoup plus large, qui remonte à 32 ans, soit en 1988, avec la décision de la

should be decided on the basis of her autonomy and that that was the decisive criterion.

Bill C-7 reintroduces the criterion of reasonably foreseeable natural death. It was invalidated, and you didn't appeal the judgment. That's a retreat, a step backwards, and I'm trying to understand that choice. Can you explain to us what motivated it?

Mr. Lametti: Thank you for your question, senator. I obviously don't agree with your interpretation. Reasonably foreseeable natural death is no longer an eligibility criterion. So we accept the Superior Court's decision in *Truchon*. It's now a follow-on care criterion, by which I mean we've decided to take the experiences of persons, families and practitioners into consideration.

Practitioners are now quite comfortable with the procedures and have acquired specific experience and knowledge in certain cases.

We have also facilitated some elements on which they've made specific suggestions, but I must say we've retained the follow-on care criterion for the vast majority of persons reaching the end of their lives who are suffering from cancer or another disease. In the vast majority of cases, these are people approaching the end of their lives, and, as we wanted to protect the experience and knowledge we have acquired since 2016, we therefore added another way to achieve that end; it's no longer a barrier, but rather a door leading to a choice between one or the other. As a result, we're complying with the judgments in *Carter* and *Truchon*, and I believe this step will be accepted by the vast majority of Canadians and that it will lead to a significant social consensus.

Senator Dupuis: I'd like to ask you a supplementary question.

Mental illness is an illustration of the question I just asked you. We're discussing a concept on which there is no consensus within the medical community. We're also talking about mental illnesses as though they were diseases that can be caused by all kinds of phenomena, such as biological factors or health problems. This clearly illustrates how I think Bill C-7 represents a step backwards. The capacity to decide for oneself — a movement introduced and confirmed by the *Carter* decision — is being reintroduced, but based on a vague medical concept, and in the hands of a medical community that itself has not reached a consensus on what that concept entails.

You call this a path for access to medical assistance in dying, but it in fact represents additional barriers for those individuals rather than measures designed to further what the Supreme Court

Cour suprême dans l'affaire *R. c. Morgentaler*, dans laquelle on a reconnu que les décisions concernant la santé d'une personne relèvent de son autonomie et que c'est là le critère déterminant.

Le projet de loi C-7 réintroduit le critère de la mort raisonnablement prévisible; il a été invalidé, et vous n'avez pas fait appel du jugement. C'est un recul, un retour en arrière, et j'essaie de comprendre ce choix. Pouvez-vous nous expliquer ce qui motive ce choix?

M. Lametti : Merci, madame la sénatrice, pour la question. Évidemment, je ne suis pas d'accord avec votre interprétation. La mort raisonnablement prévisible n'est plus un critère d'éligibilité. Donc, on respecte la décision de la Cour supérieure dans l'arrêt *Truchon*. C'est maintenant un critère d'acheminement, c'est-à-dire qu'on a décidé de tenir compte des expériences des personnes, des familles et des praticiens.

Ces derniers sont maintenant assez à l'aise avec les procédures et ils ont, dans certains cas, accumulé une expérience et des connaissances particulières.

Nous avons également facilité quelques éléments sur lesquels ils avaient des suggestions précises, mais je dois dire que nous avons conservé le critère d'acheminement pour la grande majorité des cas de personnes en fin de vie qui souffrent d'un cancer ou d'une autre maladie. En effet, dans la grande majorité des cas, il s'agit de personnes en fin de vie et, comme nous voulions protéger les expériences et les connaissances acquises depuis 2016, nous avons donc ajouté un autre chemin pour y parvenir; il ne s'agit plus d'une barrière, mais plutôt d'une porte qui mène au choix de l'un ou de l'autre. De ce fait, nous respectons l'arrêt *Carter* et la décision *Truchon*, et je crois que cette étape sera bien acceptée par la grande majorité des Canadiens et des Canadiennes et qu'elle obtiendra un consensus social important.

La sénatrice Dupuis : J'aimerais vous poser une question complémentaire.

L'illustration de la question que je viens de vous poser a justement trait à la maladie mentale. On parle d'un concept sur lequel il n'y a pas de consensus au sein de la communauté médicale. On parle aussi des maladies mentales comme étant des maladies pouvant être créées par toutes sortes de phénomènes, comme des facteurs biologiques ou des problèmes de santé. Cela illustre bien la façon dont le projet de loi C-7 représente un pas en arrière, selon moi. En effet, la capacité de décider pour soi-même — un mouvement introduit et confirmé par l'arrêt *Carter* — est réintroduite, mais à partir d'un concept médical flou, et aux mains d'une communauté médicale qui n'est pas elle-même arrivée à un consensus à propos de ce que recoupe ce concept.

Vous appelez cela un chemin pour avoir accès à l'aide médicale à mourir, mais il s'agit en fait d'obstacles supplémentaires pour ces personnes, plutôt que de mesures

has identified as the recognition of a social movement clearly in favour of personal autonomy.

How can we apply a criterion for which the medical community has not reached a consensus on a definition and for which there is not yet any legal basis? I'm trying to understand here. If there were a legal basis, perhaps we could consider this, but there isn't even a consensus in any sector.

Mr. Lametti: Senator, I obviously don't share your opinion. We're talking about a quite specific and narrow exemption. It will very possibly be temporary, since the concept may be better defined or clarified by a parliamentary review. We're really addressing this issue now for lack of time because we have to abide by the timeline associated with the *Truchon* decision.

As I just said, however, we're respecting the *Carter* judgment legally and morally by expanding the right to medical assistance in dying to make it available to many more people. As you just defined it, there is only one exemption, but that exemption will undergo a full review by a parliamentary committee.

[English]

The Chair: Thank you, minister.

Senator Plett: Minister, in answer to one of Senator Carignan's questions, you talked about one of the reasons you had not done what he asked was because there was no consensus among the professionals. I'm not sure that's the correct terminology or the terminology you used, but, in essence, there was not a consensus.

With all respect, minister, if ever there is legislation that there hasn't been a consensus on, I would suggest this is it, in probably every aspect of this legislation. So clearly you are doing things here without consensus on a regular basis.

However, my specific question, minister, is in regard to conscience protections. An issue has been raised in relation to this bill in the absence of any protection against forcing a physician to refer a patient for assisted suicide when it is against their conscience to do so.

Minister, you have argued that the bill enshrines freedom of conscience by ensuring that "No medical practitioner is forced to give the procedure in any way, shape or form . . ." You have stated that the requirement to give a referral comes from a decision of the Court of Appeal for Ontario. You have said ". . . the courts have told us that."

visant à favoriser ce que la Cour suprême avait identifié comme étant la reconnaissance d'un mouvement social qui est, de toute évidence, en faveur de l'autonomie de la personne.

Comment peut-on appliquer un critère pour lequel il n'existe pas de consensus dans le milieu médical pour ce qui est de sa définition et qui n'a pas encore de fondement sur le plan juridique? J'essaie de comprendre. S'il existait un fondement sur le plan juridique, peut-être pourrait-ce être envisageable, mais il n'y a même pas de consensus dans aucun milieu.

M. Lametti : Évidemment, madame la sénatrice, je ne partage pas votre opinion. Il s'agit là d'une exception assez particulière et assez étroite. Il est fort possible que cela soit temporaire, puisqu'une révision parlementaire pourra mieux définir ou éclaircir ce concept. C'est vraiment faute de temps que nous ne pouvons aborder cette question à l'heure actuelle, parce qu'il nous faut respecter l'échéance liée à la décision *Truchon*.

Cependant, comme je viens de le dire, sur les plans juridique et moral, nous respectons l'arrêt *Carter* en élargissant le droit à l'aide médicale à mourir afin qu'il soit accessible à beaucoup plus de personnes. Comme vous venez de l'identifier, il y a une seule exception, mais cette exception fera l'objet d'une étude complète par un comité parlementaire.

[Traduction]

La présidente : Merci, monsieur le ministre.

Le sénateur Plett : Monsieur le ministre, vous avez dit, en réponse à l'une des questions du sénateur Carignan, qu'il n'y a pas de consensus entre les experts, et que c'est entre autres pour cette raison que vous n'avez pas fait ce qu'il a demandé. Je ne me rappelle pas exactement le terme ou l'expression que vous avez utilisé, mais, essentiellement, vous avez dit qu'il n'y a pas de consensus.

Avec tout le respect que je vous dois, monsieur le ministre, s'il y a jamais eu un projet de loi qui ne crée pas de consensus, je dirais que c'est bien celui-ci, et probablement à tous les égards. Donc, clairement, vous procédez régulièrement sans consensus.

Cependant, ce que je veux savoir, monsieur le ministre, a trait à la protection de la liberté de conscience. Une préoccupation qui a été soulevée par rapport à ce projet de loi concerne l'absence de mesures de protection pour empêcher qu'un médecin soit contraint d'aiguiller un patient vers le suicide assisté, s'il s'y oppose en raison d'une objection de conscience.

Monsieur le ministre, vous avez dit que ce projet de loi consacrait la liberté de conscience, car, je vous cite : « Aucun médecin n'est forcé de quelque façon que ce soit de procéder à l'aide médicale à mourir [...] » Vous avez déclaré que l'obligation d'aiguiller le patient découle d'une décision de la Cour d'appel de l'Ontario. Vous avez dit : « [...] cela provient des tribunaux. »

However, the assisted suicide regime is still relatively new. Forcing an individual to refer a person for MAID has not been tested in the Supreme Court of Canada. We know that some — I believe many — doctors will leave the profession or certainly leave the country. My mother's doctor is one of them. My own doctor has suggested that.

I'll ask all my questions, minister, for the sake of time.

Are you not rather cavalierly dismissing the issue of conscience? How much discussion of this specific issue actually took place among ministers around the cabinet table? Does it concern you that many physicians have expressed their intention to leave the profession if these protections are not explicitly enshrined in this law?

You had suggested to Senator Carignan that you were open to some wording changes and, possibly, amendments. That's what I read into what you said. Would you agree, minister, to put into the bill for clearer understanding or clearer certainty that for a physician who wants to save a life rather than to end a life, his or her conscience protections are there and that they do not need to take part even in a referral? Would you agree to put that in the bill for greater certainty?

Mr. Lametti: Thank you for your question, senator. I'm generally inclined to say no to that amendment. Let me, first of all, talk about consensus.

We consulted widely in 2016. We also consulted widely after the *Truchon* decision. We had over 300,000 people respond in an online survey, and we held round tables across Canada intensively in January and February 2020.

The vast majority of Canadians want what is in this bill. I think there's quite a societal consensus to move forward. Society has changed since 2016, since the first MAID legislation was adopted, and we're moving forward with it. We're moving with Canadian society. I would say we are not acting in a cavalier fashion, senator, but rather moving with consensus and moving with the consensus of Canadian society.

On freedom of conscience with respect to doctors and other health practitioners, senator, this was widely debated in 2016. It was in the original legislation. It was amended by Conservative members of Parliament with the agreement of the government

Cependant, le fait est que le régime de suicide assisté est toujours relativement nouveau. La Cour suprême du Canada n'a pas encore examiné la question de savoir si on peut contraindre une personne à en aiguiller une autre vers l'AMM. Nous savons qu'il y a des médecins — de nombreux médecins, à mon avis — qui vont quitter la profession ou qui vont certainement quitter le pays, entre autres le médecin de ma mère. Mon propre médecin en a parlé.

Je vais vous poser mes questions, monsieur le ministre, avant de manquer de temps.

Ne croyez-vous pas qu'il est cavalier de faire ainsi fi de la liberté de conscience? Dans quelle mesure les ministres du Cabinet ont-ils réellement étudié la question? N'êtes-vous pas préoccupé par le fait que de nombreux médecins ont dit qu'ils avaient l'intention de quitter la profession si ces mesures de protection n'étaient pas consacrées explicitement dans la loi?

En réponse à la question du sénateur Carignan, vous avez laissé entendre que vous étiez ouvert à modifier la formulation dans une certaine mesure et que vous accepteriez peut-être des amendements, du moins, c'est ce que j'ai compris de votre réponse. Seriez-vous prêt, monsieur le ministre, par souci de clarté ou de certitude, à faire en sorte que le projet de loi prévoie qu'un médecin qui veut sauver une vie au lieu d'y mettre un terme n'ait pas, compte tenu de son objection de conscience, à jouer un quelconque rôle dans ce processus, même pas celui d'aiguiller le patient? Seriez-vous prêt à ce que cela soit prévu dans le projet de loi, pour ajouter de la certitude?

M. Lametti : Merci de votre question, monsieur le sénateur, mais, dans l'ensemble, je ne peux pas dire que je suis favorable à cet amendement. Tout d'abord, je vais aborder le consensus.

Nous avons mené de vastes consultations en 2016 ainsi qu'après la décision *Truchon*. Plus de 300 000 personnes ont répondu à notre enquête en ligne, et nous avons tenu, dans le cadre d'un effort intensif, des tables rondes partout au Canada en janvier et en février 2020.

La très grande majorité des Canadiens veulent ce qu'il y a dans ce projet de loi. Je crois que le consensus social est vraiment qu'il faut aller de l'avant. La société a changé depuis 2016, lorsque le premier projet de loi sur l'AMM a été adopté, et nous évoluons avec elle. Nous évoluons avec la société canadienne. Je ne dirais pas que nous agissons de façon cavalière, monsieur le sénateur; je dirais plutôt que nous agissons selon le consensus et que nous évoluons avec le consensus de la société canadienne.

Pour ce qui est de la liberté de conscience des médecins et des infirmiers praticiens, monsieur le sénateur, nous avons déjà beaucoup débattu de cette question en 2016. Cela faisait partie du projet de loi original, mais des députés conservateurs

and the minister at the time. Those safeguards remain in the bill. Nothing has changed. No doctor or nurse or whomever is forced to participate in the process.

Senator Plett: Minister, let me interject for one second.

Mr. Lametti: Let me answer the question, senator. Thank you.

The decision to which you refer is an Ontario Court of Appeal decision, and the decision about referrals and the obligation to refer is entirely provincial in terms of jurisdiction. Provinces will do what they have to do based on their needs and their ability to provide support and medical services to people.

Provinces have a great deal of experience with this with other controversial issues such as providing abortion services, and that Ontario court decision is reflective of —

Senator Plett: Minister, to have made this a partisan issue is not acceptable. It may be a provincial decision to have done this, but you have the ability to put it into your bill for greater certainty. That is not the federal government's position; and to make this partisan is unacceptable. We are senators here. We are not here representing the Conservative Party of Canada or the Liberal Party of Canada. We are here representing Canadians. So don't make this a partisan issue, minister, because we are not.

Senator Cotter: Minister Lametti, thank you for joining us. It is a pleasure to see you again, even if only virtually. It's also excellent to be able to speak with you first and have this conversation given your responsibilities both as a cabinet minister and also the Attorney General of Canada. My question is not so much directly related to MAID although obviously important to it; it's with regard to the degree to which you understand your role as Attorney General, as well as Minister of Justice and cabinet minister, as having additional legal and constitutional responsibilities related to law and this legislation in particular.

As you will know, distinguished Attorneys General of the past have understood their role to be somewhat distinct from being merely ministers of the Crown and, indeed, independent of their own political responsibilities as ministers of justice. It's important I think in the context of this bill. The McClure report on civil liberties described the duty of the Attorney General as to supervise legislation and it imposes upon him or her responsibility that transcends the duties of your colleagues and

ont proposé des modifications, avec l'assentiment du gouvernement et de la ministre de l'époque. Ces mesures de sauvegarde sont toujours dans le projet de loi. Rien n'a changé. Les médecins, le personnel infirmier ou qui que ce soit d'autre ne sont pas contraints de participer à ce processus.

Le sénateur Plett : Monsieur le ministre, puis-je dire quelque chose, un instant?

M. Lametti : Laissez-moi répondre à la question, monsieur le sénateur. Merci.

La décision que vous avez mentionnée est celle de la Cour d'appel de l'Ontario, La décision concernant les aiguillages et l'obligation d'aiguiller un patient relève entièrement de la compétence provinciale. Les provinces feront ce qu'elles jugent correct en fonction de leurs besoins et de leurs capacités de fournir du soutien et des soins médicaux à leurs habitants.

Les provinces ont une grande expérience en ce qui concerne ce genre d'enjeux controversés — prenez par exemple les services d'avortement —, et la décision de ce tribunal de l'Ontario reflète...

Le sénateur Plett : Monsieur le ministre, c'est inacceptable que cela devienne une affaire partisane. Même s'il s'agit d'une décision provinciale, vous avez le pouvoir de consacrer cela dans la loi, pour ajouter de la certitude. Ce n'est pas la position du gouvernement fédéral; et c'est inacceptable que cela devienne une affaire partisane. Nous sommes le Sénat. Nous représentons non pas le Parti conservateur ni le Parti libéral du Canada, mais bien les Canadiens. Je vous prierais donc de ne pas en faire une question partisane, monsieur le ministre, parce que nous ne sommes pas ici pour cela.

Le sénateur Cotter : Merci d'être avec nous, monsieur le ministre. C'est bon de vous revoir, même virtuellement. C'est une excellente chose de pouvoir vous parler en premier et de pouvoir discuter avec vous, compte tenu de vos responsabilités en tant que ministre du Cabinet et procureur général du Canada. Ma question ne concerne pas vraiment l'AMM directement, même s'il y a un lien clairement important; cela concerne la mesure dans laquelle vous comprenez que nos lois, et ce projet de loi en particulier, vous imposent des responsabilités juridiques et constitutionnelles supplémentaires en tant que procureur général ainsi que comme ministre de la Justice et ministre du Cabinet.

Vous savez sûrement que, dans le passé, nos distingués procureurs généraux comprenaient qu'ils jouaient un rôle distinct, d'une certaine façon. Ils n'étaient pas seulement des ministres de la Couronne et, à titre de procureurs généraux, ils devaient effectivement agir indépendamment des responsabilités politiques qui incombent aux ministres de la Justice. Je crois que c'est quelque chose d'important à prendre en considération dans le contexte de ce projet de loi. Le rapport McClure sur les

the cabinet and requires you to exercise constant diligence to sustain and defend the rule of law.

I guess the point I'm angling toward here is a larger question and the approach that has been undertaken in the past by distinguished Attorneys General. I'm thinking of your former colleague Irwin Cotler, Roy McMurtry, Roy Romanow, and Ian Scott who understood this role very well.

My question, then, is in that context: Does this principle of adherence to the rule of law guide your own work as Attorney General and therefore supersede questions of politics or policy here? More specifically, if you come to the view or were persuaded that serious constitutional deficiencies existed in this legislation, are you open to adjusting them? Are you open to actually opposing those portions of the bill yourself?

And here is a supplementary question that relates to us: Is it your sense that the Senate, though we're not attorneys general, should take the same approach to these rule of law questions if we had serious constitutional concerns? Thanks.

Mr. Lametti: Thank you very much, Senator Cotter. I know this question is based on your profound experience both in government and in the university.

Yes, I do my best to try to understand the different roles of Minister of Justice and Attorney General of Canada. I try to advise my colleagues as a matter of practice which hat I'm wearing. I have always advised my interlocutor particularly when that changes in the course of a conversation.

I'm committed to implementing the recommendations that another former Minister of Justice and Attorney General, Anne McLellan, has made, and I have begun to do that. As you know, I was sworn in with a different oath this time around for the first time in Canadian history, an oath that reflects the fact that there is a different role for the Attorney General as opposed to the Minister of Justice.

I do try my best to evaluate, as a lawyer and as the Attorney General, the constitutionality of every piece of legislation. I did that as a parliamentarian as well in my own capacity, and certainly I'm always open to an additional argument or angle if perhaps I have missed something. That is my duty as Attorney General.

libertés civiles souligne que le procureur général a le devoir de superviser le processus législatif et que ses responsabilités transcendent ses obligations envers ses collègues et le Cabinet; dans votre rôle, vous devez toujours exercer vos fonctions de façon exemplaire afin de soutenir et de défendre la primauté du droit.

Je crois que ce dont je veux parler, de façon générale, c'est de l'approche adoptée dans le passé par nos distingués procureurs généraux. Je pense à vos anciens collègues, Irwin Cotler, Roy McMurtry, Roy Romanow et Ian Scott, qui comprenaient très bien ce rôle.

Voici donc ma question, dans ce contexte : dans votre rôle de procureur général, suivez-vous ce principe de respect de la primauté du droit, et cela l'emporte-t-il conséquemment sur les questions politiques et stratégiques? Plus précisément, si vous en veniez à la conclusion ou si vous étiez persuadé que ce projet de loi comprend de graves lacunes constitutionnelles, seriez-vous prêt à y remédier? Seriez-vous prêt, dans les faits, à contester vous-même ces parties du projet de loi?

J'ai aussi une question complémentaire qui nous concerne : diriez-vous que les sénateurs et les sénatrices, même si nous ne sommes pas des procureurs généraux, devraient adopter la même approche à l'égard de la primauté du droit, lorsque nous avons de graves préoccupations d'ordre constitutionnel? Merci.

M. Lametti : Merci beaucoup, sénateur Cotter. Je sais que vous avez une grande expérience, autant gouvernementale qu'universitaire, et je constate que cela éclaire votre question.

Oui, j'essaie bel et bien de distinguer les rôles de ministre de la Justice et de procureur général du Canada. De manière concrète, j'essaie de faire en sorte que mes collègues sachent lequel des deux rôles je joue. En particulier, j'avertis toujours mon interlocuteur lorsque je change de rôle au milieu d'une conversation.

Je me suis engagé à mettre en œuvre les recommandations de Mme Anne McLellan, une ancienne ministre de la Justice et procureure générale, et j'ai effectivement commencé à le faire. Comme vous le savez, pour la première fois dans l'histoire du Canada, j'ai prêté un serment différent lors de mon assermentation, et ce serment reflète le fait que les rôles de procureur général et de ministre de la Justice sont distincts.

En tant qu'avocat et procureur général, j'essaie effectivement de faire de mon mieux pour évaluer la constitutionnalité de chaque projet de loi. C'est ce que je faisais en tant que parlementaire et à titre personnel, et vous pouvez être certain que je suis toujours prêt à écouter un autre argument ou un autre point de vue, si jamais quelque chose m'a échappé. C'est mon devoir, en tant que procureur général.

What I would say for the current state of affairs is that I do believe that this current piece of law is constitutional for the reasons I have stated, and there is an opinion which I have tabled in the House of Commons to that effect. But as Attorney General, in a non-partisan fashion and as distinct from my role as Minister of Justice bringing this bill forward, I would at the very least have a duty to respond to your concerns as we move forward.

Senator Cotter: If I have one minute or even just a few seconds to make an observation, I appreciate that and thank you. I think it's consistent with a long line of distinguished attorneys.

My one concern is that in some of the observations that you've made about the need for more time for review and, maybe, a lack of consensus, there is a certain sense that these are thoughtful policy questions but not necessarily constitutional answers to some of the constraints in the bill. I just share that as an observation and an anxiety going forward in the coming weeks. Thank you.

Mr. Lametti: Senator, if I might respond in one sentence, the lack of consensus is based on a profound — I'm not going to say a lack of understanding — shortage of understanding, if you will, of the medical or scientific basis beneath that. So that makes it difficult both in terms of policy and in terms of the law.

[*Translation*]

Senator Boisvenu: Welcome to the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs, minister.

I would like to say, at the outset, that I'm not at all surprised we're having to redo our homework as legislators because your government warned us about this in 2016. I remember because I examined Bill C-14, for which the Minister of Justice at the time virtually promised the Senate that the amendments or recommendations we submitted would be taken seriously. The government unfortunately rejected nearly all of them.

I'm convinced we'll be seeing each other again in two or three years, perhaps under another government, to do our homework over, particularly on the mental health component, which I feel is the most contradictory part of the bill.

You make what I consider a somewhat dubious statement when you say you didn't push further on mental illness because those diseases follow unpredictable trajectories. The same problem occurs in the physical health field. Scientific changes and changes in medication mean that yesterday's incurable

Pour ce qui est de l'affaire à l'étude, je crois sincèrement, pour les raisons que j'ai mentionnées, que ce projet de loi est constitutionnel, et j'ai déposé un avis en ce sens à la Chambre des communes. Malgré tout, à titre de procureur général non partisan et indépendamment de mon devoir en tant que ministre de la Justice de déposer ce projet de loi, je dois, à tout le moins, répondre à vos préoccupations afin que nous puissions poursuivre le processus.

Le sénateur Cotter : J'aimerais faire une observation, dans la minute ou les quelques secondes qui me restent. Je vous suis reconnaissant de votre réponse et je vous remercie. Je crois que votre approche est en harmonie avec notre longue lignée de procureurs distingués.

Ce qui me préoccupe, par rapport à certaines des observations que vous avez faites sur le besoin de consacrer plus de temps à un examen et, peut-être, sur l'absence de consensus, c'est que j'ai l'impression que vous proposez, en ce qui concerne certaines des restrictions dans le projet de loi, des réponses bien réfléchies en matière de politique, mais qui n'abordent pas vraiment la question constitutionnelle. Je voulais seulement vous faire part de cette observation — cette angoisse — pour la suite des choses dans les prochaines semaines. Merci.

M. Lametti : Monsieur le sénateur, pour vous répondre en une phrase, je dirais que l'absence de consensus découle... je ne veux pas dire d'une absence, mais plutôt d'un profond manque de compréhension, disons, à l'égard des principes médicaux ou scientifiques sous-jacents. Cela rend les choses difficiles, autant sur le plan stratégique qu'en droit.

[*Français*]

Le sénateur Boisvenu : Bienvenue, monsieur le ministre, au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles.

Je voudrais dire, d'entrée de jeu, que je ne suis pas du tout surpris que nous nous retrouvions à refaire nos devoirs en tant que législateurs, parce que cette mise en garde avait été faite à votre gouvernement en 2016. Je me souviens, car j'ai étudié le projet de loi C-14, que le ministre de la Justice de l'époque avait presque promis au Sénat que les amendements ou les recommandations que nous soumettrions seraient pris au sérieux. Malheureusement, le gouvernement les a presque tous rejetés.

Je suis convaincu que nous allons nous revoir dans deux ou trois ans, peut-être sous un autre gouvernement, pour refaire nos devoirs, surtout sur le volet sur la santé mentale, qui me semble être le plus contradictoire du projet de loi.

Vous faites une affirmation qui me semble un peu douteuse lorsque vous dites qu'on n'est pas allé plus loin sur le plan de la maladie mentale parce que l'évolution des maladies dans ce domaine est imprévisible. Le même problème existe dans le domaine de la santé physique. Des changements scientifiques,

diseases are curable today. One need only think of multiple sclerosis. Barely a few months ago, people suffering from that disease were doomed to a slow death, whereas the drugs on the market today have a chance of restoring them to good health.

Why didn't you go further on mental illness? In 2015, in the context of Bill C-14, the Supreme Court held that patients suffering and dying from mental and physical diseases should be treated equally.

Mr. Lametti: Thank you, senator. It's entirely appropriate that we should be discussing this subject during Victims and Survivors of Crime Week. I applaud your work in this area.

In 2016, mental illnesses and advance requests in the case of minors were identified as issues that should be examined in greater detail. Studies were conducted by experts and academics across Canada as well as the council. We have those three reports. A parliamentary review has always been planned, and still is. We will be studying those three issues in depth.

What I said about mental illnesses was that we don't have time to study the matter given the timelines we're facing. That doesn't mean this isn't important or that there are no fundamental medical, legal or ethical issues. We must examine them and give them the time and attention we need to reach a proper conclusion and prepare a good bill.

That's still the case, and we're going to do it. For the moment, however, we have decided to respond to the *Truchon* decision and to add two or three other improvements based on the experience of individuals, families and practitioners in the field. Our objectives are relatively limited in this case.

[English]

Senator Keating: Minister, thanks to you and your staff for being here. My question deals specifically with access.

The act places the process for obtaining MAID with the medical profession, of course, and it already recognizes the rights of doctors to refuse to provide MAID based on their moral convictions. In my province of New Brunswick, though, there are tens of thousands of people without a family doctor, which means that there is no way that the doctor who signs an agreement with the patient will actually happen to be the one to deliver it.

des changements dans la médication font en sorte que des maladies incurables d'hier sont aujourd'hui curables. Pensons à la sclérose en plaques. Il y a à peine quelques mois, les gens atteints de cette maladie étaient condamnés à une mort lente, alors qu'il y a maintenant des médicaments sur le marché qui risquent de leur faire recouvrer la santé.

Pourquoi ne pas être allé plus loin sur le plan de la santé mentale? En 2015, dans le contexte du projet de loi C-14, la Cour suprême a demandé dans sa décision de traiter équitablement les mourants et ceux qui souffrent, la maladie mentale et la maladie physique.

M. Lametti : Merci, sénateur. Il est très à propos que nous nous parlions de ce sujet en cette Semaine des victimes et survivants d'actes criminels. Je salue votre travail dans ce domaine.

En 2016, les maladies mentales, les demandes anticipées ainsi que le cas des mineurs ont été identifiés comme des questions qui devaient être étudiées de façon plus approfondie. Des études ont été effectuées par des experts et des universitaires à travers le Canada et par le conseil. Nous avons ces trois rapports. Une révision parlementaire a toujours été prévue et c'est encore le cas. Nous allons étudier ces trois questions de façon approfondie.

Ce que j'ai dit sur les maladies mentales, c'est qu'on n'a pas le temps d'étudier le sujet dans les délais prévus à l'heure actuelle. Cela ne veut pas dire que ce n'est pas important ou qu'il n'y a pas de questions médicales, juridiques et éthiques fondamentales qui se posent. Il faut les étudier en y accordant le temps et l'attention nécessaires pour en arriver à une bonne conclusion, à un bon projet de loi.

C'est encore le cas et nous allons le faire. Toutefois, pour l'instant, on a décidé de répondre à la décision *Truchon* et d'ajouter deux ou trois autres améliorations fondées sur l'expérience des personnes, des familles et des praticiens dans le domaine. Dans ce cas-ci, les objectifs sont relativement restreints.

[Traduction]

La sénatrice Keating : Monsieur le ministre, merci à vous et à votre équipe d'être avec nous. Ma question porte précisément sur l'accès.

La loi prévoit qu'une personne qui veut obtenir l'AMM doit passer par un professionnel de la santé, bien sûr, et elle reconnaît déjà que les médecins ont le droit de refuser de donner l'AMM en raison de leurs convictions morales. Cependant, dans ma province du Nouveau-Brunswick, il y a des dizaines de milliers de personnes qui n'ont pas de médecin de famille, ce qui veut dire que le médecin qui signe une entente avec un patient ne sera vraisemblablement pas le médecin qui, au bout du compte, donnera l'AMM.

I also know that in my province there is one doctor providing medical assisted death services to the people of Fredericton, one to Saint John and two to Moncton, which means that there is no one providing that service above the “southern hemisphere,” if I can express myself that way. And it also, of course, affects Indigenous communities.

The act does have a reporting component. We talk a lot about safeguards, but there is absolutely no provision that ensures that the provinces or jurisdictions will provide a system that will ensure access to the people who qualify for MAID.

My question is the following: Have you ever considered a provision that would ensure that provinces are responsible for accounting for the provision of access services to MAID?

Before you answer that question, I had a psychiatrist from my province prepare a quote at 3 a.m., which he provided me with this morning. Although it dealt with the exception of mentally ill patients, I think it speaks highly of the issue I have with respect to access, generally, with the bill. That quote goes like this:

A system that cannot claim to provide equity in life, is a system that cannot presume to guarantee equity in death.

That’s from Dr. Nachiketa Sinha, a consultant psychiatrist in Moncton, New Brunswick

Thank you, minister.

Mr. Lametti: Thank you, senator. That’s a very powerful quote. Obviously, it has had the impact that it ought to have and that you wish it would have.

This is one of the challenges — and you should ask the Minister of Health, also, when she appears before you — of the challenges of Canadian confederation and the way the division of powers has folded out. We’re seeing it during a pandemic as well as in other aspects of life.

We do our best to cooperate with the provinces. My tool in this case is the criminal law and creating the possibility for not laying criminal charges in this kind of situation in accordance with the Supreme Court of Canada decision in *Carter* and other court decisions. People have a right, and they have a right to press for that right to be vindicated through their provincial health systems.

As a federal government, we have a duty to work with our provincial partners to ensure everything is operationalized. I can assure you we will continue to do that. However, in putting that kind of provision into this legislation, any time you force the provinces to do something in a specific manner and a specific way in the domain of health, we’re probably infringing on provincial powers, so we have to be careful there.

Je sais aussi que, dans ma province, il y a un médecin à Fredericton qui donne l’aide médicale à mourir. Il y en a aussi un à Saint John et deux à Moncton, ce qui veut dire qu’il n’y a personne qui offre ce service au-dessus de « l’hémisphère sud », si vous voyez ce que je veux dire. Bien sûr, cela touche aussi les collectivités autochtones.

La loi contient aussi un volet sur la reddition de comptes. Nous avons beaucoup parlé des mesures de sauvegarde, mais il n’y a absolument aucune disposition qui oblige les provinces ou les autres régions administratives à mettre en place un système où les gens qui sont admissibles à l’AMM y auront accès.

Voici donc ma question : avez-vous songé à ajouter une disposition qui ferait en sorte que les provinces doivent rendre des comptes sur l’accès à l’AMM?

Avant que vous ne répondiez, je dois dire que j’ai demandé, à 3 heures du matin, à un psychiatre de ma province de me fournir une citation, et il me l’a transmise ce matin. Même si sa citation concerne l’exclusion visant les personnes atteintes de maladie mentale, je crois qu’elle touche aussi de façon plus générale aux préoccupations que j’ai, globalement, à l’égard de l’accès dans le projet de loi. Voici la citation :

Un système qui ne peut prétendre à l’équité dans la vie ne peut prétendre d’assurer l’équité dans la mort.

C’est une citation du Dr Nachiketa Sinha, un psychiatre consultant de Moncton, au Nouveau-Brunswick.

Merci, monsieur le ministre.

M. Lametti : Merci, madame la sénatrice. C’est une citation vraiment percutante. Manifestement, elle a eu l’impact qu’elle devrait avoir et que vous souhaitez.

C’est bien l’une des difficultés — et vous devriez poser la question à la ministre de la Santé quand elle viendra témoigner devant vous — de la Confédération canadienne et de la façon dont les pouvoirs sont divisés. Nous le voyons pendant la pandémie ainsi que dans d’autres aspects de la vie.

Nous faisons de notre mieux pour coopérer avec les provinces. Dans ce contexte, je me sers du droit pénal pour faire en sorte qu’il soit possible d’éviter que des accusations criminelles soient déposées dans ce genre de situation, conformément à l’arrêt *Carter* de la Cour suprême du Canada et à d’autres décisions judiciaires. Les gens ont un droit, et ils ont le droit de demander que leur système de santé provincial respecte leur droit.

Notre devoir à titre de gouvernement fédéral est de travailler avec nos partenaires provinciaux pour veiller à ce que tout soit mis en application, et je peux vous assurer que c’est ce que nous continuerons de faire, mais de là à ajouter une disposition en ce sens dans le projet de loi, je dirais que dès que vous essayez de contraindre les provinces à faire quelque chose d’une manière ou d’une façon précise dans les domaines de la santé, cela

I certainly agree with your sentiment, and I do want people to have access to this service in the way they have access to health care services. I want both to be better, to be perfectly honest with you, in an ideal world, across Canada, as far as possible, in a uniform way. So we'll do our best to work with provinces as I think we've demonstrated during the pandemic and that we're willing to make resources available. I don't know if that will be the case here, but we will do our best to work with provinces to find a solution.

Senator Keating: Thank you. I will only say to that reply that this is a federally and constitutionally afforded right, and a right without access is no right at all. So I feel that I'm not as determined as you to talk about the separation of powers, because I have a lot of experience in my own province about difficulty in accessing rights. It's easy to talk about implementation that stays with the province, but here, we're talking about defending or having access to a right that is held by people who are either suffering or close to death. In my view, it's not okay or normal for people in that condition to have to fight for that right all the time.

There must be an expected accountability. There is a provision there that asks the province to provide numbers, so I don't see why there wouldn't be one that would ask them to answer to the number of requests received and how they provide for the service. That's all. Thank you; I appreciate the answer.

Senator Boniface: Thank you very much, minister, for being here. I have two questions.

With the proposed amendments creating safeguards for a death that is not reasonably foreseeable, there is a 90-day waiting period between when the first assessment of eligibility is made and the actual administration of MAID.

What evidence was used to inform your decision that 90 days was an appropriate threshold, and was there any other evidence that indicated that an increased or decreased number of days would be more or less beneficial for those who are suffering?

Mr. Lametti: Thank you, senator, for that question. The 90-day period ensures an adequate time in which a person and doctor or other health practitioner — other experts or people with experience in the condition — can help assess, evaluate and give a person information to make a proper autonomous decision.

reviendrait probablement à empiéter sur les compétences provinciales, alors il faut faire preuve de prudence.

Vous pouvez être sûre que je partage votre avis, et que je souhaite vraiment que les gens aient accès à ce service tout comme ils ont accès aux services de santé. Je veux que les deux s'améliorent, pour être parfaitement honnête avec vous, idéalement dans tout le Canada et, dans la mesure du possible, uniformément. Donc, nous allons faire de notre mieux pour travailler avec les provinces, et je crois que nous avons démontré pendant la pandémie que nous sommes prêts à débloquer des ressources. Je ne sais pas si ce sera le cas ici, mais nous ferons de notre mieux pour travailler avec les provinces afin de trouver une solution.

La sénatrice Keating : Merci. Je dirais seulement, par rapport à votre réplique, qu'il s'agit d'un droit fédéral et constitutionnel, et qu'un droit auquel on n'a pas accès n'en est pas du tout un. Je dirais que je ne suis pas aussi convaincue que vous en ce qui concerne la séparation des pouvoirs, parce que j'ai souvent vu, dans ma propre province, qu'il était difficile d'accéder à certains droits. C'est facile de dire que la mise en œuvre relève de la compétence provinciale, mais ce dont il est question ici, c'est de protéger l'accès ou de donner l'accès à un droit pour les personnes qui souffrent ou qui sont en fin de vie. À mon avis, ce n'est ni correct ni sensé que des gens dans cette condition doivent se battre tout le temps pour avoir accès à ce droit.

Il faut qu'il y ait une reddition de comptes prévisible. Il y a une disposition selon laquelle les provinces doivent fournir des données, et je ne vois donc pas pourquoi il n'y en aurait pas une qui exigerait qu'elles déclarent combien de demandes elles ont reçues et comment elles ont fourni ce service. Voilà, j'ai tout dit. Merci; je vous remercie de votre réponse.

La sénatrice Boniface : Merci beaucoup, monsieur le ministre, d'être avec nous. J'ai deux questions.

En plus de créer des mesures de sauvegarde dans les cas où le décès n'est pas raisonnablement prévisible, les amendements proposés prévoient un délai de 90 jours entre la première évaluation de l'admissibilité et le moment où l'AMM est réellement administrée.

Sur quoi vous êtes-vous fondé pour conclure qu'un délai de 90 jours était approprié, et y avait-il d'autres données probantes qui porteraient à croire qu'un délai plus long ou plus court serait avantageux ou défavorable pour les gens qui souffrent?

M. Lametti : Merci de votre question, madame la sénatrice. Le délai de 90 jours donne suffisamment de temps à la personne et au médecin ou à l'infirmier praticien — ainsi qu'aux autres experts et spécialistes pertinents — d'examiner et d'évaluer la situation et de donner à la personne l'information pour qu'elle puisse prendre indépendamment la bonne décision.

We discussed with experts what an appropriate time frame would be for this evaluation period — I will reiterate that it's an evaluation period; it's not a waiting period — for the kinds of tests and discussions that would be necessary. This is a period that we felt was neither too long nor too short but adequate for the purpose.

An example that is often used is in the case of a catastrophic accident where sometimes a person's first response is, "I'd rather not be alive," but then with an appreciation and information about what kinds of supports would be available, what kinds of technology might be available and what kinds of social supports might be available, that decision might differ even after a relatively short period of time.

So on the basis of those discussions we picked a period that was felt to be adequate to the purpose without being too long. Again, there is a safety valve in case there is something in the condition that a doctor feels gives the person a right to move more quickly towards seeking medical assistance in dying, but, again, the period is meant to be an adequate period for the purposes of these consultations and evaluations.

Senator Boniface: Thank you, minister. My second question is in reference to the review that's been referred to on a number of questions. My sense is that there is support in the House for such a review to begin as soon as possible, and I can expect the same sort of interest in the Senate.

Minister, I'm asking whether you or your government can commit to beginning the process of that legislative review of the former bill, Bill C-14, when Parliament returns from the winter break in February 2021. Will the government trigger the process at that time?

Mr. Lametti: Thank you for the question, senator. I've obviously committed publicly to doing it as fast as I can. I can't commit the government at this stage because as a cabinet we haven't made a final decision, but I give you my personal assurance that I will work as hard as I can to have that study done as quickly as we possibly can. I would like it to be done tomorrow — or to begin tomorrow, but that's my personal opinion. I have to convince other colleagues around the table.

Senator Campbell: Thank you, minister, for coming today. It is a pleasure to see you here. My question is pretty basic. I'd like to know what the provinces thought about this bill. Obviously you have been in contact with them and have spoken with them. Since they are the ones who are in the position of having to implement it because of it being health, I am wondering what their opinion was on this bill.

Nous avons consulté des experts afin de déterminer quel serait le délai approprié pour ce genre d'évaluation — je réitère qu'il s'agit d'une période d'évaluation et pas d'une période d'attente — pour que les tests et les discussions nécessaires puissent avoir lieu. Nous avons déterminé que ce délai n'était ni trop long ni trop court, et qu'il était approprié dans ce contexte.

Un exemple qui est souvent utilisé est celui d'un horrible accident où la première réaction de la victime est « J'aurais préféré mourir », mais parfois, après que cette personne a reçu et compris l'information sur les différents types de soutiens offerts, sur les solutions technologiques qui s'offrent à elle et sur les services sociaux auxquels elle a accès, la personne peut changer d'idée après très peu de temps.

Donc, à la suite de ces discussions, nous avons choisi un délai qui, à notre avis, était approprié dans les circonstances sans être trop long. Aussi, il y a une exception dans les cas où le médecin détermine qu'une personne a le droit d'avoir un accès plus rapide à l'aide médicale à mourir, mais, encore une fois, ce délai devrait être approprié pour que l'on puisse mener les consultations et les évaluations.

La sénatrice Boniface : Merci, monsieur le ministre. Ma deuxième question concerne l'examen qu'on a déjà mentionné dans un certain nombre d'autres questions. D'après ce que je comprends, la Chambre souhaite entreprendre cet examen dès que possible, et je m'attends à ce que le Sénat manifeste le même intérêt.

Monsieur le ministre, je me demandais si votre gouvernement ou vous pouviez vous engager à amorcer le processus d'examen législatif de l'ancien projet de loi C-14, lorsque le Parlement reprendra ses travaux après le congé des Fêtes, en février 2021. Est-ce que le gouvernement va amorcer le processus à ce moment-là?

M. Lametti : Merci de votre question, madame la sénatrice. Bien entendu, je me suis engagé publiquement à ce que ce soit fait le plus rapidement possible, mais je ne peux pas prendre un engagement au nom du gouvernement actuellement, étant donné que le Cabinet n'a pas encore pris de décision définitive, mais je peux vous assurer personnellement que je vais travailler aussi fort que je le peux pour que cette étude soit faite le plus rapidement possible. S'il n'en tenait qu'à moi, elle serait terminée... elle commencerait dès demain, mais je dois convaincre mes autres collègues autour de la table.

Le sénateur Campbell : Merci, monsieur le ministre, d'être venu témoigner aujourd'hui. C'est un plaisir de vous accueillir parmi nous. Ma question est plutôt simple : j'aimerais savoir ce que les provinces pensent de ce projet de loi. Vous avez bien évidemment communiqué avec les provinces et avez discuté avec elles. Puisque ce sont elles qui auront à mettre en œuvre ces processus, parce que cela fait partie du domaine de la santé, je voulais connaître leur opinion sur le projet de loi.

Mr. Lametti: Thank you, senator. As you know from your experience, it is impossible to treat all the provinces as one with respect to one answer. I can say that we have been in touch and my colleagues have been in touch with our provincial counterparts.

Obviously, on the legal plan I've worked the most closely with Quebec in the sense that Quebec is the only province that has its own provincial regime that works in harmony with the federal criminal law in this particular case, and it's also where the decision happened. But I think it is fair to say — again, I'm not speaking for all the provinces here — but there is generally a wide degree of consensus.

The experience with the law in 2016 has been relatively positive for the vast majority of cases that fall into the end-of-life scenario. We heard in our consultations that people will relate really moving experiences about very positive experiences with MAID, and that's both families of the deceased in any given case as well as medical practitioners. And there is a general degree of positivity amongst the Canadian Medical Association and other associations of medical practitioners, and that's reflected in the general, I think, positive reaction of the provinces.

Senator Campbell: Thank you.

The Chair: Thank you, minister. I will now go on to Senator Batters. I don't know if you remember Senator Batters' question. You had so many, but I was not able to let you answer it. Senator Batters, do you want to quickly restate your question so the minister can answer?

Senator Batters: I'll just state the end of it. Minister, before you were appointed to the cabinet you voted against Bill C-14, believing that it did not go far enough, and I'm wondering if that's why you did not appeal this lower court decision with *Truchon*. Is it because you got the answer you wanted?

Mr. Lametti: Definitely not, and I thank you for the question. You are, in fact, right. I did believe that Bill C-14, at the time as a member of Parliament, did not go far enough. But as Minister of Justice, I stated publicly on a number of occasions that the bill had been passed into law and that I respected the parliamentary process and that I would defend that decision.

What happened with *Truchon* is that there were other cases, senator, in Canada — in particular that of Julia Lamb in British Columbia — which were also proceeding but were put in abeyance after the *Truchon* decision, as well as information of other cases potentially going to be launched. What that was reflective of and what guided our decision to not seek an appeal

M. Lametti : Merci, monsieur le sénateur. Comme vous le savez d'expérience, ce serait impossible de regrouper toutes les provinces afin de donner une seule réponse. Je peux cependant dire que nous avons été en contact, et que mes collègues sont en contact avec leurs homologues provinciaux.

Évidemment, du côté juridique, j'ai travaillé le plus étroitement avec la province du Québec, puisque le Québec est la seule province dont le régime provincial est en harmonie avec le droit pénal fédéral dans ce contexte particulier. C'est aussi là où la décision a été rendue. Malgré tout, je crois qu'il serait juste de dire — et, encore une fois, je ne m'exprime pas au nom de toutes les provinces — qu'il y a dans l'ensemble un vaste consensus.

L'affaire juridique en 2016 s'est révélée relativement favorable pour la grande majorité des cas concernant des personnes en fin de vie. Nous savons, d'après nos consultations, que les gens ont des histoires très touchantes à raconter sur les expériences très positives qu'ils ont eues par rapport à l'AMM, autant les familles des défunts — peu importe le cas — que les médecins et infirmiers praticiens. Il y a aussi, dans l'ensemble, une certaine opinion positive exprimée par l'Association médicale canadienne et les autres associations de médecins et d'infirmiers praticiens, et je crois que cela se reflète globalement dans la réaction favorable des provinces.

Le sénateur Campbell : Merci.

La présidente : Merci, monsieur le ministre. La parole va maintenant à la sénatrice Batters. Je ne sais pas si vous vous souvenez de sa question, car on vous en a posé plusieurs depuis, mais je n'ai pas pu vous laisser y répondre. Sénatrice Batters, rapidement, voulez-vous poser de nouveau votre question au ministre pour qu'il puisse y répondre?

La sénatrice Batters : Je vais seulement poser la fin. Monsieur le ministre, avant d'être nommé ministre, vous avez voté contre le projet de loi C-14, parce que vous étiez d'avis qu'il n'allait pas assez loin, et je me demandais si c'était pour cette raison que n'avez pas interjeté appel de la décision *Truchon* rendue par un tribunal inférieur. Est-ce parce que vous vouliez cette décision?

M. Lametti : Pas du tout, et je vous remercie de la question. À dire vrai, vous avez raison quand vous dites que, à titre de député, je croyais que le projet de loi C-14 n'allait pas assez loin. Mais, comme ministre de la Justice, j'ai déclaré publiquement plus d'une fois que, puisque le projet de loi avait été adopté, je respectais le processus parlementaire et que j'allais défendre cette décision.

Pour ce qui est de la décision *Truchon*, il y a eu d'autres affaires au Canada — notamment l'affaire de Julia Lamb en Colombie-Britannique — qui ont été instruites, mais qui ont été suspendues lorsque la décision *Truchon* a été rendue; nous savons aussi que d'autres affaires allaient possiblement se retrouver devant les tribunaux. Si nous avons décidé de ne pas

of the decision was a real fundamental change in Canadian society since 2016. There was a widespread acceptance of MAID. The Canadian Medical Association has become one of the most positive proactive partners with respect to MAID across Canada. And medical practitioners who are seeing this — some are doing palliative care and MAID, and they are seeing this as a spectrum of services that they can offer to people in a very compassionate and empathetic way.

There is a wide degree of acceptance for MAID. We knew that. We were getting that kind of information, and we based the decision in *Truchon* not only on constitutional grounds and what we believed was the right decision in that case, but also the fact that Canadian society had changed quite a bit since 2016 with respect to the acceptance of MAID and that it was time to move to next steps.

[*Translation*]

The Chair: Senator Boisvenu, you have one minute left.

Senator Boisvenu: I had moved onto another subject and was preparing for the next panel of witnesses; so I'll stop there. What I find unfortunate is that the minister took four minutes to answer a question that should've taken up only two. In the circumstances, Madam Chair, we have no chance to exchange with the government. What I would prefer for another occasion is that, if we take one minute to ask a question, the responders should take a minute to answer it. Otherwise we'll have no chance to discuss or dialogue.

[*English*]

Senator Pate: Thank you, minister, for joining us. Minister, after the *Truchon* decision was delivered, the UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, as well as a number of disability groups, indicated that removing the requirement for “reasonably foreseeable death” in order to obtain MAID could violate Canada’s obligations to uphold the right to life for those with disabilities. In addition, we’ve seen the chasms between what’s available for those who have resources and opportunities for those who don’t during this pandemic.

My question is: What measures will the government be taking to respond to the concerns of Canadians with disabilities regarding the requirements that their Charter rights be protected? And what measures will be taken to ensure that the upholding of their rights does not fall to the individual living with a disability who may be impoverished and struggling to access health, housing, social and economic supports, let alone trying to then bear the significant personal and financial obligation of trying to

interjeter appel de la décision, c’est parce qu’il y a eu une évolution fondamentale au sein de la société canadienne depuis 2016, et cela est reflété dans ces décisions : la société a largement accepté l’AMM. L’Association médicale canadienne est maintenant l’un des nos partenaires les plus proactifs et positifs en ce qui concerne l’AMM, et ce, d’un bout à l’autre du Canada. Les médecins et les infirmiers praticiens qui œuvrent dans ce contexte — par exemple en soins palliatifs ou qui administrent l’AMM — constatent qu’ils peuvent offrir tout un éventail de services aux gens, avec énormément de compassion et d’empathie.

L’AMM est largement acceptée. C’est l’information qui nous parvenait, et la décision *Truchon* est fondée non seulement sur des arguments constitutionnels et sur des conclusions que nous croyons justes dans cette affaire, mais aussi sur le fait que la société canadienne a beaucoup évolué depuis 2016 par rapport à l’acceptation de l’AMM, et il était temps de passer à la prochaine étape.

[*Français*]

La présidente : Sénateur Boisvenu, il vous reste une minute.

Le sénateur Boisvenu : J’étais passé à un autre sujet; je me préparais pour le prochain groupe de témoins, donc j’en resterai là. Ce que je trouve déplorable, c’est que le ministre a pris quatre minutes pour répondre à une question qui aurait dû en prendre deux. Dans ces conditions, madame la présidente, on n’a pas la chance d’échanger avec le gouvernement. Ce que je préférerais pour une prochaine fois, c’est que, si l’on pose une question qui dure une minute, notre interlocuteur prendra une minute pour y répondre; sinon, on n’a pas la chance de discuter ou de dialoguer.

[*Traduction*]

La sénatrice Pate : Merci, monsieur le ministre, d’être avec nous. Monsieur le ministre, à la suite de la décision *Truchon*, la rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées ainsi qu’un certain nombre de groupes de défense des personnes handicapées ont souligné que, en supprimant le critère d’admissibilité à l’AMM de la « mort raisonnablement prévisible », le Canada manquait peut-être à son obligation de défendre le droit à la vie des personnes handicapées. De plus, la pandémie a révélé le gouffre qui sépare ceux qui ont des ressources et des avantages de ceux qui n’en ont pas, en matière d’accès aux services.

Ma question est la suivante : quelles mesures le gouvernement va-t-il prendre pour réagir aux préoccupations des Canadiens handicapés, compte tenu de l’obligation de défendre leurs droits garantis par la Charte? Aussi, quelles mesures seront prises pour éviter que le devoir de défendre ces droits n’incombe pas à la personne handicapée, qui vit peut-être dans une situation de pauvreté et qui a de la difficulté à accéder à du soutien social ou économique ou en matière de santé et de logement, sans parler

mount a Charter challenge in order to clarify whether the government, through Bill C-7, has adequately implemented its obligations?

Mr. Lametti: Thank you, Senator Pate. I very much share the basic presumptions of your question. Indeed, the UN report did come out and we were made aware of it by Minister Qualtrough in particular, but also by others. We took care to try to make sure, in the drafting of this legislation, that we responded to those concerns. I think we have with respect to the kinds of safeguards that we have put in, in the non-end-of-life scenario.

With respect to the end-of-life scenario, there was very little in that part that the disability community was overly concerned with. It was mainly the non-end-of-life scenario. We've also tried to enshrine the principles in the preamble to the bill, which I would point you to.

Again, we're very sensitive to that. As a government, we have tried to invest in housing, mental health and supports, and we will continue to work with our provincial partners in a proactive way to try to improve those social determinants and conditions.

You're absolutely correct to say — and others have said it around this table as well — that choosing MAID has to be an autonomous choice with meaningful options to live. We respect that, and we certainly took great pains to hear the leadership of the disability community, and we're going to continue as a government to try to listen to those concerns.

[*Translation*]

Senator Carignan: Minister, you're justifying discrimination against persons suffering from mental illness on the basis that the issue is complex and we're short of time. I'd like to remind you that, in 2016, four years ago, the joint committee told the government that medical assistance in dying was a complex issue. The report also stated that the complex nature of the issue should not be an excuse to discriminate against persons suffering from a mental illness. The report recommended, and I quote:

That individuals not be excluded from eligibility for medical assistance in dying based on the fact that they have a psychiatric condition.

des grands efforts que cela suppose, personnellement et financièrement, de monter une contestation en vertu de la Charte pour vérifier si, par l'intermédiaire du projet de loi C-7, le gouvernement a correctement mis en œuvre des mesures pour respecter ses obligations?

M. Lametti : Merci, madame la sénatrice. Je suis tout à fait d'accord avec la prémisse de votre question. Effectivement, les Nations unies ont publié un rapport, dont nous avons été mis au courant par la ministre Qualtrough, parmi d'autres, et nous avons soigneusement rédigé le projet de loi afin de nous assurer de tenir compte de ces préoccupations; je crois que nous avons réussi grâce aux mesures de sauvegarde que nous avons ajoutées, qui visent les personnes qui ne sont pas en fin de vie.

Pour ce qui est des personnes qui sont en fin de vie, la communauté des personnes handicapées a exprimé très peu de préoccupations à cet égard en particulier. Ces préoccupations touchaient surtout les personnes qui ne sont pas en fin de vie. Nous avons aussi tenté de consacrer ces principes dans le préambule du projet de loi, que je vous recommande de consulter.

Je vous le répète, nous — le gouvernement — accordons une grande importance à cette question : nous avons essayé d'investir dans le logement, dans la santé mentale et dans les soutiens, et nous continuerons de travailler avec nos partenaires provinciaux de façon proactive afin d'améliorer les conditions et les déterminants sociaux.

Vous avez tout à fait raison de dire — comme d'autres ici présents l'ont dit — que le choix de demander l'AMM devrait être une décision autonome, et que d'autres options gratifiantes pour la vie doivent être offertes. À cet égard... nous avons aussi déployé de grands efforts pour consulter les leaders de la communauté des personnes handicapées, et nous continuerons, en tant que gouvernement, d'écouter leurs préoccupations.

[*Français*]

Le sénateur Carignan : Monsieur le ministre, vous justifiez la discrimination envers les personnes atteintes d'une maladie mentale par le fait que la question est complexe et que nous manquons de temps. J'aimerais vous rappeler que, en 2016, il y a quatre ans, le comité mixte avait dit au gouvernement que l'aide médicale à mourir était une question complexe. Le rapport disait également que la complexité de la question ne devait pas être une excuse pour discriminer les personnes atteintes d'une maladie mentale. Le rapport recommandait, et je cite :

Que l'on ne juge pas inadmissibles à l'aide médicale à mourir les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique en raison de la nature de leur maladie.

The report also stated:

The difficulty surrounding these situations is not a justification to discriminate against affected individuals by denying them access to MAID.

That's from a report by the joint committee dating back four years. Four years later, we find ourselves dealing with the same ground of discrimination. This justification will not stand for long in court. It seems to me we're once again forcing individuals suffering from mental illness to shoulder the heavy burden of asserting their rights, reappearing in court and seeking to nullify certain provisions, only to find ourselves in the same position we're in now, moving another amendment to the medical assistance in dying legislation. We have the charters to prevent the majority from abusing minorities. Now you're saying we'll stop discriminating against the minority once we have a consensus, in other words, when the majority agrees.

Don't you think we're placing a heavy burden on the shoulders of people who are already afflicted and suffering by discriminating against them to this degree? Don't you think we're going too far and should act responsibly and pass legislation we know will be constitutional?

Mr. Lametti: I'd like to alleviate people's suffering; that's the purpose of the bill, and it's something that should spur us all on.

What I quite clearly said is that I sincerely believe the act is lawful and constitutional, despite the remarks that you, Senator Dalphond and Senator Cotter have made. That being said, the response to the joint committee in 2016 was to study the matter as part of a parliamentary review. That's still the objective; nothing has changed. The *Truchon* decision has given us an *actus interveniens*, and we're going to correct matters in one part of the act. However, the objective of treating mental illnesses appropriately remains the same. We're going to do it, and I hope we do it as soon as possible once Bill C-7 is adopted. I'm going to take this responsibility seriously. I can assure you, and this is very important, that I'm aware this matter must be examined as soon as possible, but properly and with all the attention it deserves. I share your values, your feelings and your profound respect for the Charter, but I believe we must act as Bill C-7 proposes so we can then conduct the necessary review as was planned in 2016.

[English]

The Chair: Minister, you have stayed with us longer than you were originally slotted for. I want to thank you for being here today. I know there will be many meetings with you. There will be one very soon when we receive the bill.

Le rapport disait également ce qui suit :

La complexité de tels cas ne justifie pas que l'on fasse de la discrimination à l'endroit de ces personnes en leur refusant l'accès à l'AMM.

Il s'agit d'un rapport du comité mixte qui date de quatre ans. Nous nous retrouvons, quatre ans plus tard, avec le même motif de discrimination. Cette justification ne fera pas long feu devant les tribunaux. Il me semble que l'on met, encore une fois, un gros fardeau sur les épaules des personnes atteintes d'une maladie mentale pour revendiquer leurs droits, revenir devant la cour et refaire annuler certaines dispositions, pour nous retrouver dans la même position que celle dans laquelle nous sommes en ce moment, soit de proposer un autre amendement à la Loi sur l'aide médicale à mourir. Les chartes sont là pour que la majorité n'abuse pas des minorités. On dit maintenant que l'on arrêtera de discriminer la minorité lorsqu'il y aura un consensus, donc lorsque la majorité sera d'accord.

Ne trouvez-vous pas que l'on met un gros poids sur les épaules de personnes déjà atteintes et qui souffrent en les discriminant à ce point? Ne trouvez-vous pas que l'on exagère et que l'on devrait prendre nos responsabilités et adopter une loi dont on sait qu'elle sera constitutionnelle?

M. Lametti : J'aimerais atténuer la souffrance des gens; c'est le but du projet de loi et c'est quelque chose qui devrait tous nous animer.

Ce que j'ai dit assez clairement, c'est que je crois sincèrement que la loi est légale et constitutionnelle malgré les observations que vous, le sénateur Dalphond et le sénateur Cotter avez faites. Cela dit, la réponse au comité mixte en 2016 était d'étudier la question lors de la revue parlementaire. C'est encore l'objectif; rien n'a changé. Nous avons eu un *actus interveniens* à cause de la décision *Truchon* et nous allons corriger le tir sur une partie de la loi. Cependant, l'objectif de traiter les maladies mentales convenablement demeure le même. Nous allons le faire, et j'espère nous le ferons dès que possible après l'adoption du projet de loi C-7. Je vais prendre cette responsabilité sérieusement. Je peux vous assurer, et c'est très important, que je suis conscient du fait qu'il faut examiner la question dès que possible, mais comme il le faut et avec toute l'attention qu'elle mérite. Je partage vos valeurs, vos sentiments et votre respect profond pour la Charte, mais je crois qu'il faut agir comme le propose le projet de loi C-7, pour faire la revue nécessaire par la suite, comme on l'avait prévu en 2016.

[Traduction]

La présidente : Monsieur le ministre, vous êtes resté avec nous plus longtemps que prévu. Je veux vous remercier de votre présence aujourd'hui. Je sais que nous tiendrons beaucoup de séances avec vous. Il y en aura une très bientôt, quand nous recevrons le projet de loi.

To my colleagues, I'm sorry I had to cut you off, but we had limited time.

Thank you very much, senators, for all your patience this morning. We will begin the second panel of the day. Before I begin, I want you to note that we will only have a maximum of four minutes for panels. I'm sorry, but I will have to go to the next senator once a senator's four minutes are over in order to make sure that every senator on the committee gets an opportunity to speak.

Just a reminder to only send the clerk a note if you do not want to ask a question. I would also please ask the panellists to keep your answers as complete and as short as you can, and with very short preambles, as I can assure you the senators have read all the material and they are really keen to have a conversation with you.

For the second panel we have: from the Canadian Medical Association, Dr. Sandy Buchman, Past President; from the Canadian Association of MAiD Assessors and Providers, Dr. Stefanie Green, President; from the Canadian Society of Palliative Care Physicians, Dr. Leonie Herx, Palliative Medicine Consultant, Immediate Past President and executive board member.

To the panellists, on behalf of the members of this committee, I want to thank you for being here. Following your presentations, we will have questions for you.

Dr. Sandy Buchman, Past President, Canadian Medical Association: Thank you, Madam Chair. I appear before the committee today as the Past President of the Canadian Medical Association, with the honour and responsibility of speaking for all our members, the front-line physicians. My name is Dr. Sandy Buchman. I'm a palliative care physician in Toronto and I am also a MAID assessor and provider.

It is incumbent upon us now to consider the effects that the passing of Bill C-7 will have on patients, but also the effects on the medical professionals who provide medical assistance in dying, or MAID. When the original MAID legislation was developed as Bill C-14, the Canadian Medical Association was a leading stakeholder.

We have continued that commitment with Bill C-7. Having examined Bill C-7, we know that in a myriad of ways the results of our extensive consultations with our members align with the findings of the government's round tables. Nicole Gladu, whose name is now inextricably tied to the government's decision on MAID, spoke as unequivocally as anyone could when she

Je veux m'excuser auprès de mes collègues de les interrompre, mais notre temps est limité.

Je remercie beaucoup les sénateurs et les sénatrices de leur patience ce matin. Nous allons accueillir notre deuxième groupe d'aujourd'hui. Avant de commencer, je dois vous souligner que vous n'aurez que quatre minutes pour poser vos questions aux témoins. Je m'en excuse, mais je vais devoir donner la parole au prochain sénateur ou à la prochaine sénatrice dès que vos quatre minutes seront écoulées, si je veux m'assurer que tous les membres du comité puissent prendre la parole.

Je vous demanderais aussi d'aviser le greffier seulement si vous n'avez pas de question à poser. Je prierais aussi les témoins de donner des réponses complètes, mais aussi rapides que possible. Aussi, évitez les longs préambules; je peux vous assurer que les sénateurs et les sénatrices ont déjà lu la documentation au complet et qu'ils sont impatients de discuter avec vous.

Dans notre deuxième groupe, nous accueillons : Dr Sandy Buchman, président sortant de l'Association médicale canadienne; Dre Stefanie Green, présidente de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM; Dre Leonie Herx, consultante en médecine palliative, présidente sortante et membre du conseil d'administration de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs.

Au nom des membres du comité, je remercie les témoins d'être avec nous. Nous passerons aux questions après vos exposés.

Dr Sandy Buchman, président sortant, Association médicale canadienne : Merci, madame la présidente. Je témoigne aujourd'hui devant votre comité en ma qualité de président sortant de l'Association médicale canadienne, ayant l'honneur et la responsabilité de parler au nom de tous nos membres, les médecins de première ligne. Je suis le Dr Sandy Buchman. Je suis médecin en soins palliatifs à Toronto ainsi qu'évaluateur et prestataire de l'AMM.

Il nous incombe dès maintenant de réfléchir aux effets qu'aura l'adoption du projet de loi C-7 non seulement sur les patients, mais aussi sur les professionnels de la santé qui donnent l'aide médicale à mourir, ou AMM. L'Association médicale canadienne a été l'un des intervenants principaux lors de l'élaboration du projet de loi C-14, le projet de loi original sur l'AMM.

Nous avons poursuivi cet engagement avec le projet de loi C-7. Nous l'avons examiné, et nous savons que, de multiples façons, les résultats de nos consultations exhaustives auprès de nos membres s'alignent sur les conclusions des tables rondes du gouvernement. Mme Nicole Gladu, dont le nom est maintenant inextricablement lié à la décision du gouvernement sur l'AMM,

affirmed that it's up to people like her "... to decide if we prefer the quality of life to the quantity of life."

Perhaps not everyone agrees with the sentiment. Few can argue that it is a powerful reminder of the real stakeholders when it comes to consideration of this bill. This applies no less critically to those who are currently MAID providers or those who will become providers. These practitioners are our members, but we can't overlook the fact that there must be complete support of both patients and providers. Fundamentally the CMA supports the government's prudent and measured approach to responding to the *Truchon and Gladu* decision.

This thoughtful and staged process undertaken by the government is consistent with the CMA's position for a balanced approach to MAID. Through our consultations, however, we learned that many physicians felt there was a lack of overall clarity. Recent federal efforts to provide precision for physicians are exceedingly welcome. The CMA is pleased to see new non-legislative measures lending more consistency to the delivery of MAID across the country, and to the quality and availability of palliative care, mental health care and care and resources for those suffering from chronic illness and for persons with disabilities.

To ensure that all patients have access to other appropriate health care services is crucial. The CMA remains firm in our convictions on MAID for Bill C-14 and Bill C-7. We believe that the choice of those Canadians who are eligible should be respected. We also believe that the rights of vulnerable Canadians must be protected. This demands strict attention to safeguards. We believe an environment must exist that fosters practitioners' insistence to abide by their moral commitments. Each of these three tenets is equally unassailable.

Our members are in strong support of allowing advance requests by eligible patients who may lose capacity before MAID can be provided. The CMA believes in the importance of safeguards to protect the rights of vulnerable Canadians and those who are eligible to seek MAID. Expanding data collection to provide a more thorough count of MAID in Canada is important. However, this effort must not create an undue administrative burden on physicians.

The CMA views some of the language in the bill as precarious. The CMA recommends amending the language in clause 2.1 which states: "... mental illness is not considered to be an illness, disease or disability." To avoid the unintended consequence of having a stigmatizing effect, the legislation

a déclaré absolument sans équivoque qu'il revenait aux personnes comme elle de décider si elles « préfère[nt] la qualité de vie à la quantité de vie ».

Même si tous ne partagent pas son avis, rares sont ceux qui oseraient dire que cela ne rappelle pas avec force qui sont les vraies parties prenantes dans l'étude de ce projet de loi, qui touche également les prestataires actuels et futurs de l'AMM. Nos membres sont ces médecins et infirmiers praticiens, mais nous ne pouvons pas faire fi du fait qu'il faut offrir un soutien complet autant aux patients qu'aux prestataires. Pour aller à l'essentiel, l'AMC soutient l'approche prudente et réfléchie du gouvernement pour donner suite à la décision *Truchon et Gladu*.

Le processus réfléchi et graduel du gouvernement est en harmonie avec la position de l'AMC, qui préconise une approche équilibrée relativement à l'AMM. Cependant, nos consultations ont révélé que de nombreux médecins estiment qu'il y a globalement un manque de clarté. Les efforts récents du gouvernement fédéral pour fournir des précisions aux médecins ont été très bien accueillis. L'AMC est heureuse de constater que de nouvelles mesures non législatives amélioreront l'uniformité de la prestation de l'AMM à l'échelle du pays ainsi que la qualité et l'accessibilité des soins palliatifs, des soins de santé mentale et des soins et ressources en santé pour les gens qui souffrent de maladies chroniques ainsi que les personnes handicapées.

Il faut absolument veiller à ce que tous les patients aient accès à d'autres options valables en matière de soins de santé. L'AMC demeure ferme dans ses convictions sur l'AMM, sur le projet de loi C-14 et sur le projet de loi C-7. Nous croyons qu'il faut respecter le choix des Canadiens et Canadiennes admissibles. Nous croyons aussi qu'il faut protéger les droits des Canadiens et des Canadiennes vulnérables. À cette fin, il faut appliquer rigoureusement des mesures de sauvegarde. Nous croyons que le contexte doit encourager les médecins et les infirmiers praticiens à suivre leurs engagements moraux. Ils insistent là-dessus. Chacun de ces trois principes est également inattaquable.

Nos membres appuient fermement la possibilité de permettre aux patients admissibles qui pourraient perdre leurs facultés avant de demander l'AMM de présenter une demande anticipée. L'AMC estime que les mesures de sauvegarde constituent une protection importante pour les droits des Canadiens et Canadiennes vulnérables et des personnes admissibles qui demandent l'AMM. Il serait important d'accroître la collecte de données afin de pouvoir présenter des chiffres plus complets sur l'AMM au Canada. Cependant, il faut éviter que cela ne crée un fardeau administratif indu pour les médecins.

L'AMC est d'avis que certaines parties du libellé du projet de loi posent des risques. L'AMC recommande de modifier le libellé du paragraphe 2.1, qui se lit comme suit : « [...] la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap. » Afin d'éviter de créer de la

should also clearly indicate that the exclusion is for mental illness as a sole underlying medical condition, not mental illness as a co-morbidity. To be clear, the CMA is not recommending a revision to the legislative intent. We trust that Parliament will carefully consider the specific language used in the bill.

Finally, the CMA endorses the government's staged approach to carefully examining more complex issues. We must move forward by ensuring that practitioners are given the tools that will be required to safely administer MAID on a wider spectrum. Support for developing clinical practice guidelines that aid physicians in exercising sound clinical judgment is a prime example. Such guidance would also serve to reinforce consistency in the application of the legal criteria.

In conclusion, allow me to thank the committee for the invitation to participate in today's proceedings. Sharing the perspective of Canada's physicians is a privilege. That together we're pursuing painless and dignified end of life is noble. The assurance that the providers of this practice are supported is an ethical imperative.

Thank you.

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

Dr. Stefanie Green, President, Canadian Association of MAiD Assessors and Providers: Thank you for the opportunity to be here today. As a physician with 25 years of clinical experience and one who has been working almost exclusively in assisted dying since June of 2016, I am here in my capacity as President of the Canadian Association of MAiD Assessors and Providers.

We are the national medical association that represents and supports the variety of professionals who have arguably grown into the foremost experts on assisted dying in this country. I wish to impress upon this committee that as an organization we do not advocate for assisted dying. We are in fact the community of professionals that do the work of assisted dying to the highest of medical standards and always within the law of the country, whatever that law may be. We have the collective lived experience of how the practice of MAID has unfolded across Canada, and we have the relevant perspective to comment on how the system might be improved to the benefit of all involved. It is in this context that I address you and hope to answer your questions.

In the limited time I have, I want to emphasize what I think Bill C-7 has gotten right, highlight some notes and points for clarification and suggest two important changes. I first want to

stigmatisation non voulue, le projet de loi devrait aussi indiquer clairement que l'exclusion s'applique uniquement dans les cas où la seule affection médicale est une maladie mentale, et non dans les cas où la maladie est une comorbidité. Je veux que ce soit clair : l'AMC ne recommande pas de modifier l'intention du législateur. Nous sommes convaincus que le Parlement examinera avec soin le libellé du projet de loi.

Enfin, l'AMC appuie l'approche graduelle que le gouvernement a adoptée pour examiner prudemment les questions délicates. Nous devons aller de l'avant en faisant en sorte que les médecins et les infirmiers praticiens ont les outils qui seront nécessaires, dans un large éventail d'enjeux, à la prestation sécuritaire de l'AMM. Un excellent exemple serait de soutenir l'élaboration de lignes directrices en matière de pratique clinique pour aider les médecins à prendre des décisions cliniques justes. Ce genre de directives renforcerait aussi l'application uniforme des critères juridiques.

Pour conclure, je remercie le comité de son invitation à participer à la séance d'aujourd'hui. C'est un privilège pour moi de vous faire part de la perspective des médecins du Canada. La quête collective d'une mort paisible et dans la dignité est un but noble, et il est primordial, d'un point de vue éthique, de s'assurer que les prestataires sont soutenus.

Merci.

La présidente : Merci beaucoup, docteur Buchman.

Dre Stefanie Green, présidente, Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM : Je vous remercie de l'occasion de témoigner aujourd'hui. En tant que médecin, j'ai 25 ans d'expérience clinique, et depuis juin 2016, mon travail concerne presque exclusivement l'aide médicale à mourir. Je suis ici aujourd'hui en ma qualité de présidente de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM.

Nous sommes une association médicale nationale qui représente et soutient toutes sortes de professionnels qui sont sans doute devenus les experts les plus éminents du pays en matière d'aide médicale à mourir. Je veux qu'il soit clair pour le comité que notre organisation ne fait pas la promotion de l'aide médicale à mourir. En vérité, nous sommes une communauté de professionnels qui font le travail lié à l'aide médicale à mourir en respectant les normes médicales les plus élevées et les lois du Canada, quelles qu'elles soient. Collectivement, nous avons vécu l'évolution de la pratique relative à l'AMM dans tout le Canada, et nous sommes donc bien placés pour formuler des commentaires sur des façons d'améliorer le système, pour le bien de toutes les personnes concernées. C'est dans ce contexte que je m'adresse à vous ici aujourd'hui et que j'espère pouvoir répondre à vos questions.

Dans le peu de temps que j'ai, je veux souligner les bons points du projet de loi C-7, mettre en relief certains points qui devraient être éclaircis et proposer des modifications

support the proposed removal of the 10-day reflection period for those whose death is reasonably foreseeable. In four and a half years, there has been no evidence this reflection period has safeguarded anyone from anything, but there is both subjective and objective evidence to suggest it has mandated substantial suffering. In my written brief, I have provided some of this convincing data. I suggest you eliminate what has proven to be an essentially false safeguard.

Secondly, I want to strongly support the proposed amendment to allow the waiving of final consent in the specific situation outlined in Bill C-7. A 2019 survey of MAID providers suggested 85% of providers have personally experienced the situation where they walked into a room to facilitate an assisted death only to find the patient no longer able to provide final consent due to an unexpected loss of capacity. I can tell you from first-hand experience how horrible that situation is. Loved ones beg for the clinicians to proceed. It is agonizing for all, and I'm unable to appreciate who exactly is being protected by not proceeding with the previously planned MAID death. However, I'm absolutely clear on who is harmed.

The proposed amendment is essential, overdue and will be welcomed by patients, their families and the professionals involved in this work. The proposed requirement of setting a specific date, however, is somewhat problematic from a practical point of view, and in my written brief, I have suggested a reasonable time frame be used instead.

Next, I applaud the government for specifically using the term "expert" when seeking expertise for patients whose deaths are not reasonably foreseeable. This is a recognition that one need not be a particular medical subspecialist to have expertise in illness. Family physicians and nurse practitioners are, by nature of their practices, experts in a wide array of illness, and this is especially true of practitioners in rural communities. Many types of health professionals can and do develop this expertise, and it is wise to recognize this range of experts to call upon.

Unfortunately, a small but important error in Bill C-7 suggests a misunderstanding of health care realities and carries significant ramifications. I do believe this error can be easily and consensually remedied. Current wording of clause 3.1 suggests that a clinician with expertise in the illness must be one of the assessors of eligibility for MAID in patients whose death is not reasonably foreseeable. Requiring the input of an expert in such a situation is not an unreasonable request, but mandating that

importantes. Premièrement, je veux dire que nous soutenons l'abrogation de la période de 10 jours de réflexion pour ceux dont la mort est raisonnablement prévisible. En quatre ans et demi, rien ne montre que cette période de 10 jours de réflexion a protégé qui que ce soit, mais il y a des preuves objectives et subjectives selon lesquelles cette période obligatoire a causé énormément de souffrances. Je présente d'ailleurs des données très convaincantes dans mon mémoire. C'est pour cela que je propose d'éliminer ce qui s'est révélé être une fausse mesure de sauvegarde.

Deuxièmement, j'appuie fermement la modification proposée permettant à une personne de renoncer au consentement final dans les circonstances décrites précisément dans le projet de loi C-7. En 2019, une enquête auprès des prestataires de l'AMM a montré que 85 % des prestataires ont vécu personnellement une situation où, au moment de donner l'aide médicale à mourir, le patient ne pouvait plus donner son consentement final, en raison d'une détérioration subite de ses facultés. Je peux vous dire, d'expérience, à quel point cela est horrible. Les proches du patient vont supplier le médecin de procéder. C'est très douloureux pour tout le monde et je ne vois pas vraiment qui nous protégeons si nous ne pouvons pas donner l'AMM comme prévu dans ces circonstances. Cependant, je peux voir très clairement qui nous faisons souffrir.

L'amendement proposé est essentiel, il est attendu depuis longtemps, et il sera bien accueilli par les patients, leur famille et les professionnels du domaine. Toutefois, l'exigence proposée de fixer une date précise est problématique, d'un point de vue pratique. Dans mon mémoire, je propose plutôt de fixer un délai raisonnable.

Je veux ensuite féliciter le gouvernement d'avoir utilisé précisément le terme « expertise », relativement à l'avis d'un médecin ou infirmier praticien dans les cas de patients dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Cela souligne qu'un médecin ou infirmier praticien n'a pas à être un sous-spécialiste pour posséder une expertise en ce qui concerne une maladie donnée. Les médecins de famille et les infirmiers praticiens sont, en raison de la nature de leur pratique, des experts en ce qui concerne un vaste éventail de maladies, et cela est particulièrement vrai pour les médecins et les infirmiers praticiens dans les collectivités rurales. De nombreux types de professionnels de la santé peuvent acquérir et acquièrent effectivement cette expertise. Il est donc judicieux de reconnaître qu'on peut faire appel à tous ces divers experts.

Malheureusement, il y a dans le projet de loi C-7 une erreur petite mais importante qui semble découler d'une mauvaise compréhension de la réalité des soins de santé, et cette erreur peut avoir de graves conséquences. Je crois toutefois qu'il serait possible d'atteindre un consensus et de corriger facilement cette erreur. Actuellement, le libellé du paragraphe 3.1 semble indiquer que le médecin possédant l'expertise en ce qui concerne la maladie doit aussi être l'un des évaluateurs de l'admissibilité à

experts also complete an assessment of eligibility for MAID is wholly unrealistic. As consultants consistently write in their reports to me, they will comment on their area of expertise but respectfully decline to opine on a patient's overall eligibility for MAID as that is neither their area of expertise nor interest.

I have suggested simple wording that maintains the requirement for expert input, but allows and, in fact, requires two experienced MAID assessors to do the work of assessing the patient's eligibility for MAID. To leave it as it is will essentially obstruct access to MAID for those whose death is not reasonably foreseeable.

And finally, the term "reasonably foreseeable" has created confusion. Now that a consistent, clinical consensus has developed and we have a court-backed working interpretation, the government should reinforce that the determination of what constitutes a reasonably foreseeable death is indeed a clinical decision and its meaning has not changed with the implementation of Bill C-7. Any attempt to amend its meaning or impose an arbitrary time frame around it would impact patients who can currently access MAID, reduce their access and eliminate their opportunity to waive final consent.

As I conclude, I would respectfully remind this committee of the responsibility borne by the clinicians who provide this profound, compassionate health care. I assure you that we are cautious, careful and routinely assessed for coercion and vulnerability in each and every situation. In the past four and a half years, in over 14,000 assisted deaths, there have been no clinicians prosecuted for improper conduct. You can expect we will continue to be thorough and thoughtful. I am happy to answer any questions on these or other issues.

Dr. Leonie Herx, Palliative Medicine Consultant, Immediate Past President and Executive Board Member, Canadian Society of Palliative Care Physicians: Good afternoon. My name is Dr. Leonie Herx, and I am the Immediate Past President of the Canadian Society of Palliative Care Physicians, Division Chair & Associate Professor of Palliative Medicine at Queen's University, and an advisor to the Vulnerable Persons Standard. Today, I am speaking to you on behalf of the Canadian Society of Palliative Care Physicians.

l'AMM pour les patients dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Il n'est pas déraisonnable de demander l'avis d'un expert dans ces situations, mais il est tout à fait déraisonnable d'exiger aussi que les experts remplissent l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM. Les consultants qui m'envoient leur rapport s'en tiennent toujours à leur domaine d'expertise dans leurs commentaires et refusent respectueusement de donner leur avis quant à l'admissibilité globale d'un patient à l'AMM, puisque cela ne relève pas de leur domaine d'expertise ni d'intérêt.

J'ai proposé une formulation simple qui conserve l'exigence relative à l'expertise, mais qui permet... ou plutôt qui exige que deux évaluateurs d'expérience de l'AMM se chargent d'évaluer l'admissibilité du patient à l'AMM. Si le libellé n'est pas modifié, cela aura pour effet, essentiellement, de bloquer l'accès à l'AMM pour les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible.

Enfin, l'expression « raisonnablement prévisible » a créé de la confusion. À présent que nous en sommes arrivés à un large consensus clinique, et que nous avons une interprétation juridique pratique, le gouvernement devrait insister sur cette conclusion selon laquelle une mort raisonnablement prévisible est bel et bien une décision médicale, et que la définition ne changera pas avec la mise en œuvre du projet de loi C-7. Toute tentative de modifier cette définition ou d'imposer un délai arbitraire aurait des conséquences pour les patients qui sont présentement admissibles à l'AMM; cela restreindrait leur accès et les empêcherait de renoncer au consentement final.

Pour conclure, je tiens à rappeler respectueusement au comité la responsabilité qu'assument les médecins qui fournissent ces soins avec sérieux et compassion. Je peux vous assurer que nous faisons preuve de prudence et que nous évaluons toujours la contrainte et la vulnérabilité dans chaque cas. Au cours des quatre dernières années et demie, durant lesquelles 14 000 personnes ont reçu l'aide médicale à mourir, aucun médecin n'a été poursuivi en justice pour conduite répréhensible. Soyez convaincu que nous continuerons d'être rigoureux et attentifs dans notre travail. Je serai maintenant heureuse de répondre à toutes vos questions sur ce sujet ou sur un autre.

Dre Leonie Herx, consultante en médecine palliative, présidente sortante et membre du conseil d'administration, Société canadienne des médecins de soins palliatifs : Bon après-midi. Je suis la Dre Leonie Herx, présidente sortante de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, professeure agrégée et titulaire d'une chaire de médecine palliative à l'Université Queen's. Je suis aussi conseillère pour la Norme sur la protection des personnes vulnérables. Je m'adresse à vous aujourd'hui au nom de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs.

Palliative care focuses on improving quality of life and symptom management both for those living with life-threatening conditions and their families. It does not intentionally end life and is internationally recognized as a practice distinct from MAID.

We are very concerned that the proposed changes under Bill C-7 may negatively impact patient care. Current MAID safeguards are being removed in Bill C-7 when Canada has not had a thorough review of the current system. A new report in the *Canadian Journal of Bioethics* published this month concludes that the Canadian MAID program has failed to provide Canadians with evidence to show that it is operating as mandated by the requirements of the law, regulations and expectations of all stakeholders. Gaps in the Canadian monitoring system have been outlined in the April 2020 issue of *World Medical Journal* and in the Vulnerable Persons Standard report submitted to the House of Commons Justice Committee. We oppose the removal of the 10-day reflection period. Assertions that requests for MAID only occur after careful consideration do not reflect our clinical experience.

Desire for death and requests for MAID are often expressions of grief, anger, loss and despair as a response to a devastating diagnosis or a change in condition. This lament, a cry for help, now often results in a MAID consult even before palliative care has been involved. Dr. Harvey Chochinov's published work in psychiatry and palliative care demonstrates that desire to die in the terminally ill fluctuates and often dissipates within two weeks. The 10-day reflection period strikes an important balance, allowing MAID to be requested while protecting people who may go on to change their minds and to live for weeks, months and even years more.

Bill C-7 proposes a second track for MAID with a 90-day assessment period to end life for those with chronic illness and disability. More time is needed for careful assessment, access to experts and to assess therapeutic effectiveness. Specialist care such as psychiatry, chronic pain and rehabilitation medicine may take more than 90 days to access and to see improvements. In most cases of suicidality in chronic disease, the wish to die resolves over a period of 3 to 24 months. In other international jurisdictions that allow MAID outside the end-of-life context, the law explicitly states that MAID must be a last resort and that health care providers must agree that no reasonable treatment options exist.

Le but des soins palliatifs est l'amélioration de la qualité de vie et la gestion des symptômes, autant pour les patients atteints de maladie mortelle que leur famille. Les soins palliatifs ne comprennent pas de mettre volontairement fin à la vie, et cette pratique est reconnue dans le monde entier comme étant distincte de l'AMM.

Nous sommes très préoccupés par les modifications proposées dans le projet de loi C-7, car nous croyons qu'elles auront des conséquences négatives sur les soins donnés aux patients. Le projet de loi C-7 va abroger les mesures de sauvegarde de l'AMM qui existent actuellement, alors que le Canada n'a même pas pu réaliser un examen rigoureux du système en vigueur. Selon un nouveau rapport publié ce mois-ci dans la *Revue canadienne de bioéthique*, il n'y a pas de données probantes provenant du programme canadien d'AMM qui montrent aux Canadiens que le programme est exécuté conformément aux paramètres législatifs et réglementaires et aux attentes de tous les intervenants. Les lacunes du système de surveillance canadien ont été mises en évidence dans le numéro d'avril 2020 du *World Medical Journal* et dans le rapport de la Norme sur la protection des personnes vulnérables, qui a été déposé au comité de la justice de la Chambre des communes. Nous nous opposons à l'abrogation de la période de réflexion de 10 jours. Certains affirment que les patients ne demandent l'AMM qu'après avoir réfléchi longtemps à la question, mais ce n'est pas ce que nous avons observé dans notre expérience clinique.

Le désir de mourir et les demandes d'AMM sont souvent des manifestations de la douleur, de la colère, de la perte et du désespoir que ressentent les patients qui reçoivent un diagnostic dévastateur ou dont l'état se détériore. Ce cri du cœur, cet appel à l'aide, mène souvent à une consultation sur l'AMM de nos jours, avant même qu'il soit question de soins palliatifs. Le Dr Harvey Chochinov a publié des articles dans le domaine de la psychiatrie et des soins palliatifs selon lesquels le désir de mourir chez les patients en phase terminale fluctue et disparaît souvent en moins de deux semaines. La période de réflexion de 10 jours assure donc un équilibre important, puisqu'elle permet aux gens de demander l'AMM tout en protégeant ceux qui changeront peut-être d'avis et décideront de vivre pendant encore des semaines, des mois ou peut-être même des années.

Le projet de loi C-7 propose un deuxième volet concernant l'accès à l'AMM, assorti d'une période d'évaluation de 90 jours avant la prestation, pour les personnes handicapées ou souffrant de maladie chronique. Cela n'est pas suffisant pour procéder à une évaluation minutieuse, pour consulter les experts et pour évaluer l'efficacité des traitements. Il faut plus de 90 jours pour accéder aux soins spécialisés comme les traitements psychiatriques, les traitements pour la douleur chronique et la médecine de réadaptation ainsi que pour constater des améliorations. Dans la plupart des cas de maladie chronique avec tendance suicidaire, le désir de mourir disparaît après une période de 3 à 24 mois. Dans les autres pays où l'AMM est

MAID should not be a solution to lack of access to care. Recent media reports have documented Canadians who requested MAID due to loneliness, depression, social deprivation and lack of supports needed for living. The COVID-19 pandemic has amplified these problems.

Bill C-7 places MAID as part of good medical care. Some suggest that this means MAID needs to be introduced to patients alongside all therapeutic options. But MAID is not just another option. It is irreversible. It has significant ethical and professional implications. If a doctor introduces MAID, this may be all the push that is needed to nudge a person to pursue it.

In other jurisdictions where MAID is legal, this risk of influence has been addressed directly within the legislation. For example, in Victoria, Australia, their legislation explicitly states that MAID discussions must only be initiated by patients, and health care practitioners must not bring up MAID.

The Justice Committee heard many examples of Canadians who felt pressured to pursue MAID, including the first-hand testimony of Mr. Roger Foley.

Expected physician participation in MAID in Canada far exceeds that of any other permissive jurisdiction in the world. Physicians who do not wish to participate directly or indirectly in MAID should have their freedom of conscience protected. Conscience protection is supported by the World Medical Association, the Canadian Medical Association and the Ontario Medical Association. Amending Bill C-7 to clarify and to strengthen the conscience clause in C-14 is extremely important.

Finally, we assert that the lack of access to palliative care in Canada is a national tragedy. A study by Munro et al., in November 2020, examined palliative care involvement in patients requesting MAID and found it to be wholly inadequate.

In this study, two thirds of patients had no community palliative care physician and 40% had no palliative care involvement prior to requesting MAID. Without access to high-quality palliative care in a timely manner, patients who are suffering may believe that MAID is their only option. Palliative

accessible aux personnes qui ne sont pas nécessairement en fin de vie, les lois indiquent explicitement que l'AMM doit être donnée en dernier ressort, et que les fournisseurs de soins de santé doivent être d'accord pour dire qu'il n'existe aucune autre option de traitement raisonnable.

L'AMM ne doit pas représenter une solution au manque d'accès aux soins. Selon des rapports médiatiques récents, les Canadiens ont demandé l'AMM parce qu'ils se sentaient seuls, parce qu'ils souffraient de dépression, parce qu'ils vivaient de la privation sociale et parce qu'ils n'avaient pas accès à l'aide dont ils avaient besoin pour continuer à vivre, et la pandémie de COVID-19 n'a fait qu'exacerber ces problèmes.

Le projet de loi C-7 inscrit l'AMM dans la prestation de bons soins médicaux. Selon certains, cela laisse entendre qu'il faut parler aux patients de l'AMM en même temps qu'on leur mentionne toutes les autres options de traitement. Mais l'AMM n'est pas simplement une option parmi d'autres. C'est irréversible, et cela soulève d'importantes questions éthiques et professionnelles. Un médecin qui parle à un patient de l'AMM est peut-être tout ce qu'il faut pour inciter cette personne à la demander.

Dans les autres pays où l'AMM est légale, les lois tiennent compte directement du risque que pose ce genre d'influence. Par exemple, à Victoria, en Australie, la loi établit explicitement que ce sont les patients qui doivent parler en premier de l'AMM; les médecins et les infirmiers praticiens n'ont pas le droit de la proposer en premier.

Le comité de la justice a entendu de nombreux exemples de Canadiens qui se sont sentis contraints de demander l'AMM, y compris le témoignage de première main de M. Roger Foley.

La participation attendue des médecins à l'AMM au Canada dépasse largement celle de tout autre pays au monde qui offre cela. Il faudrait protéger la liberté de conscience des médecins qui ne veulent pas participer, directement ou indirectement, au processus d'AMM. D'ailleurs, l'Association médicale mondiale, l'Association médicale canadienne et l'Ontario Medical Association défendent toutes le droit à la liberté de conscience. Il est donc extrêmement important de modifier le projet de loi C-7 afin de clarifier et de renforcer les dispositions sur la liberté de conscience dans le projet de loi C-14.

Pour terminer, nous sommes convaincus que le manque d'accès aux soins palliatifs au Canada est une tragédie nationale. Dans une étude de Munro et coll., publiée en novembre 2020, il a été conclu que la participation des soins palliatifs auprès des patients qui demandent l'AMM était totalement inadéquate.

Dans cette étude, les deux tiers des patients n'avaient pas accès à un médecin en soins palliatifs dans la collectivité, et 40 % n'avaient reçu aucun soin palliatif avant de demander l'AMM. S'ils n'ont pas accès rapidement à des soins palliatifs de haute qualité, les patients qui souffrent sont peut-être portés à

care must be prioritized as an essential service under the Canada Health Act and adequately funded from coast to coast so that all Canadians may receive impeccable care and be able to live well until they die. Thank you.

The Chair: Thank you very much, Doctor. We will now go on to questions. May I again please remind senators, it's four minutes, and to the panellists, please answer the questions as precisely as you can. Thank you very much.

[Translation]

Senator Petitclerc: Thanks to our witnesses for being here today.

[English]

I have a question for Dr. Green. You mentioned the proposed waiver of final consent. One of the things that I have heard from many colleagues is wanting to make sure that the doctors and practising nurses are well equipped when it comes to determining whether a refusal by word, by sounds or by gesture is voluntary or involuntary. Of course, this is something that is quite crucial. I wanted to hear what you have to say about that.

Dr. Green: Certainly. The issues of consent, and capacity even, are essential in everything we do. And that is why we take so much time to assess patient support even before that decision to proceed happens. I think you're asking me specifically about the moment that MAID is being provided. In that context right now, of course, we need to obtain final consent immediately. In the context of this amendment, we would be looking at a patient who has been deemed to have lost capacity to make that decision but has made an advanced request to proceed. There is certainly a difference that we all can recognize in the flinch of an arm when a needle is going in to start an IV, versus someone who looks at you and says, "Who are you?" or, "Why are you here?" or, "Please stop."

There is a very obvious manner to make those distinctions. And I think that our clinicians have proven themselves to be very, very careful in this past four and a half years and will be especially more so in such a condition.

Senator Petitclerc: Thank you. I now have a question for Dr. Buchman, and others, if you feel you have the answer.

croire que l'AMM est leur seule solution. Sous le régime de la Loi canadienne sur la santé, il faut que la priorité soit accordée aux soins palliatifs, en tant que service essentiel, et que ces soins soient financés adéquatement à l'échelle du Canada afin que tous les Canadiens et Canadiennes puissent recevoir des soins impeccables et avoir une qualité de vie jusqu'à leur mort. Merci.

La présidente : Merci beaucoup, docteur. Nous allons maintenant passer aux questions. Je tiens à rappeler aux sénateurs et aux sénatrices que vous ne disposerez que de quatre minutes, et je demanderai aux témoins de répondre de façon aussi précise que vous le pouvez. Merci beaucoup.

[Français]

La sénatrice Petitclerc : Merci à nos témoins d'être là aujourd'hui.

[Traduction]

J'ai une question pour vous, docteur Green, à propos de la disposition proposée sur la renonciation au consentement final, que vous avez mentionnée. Un son de cloche que j'ai entendu de bon nombre de collègues, c'est qu'il faut s'assurer que les médecins et les infirmiers praticiens soient en mesure de correctement établir si un refus — qu'il s'agisse d'une parole, d'un son ou d'un geste — est volontaire ou involontaire. C'est quelque chose d'extrêmement crucial, bien sûr. Je voulais connaître votre avis sur le sujet.

Dre Green : Bien sûr. Le consentement et la capacité de consentir sont au cœur de tout ce que nous faisons. C'est aussi pourquoi il faut tellement de temps pour évaluer le soutien des patients, mais avant que la décision d'avoir recours à l'AMM soit prise. Je crois que votre question touche surtout au moment où l'AMM est donnée. Dans ce contexte, actuellement, nous devons bien sûr obtenir le consentement final immédiatement à ce moment-là. Cet amendement nous habiliterait à aller de l'avant dans le cas d'un patient qui aurait perdu la faculté de prendre cette décision, mais qui avait fait une demande anticipée. Évidemment, nous savons tous faire la différence entre un mouvement du bras au moment de procéder à une perfusion intraveineuse et un patient qui vous regarde et qui dit « Qui êtes-vous? », « Que faites-vous ici? » ou « Arrêtez, s'il vous plaît ».

Il y a une façon très claire de faire ce genre de distinctions, et je crois que nos médecins cliniciens ont montré, au cours des quatre dernières années et demie, qu'ils font preuve d'une très, très grande prudence et qu'ils seront encore plus prudents dans les circonstances.

La sénatrice Petitclerc : Merci. J'ai maintenant une question pour le Dr Buchman, ainsi que pour les autres, si vous croyez pouvoir répondre.

Dr. Buchman, one of the concerns that we hear a lot is access in rural areas to medical assistance in dying. In these times where we're going through COVID, we hear more and more has been done in terms of having consultations via teleconferencing or virtually. Is this something that your organization is thinking about when it comes to this bill and the challenges in rural areas? Do you think that it will be a bit easier than it was in the past due to our society, I suppose, updating to the virtual world?

Dr. Buchman: Thank you very much for your question. The pandemic has revealed a lot. At the Canadian Medical Association, we were trying to get virtual care going for several years and came out with a task force, actually, in February, just before the pandemic hit Canada. Within about two weeks, 80% of care was virtual.

There is no doubt that virtual care has facilitated health care access. The Canadian Medical Association strongly supports access to all available legal and medical services that are available in this country.

It is very likely, then, that the option for MAID can also now be available through virtual assessments. But, of course, provision cannot be done virtually. It is important to ensure that Canadians have access to this service, as well as to all services. We strongly support the access to palliative care, to mental health and addictions care for remote and rural Canadians. We support the development of the infrastructure to ensure equitable access to all health care.

So, yes, I think this virtual care now provides that opportunity for greater assessments, but we're still left with the challenge of providing all services to people in real time in person.

[Translation]

Senator Carignan: My question is for the three witnesses and concerns palliative care. I'm involved in a palliative care home in my region. We have to conduct campaigns to raise about \$1 million every year. The needs are critical, and palliative care is underfunded by government. We're located in a densely populated region on the north shore of Montreal. I have friends who died before they were admitted to the palliative care home. And yet we live in an urban area north of Montreal.

Here's my question: Isn't the duty to provide information on palliative care a false comfort or a false safeguard, in the sense that we say, yes, palliative care is available but that an individual has time to die before being admitted to a palliative care home? Or else, if we say no palliative care is available, does that mean

Docteur Buchman, l'une des préoccupations qui reviennent souvent a trait à l'accès à l'aide médicale à mourir dans les régions rurales. Dans cette période de pandémie, nous entendons que de plus en plus d'efforts sont déployés afin que les consultations soient faites par vidéoconférence ou virtuellement. Votre organisation a-t-elle réfléchi à cette possibilité dans le contexte du projet de loi et des difficultés dans les régions rurales? Croyez-vous que les choses vont devenir un peu plus faciles que dans le passé, compte tenu, j'imagine, du virage virtuel de notre société?

Dr Buchman : Merci beaucoup de votre question. La pandémie a mis en lumière beaucoup de choses. L'AMC a déployé des efforts pendant plusieurs années pour offrir des soins virtuels, et nous avons fini par mettre sur pied un groupe de travail en février, juste avant que la pandémie ne frappe le Canada. En moins de deux semaines, nous sommes passés à 80 % de soins virtuels.

Les soins virtuels ont de toute évidence facilité l'accès aux soins de santé, et l'AMC soutient vivement l'accès à tous les services juridiques et médicaux existants qui sont offerts au Canada.

Il serait donc tout à fait possible de réaliser virtuellement les évaluations relatives à l'AMM. Bien évidemment, la prestation ne pourra se faire virtuellement. Il est important de veiller à ce que les Canadiens et les Canadiennes aient accès à ce service, comme à tous les autres. Nous soutenons fortement l'accès aux soins palliatifs, aux soins de santé mentale et aux traitements de la toxicomanie dans les régions rurales et éloignées. Nous soutenons aussi la mise en place d'une infrastructure qui donne un accès équitable pour tous aux soins de santé.

Donc, oui, je crois que les soins virtuels nous permettent de réaliser davantage d'évaluations, mais il demeure difficile de fournir tous les services aux gens en temps réel et en personne.

[Français]

Le sénateur Carignan : Ma question s'adresse aux trois témoins et porte sur les soins palliatifs. Je suis impliqué, dans ma région, dans une maison de soins palliatifs. Nous devons faire une collecte de fonds chaque année et recueillir environ un million de dollars. Les besoins sont criants et il y a un sous-financement de la part de l'État dans les soins palliatifs. Nous sommes dans une région située dans la Couronne Nord de Montréal, donc une région fortement peuplée. J'ai des amis qui n'ont pas eu le temps de se rendre à la maison de soins palliatifs, car ils sont décédés avant. On vit pourtant en milieu urbain, au nord de la ville de Montréal.

Ma question est la suivante : l'obligation de donner des informations sur les soins palliatifs n'est-elle pas une fausse sécurité ou une fausse mesure de sauvegarde, dans le sens où l'on dit que oui, des soins palliatifs sont disponibles, mais que la personne a le temps de décéder avant de se rendre à la maison de

the individual will be directed toward medical assistance in dying? In other words, the fact that we say that care is theoretically available but, in practice, not provided in the community has an impact on a person's decision. That person winds up caught in the process.

Saying that palliative care exists is one thing, but saying it's accessible in my region and will be available when I need it is another.

I'd like to hear what you have to say about the availability of palliative care. Isn't this a false safeguard? In other words, doesn't it give the impression there's something else, but, ultimately, given the way it's distributed and because the service offered differs from place to place, that measure is more theoretical than practical?

[*English*]

Dr. Green: Thank you for this question. I think we can all agree that palliative care is underfunded and under-accessed in Canada, and something we need to work toward. Our organization certainly supports a wider access and better funding for the excellent palliative care Canadians deserve.

It's interesting, however, that the discussion of MAID and the availability of MAID has brought the discussion about end-of-life care to the forefront, to our national headlines and to dinner conversations. It has perhaps conversely, or ironically, raised the issue of palliative care and its access to the forefront.

We also know from recent studies that MAID clinicians, as they do their assessments, as they are thorough in making sure they're following all the rigorous safeguards and procedures, we tend to be the gatekeeper to many resources, and palliative care is one of them.

My colleague pointed out that many patients had not yet accessed or been told about palliative care services before they requested MAID. What my colleagues and I do is then inform patients of what is available and quickly, as much as possible, make those resources available to them. Of course, it's less than perfect, as you mentioned. However, a recent study has shown that of all the people reported to have received MAID in Ontario, 82% of them had palliative care involvement. That's a strikingly large number compared to the general population's access. It demonstrates how our clinicians and those doing the assessments are taking seriously that requirement and making sure those resources are available as soon as possible and as much as possible.

soins palliatifs? Sinon, si on dit qu'il n'y a pas de soins palliatifs, cela veut-il dire qu'on dirige la personne vers l'aide médicale à mourir? Donc, le fait de dire que les soins existent de manière théorique, mais qu'ils sont fournis de façon pratique dans le milieu a quand même un impact sur la décision de la personne. La personne se trouve dans ce processus.

Dire que les soins palliatifs existent, c'est une chose; dire qu'ils sont accessibles dans ma région, et que, quand j'en aurai besoin, ils seront disponibles, c'en est une autre.

J'aimerais vous entendre sur la disponibilité des soins palliatifs. Cette mesure de sauvegarde n'est-elle pas une fausse mesure de sauvegarde, c'est-à-dire qu'elle donne l'impression qu'il y a autre chose, mais au fond, à cause de la répartition et de l'offre de service différente d'un endroit à l'autre, la mesure est plus théorique que pratique?

[*Traduction*]

Dre Green : Merci de la question. Je crois que tout le monde serait d'accord pour dire que les soins palliatifs sont sous-financés au Canada, que les patients n'y ont pas suffisamment accès et que nous devons déployer plus d'efforts à cette fin. Notre organisation croit évidemment que les Canadiens méritent des soins palliatifs de qualité, et que ces soins devraient être plus accessibles et mieux financés.

C'est intéressant, malgré tout, de voir que les discussions sur l'AMM et l'accessibilité à l'AMM ont ramené les discussions sur les soins en fin de vie à l'avant-plan, dans l'actualité nationale et dans les conversations entre famille et amis. Incidemment — ou devrais-je dire ironiquement —, l'AMM a peut-être projeté la question des soins palliatifs et de l'accès aux soins palliatifs à l'avant-plan.

Des études récentes ont montré que nous agissons un peu comme les gardiens de nombreuses ressources, dont les soins palliatifs, pour les médecins cliniciens dans le domaine de l'AMM, qui font leurs propres évaluations et qui s'assurent rigoureusement de respecter toutes les mesures de sauvegarde et les procédures détaillées.

Un collègue m'a dit que bon nombre de patients n'avaient pas eu accès aux soins palliatifs ni en avaient été informés avant de demander l'AMM. Ce que mes collègues et moi-même faisons, alors, c'est informer les patients des services qui leur sont offerts et, le plus rapidement possible, leur donnons accès aux ressources. Bien sûr, ce n'est pas parfait, comme vous l'avez mentionné. Malgré tout, une étude récente a montré que, parmi toutes les personnes qui auraient reçu l'AMM en Ontario, 82 % avaient reçu des soins palliatifs. Cela représente une proportion énorme et surprenante, en comparaison de l'accès dans la population générale. Cela reflète à quel point nos médecins cliniciens et ceux qui font les évaluations respectent sérieusement cette exigence et veillent à ce que ces ressources

Dr. Herx: This is an important conversation. Thanks for the opportunity to dialogue.

I'm familiar with the study Dr. Green is referring to and it has been strongly contested in the medical literature that the methodology of that study was flawed and did not have appropriate controls and questions that would provide adequate data and information to make those conclusions. Therefore we don't have convincing evidence in the literature.

Another problem is most doctors in Canada don't have a good understanding of what palliative care can do and offer. If only information is required to be given to a person as part of informed consent for MAID, what they receive and understand about palliative care, if they've not seen palliative care before, is coming from someone who may not understand the full intricacies of how we can care for someone. That's a really important problem: it's only as good as the person giving the information understands it to be.

Many of us have experienced first-hand where the information given on palliative care to patients requesting MAID has not been adequate for them to understand how their suffering can be addressed and what that would look like. Furthermore, having information is not the same thing as having a lived experience and having time for those interventions to provide relief of suffering. We can all give you examples of patients who requested MAID, were approved for MAID, went on to have basic palliative care interventions and changed their minds.

If you remove the 10-day waiting period, we will be in a situation in Canada where people can request MAID and get it on the same day, when we've just heard that up to 40% of people have not even had palliative care involvement prior to requesting MAID. And now, with this legislation, we're possibly going to be ending someone's life on the same day when they've not had proper information or proper experience of how their suffering could be addressed in other ways.

Senator Batters: My first question is to the Canadian Medical Association. In your policy about medical assistance in dying, one of your foundational considerations is respect for vulnerability. In that section, your organization states:

Laws and regulations, through a carefully designed and monitored system of safeguards, should aim to minimize harm to all patients and should also address issues of vulnerability and potential coercion.

soient offertes aussi rapidement que possible et autant que possible.

Dre Herx : C'est une discussion très importante, et je vous remercie de me permettre d'y prendre part.

Je connais bien l'étude dont a parlé la Dre Green, et je dois dire qu'elle a été fortement contestée dans les publications médicales, parce que la méthodologie était déficiente. L'étude ne comprenait ni les contrôles ni les questions permettant de recueillir les données et l'information nécessaires pour appuyer ces conclusions. Donc, nous n'avons pas de données probantes convaincantes dans la littérature médicale.

Un autre problème tient au fait que la plupart des médecins au Canada ne comprennent pas bien en quoi consistent les soins palliatifs ni ce qui est offert. Si on exige seulement que de l'information soit donnée aux patients dans le cadre du processus de consentement éclairé à l'AMM, cela peut vouloir dire que les patients qui ne savent rien à propos des soins palliatifs recevront de l'information d'une personne qui ne comprend pas nécessairement tous les détails des soins que nous pouvons offrir. C'est un problème grave : l'information fournie dépend de la compréhension de la personne qui la donne.

Beaucoup d'entre nous ont été directement témoins de cas où l'information sur les soins palliatifs fournie aux patients qui demandaient l'AMM n'était pas adéquate. Ils ne comprenaient pas comment leurs souffrances pouvaient être atténuées, ni sous quelle forme les soins seraient administrés. En outre, on ne peut pas comparer le fait de recevoir de l'information à une expérience personnelle, où on prend le temps de préparer les interventions pour soulager les souffrances. Nous pouvons toujours donner des exemples de patients qui ont demandé l'AMM, dont la demande a été approuvée, et qui, ayant ensuite reçu des soins palliatifs de base, ont alors changé d'idée.

Si vous abrogez la période d'attente de 10 jours, cela voudra dire que, au Canada, les gens pourront demander l'AMM et la recevoir le même jour, alors que, comme nous venons de l'entendre, jusqu'à 40 % des gens n'avaient eu aucun contact avec les soins palliatifs avant de demander l'AMM. Et maintenant, avec ce projet de loi, peut-être qu'on va mettre fin à la vie d'une personne le jour même, alors qu'elle ne dispose pas de toute l'information ou de toute l'expérience nécessaires sur la façon dont ses souffrances peuvent être traitées autrement.

La sénatrice Batters : Ma première question s'adresse à l'Association médicale canadienne. Dans votre politique à propos de l'aide médicale à mourir, l'une de vos considérations fondamentales est la protection des personnes vulnérables. Je vais lire ce que dit votre organisation dans cette partie :

Les lois et les règlements, par l'intermédiaire d'un système de mesures de sauvegarde minutieusement élaboré et surveillé, devraient viser à réduire au minimum les préjudices auxquels s'exposent tous les patients et devraient

Given this, are you concerned that Bill C-7 eliminates the already quite minimal 10-day waiting period for assisted suicide?

Dr. Buchman: Thank you very much for your question, senator. I think, as has been stated earlier, we support the ongoing discussion of these safeguards. Our members on our surveys did not express concern that the 10-day waiting period was an absolutely necessary safeguard. We do think it's important that a period should proceed where a person has an opportunity for reflection. Again, on an anecdotal notice and as a MAID provider, I have not seen the situation where a patient who had decided very clearly about pursuing MAID changed their mind at the 10-day mark.

Indeed, then, we support the proposed legislation that now states that the Audrey Parker situation — basically if a person states they want MAID at the time of consent and they're clear and have capacity at that moment and they should lose capacity before that, we do support that amendment. Therefore we see that we are still protecting vulnerable individuals and we should proceed when someone has clearly stated their intentions at the time of consent when they have capacity.

Senator Batters: Thank you.

Dr. Herx, in your vast experience as a front-line clinician in palliative care and as an advisor to the Vulnerable Person's Standard, what safeguards do you think need to be in place to ensure this bill does adequately protect vulnerable Canadians?

Dr. Herx: Thank you very much for the question. That's really important. I've had the privilege of working alongside and learning from many persons with disabilities of very different kinds and marginalized persons. One of the big things that has taught me, which we've also heard loud and clear through the Justice Committee hearings, is they don't want doctors telling them that they would be better off dead, when they're in a vulnerable situation, they're demoralized, they're lacking access to care or just having a bad day and a doctor says they should consider MAID.

And unfortunately, we've heard multiple times, through the hearings at the House, that this is happening. They're really scared. They already feel discriminated against in the health care system and forced to live lives that are demoralizing because of ableism. So it's very important that we protect them from coercion and make it a patient-initiated discussion and a patient-

aussi atténuer les problèmes liés à la vulnérabilité et aux contraintes potentielles.

Dans ce contexte, avez-vous des préoccupations quant à l'abrogation prévue dans le projet de loi C-7 de la période d'attente déjà très courte de 10 jours pour le suicide assisté?

Dr Buchman : Merci beaucoup de votre question, madame la sénatrice. Je crois, comme cela a été dit plus tôt, que nous appuyons les discussions qui se poursuivent sur les mesures de sauvegarde. Dans les enquêtes que nous avons menées, nos membres n'ont pas exprimé de préoccupations qui porteraient à croire que cette période d'attente de 10 jours était une mesure de sauvegarde absolument nécessaire. Nous croyons effectivement que c'est important qu'il y ait une période durant laquelle une personne peut réfléchir à sa décision. Encore une fois, incidemment et en tant que prestataire de l'AMM, je n'ai jamais été témoin d'un cas où un patient qui avait très clairement décidé d'avoir recours à l'AMM avait changé d'idée après 10 jours.

Nous soutenons donc la disposition législative proposée qui tient compte du cas Audrey Parker, c'est-à-dire une situation où une personne qui demande l'AMM, qui donne son consentement et qui a clairement la capacité de le faire à ce moment-là, perd cette faculté avant de recevoir l'AMM. Nous soutenons cet amendement. Nous estimons que nous protégeons toujours les personnes vulnérables et que nous devrions procéder quand une personne a clairement indiqué son intention lorsqu'elle a donné son consentement, pendant qu'elle en avait la capacité.

La sénatrice Batters : Merci.

Docteure Herx, d'après votre grande expérience en tant que clinicienne de première ligne en soins palliatifs et en tant que conseillère pour la Norme sur la protection des personnes vulnérables, quelles mesures de sauvegarde devraient être mises en place pour que l'on puisse s'assurer que ce projet de loi protège adéquatement les Canadiens et Canadiennes vulnérables?

Dre Herx : Merci beaucoup de la question. C'est quelque chose de très important. J'ai eu le privilège de travailler et d'apprendre auprès de nombreuses personnes vivant avec divers handicaps, ainsi qu'avec des personnes marginalisées. L'un des principaux points que j'ai constatés — et c'est aussi quelque chose qui a été dit haut et fort devant le comité de la justice —, c'est que ces personnes ne veulent pas que leurs médecins leur disent qu'elles seraient mieux mortes. Imaginez une personne dans une situation vulnérable, qui est démoralisée, qui n'a pas accès à des soins ou qui traverse simplement une mauvaise passe, et son médecin lui dit qu'elle devrait envisager l'AMM.

Malheureusement, comme nous l'avons entendu plus d'une fois lors des audiences du comité de la Chambre, cela arrive. Ces gens-là sont terrifiés. Ils ont déjà l'impression d'être victimes de discrimination dans le système de santé, et ils sont forcés de vivre une vie démoralisante, à cause de la discrimination fondée sur la capacité physique. Donc, il est très important que nous

initiated request only. Doctors should not be recommending to patients that they should get MAID as if it's any other medical option. That risk of coercion is a really important one.

We would also recommend the existing safeguards that were carefully constructed for Bill C-14 are maintained at this point, until a fulsome and thorough review of what is happening in Canada has been undertaken. Although we heard earlier there have been no prosecutions against physicians around compliance issues, there have actually been multiple compliance concerns reported, both by the end-of-life commission in Quebec, the Office of the Chief Coroner of Ontario, and most recently the Correctional Investigator of Canada. However, there is a discrepancy between the monitoring for that at a provincial level and what is happening at the federal level, where that's not actually being reported on and studied properly.

There is a new paper, as I mentioned in my presentation, by Dr. Kotalik from Thunder Bay. He's a bioethicist who studied end-of-life care legislation and who meticulously and carefully outlines the issues with the current system and how there is this gap. While we haven't seen prosecutions, it is a problem with the system of monitoring. We actually need an oversight system, separate from what's being done right now with Health Canada, where we have case reviews of individual situations at a provincial level and more thorough consistent reporting from each province. It's great that Ontario and Quebec have started to do that, but they're the only provinces giving more information. We need a thorough system of oversight.

Senator Campbell: Welcome to the witnesses. I have a couple of questions.

One of the issues is that you say physicians would offer MAID to a patient. Then we've heard that they also offer palliative care. Is there one or the other? It seems to me that we're headbutting each other on this. Is there one or the other? Dr. Green, what's your answer to that?

Dr. Green: Certainly. Thank you for the question. It's pretty clear in the outline of the legislation that it's incumbent upon the MAID clinicians to make sure that patients are aware of all options of treatment, the pros and cons of each, and to make sure they have a clear understanding of what's available to them and how they can access them.

protégions ces personnes de la contrainte, et que les discussions et les demandes relatives à l'AMM soient initiées uniquement par le patient. Un médecin ne devrait pas recommander à ses patients de demander l'AMM, comme s'il s'agissait de n'importe quel autre traitement médical. Le risque de coercition est réellement important.

Nous recommanderions aussi que les mesures de sauvegarde existantes qui ont été soigneusement élaborées dans le projet de loi C-14 soient maintenues pour l'instant, jusqu'à ce qu'un examen rigoureux et approfondi de la situation au Canada soit effectué. Même si nous avons entendu plus tôt qu'aucune poursuite n'avait été intentée contre un médecin relativement à la conformité, de nombreuses préoccupations ont été rapportées, par la Commission sur les soins de fin de vie au Québec, par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario et, plus récemment, le Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada. Cependant, il y a un écart entre la surveillance à l'échelon provincial et ce qui se passe à l'échelon fédéral, où les préoccupations ne sont ni rapportées ni examinées adéquatement.

Comme je l'ai mentionné dans mon exposé, il y a un nouvel article, publié par le Dr Kotalik de Thunder Bay, un bioéthicien qui a étudié les lois sur les soins de fin de vie et qui a soigneusement et rigoureusement décrit les problèmes et la lacune dans le système actuel. Même s'il n'y a pas eu de poursuites, le système de surveillance est défaillant. Dans les faits, nous avons besoin d'un système de supervision distinct de ce qui est fait présentement par Santé Canada, dans lequel les cas individuels sont examinés à l'échelon provincial et où chaque province doit rendre des comptes de façon exhaustive et uniforme. C'est une excellente chose que l'Ontario et le Québec aient commencé à faire cela, mais ce sont les deux seules provinces qui fournissent plus d'information. Nous avons besoin d'un système exhaustif de supervision.

Le sénateur Campbell : Bienvenue aux témoins. J'ai deux ou trois questions.

Un des problèmes, c'est que vous dites que les médecins offriraient aux patients l'aide médicale à mourir. Nous avons ensuite entendu dire que les médecins fournissent également des soins palliatifs. Est-ce l'un ou l'autre? Il me semble que nous butons sur cette question. Est-ce qu'il s'agit de l'un ou de l'autre? Docteur Green, quelle est votre réponse à cette question?

Dre Green : Certainement. Merci de poser la question. L'aperçu de la mesure législative indique assez clairement qu'il incombe aux cliniciens de l'AMM de s'assurer que les patients ont connaissance de toutes les options de traitement, des avantages et des inconvénients de chaque option, et de s'assurer que les patients ont bien compris ce qui leur est accessible et comment y avoir accès.

Palliative care is specifically outlined in that. It's important to recognize that we do that with all patients. We actually do it explicitly, and we document it as such, because we're very aware of the ramifications of not following the rules. None of us are looking to be cowboys.

The issue of raising MAID with patients is a separate issue. In certain circumstances — not all, but there are certain circumstances — when a physician is called upon to outline the number of options for a patient in a certain situation — if they're at the end of life and considering palliative care, for example — it may be there is a situation in which they might be eligible for MAID but aren't aware of it. One could argue that it is perhaps unprofessional not to lay all options on the table in such a situation. It's the same when you're outlining chemotherapy options; you must put all three of them on the table if they're available, not just one.

Dr. Herx: It's very important for us to say that palliative care and MAID are not mutually exclusive, and people should have access to both. I think we on this panel today would all agree on that.

The difficulty is that palliative care is being offered too late in the lives of people with serious illnesses. This goes back to a lack of adequate resources and education at a physician level; a lot of people don't understand the very early benefits of palliative care in terms of improving quality of life and helping people live longer. Palliative care needs to be taught in all medical and residency schools and programs — that palliative care should be brought to everybody, regardless of what they choose for end of life.

The problem is that if you remove the 10-day waiting period and someone has not had palliative care, they may choose MAID without knowing and experiencing what palliative care has to offer. We've seen examples of that in my own palliative care practice.

Senator Campbell: Perhaps we should be considering palliative care at the point where the illness — I'm a cancer survivor, so I have some understanding of this — maybe it should be brought up at the time as we're going forward. There is a position when the physician knows the odds aren't good. Maybe that is when we should be addressing the palliative care, not when somebody is at the point of considering utilizing MAID.

Dr. Herx: Exactly. Thank you for articulating that. That's exactly what our national specialty organization is trying to make happen in Canada. Through the Framework on Palliative Care in Canada, we're trying to make sure palliative care is

Les soins palliatifs sont précisément énoncés dans la disposition législative. Il est important de reconnaître que nous faisons cela avec tous les patients. Nous le faisons de manière explicite et nous le documentons en tant que tel, car nous sommes très conscients des conséquences du non-respect des règles. Aucun de nous ne cherche à agir de façon irréfléchie.

Le fait de mentionner aux patients l'AMM est une question distincte. Dans certaines circonstances — pas toutes, mais il y en a certaines —, quand un médecin est appelé à expliquer les options dont dispose un patient dans certaines situations — si le patient est en fin de vie et qu'il envisage des soins palliatifs, par exemple —, il pourrait être admissible à l'AMM, mais sans le savoir. On pourrait dire qu'il n'est peut-être pas professionnel de ne pas présenter toutes les options dans une telle situation. C'est la même chose quand vous présentez les options de chimiothérapie; vous devez présenter les trois options, si elles sont disponibles, et pas seulement une.

Dre Herx : Il est très important que nous disions que les soins palliatifs et l'AMM ne s'excluent pas mutuellement, et les gens devraient avoir accès aux deux. Je pense que tout le groupe de témoins d'aujourd'hui serait d'accord avec cela.

La difficulté, c'est que les soins palliatifs sont offerts trop tard aux personnes qui souffrent de maladies graves. C'est attribuable à un manque de ressources et d'éducation adéquates des médecins; un grand nombre de personnes ne comprennent pas les avantages immédiats des soins palliatifs lorsqu'il s'agit d'améliorer la qualité de vie et d'aider à prolonger la vie des gens. Les soins palliatifs doivent être enseignés dans toutes les facultés de médecine et dans tous les programmes de résidence, à savoir que les soins palliatifs devraient être fournis à tout le monde, indépendamment de ce que les personnes choisissent pour la fin de leur vie.

Le problème, c'est que, si vous supprimez la période de 10 jours d'attente, et que la personne n'a pas reçu de soins palliatifs, elle pourrait choisir l'AMM sans savoir ce que les soins palliatifs ont à offrir et sans en faire l'expérience. Nous avons vu des exemples dans ma propre pratique de soins palliatifs.

Le sénateur Campbell : Nous devons peut-être tenir compte des soins palliatifs lorsque la maladie — j'ai survécu à un cancer, je comprends donc un peu la question —, il faudrait peut-être en parler à ce moment-là, avant d'aller de l'avant. Il y a des situations où le médecin sait que les chances sont mauvaises. C'est peut-être à ce moment-là que nous devrions parler des soins palliatifs, et non pas lorsqu'une personne est sur le point d'envisager l'AMM.

Dre Herx : Exactement. Je vous remercie d'avoir dit cela. C'est exactement ce que notre organisme national spécialisé est en train d'essayer de faire au Canada. Grâce au cadre sur les soins palliatifs au Canada, nous essayons de nous assurer que les

brought in at the time of diagnosis of all serious illnesses and is offered as a primary approach by every clinician in Canada.

Senator Campbell: That helps.

Senator Dalphond: Dr. Green, do I understand that your organization is supportive of access to MAID according to the second track proposed by the government, which is when death is not reasonably foreseeable? And on that question, what are the views of your organization on excluding mental illness, considering when commenting on a B.C. case, you are reported to have said:

In my opinion, the majority of providers in this country have come to the conclusion that patients with dementia can be assessed for an assisted death, that some of them may be eligible in certain circumstances, and if that is the case, they'd be willing to help them.

Dr. Green: Thank you for the question. Regarding the issue of whether we do or don't support a second track for patients whose death is not reasonably foreseeable, I would reiterate up front, as a caveat, that our organization does not advocate for MAID for anyone in any particular circumstance. We advocate for a good structure, good system and good training for our clinicians to do the job under whatever law Canada has.

The proposal under Bill C-7 to make a two-track system is perhaps not one we think is the ideal system, but it is a reasonable system. The idea of having extra safeguards for those whose death is not reasonably foreseeable is not an unreasonable idea. We think there are enough safeguards in the proposed legislation that we don't see a need to change anything that's proposed in that manner.

Having said that, you've brought in the example of a case of a patient with MAID with dementia and the issue of mental health. I think the issue of mental health as a sole underlying condition for MAID is a very, very complex one, and our membership is somewhat divided about the proper safeguards that would need to be in place to serve that population. We welcome a robust conversation, which we expect will be coming forward very soon in the legislated review of Bill C-14. We hope to take part in that discussion.

I think it's best that I leave it there, except to say that the current law does not actually exclude people who have a sole underlying condition of mental illness. There are some examples of patients who have already met all the conditions under

soins palliatifs sont mentionnés au moment du diagnostic de toutes les maladies graves et sont offerts en tant qu'approche primaire par tous les cliniciens du Canada.

Le sénateur Campbell : C'est utile.

Le sénateur Dalphond : Docteur Green, si je comprends bien, votre organisme soutient l'accès à l'AMM, selon la seconde stratégie proposée par le gouvernement, soit dans les cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible? Et en ce qui concerne cette question, quel est l'avis de votre organisme sur l'exclusion des maladies mentales, compte tenu de ce que vous auriez dit en commentant un cas en Colombie-Britannique :

Selon moi, la majorité des fournisseurs du pays sont arrivés à la conclusion qu'on peut évaluer les patients atteints de démence pour leur donner accès à l'AMM, que certains d'entre eux peuvent être admissibles dans certaines circonstances, et si c'est le cas, les fournisseurs seraient prêts à les aider.

Dre Green : Je vous remercie de poser la question. Concernant la question de savoir si nous soutenons un second volet pour les patients dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, j'aimerais rappeler d'emblée, à titre de mise en garde, que notre organisme ne fait la promotion de l'AMM auprès de personne, dans aucune circonstance particulière. Nous préconisons une bonne structure, un bon système et une bonne formation pour nos cliniciens afin de leur permettre de faire leur travail en vertu des lois en vigueur au Canada.

La proposition faite dans le cadre du projet de loi C-7 visant à mettre en place un système à deux volets n'est peut-être pas le système idéal, à notre avis, mais c'est un système raisonnable. L'idée d'avoir des mesures de sauvegarde pour les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible n'est pas une idée déraisonnable. Nous pensons que le projet de loi proposé prévoit suffisamment de mesures de sauvegarde, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de modifier quoi que ce soit qui a été proposé de cette manière.

Cela étant dit, vous avez donné l'exemple du cas d'un patient ayant accès à l'AMM et atteint de démence, et la question de la santé mentale. Je pense que la question de la santé mentale, comme seule condition invoquée pour avoir accès à une AMM, est une question très, très complexe, et nos membres sont quelque peu partagés concernant les mesures de sauvegarde appropriées qui devraient être mises en place pour servir cette population. Nous sommes en faveur d'une discussion sérieuse, qui devrait avoir lieu très prochainement, dans le cadre de l'examen législatif du projet de loi C-14. J'espère que nous ferons partie de cette discussion.

Je pense qu'il est préférable que je m'en tienne à cela, sauf pour dire que la loi actuelle n'exclut pas réellement les personnes dont la seule affection invoquée pour avoir accès à l'AMM est la maladie mentale. Il y a quelques exemples de patients qui ont

Bill C-14 and have received MAID, and have done so under the law under rigorous scrutiny. Regarding the idea that some patients with dementia might also meet the criteria, I am, as a MAID provider and assessor, in agreement with the fact that it can be true. I've personally seen that and personally assisted people in that situation.

It's certainly not common. It's very complex. Our association has attempted to provide guidance on how to deal with those situations, and we continue to set the highest of medical standards in these complex cases, and we will continue to do so going forward.

Senator Dalphond: So I gather that what is proposed is more restrictive than what exists now in regard to mental illness.

Dr. Green: In regard to mental illness, we find that what is proposed is exclusionary to those who have mental health as a sole underlying condition, and that is absolutely more restrictive than what exists now. I'm not a lawyer, but I imagine that someone will charge that is discriminatory and challenge that in the courts, just as "reasonably foreseeable" was challenged. I can't speak to that as I'm not a lawyer.

I expect that, more rationally, this is buying more time to have the discussion we need to have around mental health. One way around that in Bill C-7 — one thing I might propose you consider seriously — is putting a sunset clause on this exclusion for mental health patients so that it puts the feet of the government to the fire and compels them to have the discussions needed to deal with these patients.

Senator Plett: My questions are for Dr. Herx.

Doctor, this bill proposes to make assisted suicide a standard of care for physicians like you to provide referrals and recommendations. In the House of Commons Justice Committee, Dr. Ramona Coelho told the committee that doctors are leaving the profession across Canada because of the imposition of assisted suicide on their practice. The government assures Canadians that conscience rights of physicians will be protected in this bill. In fact, Minister Lametti told me and the members of this committee this morning that Bill C-14 already protected conscience rights of doctors and tried to suggest that because some Conservative MPs supported the language in the existing legislation, that should give me some comfort.

déjà satisfait à tous les critères du projet de loi C-14, et qui ont reçu l'AMM, et ils l'ont fait conformément à la loi, sous une surveillance rigoureuse. En ce qui concerne l'idée selon laquelle certains patients atteints de démence pourraient également répondre aux critères, je suis, en tant qu'évaluatrice et prestataire de l'AMM, en accord avec le fait que c'est peut-être vrai. Je l'ai personnellement vu et j'ai personnellement aidé des personnes qui étaient dans cette situation.

Ce n'est certainement pas courant. C'est très complexe. Notre association a tenté de fournir des conseils sur la façon de gérer ces situations, et nous continuons d'établir les normes médicales les plus élevées pour faire face à ces cas complexes, et nous continuerons à le faire, à l'avenir.

Le sénateur Dalphond : Pour ce qui est des maladies mentales, je crois comprendre que ce qui est proposé est plus restrictif que ce qui existe actuellement.

Dre Green : En ce qui concerne les maladies mentales, nous estimons que ce qui est proposé exclut les personnes dont la santé mentale est la seule affection invoquée, et c'est encore plus contraignant que ce qui existe actuellement. Je ne suis pas avocate, mais j'imagine que quelqu'un portera plainte pour discrimination et contestera cette disposition devant les tribunaux, tout comme l'expression « raisonnablement prévisible » a été contestée. Je ne peux pas en parler, car je ne suis pas avocate.

Je suppose que cela nous permettra, de manière plus rationnelle, de gagner plus de temps pour avoir la discussion que nous devons avoir au sujet de la santé mentale. Une manière de contourner cela dans le projet de loi C-7 — une chose que je pourrais vous proposer d'envisager sérieusement —, c'est d'inclure une disposition de réexamen concernant l'exclusion des patients ayant des troubles de santé mentale, de façon à mettre les responsables du gouvernement au pied du mur et à les obliger de tenir les discussions nécessaires pour traiter ces patients.

Le sénateur Plett : Mes questions s'adressent à la Dre Herx.

Docteure, ce projet de loi prévoit faire du suicide assisté une norme de soins pour les médecins comme vous pour vous permettre d'orienter les patients et de faire des recommandations. Au Comité de la justice de la Chambre des communes, la Dre Ramona Coelho a dit au comité que les médecins quittent la profession dans tout le Canada, parce que le suicide assisté leur est imposé dans leur pratique. Le gouvernement assure aux Canadiens que les droits à la liberté de conscience des médecins seront protégés dans ce projet de loi. En fait, le ministre Lametti m'a dit ce matin ainsi qu'aux membres de ce comité que le projet de loi C-14 protégeait déjà les droits à la liberté de conscience des médecins, et a tenté de laisser entendre que, étant donné que certains députés conservateurs avaient appuyé le libellé actuel du projet de loi, cela devrait me rassurer un peu.

Doctor, I would rather get my information from someone on the front lines. In your opinion, are the conscience rights of physicians adequately protected, and do you have any concerns regarding the conscience protections of this bill if it is passed without amendments?

Dr. Herx: Thank you, Senator Plett. That's a very critical question that's a matter of great importance to many physicians.

The answer is "no." The way the clause for conscience protection is currently written in Bill C-14 is not clear enough or enforceable to prevent forced participation in MAID in both a direct and an indirect manner. We can see that in real life through the Ontario Superior Court ruling, which said that physicians would have to provide an effective referral for MAID, and which requires us to participate in and facilitate MAID for someone when we may not think that it's indicated from a professional perspective or it may go against our moral integrity. There is not adequate protection currently in that Bill C-14 clause.

I can give you many examples of colleagues who have retired early from palliative care because they didn't want to be facilitating and participating in MAID. I know other physicians who have left the practice of palliative care because of this. Palliative care has really been the canary in the coal mine. It's been on the front lines because every day we deal with people who are facing the possibility of their own death. Those expressions of suffering, as I've mentioned, come across as a desire to die and we're often forced into conversations around MAID. If a patient requests it, we will absolutely give information and make sure patients are informed. Being informed about your options at a patient request is very different to saying this is equal to the standard of medical care, which Bill C-7 proposes.

With this legislation, the way it's written without amendments, doctors will be required to possibly facilitate the death of a patient through MAID when they have a treatable illness, something that they have good evidence-based medical care for that a patient will choose not to have but will instead request MAID. Doctors from every medical specialty, not just palliative care, are going to be impacted by this. We really need to get it right if we're going to be expanding MAID under Bill C-7 to say both direct and indirect participation in MAID must not be forced on physicians. We must practise according to our professional integrity and moral compass, and we must not be forced to facilitate something that is not in the best interests of the patient.

Docteur, je préférerais obtenir mes informations de quelqu'un qui est en première ligne. À votre avis, les droits à la liberté de conscience des médecins sont-ils protégés de manière adéquate, et avez-vous des préoccupations concernant la protection des droits à la liberté de conscience prévue dans ce projet de loi, s'il est adopté sans modifications?

Dre Herx : Merci, sénateur Plett. C'est une question cruciale qui est très importante pour un grand nombre de médecins.

La réponse est « non ». Le libellé actuel de la disposition sur la protection des droits à la liberté de conscience prévue dans le projet de loi C-14 n'est pas assez clair ni exécutoire pour prévenir une participation forcée, de manière directe et indirecte, à l'AMM. Nous pouvons voir cela dans la vraie vie, dans la décision de la Cour supérieure de l'Ontario, selon laquelle les médecins devront fournir une recommandation effective pour l'AMM, qui exige que nous participions et que nous facilitions l'accès à l'AMM pour une personne, dans des cas où nous pensons peut-être que ce n'est pas indiqué d'un point de vue professionnel ou que cela est contraire à notre intégrité morale. Actuellement, il n'y a pas de protection adéquate dans cette disposition du projet de loi C-14.

Je peux vous donner de nombreux exemples de collègues qui ont pris leur retraite anticipée des soins palliatifs, parce qu'ils ne voulaient pas faciliter l'AMM et y participer. Je connais d'autres médecins qui ont quitté les soins palliatifs à cause de cela. Les soins palliatifs ont réellement fait office de canari dans la mine de charbon. Ils sont en première ligne, car, tous les jours, nous traitons des gens qui sont face à la possibilité de mourir. Ces expressions de souffrance, comme je l'ai mentionné, sont considérées comme un désir de mourir, et nous sommes souvent forcés d'avoir des discussions sur l'AMM. Si un patient en fait la demande, nous fournirons certainement les informations et nous nous assurerons que les patients sont au courant. Le fait d'informer un patient concernant les options qui s'offrent à lui, à la suite d'une demande, est très différent du fait de dire que cela équivaut à la norme en matière de soins médicaux, ce que le projet de loi C-7 propose.

En ce qui concerne ce projet de loi, son libellé actuel sans modifications prévoit que les médecins seront probablement tenus de faciliter le décès d'un patient au moyen de l'AMM, même si ce dernier a une maladie traitable, une maladie pour laquelle les médecins disposent de bons soins médicaux fondés sur des données probantes qu'un patient choisira de ne pas recevoir, car il demandera plutôt à recevoir l'AMM. Les médecins de toutes les spécialités de médecine, pas seulement ceux qui travaillent dans les soins palliatifs, seront touchés par cela. Nous devons réellement faire les choses correctement, si nous comptons élargir l'accès à l'AMM, au titre du projet de loi C-7, les médecins ne devront pas être forcés de participer directement ou indirectement à une AMM. Nous devons exercer

The way this bill is written, by making MAID a medical standard of care and a choice amongst other options, doctors are going to be in a place where they either have to leave medicine or facilitate the deaths of their patients with treatable illnesses. That is an important concept that many doctors in Canada have not yet understood. Please, it's important to strengthen the conscience clause so we don't all have to leave medicine.

Senator Plett: We will try, Doctor. We will try.

Senator Boyer: My question is for Dr. Buchman. During our public consultations earlier this year and the Indigenous round table, one of the issues that was raised was that Indigenous peoples may choose MAID due to a lack of access to adequate health care services, and we heard about vulnerable populations earlier. Examples include a lack of culturally appropriate palliative care programs, pain management, health supports, et cetera. Some indicated that the best protection or safeguard would be to improve access to culturally safe health care services and other social supports. This is backed up by data from a recent Statistics Canada report indicating that 1 in 10 First Nations people living on a reserve reported that they had unmet health care services in the last 12 months.

In your opinion, does the lack of access to adequate health care services restrict Indigenous peoples' access to MAID?

Dr. Buchman: Thank you very much for your question, senator. I think it's similar to all areas of health care. The lack of adequate resources to our First Nations and Indigenous peoples across the country is compromised. We don't have adequate access to health care services, and that includes, of course, palliative care. They would also have the same restrictive access to MAID. At the CMA we have been advocating for the cultural humility that's required to provide care to our First Nations peoples across the country. It's absolutely critical that access to all health services be improved for First Nations populations across the country.

It's completely consistent with the policy. They need access to palliative care, but they also need access to the option for MAID. We are working closely with groups across Canada who are focusing on providing culturally sensitive palliative care to all First Nations peoples as well.

notre profession selon notre intégrité professionnelle et notre sens moral, et nous ne devons pas être forcés à faciliter une chose qui n'est pas dans l'intérêt supérieur du patient.

Le libellé de ce projet de loi, qui prévoit de faire de l'AMM une norme de soins médicaux et un choix parmi d'autres options, poussera les médecins à devoir choisir entre quitter la médecine ou aider leurs patients atteints de maladies traitables à mourir. C'est un concept important que de nombreux médecins au Canada n'ont pas encore compris. S'il vous plaît, il est important de renforcer la disposition sur les droits à la liberté de conscience pour que nous n'ayons pas tous à arrêter de pratiquer la médecine.

Le sénateur Plett : Nous essaierons, docteur. Nous essaierons.

La sénatrice Boyer : Ma question s'adresse à la Dre Buchman. Plus tôt cette année, pendant nos consultations publiques et la table ronde avec les Autochtones, une des questions qui ont été soulevées, c'est que les Autochtones pourraient choisir l'AMM en raison du manque d'accès à des services de soins de santé adéquats, et nous avons tout à l'heure entendu parler des populations vulnérables en raison, par exemple, de l'absence de programmes de soins palliatifs conformes à la culture, de soulagement de la douleur, de soutien en santé, et cetera. Certains ont indiqué que la meilleure protection, ou mesures de sauvegarde serait d'améliorer l'accès à des services de santé et à d'autres soutiens sociaux respectueux des valeurs culturelles. Cela est étayé par les données d'un récent rapport de Statistique Canada, indiquant qu'une personne sur 10 parmi les Premières Nations vivant dans une réserve a déclaré ne pas avoir été satisfaite des services de soins de santé au cours des 12 derniers mois.

Selon vous, le manque d'accès à des services de soins de santé adéquats restreint-il l'accès des Autochtones à l'AMM?

Dr Buchman : Je vous remercie beaucoup d'avoir posé votre question, madame la sénatrice. Je pense que la situation est similaire dans tous les secteurs des soins de santé. Les ressources destinées aux Premières Nations et aux Autochtones laissent à désirer. Il n'y a pas d'accès adéquat aux services de soins de santé, et cela comprend, bien sûr, les soins palliatifs. Ils auraient également un accès limité à l'AMM. À l'Association médicale canadienne (AMC), nous défendons l'humilité culturelle nécessaire pour fournir des soins aux Premières Nations dans tout le pays. Il est absolument essentiel d'améliorer l'accès des Premières Nations à tous les services de santé, au Canada.

C'est entièrement cohérent avec la politique. Les Autochtones ont besoin d'avoir accès aux soins palliatifs, mais ils ont également besoin d'avoir accès à l'option de l'AMM. Nous travaillons en étroite collaboration avec des groupes dans tout le Canada qui se concentrent sur la fourniture de soins palliatifs tenant compte des différences culturelles à tous les peuples des Premières Nations également.

Senator Boyer: Thank you.

Senator Keating: I'd first like to thank Dr. Green for reminding us what this is about. This is about how to best implement whatever law Canada adopts. It's not a rewrite of the provisions that were in the original act, but it's trying to respond to a decision of the Superior Court of Quebec. For that, I thank you for your thoughtful suggestions for an amendment regarding how we can best improve the system. I'm going to waive the rest of my time so that Dr. Buchman can address or say what he wants to say about Senator Plett's question.

Dr. Buchman: Thank you very much, senator. It was just to add that the Canadian Medical Association surveyed our membership right across the country. We received over 6,000 responses to our surveys, more than any other surveys previously, and held several round tables across the country earlier this year. It was clear from our surveys that physicians were not going to leave the profession, leave the practice of palliative care or leave medicine because of the presence of MAID or the amendments that are proposed in Bill C-7. It's really just the point that I made. Our data does not support that physicians will be leaving this practice. I'm sure there are individual cases of physicians. We support those conscientious rights of conscientious objectors, and we support the rights of conscientious providers as well. We support the autonomy of individuals to make their own decisions, just as we support the autonomy of patients to make their own decisions as to whether they want to access MAID or not.

Senator Keating: Thank you so much for that clarification.

[Translation]

Senator Dupuis: I want to thank the witnesses for being with us today. My first question is for our three witnesses. We have heard a great deal about the distinction between palliative care and medical assistance in dying. However, if we focus on the matter before us, which is a bill on medical assistance in dying, I'd like to respond to Dr. Buchman's statement, with which I agree, that we have established a system in which people can request medical assistance in dying in very specific circumstances.

A very significant paradigm shift has occurred regarding end-of-life decisions and actions taken to end life, since that decision is now up to the patient. Do you agree that we should respect that decision and all it entails, meaning how care can be provided to the patient at various stages of the disease, since this is a secondary matter that doesn't directly concern respect for the

La sénatrice Boyer : Merci.

La sénatrice Keating : J'aimerais d'abord remercier la Dre Green de nous avoir rappelé de quoi il est question. Il s'agit de savoir comment appliquer au mieux les lois adoptées par le Canada. Il ne s'agit non pas de récrire les dispositions qui se trouvaient dans la loi originale, mais de tenter de répondre à une décision de la Cour supérieure du Québec. Pour cela, je vous remercie de vos propositions réfléchies concernant les modifications à apporter pour améliorer au mieux le système. Je vais céder le reste de mon temps de parole pour que le Dr Buchman puisse répondre ou réagir comme il veut à la question du sénateur Plett.

Dr Buchman : Merci beaucoup, madame la sénatrice. Je voulais simplement ajouter que l'Association médicale canadienne a interrogé nos membres dans tout le pays. Nous avons reçu plus de 6 000 réponses à nos sondages, plus que dans d'autres sondages précédents, et nous avons, plus tôt cette année, organisé plusieurs tables rondes dans tout le Canada. Nos sondages montraient clairement que les médecins n'allaient pas quitter la profession, la pratique des soins palliatifs ou la médecine, en raison de la présence de l'AMM ou des modifications proposées dans le projet de loi C-7. C'est réellement l'argument que j'ai fait valoir. Selon nos données, les médecins ne quitteront pas la pratique. Je suis certain qu'il existe des cas particuliers parmi les médecins. Nous soutenons les droits à la liberté de conscience des objecteurs de conscience et ceux des prestataires également. Nous soutenons l'autonomie des personnes dans leur propre prise de décisions, tout comme nous appuyons l'autonomie des patients au moment où ils prennent leurs propres décisions quant à savoir s'ils veulent avoir accès ou non à l'AMM.

La sénatrice Keating : Merci beaucoup de cet éclaircissement.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Je remercie les témoins d'être parmi nous aujourd'hui. Ma première question s'adresse à nos trois témoins. Nous avons entendu beaucoup de choses sur la distinction entre les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir. Cependant, si nous nous concentrons sur le sujet qui nous préoccupe présentement, c'est-à-dire un projet de loi sur l'aide médicale à mourir, j'aimerais faire suite à l'affirmation du Dr Buchman, sur laquelle je suis d'accord, selon laquelle nous avons établi un système qui permet à des gens de demander l'aide médicale à mourir dans des circonstances très précises.

Un changement de paradigme très important est survenu en ce qui concerne la décision concernant la fin de la vie ou l'action de mettre un terme à la vie, puisque cette décision appartient désormais au patient. Êtes-vous d'accord pour respecter cette décision et tout ce qui concerne le reste, à savoir comment les soins, à différents stades d'une maladie, pourront être fournis au

person's autonomy in the circumstances of the decision to request medical assistance in dying?

[English]

Dr. Buchman: Thank you for your question, senator. If I understand correctly, I think the important part of this is that when a patient becomes ill or develops a disease that is life-limiting, we need to hear and listen to their suffering. The importance of any physician, palliative care or otherwise, is to hear what the patient is saying.

The literature is clear in the wish to hasten death; there are many reasons. This has been noted before. I think it's incumbent upon the physician to address all aspects of their suffering — to really listen to that patient — and so when the patient says, “Doctor, I want to die,” I kind of hear, “Doctor, my life is intolerable, help me live.” It's incumbent on any physician to provide all the necessary services and resources to address that person's suffering. We often find that, then, the wish to hasten death actually disappears. However, even in the best of palliative care, it still doesn't always permit that patient's suffering to be addressed. At that point, they must know that medical assistance in dying is a legal option in this country. We have to share all potential options with the patient, but we first have to make every effort to address their suffering in whatever way because this often addresses their need.

Dr. Herx: Can I add to that?

The Chair: Please go ahead.

Dr. Herx: Thank you. I very much agree with what Dr. Buchman is saying. There are sometimes cases where that desire to hasten death goes away with good care. That's our whole concern with the removal of the 10-day waiting and reflection period. Without that, persons may have that desire for hastened death, and not really have another opportunity to have their care needs met and to change their mind. That's why removing the 10 days is just so dangerous. Thank you.

Dr. Green: As Dr. Buchman so eloquently answered, I think there is a spectrum of care. The umbrella title is “end-of-life care.” Our organization does not consider MAID and palliative care as different or butting heads. It's all care for the patient under the end-of-life care act. The quick answer to your question is that our organization will respect 150% whatever the outcome of this process is. We will always do that. I would mention that the 10-day reflection period is but a drop in the ocean of time that patients take to consider this tremendous, profound decision that they have often spent sometimes weeks, months, and often

patient, puisqu'il s'agit là d'une question secondaire qui ne concerne pas directement le respect de l'autonomie de la personne, dans le contexte de la décision de demander l'aide médicale à mourir?

[Traduction]

Dr Buchman : Je vous remercie de votre question, madame la sénatrice. Si j'ai bien compris, je pense que la partie la plus importante, c'est que, lorsqu'une personne tombe malade ou contracte une maladie limitant la durée de vie, nous devons entendre et écouter sa souffrance. Ce qui est important pour tous les médecins, que ce soit des médecins de soins palliatifs ou autres, c'est d'entendre ce que le patient dit.

La littérature est claire concernant le désir de hâter la mort; il y a de nombreuses raisons en cause. Cela a déjà été noté. Je pense qu'il incombe au médecin d'aborder tous les aspects des souffrances du patient — pour réellement écouter ce patient —, et donc, quand le patient dit : « Docteur, je veux mourir », j'entends : « Docteur, ma vie est insupportable, aidez-moi à vivre. » Il incombe à tous les médecins de fournir tous les services et les ressources nécessaires pour soulager la souffrance de la personne. Ensuite, nous constatons souvent que le désir de hâter la mort disparaît. Cependant, même les meilleurs soins palliatifs ne permettent pas toujours de soulager la souffrance du patient. À ce stade, les patients doivent être informés que l'AMM est une option légale au Canada. Nous devons communiquer toutes les options potentielles au patient, mais nous devons d'abord faire tous les efforts nécessaires pour soulager sa souffrance, de toutes les façons possibles, car cela répond souvent à son besoin.

Dre Herx : Puis-je ajouter quelque chose à cela?

La présidente : S'il vous plaît, allez-y.

Dre Herx : Merci. Je suis tout à fait d'accord avec ce que dit le Dr Buchman. Dans certains cas, le désir de hâter la mort disparaît quand les bons soins sont prodigués. D'où notre préoccupation concernant la suppression des 10 jours d'attente et de réflexion. Sans cette période, les gens peuvent avoir ce désir de hâter la mort, sans avoir réellement une autre possibilité que l'on réponde à leurs besoins, et puis changer d'avis. C'est pour cette raison qu'il est si dangereux de supprimer la période de 10 jours. Merci.

Dre Green : Comme a si bien répondu le Dr Buchman, je crois qu'il y a un éventail de soins. Le titre général est « soins en fin de vie ». Notre organisme ne considère pas l'AMM et les soins palliatifs comme étant différents ou opposés. Ce sont tous des soins qui s'offrent au patient, en vertu de la loi concernant les soins de fin de vie. La réponse rapide à votre question, c'est que notre organisme respecte en tous points les résultats de ce processus, quels qu'ils soient. Nous ferons toujours cela. Je mentionnerai que la période de 10 jours de réflexion n'est rien d'autre qu'une goutte dans l'océan du temps que prennent les

years considering. The 10-day reflection is not reflective of that decision process at all.

The Chair: The hour has just flown by, and you can see there are so many questions my colleagues want to ask. There may be another opportunity, so I want to thank all three of you for taking the time to meet with us today.

We are now ready to welcome our next panel of witnesses. Thank you all very much for making time to come to the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs.

As you know, we are studying medical assistance in dying, and so we really look forward to hearing from you. As we have limited time, may I please ask that you avoid long preambles. You will have five minutes to make your presentation, and then we will have questions.

We have three panellists: from Inclusion Canada, Krista Carr, Executive Vice-President; from the Council of Canadians with Disabilities, we have Amy Hasbrouck, Executive Director of Toujours Vivant-Not Dead Yet, a project of the Council of Canadians with Disabilities; and from the DisAbled Women's Network of Canada, we are joined by Bonnie Brayton, National Executive Director.

We appreciate you being here. We will get started right away.

Krista Carr, Executive Vice-President, Inclusion Canada: Good afternoon. I'm Krista Carr, Executive Vice-President of Inclusion Canada, formerly the Canadian Association for Community Living, Canada's national organization for people with intellectual disabilities and their families. Inclusion Canada has advocated for safeguards in MAID since we intervened in the *Carter* case. Our biggest fear has always been that having a disability would become an acceptable reason for state-provided suicide. Bill C-7 is our worst nightmare. Inclusion Canada stands united with all national disability organizations in calling for MAID to be restricted to the end of life.

The disability community is appalled that Bill C-7 would allow people with a disability to have their lives ended when they are suffering but not dying. This is not how we respond to the suffering of any other group of Canadians, much less any other Charter-protected group. We're told the abrupt pace of passage through Parliament has been set by the Superior Court of Quebec, yet amending the Criminal Code to satisfy a Superior Court decision appears unprecedented. We're told Canadians want this, yet every national disability organization is opposed. Respect for autonomy necessitates that our voices prevail.

patients pour envisager cette grande et profonde décision, qu'ils ont souvent passé des semaines, des mois, voire des années à envisager. Les 10 jours de réflexion ne reflètent pas du tout le processus décisionnel.

La présidente : L'heure vient de s'écouler, et comme vous pouvez le voir, mes collègues ont encore beaucoup de questions à poser. Il y aura peut-être une autre occasion; je tiens donc à vous remercier tous les trois d'avoir pris le temps de nous rencontrer aujourd'hui.

Nous sommes maintenant prêts à accueillir notre deuxième groupe de témoins. Je vous remercie tous d'avoir pris le temps de venir au Comité permanent des affaires juridiques et constitutionnelles.

Comme vous le savez, nous sommes en train d'étudier l'aide médicale à mourir, et nous avons donc hâte d'entendre vos témoignages. Puisque notre temps est limité, j'aimerais vous demander, s'il vous plaît, d'éviter les longs préambules. Vous aurez cinq minutes pour présenter votre exposé, et nous passerons ensuite aux questions.

Nous avons trois témoins : Krista Carr, vice-présidente exécutive d'Inclusion Canada; nous accueillons aussi Amy Hasbrouck, directrice générale, Toujours Vivant-Not Dead Yet, un projet du Conseil des Canadiens avec Déficiences; et Bonnie Brayton, directrice nationale du Réseau d'action des femmes handicapées.

Merci d'être ici. Nous allons tout de suite commencer.

Krista Carr, vice-présidente exécutive, Inclusion Canada : Bonjour. Je suis Krista Carr, vice-présidente exécutive d'Inclusion Canada, anciennement l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, organisme canadien pour les personnes atteintes de déficience intellectuelle et leur famille. Inclusion Canada a défendu les mesures de sauvegarde au chapitre de l'AMM, depuis que nous sommes intervenus dans l'affaire *Carter*. Notre plus grande crainte a toujours été qu'un handicap devienne une raison valable pour un suicide assisté par l'État. Le projet de loi C-7 est notre pire cauchemar. Inclusion Canada est solidaire de toutes les organisations nationales de personnes handicapées et demande que le programme d'AMM se limite à la fin de vie.

L'ensemble des personnes handicapées sont consternées que le projet de loi C-7 permette aux personnes handicapées de mettre fin à leur vie, alors qu'elles souffrent, mais ne sont pas mourantes. Ce n'est pas de cette façon que nous répondons à la souffrance des autres groupes de Canadiens, sans parler des autres groupes protégés par la Charte. On nous dit que c'est la Cour supérieure du Québec qui a accéléré le cheminement du projet de loi au Parlement; néanmoins, modifier le Code criminel pour satisfaire à une décision d'une cour supérieure semble être sans précédent. On nous dit que les Canadiens veulent cela,

If Canadians supported assisted suicide for Indigenous or LGBTQ2S+ citizens, for example, who are suffering as a result of being Indigenous or their gender identity, we would not be here today. Canadians recognize suicide is more prevalent amongst those who experience systemic racism or societal devaluation, and thus prevention is a necessity and every life lost is a tragedy. Why is it not just as great a tragedy for an Indigenous person with a disability or someone with any other gender identity who has a disability?

The human rights of a Charter-protected group must never be a matter of public opinion. Equating assisted suicide to an equality right is a moral affront. There are three points I'd like to cover today.

First, why us? As no other Charter-protected Canadian life is being put at risk by this bill, there is only one answer to this question, the lives of Canadians with disabilities are not of equal value. Language and perceptions are powerful. Including disability as a condition warranting assisted suicide equates to declaring some lives not worth living — a historically horrific premise with consequences that should terrify us all and clearly terrifies the disability community, including their families.

Second, people with an intellectual disability and their families are in a constant struggle for inclusion — a universal human right not yet fully realized in Canada. When people with intellectual disabilities suffer because of their pervasive exclusion and marginalization, we now fear they will be encouraged to end their lives, rather than address their suffering as we do for every other Canadian who tries to end their suffering through suicide. Their lives are now judged as not worth saving.

To be clear, an inclusive life remains elusive for a majority of adults with intellectual disabilities. There is no right to adequate supports in Canada, and 75% of adults with intellectual disabilities are unemployed. They are three times more likely to be living in poverty, four times more likely to experience violence and a staggering number of people with intellectual disabilities remain housed in institutions and long-term care. Canada is failing its commitments under the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, or CRPD, to uphold the rights and inherent dignity of all people with disabilities. Persons with disabilities in Canada suffer an inadequate patchwork of

pourtant, toutes les organisations nationales de personnes handicapées s'y opposent. Le respect de l'autonomie exige que notre voix soit entendue.

Si les Canadiens soutenaient le suicide assisté pour les Autochtones ou pour les citoyens appartenant à la communauté LGBTQ2S+, par exemple, qui souffrent parce qu'ils sont Autochtones ou en raison de leur identité de genre, nous ne serions pas ici, aujourd'hui. Les Canadiens reconnaissent que le suicide est plus courant parmi les personnes qui sont victimes de racisme systémique ou de dévalorisation sociale; la prévention est donc nécessaire, et chaque vie perdue est une tragédie. Pourquoi n'est-ce pas une tragédie tout aussi grande pour un Autochtone handicapé ou pour une personne handicapée ayant une autre identité de genre?

Les droits de la personne d'un groupe protégé par la Charte ne doivent jamais être une question d'opinion publique. Assimiler le suicide assisté à un droit à l'égalité est un affront moral. Aujourd'hui, j'aimerais parler de trois points.

D'abord, pourquoi nous? Étant donné que la vie d'aucun autre Canadien protégé par la Charte n'est mise en danger par ce projet de loi, il n'y a qu'une seule réponse à cette question : la vie des Canadiens handicapés n'a pas la même valeur. Les mots et les perceptions sont puissants. Le fait d'inclure un handicap comme un état justifiant un suicide assisté équivaut à déclarer que la vie de certaines personnes ne vaut pas la peine d'être vécue, un principe terrible sur le plan historique ayant des conséquences qui devraient tous nous terrifier, et qui terrifient clairement l'ensemble des personnes handicapées, y compris leur famille.

Ensuite, les personnes atteintes de déficience intellectuelle et leur famille luttent constamment pour être incluses; c'est là un droit humain universel qui n'est pas encore complètement garanti au Canada. Quand des personnes ayant des déficiences intellectuelles souffrent de leur exclusion et de leur marginalisation généralisées, nous craignons à présent que ces personnes soient encouragées à mettre fin à leur vie, plutôt que de traiter leur souffrance, comme nous le faisons pour chaque autre Canadien qui tente de mettre fin à sa souffrance par le suicide. Leurs vies sont maintenant jugées comme ne valant pas la peine d'être sauvées.

Soyons clairs, une vie inclusive reste impossible pour une majorité d'adultes ayant des déficiences intellectuelles. Il n'y a pas de droit à des soutiens adéquats au Canada, et 75 % des adultes ayant des déficiences intellectuelles sont au chômage. Il est trois fois plus probable que ces personnes vivent dans la pauvreté, quatre fois plus probable qu'elles subissent de la violence, et un nombre effarant de personnes ayant des déficiences intellectuelles restent confinées dans des établissements de soins de longue durée. Le Canada ne respecte pas ses engagements pris dans le cadre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU, en matière de

supports and services with extensive wait lists. A state-sanctioned death is not the solution.

My third and final point is that, until now, MAID has been restricted to end-of-life circumstances. The end-of-life requirement was the only safeguard whereby disability was not the sole criterion. With having a disability itself under Bill C-7 as a justification for the termination of life, the very essence of the Canadian Charter of Rights and Freedoms would be shattered. Discrimination on the basis of disability would once again be entrenched in Canadian law.

People with disabilities have historically been devalued and marginalized in Canada, and that remains to be sufficiently remedied. Bill C-7 further devalues the lives of people with disabilities. It fundamentally changes MAID from physician assistance in dying near the end of life to physician-assisted suicide on the basis of disability. The lives of people with disabilities are as necessary to the integrity of the human family as any other dimension of humanity, and this threat to the lives of people with disabilities is a threat to us all.

We urge the committee to seek an amendment to sustain MAID as only available to those who are close to dying and unequivocally restrict anyone with a disability from having their life ended unless their natural death is imminent. Thank you.

The Chair: Thank you.

Amy E. Hasbrouck, Executive Director, Toujours Vivant-Not Dead Yet a project of the Council of Canadians with Disabilities: Thank you very much to this committee for the opportunity to speak to you today. I am speaking to you from Valleyfield, Quebec, which is on St. Lawrence Iroquoian, Mohawk and Haudenosaunee Confederacy land.

Toujours Vivant-Not Dead Yet is a project of the Council of Canadians with Disabilities to inform, unify and give voice to the disability-rights-based opposition to assisted suicide, euthanasia and other ending-of-life practices that have a disproportionate impact on disabled people, women, elders, Indigenous and racialized people and persons subject to other forms of oppression. Toujours Vivant-Not Dead Yet was founded in 2013 as a progressive, non-religious organization of disabled people and our allies. We believe there can be no free choice to die while old, ill and disabled people don't have a free choice in where and how we live. We recognize that this movement for assisted suicide is driven by the devaluation of disabled lives captured in the phrase "better dead than disabled" and manifest in society's inequitable application of suicide

défense des droits et de la dignité inhérente de toutes les personnes handicapées. Au Canada, les personnes handicapées souffrent d'un ensemble de mesures disparates inadéquates en matière de soutien et de services assortis de longues listes d'attente. Une mort autorisée par l'État n'est pas la solution.

Mon troisième et dernier point, c'est que, jusqu'à présent, l'AMM a été limitée aux situations de fin de vie. L'exigence relative à la fin de vie était la seule mesure de sauvegarde où le handicap n'était pas le seul critère. Le fait que le handicap lui-même justifie de mettre fin à la vie, au titre du projet de loi C-7, touche à l'essence même de la Charte canadienne des droits et libertés. La discrimination fondée sur le handicap serait une fois de plus ancrée dans le droit canadien.

Par le passé, les personnes handicapées ont historiquement été dévalorisées et marginalisées au Canada, cela doit être dûment corrigé. Le projet de loi C-7 dévalorise encore davantage la vie des personnes handicapées. Il modifie fondamentalement l'AMM : on passe des médecins aidant des patients qui sont sur le point de mourir à le faire au suicide assisté par un médecin en raison du handicap. La vie des personnes handicapées est aussi nécessaire à l'intégrité de la famille humaine que toute autre dimension de l'humanité, et cette menace à la vie des personnes handicapées est une menace pour nous tous.

Nous exhortons le comité à obtenir une modification pour soutenir l'accès à l'AMM seulement dans le cas des personnes qui sont sur le point de mourir et limiter catégoriquement l'accès à l'AMM à toute personne handicapée, à moins que sa mort naturelle ne soit imminente. Merci.

La présidente : Merci.

Amy E. Hasbrouck, directrice générale, Toujours Vivant-Not Dead Yet, un projet du Conseil des Canadiens avec Déficiences : Je remercie énormément le comité de me donner l'occasion de vous parler, aujourd'hui. Je vous parle de Valleyfield, au Québec, qui se trouve sur la terre de la Confédération iroquoise du Saint-Laurent, Mohawk et Haudenosaunee.

Toujours Vivant-Not Dead Yet est un projet du Conseil des Canadiens avec Déficiences visant à informer, à réunir et à donner une voix à l'opposition, fondée sur les droits des personnes handicapées, au suicide assisté, à l'euthanasie et à d'autres pratiques de fin de vie qui ont des répercussions disproportionnées sur les personnes handicapées, les femmes, les personnes âgées, les Autochtones et les personnes racisées de même que les personnes victimes d'autres formes d'oppression. Toujours Vivant-Not Dead Yet a été fondé en 2013 comme une organisation progressiste, laïque, de personnes handicapées et de nos alliés. Nous croyons qu'il ne peut y avoir de libre choix de mourir, alors que des personnes âgées, malades et handicapées n'ont pas un libre choix du lieu où elles vivent et de leur mode de vie. Nous reconnaissons que ce mouvement en faveur du

prevention policies where non-disabled people who want to die get suicide-prevention services while disabled people get suicide-completion services.

In its 2015 decision in *Carter v. Canada (Attorney General)* that struck down the prohibition on physician-assisted dying, the Supreme Court said that protecting vulnerable people, such as elders, women, LGBTQI and disabled peoples and Indigenous and racialized people, would require a carefully designed system imposing stringent limits that are scrupulously monitored and enforced. The language and implementation of Bill C-14, the medical assistance in dying, or MAID, law, have not met the *Carter* mandate. Bill C-7 compounds this failure by rolling back protections beyond what is mandated by the Superior Court of Quebec in the *Truchon c. Procureur général du Canada* decision and before Parliament has done the five-year review required in the MAID statute.

Far from being “an exceptional measure for exceptional cases”, as promised by Véronique Hivon, chief sponsor of Quebec’s euthanasia law, Canada’s program already has resulted in the deaths of nearly 20,000 disabled people, many of whom also had a terminal illness. The MAID statute is notable for the safeguards that are missing. For example, requiring people to exercise their autonomy by taking the lethal dose themselves, as is the case in the U.S., where only assisted suicide — not euthanasia — is allowed, would reduce assisted deaths by 90%. The provision of palliative care, community supports for independent living or even suicide-prevention interventions are not prerequisites for MAID eligibility. And as Katherine Sorenson learned, there is no remedy for the common practice of doctor shopping where multiple determinations of ineligibility can be invalidated by two “yes” votes and the family has no legal recourse. Nor did the family of Alan Nichols, who was euthanized in 2019 despite a mental illness that affected his mood and judgment but who did not have a life-threatening medical condition.

In her 2019 End of Mission Statement, Catalina Devandas-Aguilar, United Nations Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, said that she was extremely concerned about the implementation of legislation on medical assistance in dying as well as the lack of options for independent living.

suicide assisté est alimenté par la dévalorisation de la vie des

personnes handicapées, qui se traduit par l’expression « mieux vaut être mort que handicapé » et se manifeste par une application inéquitable par la société des politiques en matière de prévention du suicide, dans des cas où des personnes non handicapées veulent mourir et reçoivent des services de prévention au suicide, alors que des personnes handicapées reçoivent des services leur donnant accès au suicide.

Dans sa décision de 2015 dans l’affaire *Carter c. Canada (Procureur général du Canada)* qui a annulé l’interdiction de l’aide médicale à mourir, la Cour suprême a déclaré que la protection des personnes vulnérables, telles que les personnes âgées, les femmes, les personnes LGBTQI et les personnes handicapées, ainsi que les Autochtones et les personnes racialisées, exige un système soigneusement conçu imposant des limites strictes scrupuleusement surveillées et appliquées. Le libellé et la mise en œuvre du projet de loi C-14, l’aide médicale à mourir ou l’AMM n’ont pas satisfait au mandat *Carter*. Le projet de loi C-7 aggrave cet échec en annulant les protections au-delà de ce qui est mandaté par la Cour supérieure du Québec dans la décision *Truchon c. Procureur général du Canada* et avant que le Parlement n’ait procédé à l’examen quinquennal requis dans la loi sur l’AMM.

Loin d’être « une mesure exceptionnelle pour des cas exceptionnels » comme l’a promis Véronique Hivon, commanditaire en chef de la loi québécoise sur l’euthanasie, le programme du Canada a déjà entraîné la mort de près de 20 000 personnes avec déficience, dont beaucoup étaient également en phase terminale. Le statut de l’AMM se distingue par les garanties manquantes. Par exemple, obliger les gens à exercer leur autonomie en prenant eux-mêmes la dose létale — comme c’est le cas aux États-Unis où seul le suicide assisté, et non l’euthanasie, est autorisé — réduirait de 90 % les décès assistés. La prestation de soins palliatifs, le soutien communautaire pour une vie autonome ou même les interventions de prévention du suicide ne sont pas non plus une condition préalable à l’admissibilité à l’AMM. Et comme Katherine Sorenson l’a appris, il n’y a pas de remède à la pratique courante du magasinage des médecins, où de multiples déterminations d’inadmissibilité peuvent être invalidées par deux votes « oui », et la famille n’a aucun recours juridique. Pas plus que la famille d’Alan Nichols, qui a été euthanasié en 2019 malgré une maladie mentale qui a affecté son humeur et son jugement, mais qui n’avait pas de maladie mettant sa vie en danger.

Dans ses observations préliminaires de 2019, la Rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas-Aguilar, a déclaré qu’elle était extrêmement préoccupée par la mise en œuvre de la législation sur l’aide médicale à mourir ainsi que le manque d’options pour une vie autonome.

In our series of webcasts, “No Free Choice,” TVNDY has documented numerous examples of persons who sought assisted death because they did not have the services and supports they needed to maintain a reasonable quality of life. Offering assisted dying to people stuck in institutions raises the same issues as those noted by Ivan Zinger in the annual report of the Office of the Correctional Investigator.

There are three known cases of MAID in federal corrections . . . and each raises fundamental questions around consent, choice, and dignity.

During the pandemic, disability rights advocates have joined with racial and other social justice movements to declare that nobody is disposable; yet 80% of deaths from COVID-19 have occurred in long-term care facilities.

Last year, the Quebec Superior Court, in its *Truchon* decision, struck down the section of the MAID law requiring that the person’s natural death be “reasonably foreseeable.” By choosing not to appeal that decision, the Liberal government signalled its approval for the euthanasia of disabled people who are not near the end of life. Then, rather than limiting its legislative response to the scope of the *Truchon* decision, the Liberal government set forth a bill that makes substantial amendments to the MAID program before the five-year review mandated by Bill C-14 has been accomplished.

Bill C-7 would reduce the number of witnesses required to sign the written request from two to one and allow the person to be a care provider, thus setting the stage for an abusive attendant to coerce a person to ask for death and then serve as the only witness to that request. Instead of clarifying what it means for someone’s natural death to be reasonably foreseeable or simply scrapping this slippery and malleable concept altogether —

The Chair: Ms. Hasbrouck, may I ask you to wind up, please? You have reached your time limit.

Ms. Hasbrouck: Okay.

Instead of rushing to pass overreaching legislation to meet a court-imposed deadline in the midst of a pandemic, Parliament should concentrate on performing a rigorous and balanced examination of the euthanasia program as a whole. Thank you very much. I can take questions in French, also.

The Chair: Thank you.

Dans notre série de webémissions « Le choix n’est pas libre », TVNDY a documenté de nombreux exemples de personnes qui ont demandé l’aide à mourir parce qu’elles n’avaient pas les services et le soutien dont elles avaient besoin pour maintenir une qualité de vie raisonnable. Offrir une aide à mourir aux personnes emprisonnées dans des établissements soulève les mêmes problèmes que ceux relevés par Ivan Zinger dans le rapport annuel du Bureau de l’enquêteur correctionnel.

Il y a trois cas connus où l’AMM a été offerte au sein des services correctionnels fédéraux... Chacun de ces cas soulève des questions fondamentales au sujet du consentement, du choix et de la dignité.

Pendant la pandémie, des militants des droits des personnes handicapées se sont joints aux mouvements raciaux et aux autres mouvements de justice sociale pour déclarer qu’aucun corps n’est jetable, mais 80 % des décès dus à la COVID-19 sont survenus dans des établissements de soins de longue durée.

L’an dernier, dans l’affaire *Truchon*, la Cour supérieure du Québec a invalidé l’article de la loi sur l’AMM exigeant que la mort naturelle de la personne soit « raisonnablement prévisible ». En choisissant de ne pas faire appel de cette décision, le gouvernement libéral a marqué son approbation de l’euthanasie des personnes en situation de handicap qui ne sont pas en fin de vie. Ensuite, plutôt que de limiter sa réponse législative à la portée de la décision *Truchon*, le gouvernement libéral a présenté un projet de loi qui apporte des modifications de fonds au programme d’AMM avant que l’examen quinquennal prescrit par le projet de loi C-14 ne soit accompli.

Le projet de loi C-7 réduirait le nombre de témoins requis pour signer la demande écrite de deux à un, et permettrait à cette personne d’être un fournisseur de soins, préparant ainsi le terrain pour qu’un préposé abusif contraigne une personne à demander la mort, puis de servir de seul témoin de la demande. Au lieu de clarifier ce que signifie le fait que la mort naturelle d’une personne soit raisonnablement prévisible ou de supprimer complètement le concept glissant et malléable...

La présidente : Madame Hasbrouck, puis-je vous demander de conclure, s’il vous plaît? Votre temps de parole est écoulé.

Mme Hasbrouck : D’accord.

Au lieu de se précipiter pour adopter une législation démesurée afin de respecter un délai imposé par le tribunal au milieu d’une pandémie, le Parlement devrait se concentrer sur la réalisation d’un examen rigoureux et équilibré du programme d’euthanasie dans son ensemble. Merci beaucoup. Je peux aussi répondre à des questions posées en français.

La présidente : Je vous remercie.

Bonnie Brayton, National Executive Director, The DisAbleD Women's Network of Canada: Good afternoon, Madam Chair and members of the committee. My warmest greetings to the other honoured members of the panel today.

Thank you for inviting me to appear. I am speaking from the unceded territory of the Kanyen'kehà:ka people. I remind us that truth and reconciliation is not about words. It is about how we conduct ourselves in the space of truth.

My name is Bonnie Brayton and I am the National Executive Director of the DisAbleD Women's Network of Canada, or DAWN Canada. We are in our thirty-fifth year of service and yet we do not celebrate. According to Statistics Canada, 24% of women in Canada live with a disability. The rate of disability for Indigenous women is 34%. Women with disabilities experience the highest rates of gender-based violence at double the rate of non-disabled women. Our research, more than a footnote, shows clear evidence of systemic discrimination in gender-based violence policies and that women are becoming disabled through violence [Technical difficulties] with an invisible epidemic of traumatic and acquired brain injury.

When I presented to the Justice Committee last week, I shared an important Supreme Court decision — the *Slatter* decision, with the ink barely dry, from November 6, 2020. In this case, a woman was repeatedly sexually assaulted, yet she is still facing a justice system and a society where, instead of being believed, her evidence is questioned. The majority — so, more than half — of human rights complaints in Canada for nearly a decade at the federal, provincial and territorial commissions and tribunals do, by their own statistics and evidence, continue to be disability-related.

Do the Rights Thing is another body of work by DAWN Canada that highlighted this compelling but unaddressed evidence of rampant systemic discrimination. Last week, with the Justice Committee, I referred to the situation of Ruth. In a different Canada, Ruth would receive the support she needs to have a life that has meaning, including dignified housing that keeps her safe and alive. She is intelligent, articulate and would be a good mentor and counsellor to anyone who lives with environmental sensitivities because Ruth knows the ropes. Last week, an article in *Maclean's* magazine shared a chillingly similar example of a woman, whose alias is Susan, who has also now lost hope and now sees MAID as her only choice.

Bonnie Brayton, directrice nationale, Réseau d'action des femmes handicapées du Canada : Bonjour, madame la présidente et membres du comité. Mes salutations les plus chaleureuses aux autres membres honorables du comité ici présents.

Je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître. Je parle au nom du territoire non cédé du peuple Kanyen'kehà:ka. Je vous rappelle que la vérité et la réconciliation ne sont pas que des mots. Il s'agit de la manière dont nous nous conduisons sur le terrain de la vérité.

Je m'appelle Bonnie Brayton et je suis la directrice nationale du Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, ou RAFHC. Nous en sommes à notre 35^e année de service, et pourtant, nous n'avons pas le cœur à la fête. Selon Statistique Canada, 24 % des femmes au Canada vivent avec un handicap. Le taux de handicap des femmes autochtones est de 34 %. Les femmes handicapées connaissent les taux les plus élevés de violence fondée sur le sexe, soit le double des femmes non handicapées. Notre recherche, qui est plus qu'une simple note de bas de page, montre clairement la discrimination systémique dans les politiques de lutte contre la violence fondée sur le sexe et que le fait que des femmes deviennent handicapées par la violence... [Difficultés techniques]... avec une épidémie invisible de lésions cérébrales traumatiques ou acquises.

Lorsque je me suis présentée devant le Comité de la justice la semaine dernière, j'ai fait part d'une décision importante rendue par la Cour suprême — l'arrêt *Slatter*, dont l'encre est encore fraîche, rendu le 6 novembre 2020. Dans cette affaire, une femme a été agressée sexuellement à répétition, mais elle fait toujours face à un système judiciaire et à une société qui, au lieu de la croire, remettent son témoignage en question. Depuis près de 10 ans, la majorité — donc, plus de la moitié — des plaintes relatives aux droits de la personne au Canada déposées auprès des commissions et tribunaux fédéraux, provinciaux et territoriaux continuent, selon leurs propres statistiques et données probantes, d'être liées à un handicap.

Le projet *Juste et bien — approche intersectionnelle aux droits humains* est un autre travail du RAFHC qui a mis en lumière cette preuve irréfutable mais négligée de discrimination systémique endémique. La semaine dernière, devant le Comité de la justice, j'ai évoqué la situation de Ruth. Dans un Canada différent, Ruth recevrait le soutien dont elle a besoin pour mener une vie qui ait un sens; elle aurait notamment un logement digne de ce nom qui lui permettrait de demeurer en sécurité et en vie. Elle est intelligente, s'exprime bien et serait un bon mentor et une bonne conseillère pour quiconque vit avec de l'hypersensibilité environnementale, car elle en connaît les ficelles. La semaine dernière, un article paru dans le magazine *Maclean's* a donné un exemple effroyablement semblable d'une femme, dont le pseudonyme est Susan, qui a également perdu tout espoir et considère maintenant l'AMM comme sa seule option.

We have also shared a copy of our submission to the House of Commons Standing Committee on the Status of Women, or FEWO, of a study on the impact of COVID-19 on women and girls with disabilities in Canada. It makes important connections between the pandemic, the great implications in the context of MAID and speaks to fears that go beyond just contracting COVID-19 because of triage policies and discrimination they've experienced repeatedly in trying to access health care. Instead, they are being asked about advance directives and MAID. The Accessible Canada Act, as you know, for almost two years, involved hundreds and hundreds of meetings that took place. Minister Qualtrough embarked on a national tour. Organizations like mine and others were consulted. Resources were appropriately expended in ensuring that people with disabilities were consulted. It could have been a good example of public consultation. Despite this, Parliament tabled the act and put it before the Senate with some gaping holes in it.

Thankfully, members of the Senate and of this committee, with wisdom based on evidence of systemic discrimination and with appropriate reflection, put forward the most critically important changes to the Accessible Canada Act before it passed. Most significantly, in the preamble, you recognized with great force the reality that systemic and intersecting forms of discrimination must inform the act before it goes into force. Indigenous people with disabilities have not been consulted. In fact, the proposed legislation, Bill C-7, is sadly lacking in any meaningful public consultation with any people with disabilities despite how much more profoundly it could affect anyone who lives with a disability. In fact, except for one online survey of some 15,000 unidentifiable respondents, it is lacking any public consultation.

Where is the justification for removing the imminent death clause? Where is this huge demand for MAID? There is plenty of evidence to the contrary — I say again: evidence. And that is why this hasty rush to remove the imminent death clause is dangerous. There is evidence to support the need to complete the five-year review and to engage with civil society organizations who have established expertise like mine — I have 35 years of expertise — and not just the medical experts who do not take a rights-based approach to MAID.

You must not allow the removal of the imminent death clause to proceed at this time. You have a moral, legal and sworn responsibility to our Constitution and to all people in Canada to make laws that serve and protect all people in Canada. You must do so based on balanced evidence and information about those who will be most affected by them.

Nous avons également transmis au Comité permanent de la condition féminine de la Chambre des communes, ou FEWO, une copie de notre présentation d'une étude sur les répercussions de la COVID-19 sur les femmes et les filles handicapées au Canada. Cette étude établit des liens importants entre la pandémie et les grandes répercussions dans le contexte de l'AMM et parle des craintes qui vont au-delà du simple fait de contracter la COVID-19 en raison des politiques de triage et de la discrimination dont elles ont fait l'objet à plusieurs reprises en essayant d'accéder aux soins de santé. Au lieu de cela, elles se voient poser des questions sur les directives préalables et l'AMM. Comme vous le savez, pendant près de deux ans, la Loi canadienne sur l'accessibilité a donné lieu à des centaines et des centaines de réunions. La ministre Qualtrough a entamé des consultations d'un bout à l'autre de pays. Des organisations comme la mienne et d'autres ont été consultées. Les ressources ont été utilisées de manière appropriée pour que l'on puisse s'assurer que les personnes handicapées soient consultées. Cela aurait pu être un bon exemple de consultation publique, mais le Parlement a déposé le projet de loi et l'a soumis au Sénat, y laissant quelques trous béants.

Heureusement, les membres du Sénat et du comité se sont fondés sur des preuves de discrimination systémique et ont mené une réflexion appropriée avant de proposer les modifications les plus importantes à la Loi canadienne sur l'accessibilité, avant son adoption. Plus important encore, dans le préambule, vous avez reconnu avec beaucoup de force le fait que les formes de discrimination systémiques et croisées doivent éclairer la loi avant qu'elle n'entre en vigueur. Les Autochtones handicapés n'ont pas été consultés. En fait, la loi proposée, le projet de loi C-7, ne prévoit malheureusement aucune consultation publique importante auprès des personnes handicapées, alors qu'elle pourrait avoir des répercussions beaucoup plus profondes sur toute personne vivant avec un handicap. En fait, à l'exception d'une enquête menée en ligne auprès de quelque 15 000 répondants anonymes, il n'y a pas eu de consultation publique.

Où est la justification de la suppression des dispositions sur la mort imminente? Où est cette énorme demande pour l'AMM? Les preuves du contraire sont nombreuses — je le répète : les preuves. Et c'est pourquoi cette précipitation à supprimer les dispositions sur la mort imminente est dangereuse. Des preuves appuient la nécessité d'achever l'examen quinquennal et de s'engager auprès des organisations de la société civile qui ont une expertise établie, comme la mienne — j'ai 35 ans d'expertise —, et pas seulement auprès d'experts du domaine médical qui n'adoptent pas une approche de l'AMM fondée sur les droits.

Vous ne devez pas permettre la suppression des dispositions sur la mort imminente à l'heure actuelle. Vous avez une responsabilité morale, légale et engagée envers notre Constitution et envers tous les habitants du Canada de faire des lois qui servent et protègent tous les Canadiens. Vous devez le faire en vous appuyant sur des témoignages et des informations

Thank you. *Meegwetch.*

The Chair: Thank you to all our panellists. Now we will go on to questions. I would ask senators and panellists to please keep the questions and answers short and precise.

[*Translation*]

Senator Petitclerc: I would like to thank our witnesses for being here today. I have a rather straightforward question to ask, and perhaps Ms. Carr could answer it. We met previously, as you know. I have been listening to you and thinking about the more than 6 million disabled people here in Canada, people who are different in terms of their rights and vulnerabilities. We agree on that score. On the one hand, I am listening to you speak about protecting certain disabled people who are vulnerable. On the other hand, disabled people also have the right to autonomy. We are also of course thinking about the Truchon and Gladu cases, among others. What I don't understand in your speech... We are looking at Bill C-7, which includes provisions on safeguards for people whose death is not reasonably foreseeable. I would like to hear what you have to say about these safeguard measures. I won't go into all of them because time is short and you are as familiar with them as I am.

They include psychological counselling, mental health support, support for disabled people, community services, and palliative care. Care is taken to ensure that all means have been "seriously considered," as the bill puts it.

To begin with Ms. Carr, what would you suggest be done in response to your concerns?

[*English*]

Ms. Carr: Thank you for the question, Senator Petitclerc. It's nice to see you again.

We're talking about singling out one group of people. In the current bill, Bill C-14, anyone who is dying has access. It doesn't matter what the basis of their individual characteristics are; anyone whose death is reasonably foreseeable has access to MAID. Bill C-7 adds a track that singles out one group of people. It doesn't say that anyone who isn't dying can access MAID universally, and we wouldn't want that.

We've singled out one group of Canadians, people with a disability, and we talk about it being autonomous choices or independence or that type of thing. Absolutely, that's what we want for people with disabilities, but the unfortunate reality in

impartiales sur ceux et celles qui seront les plus touchés par ces lois.

Merci. *Meegwetch.*

La présidente : Merci à tous nos témoins. Nous allons maintenant passer aux questions. Je demande aux sénateurs et aux témoins de bien vouloir faire en sorte que les questions et les réponses soient brèves et précises.

[*Français*]

La sénatrice Petitclerc : Je remercie nos témoins de leur présence ici aujourd'hui. J'ai une question assez simple à vous poser, et peut-être que Mme Carr pourrait y répondre. Nous nous sommes déjà rencontrées, comme vous le savez. En fait, je vous écoute et je pense aux 6 millions et plus de personnes handicapées ici au Canada, qui sont des individus avec des différences dans leurs droits et leurs vulnérabilités. On s'entend là-dessus. D'un côté, je vous écoute parler de protection des vulnérabilités de certaines personnes handicapées. D'un autre côté, il y a aussi le droit à l'autonomie des personnes qui sont en situation de handicap. On pense bien sûr aux affaires Truchon et Gladu, entre autres. Ce que je n'entends pas dans votre discours... On a devant nous le projet de loi C-7, qui comprend ce volet de sauvegarde pour les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible. J'aimerais vous entendre sur ce que vous proposez comme mesures de sauvegarde. Je ne vais pas toutes les expliquer, faute de temps, et vous les connaissez aussi bien que moi.

On parle de consultations psychologiques, de soutien en santé mentale, de soutien aux personnes handicapées, de services communautaires, de soins palliatifs. On s'assure que tous les moyens ont été « sérieusement envisagés », comme le projet de loi le dit.

Madame Carr d'abord, que proposez-vous pour répondre à vos craintes?

[*Traduction*]

Mme Carr : Je vous remercie de votre question, sénatrice Petitclerc. C'est un plaisir de vous revoir.

Il s'agit de distinguer un groupe de personnes. Dans le projet de loi actuel, le projet de loi C-14, toute personne mourante est admissible, peu importe sur quoi reposent leurs caractéristiques individuelles; toute personne dont la mort est raisonnablement prévisible a accès à l'AMM. Le projet de loi C-7 ajoute un volet qui distingue un groupe de personnes. Il ne dit pas que toute personne qui n'est pas mourante peut avoir accès à l'AMM de façon universelle, et nous ne voudrions pas que cela se produise.

Nous avons distingué un groupe de Canadiens, les personnes handicapées, et nous parlons ici de choix autonomes, d'indépendance ou de ce genre de choses. C'est effectivement ce que nous voulons pour les personnes handicapées, mais la

Canada is that's not what we have. We don't have a rights-based approach to disability support. We have disproportionate rates of poverty, unemployment, violence and abuse. It goes on and on.

We know the precarious living situations people have, and there can be no real autonomy or autonomous choices when you're living on one potato a day after you've paid your rent for the month, when you can't get the disability supports you need, when you're institutionalized like Mr. Truchon was and talked so desperately about how he did not want to be in that institution; living there was worse than dying for him.

That is the situation of so many people with disabilities in this country. No, not all, but how many lives is it okay to lose?

Senator Petitelerc: I don't want to interrupt you, but I will because we have limited time. What are you proposing?

Ms. Carr: We're proposing that you get rid of track two and leave it at reasonable foreseeability of natural death and go back to the Supreme Court, if needed, because the lives of people with disabilities warrant a decision from seven judges in our highest court in the nation, not one provincial court in any province in the country. This is a matter of life and death. It's something to be taken very seriously. We're pushing this through at breakneck speed, without proper consideration.

Senator Batters: My questions are for Krista Carr from Inclusion Canada. Ms. Carr, I would like to give you a little more time to explain your particular position on this. First, why are you recommending an amendment to the proposed legislation that some may say goes against the decision of the Quebec Superior Court judge in the *Truchon* decision?

Ms. Carr: Inclusion Canada takes the position that it is extraordinarily rare to see changes in the Criminal Code made in response to one trial decision in one province. One trial court in Quebec or any other province, for that matter, cannot and should not determine the rights of all Canadians. That's inconsistent with our federal system.

As you know, the national disability community pleaded with the federal government to appeal the *Truchon-Gladu* decision. By refusing to appeal, the Department of Justice has put us in a bit of a bind.

malheureuse réalité au Canada est que ce n'est pas ce que nous avons. Nous n'avons pas d'approche fondée sur les droits en matière de soutien aux personnes handicapées. Nous avons des taux disproportionnés de pauvreté, de chômage, de violence et d'abus. Cela n'en finit pas.

Nous connaissons les situations de vie précaires des gens, et il ne peut y avoir de réelle autonomie ou de choix autonomes lorsque vous vivez avec une pomme de terre par jour après avoir payé votre loyer pour le mois, lorsque vous ne pouvez pas obtenir les services d'aide aux personnes handicapées dont vous avez besoin, lorsque vous êtes institutionnalisés comme l'était M. Truchon, qui disait si désespérément qu'il ne voulait pas être dans cette institution; y vivre était pire que mourir pour lui.

De nombreuses personnes handicapées sont dans cette situation au Canada. Non, elles ne le sont pas toutes, mais combien de vies est-il correct de perdre?

La sénatrice Petitelerc : Je ne veux pas vous interrompre, mais je vais le faire, car notre temps est limité. Que proposez-vous?

Mme Carr : Nous vous proposons de supprimer le deuxième volet, d'en rester à la prévisibilité raisonnable de la mort naturelle et de retourner devant la Cour suprême, au besoin, parce que la vie des personnes handicapées justifie une décision rendue par les sept juges du plus haut tribunal du pays, et non par un seul tribunal d'une province du pays. Il s'agit d'une question de vie ou de mort. C'est quelque chose qui doit être pris très au sérieux. Nous faisons avancer ce dossier à une vitesse vertigineuse, sans considération appropriée.

La sénatrice Batters : Mes questions s'adressent à Krista Carr, d'Inclusion Canada. Madame Carr, j'aimerais vous donner un peu plus de temps pour expliquer votre position à ce sujet. Premièrement, pourquoi recommandez-vous un amendement au projet de loi qui, selon certains, va à l'encontre de la décision du juge de la Cour supérieure du Québec dans l'arrêt *Truchon*?

Mme Carr : Selon Inclusion Canada, il est extrêmement rare que des modifications soient apportées au Code criminel en réaction à une décision rendue en première instance dans une province. Un tribunal de première instance du Québec, ou de toute autre province, en fait, ne peut pas et ne devrait pas déterminer les droits de tous les Canadiens. C'est incompatible avec notre système fédéral.

Comme vous le savez, la communauté nationale des personnes handicapées a plaidé auprès du gouvernement fédéral afin qu'il interjette appel de la décision *Truchon-Gladu*. Par son refus, le ministère de la Justice nous a mis dans une position un peu délicate.

There are some responses to that. Perhaps it is simplest to go back to the Quebec court and ask for more time. We're talking about the life-and-death situation of Canadians with disabilities. Surely we shouldn't be doing this in a hurry.

Another alternative would be to let the suspension of invalidity lapse in Quebec. That might sound like a drastic response, but it's not uncommon to have provisions in the Criminal Code struck down in one province and not others. That happens in our court system all the time. Typically, the federal government doesn't amend the Criminal Code until the Supreme Court of Canada binds all courts in the country for that. This would allow us another case that we could move through the legal system and bring it properly through the Supreme Court.

The third option would be to go directly to the Supreme Court now with a reference question on this matter and get the fulsome hearing that Canadians were denied in the *Truchon* decision.

Senator Batters: Thank you. You were one of 70 groups who wrote to the Minister of Justice to try to encourage him to seek that appeal. I'm not sure if you had a chance to watch my questioning of Minister Lametti this morning. I was telling him how surprising I found that decision to be, that he did not appeal.

Ms. Carr, can you elaborate on why you believe it's discriminatory for people with disabling medical conditions to be able to access assisted dying when they are not at the end of their lives?

Ms. Carr: That is because the singling out of one particular group of people based on their personal characteristics that happen to be a protected ground under the Charter of Rights and Freedoms, and to use that reason as grounds to justify the termination of the lives of the people who have those characteristics, is just wrong, and we wouldn't consider doing this. We would never consider doing this for any other group of people: Indigenous, racialized, LGBTQ.

We know these groups suffer disproportionately not because of who they are but because of what society, systems, people and discrimination do to their living situations. In those cases, for those groups of individuals, we do everything we can to save their lives, as we should do, but why not for people with a disability? Are their lives not worth as much?

Senator Batters: Thank you. That's because you're saying that the end-of-life criteria is the only criteria that is not applicable to disabled people. Once you take that away,

Certaines mesures peuvent être prises. Le plus simple serait peut-être de retourner devant le tribunal du Québec pour demander plus de temps. Il est question de la situation de vie et de mort de Canadiens handicapés. Nous ne devrions assurément pas faire cela à la hâte.

Une autre solution consisterait à laisser la suspension de la prise d'effet de la déclaration d'invalidité être caduque au Québec. Cette mesure pourrait sembler radicale, mais il n'est pas rare que des dispositions du Code criminel soient invalidées dans une province, et pas dans d'autres. Cela arrive tout le temps dans notre système judiciaire. Habituellement, le gouvernement fédéral ne modifie pas le Code criminel avant que la Cour suprême du Canada contraigne tous les tribunaux du pays à cet égard. Cette solution nous permettrait de porter une autre affaire dans le système judiciaire et de la faire confirmer comme il se doit par la Cour suprême.

La troisième option consisterait à soumettre directement et sans tarder à la Cour suprême une question de renvoi sur cette affaire et à obtenir l'audience exhaustive qui a été refusée aux Canadiens dans le cadre de la décision *Truchon*.

La sénatrice Batters : Je vous remercie. Vous comptiez parmi les 70 groupes qui ont écrit au ministre de la Justice pour tenter de l'encourager à interjeter cet appel. Je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de jeter un coup d'œil aux questions que j'ai posées au ministre Lametti ce matin. Je lui disais à quel point je trouvais que cette décision est surprenante et que j'étais surprise qu'il n'en appelle pas.

Madame Carr, pouvez-vous nous expliquer en détail pourquoi vous croyez qu'il est discriminatoire pour les personnes atteintes d'une maladie invalidante d'avoir accès à l'aide médicale à mourir quand elles ne sont pas en fin de vie?

Mme Carr : C'est parce que le fait de cibler un groupe de personnes distinctes au motif de leurs caractéristiques personnelles qui se trouvent à être un motif de protection au titre de la Charte des droits et libertés et d'utiliser ce motif pour justifier l'euthanasie de personnes qui possèdent ces caractéristiques est tout simplement immoral, et nous ne pourrions pas l'envisager. Nous n'envisagerions jamais de faire cela à tout autre groupe de personnes, que ce soit les Autochtones, les personnes racialisées ou les personnes LGBTQ.

Nous savons que ces groupes souffrent disproportionnellement en raison non pas de qui ils sont, mais de ce que la société, les systèmes, les gens et la discrimination font à leurs situations de vie. Nous faisons tout ce que nous pouvons pour sauver la vie des membres de ces groupes de personnes, comme nous avons le devoir de le faire, mais pourquoi n'est-ce pas le cas des personnes handicapées? Leurs vies ne valent-elles pas autant?

La sénatrice Batters : Merci. C'est parce que vous affirmez que le critère de la fin de vie est le seul qui ne soit pas applicable aux personnes handicapées. Une fois qu'on le retire, tout le reste

everything else applies to the people who are disabled, potentially, correct?

Ms. Carr: That's right.

Senator Batters: Thank you.

Senator Dalphond: My question can be answered by any of the three witnesses. They have given very interesting presentations.

We have a problem of philosophy, ethics and law. I assume that in *Carter*, the Supreme Court unanimously decided that you don't need to be terminally ill in order to access MAID. The criteria are that you have to be a competent adult, you have to clearly consent, have an egregious and irremediable medical condition, and the medical condition causes enduring suffering that has become intolerable.

What you're proposing is that we change the law, in a sense, or are you proposing that we use the notwithstanding clause and say that we should adopt legislation that will prevent access to MAID to many people and use the notwithstanding clause to support it?

Ms. Carr: I can jump in first. I'm happy for anyone else to take the question as well.

Thank you for the question, Senator Dalphond. I'm not a lawyer. We work with a lot of legal experts, but I would say that what the *Carter* decision did make clear in more than one place, and I know you're probably more aware of this than I am, is that there needed to be safeguards in place to protect vulnerable people. Courts don't write legislation. It's up to Parliament to do those things in respect of court decisions, for sure.

What was decided by Parliament was that the reasonable foreseeability of natural death not only ensured equality because anybody can access it, but it was also a very important safeguard that needed to be in place to protect vulnerable populations from getting into a situation where they end up having their lives terminated by lethal injection because of living situations that could be remediated or made better.

You'll notice that this legislation also doesn't require people to be able to get the services and supports they need to make their lives better; they're only required to be told about them. I can assure you that people with disabilities who show up in the MAID system are already aware of what's out there, but they can't get it or they've been on a wait list for it for a long time. They're living in unsafe housing conditions. They're living in poverty. In the province I live in, it's two years —

pourrait s'appliquer aux personnes handicapées, potentiellement, n'est-ce pas?

Mme Carr : C'est exact.

La sénatrice Batters : Je vous remercie.

Le sénateur Dalphond : L'un ou l'autre des trois témoins pourra répondre à ma question. Leurs exposés étaient très intéressants.

Nous avons un problème de principes, d'éthique et de droit. Je présume que dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême a tranché à l'unanimité qu'il est inutile d'être atteint d'une maladie en phase terminale pour accéder à l'AMM. Les critères sont qu'il faut être un adulte compétent, y consentir clairement et être atteint d'une maladie grave et incurable et que la maladie cause une souffrance durable qui est devenue intolérable.

Vous proposez que nous apportions une modification à la loi, dans un sens, ou bien proposez-vous que nous utilisions la disposition de dérogation et que nous affirmions que nous devrions adopter des dispositions législatives qui rendraient de nombreuses personnes inadmissibles à l'AMM et que nous utilisions la disposition de dérogation à l'appui de leur adoption?

Mme Carr : Puis-je intervenir en premier? Je serai heureuse si quelqu'un d'autre pouvait répondre à la question également.

Je vous remercie de poser la question, sénateur Dalphond. Je ne suis pas avocate. Nous travaillons avec beaucoup d'experts juridiques, mais je dirais qu'il est précisé à plus d'un endroit dans l'arrêt *Carter* et je sais que vous en êtes probablement plus conscient que moi — qu'il fallait que des mesures soient mises en place pour protéger les personnes vulnérables. Les tribunaux ne rédigent pas de lois. Il incombe au Parlement de faire ces choses en réaction aux décisions des tribunaux, c'est certain.

Le Parlement a décidé que, non seulement la prévisibilité raisonnable d'une mort naturelle garantissait l'égalité parce que tout le monde peut y accéder, mais qu'il s'agissait aussi d'une mesure de protection importante qui devait être en place pour protéger les populations vulnérables en les empêchant de se retrouver dans une situation où elles se font euthanasier par injection létale parce qu'elles vivent dans une situation à laquelle il serait possible de remédier ou qui pourrait être améliorée.

Vous remarquerez que le projet de loi n'exige pas non plus que les gens soient capables d'obtenir les services et le soutien dont ils ont besoin pour améliorer leur vie; il exige seulement qu'ils soient mis au courant de leur existence. Je peux vous assurer que les personnes handicapées qui se retrouvent dans le système d'AMM savent déjà ce qui est offert, mais elles n'arrivent pas à obtenir ces services, ou leur nom est sur une liste d'attente depuis longtemps. Elles vivent dans des conditions de logement dangereuses. Ces personnes vivent dans la pauvreté. Dans la province où j'habite, cela fait deux ans...

Senator Dalphond: Sorry to interrupt, but that was not the case of Madam Gladu. She's very autonomous. She lives a life of her own and is not complaining of having no access to —

Ms. Hasbrouck: But she was concerned she would be institutionalized, and that was one of the main reasons behind her motivations in bringing the case. That [Technical difficulties] the issue of [Technical difficulties] a major driver behind many people's requests for assisted suicide.

I just want to jump in, Krista. In the *Carter* case, I believe the Supreme Court erred in making its determination because it specifically said that disability was an eligibility criteria. I believe that that is an error. In *Carter*, the Supreme Court did not do a Section 15 analysis.

Our view is that, as I said, the safeguards that are missing are most obvious. First of all, we believe that assisted suicide, not euthanasia, should be the means. If people have a physical limitation that makes them unable to take the drug themselves [Technical difficulties] and we also believe that there should be a prerequisite that the person be receiving palliative care and community supports for independent living, and be given suicide prevention intervention before they are determined eligible for assisted death. That is a response also to Senator Petitclerc's question.

Ms. Brayton: I would also like to answer.

The Chair: I'm sorry, Senator Dalphond's time is over.

[Translation]

Senator Dupuis: Similarly, and on the same topic, my question is for any of the three witnesses. In situations where disabled people are not at the end of life, and feel that the suffering has become intolerable and that it is impossible to continue to live like that, do you feel that they should be able to make the decision themselves, rather than wait longer, when their quality of life has worsened even more, until a doctor decides for them to end their life and suffering?

Ms. Brayton: Thank you, Senator Dupuis, for all these questions.

[English]

The first thing I would like to say is that, in the context of Quebec, I would certainly like to make it clear that, as a woman with a disability who lives in Quebec with post-polio syndrome, the same disability as Madam Gladu, I could give you a personal

Le sénateur Dalphond : Désolé de vous interrompre, mais ce n'était pas le cas de Mme Gladu. Elle est très autonome. Elle mène une vie indépendante et ne se plaint pas de n'avoir aucun accès à...

Mme Hasbrouck : Mais elle craignait d'être institutionnalisée, et c'était l'une des principales raisons qui la motivaient à porter l'affaire devant les tribunaux. Ce [Difficultés techniques] la question de [Difficultés techniques] l'un des principaux facteurs à l'origine des demandes de suicide assisté présentées par de nombreuses personnes.

Je veux seulement apporter des précisions, madame Carr. Dans l'arrêt *Carter*, je crois que la Cour suprême a commis une erreur en rendant sa décision, car elle a affirmé précisément que l'invalidité était un critère d'admissibilité. Je crois qu'elle a eu tort de le faire. Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême n'a pas procédé à une analyse au titre de l'article 15.

Comme je l'ai dit, nous sommes d'avis que les mesures de protection qui manquent sont très évidentes. Tout d'abord, nous croyons que le suicide assisté — pas l'euthanasie — devrait être le moyen. Si la personne a une limitation physique qui l'empêche de prendre elle-même le médicament [Difficultés techniques] et nous croyons également qu'il devrait être établi comme condition préalable que la personne reçoive des soins palliatifs et des services de soutien communautaires pour mener une vie indépendante et qu'elle fasse l'objet d'une intervention en prévention du suicide avant d'être jugée admissible à l'aide à mourir. Il s'agit aussi d'une réponse à la question de la sénatrice Petitclerc.

Mme Brayton : Je voudrais répondre, moi aussi.

La présidente : Je suis désolée, le temps de parole du sénateur Dalphond est écoulé.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Dans la même veine et sur le même thème, ma question s'adresse à n'importe lequel des trois témoins. Dans la situation où une personne a un handicap, qu'elle n'est pas en fin de vie, qu'elle estime que ses souffrances sont intolérables et qu'elle ne peut continuer à vivre ainsi, êtes-vous d'avis que cette personne devrait pouvoir décider pour elle-même, plutôt que d'attendre un autre moment, quand sa qualité de vie se sera dégradée encore plus, qu'un médecin décide pour elle de mettre un terme à sa vie ou à ses souffrances?

Mme Brayton : Merci, sénatrice Dupuis, pour toutes ces questions.

[Traduction]

La première chose que je voudrais assurément préciser est que, dans le contexte du Québec, en tant que femme handicapée qui vit dans cette province et qui est atteinte du syndrome de post-poliomyélite — le même handicap que Mme Gladu —, je

perspective on the vulnerability that exists for me as a person, because I live with that disability and I live in Quebec where that decision has been taken. But instead, because I'm a white woman of privilege who is the national executive director of an organization, I have instead presented you with plenty of evidence about the reality that Ms. Carr was referring to, which is that the reality for many people with disabilities is different than anything that any of us could possibly understand or fathom.

These safeguards that we referred to are critical to understanding the lived reality of people with disabilities. It's the fundamental reason we are before you asking you to understand why these changes must not go forward and why, while they are aspirational in their idea of what kind of Canada we live in, they are not grounded in reality. Again, I repeat that the evidence that is presented makes it quite clear that the majority of Canadians with disabilities live in poverty. They have unemployed, violent lives with insecurity about housing and the fundamental social determinants of health.

This is why we are before you today and why we ask you again to understand why you must step back from the hurry to move this legislation forward. Do the review. Look at all the evidence — not the opinions of some, but, again, the evidence. I'm quite sure we will come to the same conclusion that we are not yet a country that can move forward with legislation like this. We are an aspiring nation, but we are not in a place where we can do this, and we cannot, because people will die. Thank you.

[*Translation*]

Ms. Hasbrouck: I would like to speak about what happens with a disabled person who can't take it any longer. I would like that person to receive the same support required to live, to live well, and to receive the same suicide prevention counselling that non-disabled people receive. This is not the case at the moment. That's the difference. Both should have the same level of responsibility for their death. So rather than have the government decide upon and administer the death, the individuals could do it themselves if there were reasonable accommodation to make this situation possible, via assisted suicide rather than euthanasia.

Senator Keating: If someone would like my speaking time, I'm willing to give it up.

Senator Boisvenu: Honourable senators, the sound is not working.

pourrais vous présenter un point de vue personnel sur la vulnérabilité qui me touche en tant que personne, car je vis avec ce handicap au Québec, où cette décision a été rendue. Au lieu de cela, comme je suis une femme blanche privilégiée qui est la directrice nationale d'une organisation, je vous ai présenté une foule de données probantes au sujet de la réalité à laquelle faisait allusion Mme Carr, c'est-à-dire que la réalité d'un grand nombre de personnes handicapées est différente de tout ce que nous pourrions comprendre ou nous imaginer.

Les mesures de protection que nous avons mentionnées sont essentielles à la compréhension de la réalité vécue par les personnes handicapées. C'est la raison fondamentale pour laquelle nous comparaissons devant vous pour vous demander de comprendre pourquoi ces modifications ne doivent pas être apportées et pourquoi, même si elles aspirent à leur idée du Canada dans lequel nous vivons, elles ne représentent pas la réalité. Encore une fois, je répète que les données probantes qui sont présentées montrent très clairement que la majorité des Canadiens handicapés vivent dans la pauvreté. Ils sont sans emploi et vivent dans la violence et l'insécurité relativement au logement et aux déterminants sociaux fondamentaux de la santé.

Voilà pourquoi nous comparaissons devant vous et pourquoi nous vous demandons encore une fois de comprendre les raisons pour lesquelles vous ne devez pas adopter hâtivement ce projet de loi. Faites l'examen qui s'impose. Étudiez toutes les données probantes — pas l'opinion de certaines personnes, mais bien les données probantes. Je suis très certaine que nous arriverons à la même conclusion, c'est-à-dire que notre pays n'est pas encore en mesure d'adopter des projets de loi comme celui-ci. Nous sommes un pays idéaliste, mais nous ne sommes pas bien placés pour faire cela, et nous ne pouvons pas le faire, parce que des gens vont mourir. Merci.

[*Français*]

Mme Hasbrouck : J'aimerais parler de ce qui se passe avec une personne en situation de handicap quand elle est au bout de son rouleau. Ce que je veux, c'est que la personne reçoive le même soutien nécessaire pour vivre, pour bien vivre, et qu'elle reçoive la même intervention pour prévenir le suicide que les personnes non handicapées. Ce n'est pas le cas à l'heure actuelle. Voilà la différence. La personne devrait avoir la même responsabilité pour sa mort. Donc, plutôt que le gouvernement prenne la décision et administre la mort, la personne pourrait le faire elle-même si elle a besoin d'accommodements raisonnables pour rendre cette situation possible, mais l'aide au suicide devrait être le moyen employé plutôt que l'euthanasie.

La sénatrice Keating : Si quelqu'un veut prendre mon temps de parole, je suis d'accord.

Le sénateur Boisvenu : Honorables sénateurs, le son ne fonctionne pas.

The Chair: Sorry about that. Could you write the question down and send it to me?

Senator Boisvenu: Yes, okay.

The Chair: Thank you.

[English]

Senator Boniface: I thank the panellists very much for being here. I'm particularly interested in comments from Inclusion Canada on a particular question. You indicated in your comments and in your brief the notion of a reference to the Supreme Court of Canada being pursued rather than the legislation that's before Parliament today. I would like to know if you have spoken to any other provinces to gauge their interest in such. You note that neither the Quebec government nor the federal government chose to appeal this decision and, given the comments this morning from the minister, I believe it's because they agree with the decision. What about other provinces? Have you had the opportunity to speak with them and get their responses to the decision? If so, do any of them support your proposed way forward with a reference?

Ms. Carr: Thank you very much for the question, senator. There are two parts to the answer. The first is we have seen this as a decision of the federal government, given that it's amendments to the Criminal Code of Canada and that typically happens after a Supreme Court decision. So to be fair, I don't know what the answer would be in terms of provincial governments or what their willingness or unwillingness around this would be. I can't inadequately answer that question. I'm sorry about that.

Ms. Brayton: I think that would be another indication, senator, that there hasn't been sufficient time to properly explore these questions, and that indeed we didn't have consensus across the country and we didn't before this was moved forward by the government. Thank you.

Senator Munson: Thank you very much for allowing me to participate in this committee. I have a great deal of empathy with the argument for dying with dignity, but I also have the same empathy for those in the disability community living with dignity. We seem to be racing against the clock. Is this December 18 timetable an arbitrary timetable? Do governments always have to enact what a court says it must in a certain period of time, or is there time in the Senate to take this a little further in terms of having that nationwide discussion?

La présidente : Je suis désolée. Pourriez-vous écrire la question et me l'envoyer?

Le sénateur Boisvenu : Oui, d'accord.

La présidente : Merci.

[Traduction]

La sénatrice Boniface : Je remercie infiniment les témoins de leur présence. Je m'intéresse particulièrement aux commentaires de la représentante d'Inclusion Canada sur une question précise. Dans vos commentaires et dans votre mémoire, vous avez mentionné la notion du recours à un renvoi à la Cour suprême du Canada au lieu du projet de loi qui est soumis au Parlement aujourd'hui. Je voudrais savoir si vous avez parlé aux responsables d'autres provinces afin de jauger leur intérêt pour cette solution. Vous soulignez que ni le gouvernement du Québec ni le gouvernement fédéral n'a choisi d'interjeter appel de cette décision, et, compte tenu des commentaires formulés par le ministre ce matin, je crois que c'est parce qu'ils sont d'accord avec la décision. Qu'en est-il des autres provinces? Avez-vous eu l'occasion de parler avec les responsables et d'obtenir leurs réactions à la décision? Dans l'affirmative, y en a-t-il qui sont favorables à la solution de renvoi que vous proposez?

Mme Carr : Je vous remercie infiniment de poser la question, madame la sénatrice. La réponse comporte deux volets. Le premier est que nous avons considéré cela comme une décision du gouvernement fédéral, étant donné qu'il s'agit de modifications apportées au Code criminel du Canada et que cela se produit habituellement après un arrêt de la Cour suprême. Alors, pour être honnête, je ne sais pas quelle serait la réponse des autres gouvernements provinciaux ou quelle serait leur volonté à cet égard. Je me garde de répondre à cette question de façon inadéquate. Je suis désolée.

Mme Brayton : Selon moi, il s'agit d'une autre indication, madame la sénatrice, du fait que nous n'avons pas eu assez de temps pour étudier ces questions de façon appropriée et qu'en effet, nous n'avons pas obtenu de consensus dans l'ensemble du pays avant que ce projet de loi soit présenté par le gouvernement. Merci.

Le sénateur Munson : Merci beaucoup de me permettre de participer à la réunion du comité. J'éprouve beaucoup d'empathie à l'égard de l'argument en faveur du fait de mourir dans la dignité, mais j'éprouve la même empathie à l'égard d'une vie dans la dignité, et au sein de la collectivité, pour les personnes handicapées. Nous semblons être dans une course contre la montre. Cette date limite du 18 décembre a-t-elle été établie de façon arbitraire? Les gouvernements doivent-ils toujours enchâsser dans la loi les décisions d'un tribunal dans un délai particulier, ou bien le Sénat a-t-il le temps de procéder à une étude un peu plus poussée et de tenir cette discussion à l'échelle nationale?

Ms. Carr: We're told there are options, as I outlined earlier, and we're asking for them to be pursued. One would be to go back to the court and ask for more time, given the fact we're in the midst of a global pandemic. Because of that, there have been other legislative priorities and this is being pushed way too quickly. We should wait and do the consultation properly, et cetera, particularly with the people most affected, who are people with disabilities.

The other is our legal teams are telling us that if we don't do anything by the December 18 deadline, then the decision remains in effect in Quebec, although it could be challenged in another court in Quebec or it could be ignored in Quebec depending on how they decide to go with that. For the rest of Canada, however, the decision is not binding if the Criminal Code is not amended by December 18. So we're really pleading with the Senate to put the brakes on this, slow down and give us our proper due. We need to have a robust discussion and, as Bonnie Brayton mentioned, examine the evidence and really look at the impact this will have, and answer the question: Why is only one group of Canadians being singled out by this legislation?

Senator Munson: I was a sponsor of the Accessible Canada Act in the Senate and the act promised a disability lens for legislation. Was a disability lens applied to this legislation? If so, what are the results and how are these reflected in this legislation?

Ms. Brayton: Indeed, Senator Munson, I so appreciate you bringing it forward because in my comments I brought up the Accessible Canada Act and the important work the Senate did to really emphasize the fact that there is something called "intersecting discrimination" that's a deep concern and that is indeed part of what we're trying to bring forward today. I do appreciate, on a point of order, that the Accessible Canada Act does require that the disability lens be applied to everything. In a go-forward instance, that legislation is already in place. One does wonder, indeed, having this legislation before us, how it could be possible this legislation would come forward without that consideration and the irony of same.

Thank you, Senator Munson.

Senator Munson: Thank you very much.

Senator Plett: I've been having a real problem with hearing some of the witnesses, very unfortunately. All three witnesses have given compelling testimony. Unfortunately, the only one that came through clearly for me on my headset was Krista Carr so my question will be directed to her.

Mme Carr : Comme je l'ai expliqué plus tôt, on nous dit qu'il y a des options, et nous leur demandons de s'en prévaloir. L'une consisterait à retourner devant le tribunal pour demander plus de temps, compte tenu du fait que nous sommes en pleine pandémie mondiale. Pour cette raison, d'autres projets de loi ont été étudiés en priorité, et celui-ci est présenté bien trop rapidement. Nous devrions attendre et mener les consultations adéquatement, et cetera, surtout auprès des personnes les plus touchées, c'est-à-dire les personnes handicapées.

Pour ce qui est de l'autre option, notre équipe juridique nous dit que, si nous ne faisons rien d'ici le 18 décembre, la décision demeurera en vigueur au Québec, quoiqu'elle pourrait être contestée devant un autre tribunal du Québec, ou bien être ignorée au Québec, selon la façon dont le gouvernement provincial décide de procéder. Pour le reste du Canada, toutefois, la décision n'est pas contraignante si le Code criminel n'est pas modifié d'ici le 18 décembre. Ainsi, nous plaidons en réalité auprès du Sénat afin qu'il freine ce projet de loi, qu'il ralentisse le processus et qu'il nous accorde ce qui nous est dû. Nous devons tenir une discussion approfondie et, comme l'a mentionné Bonnie Brayton, examiner les données probantes, vraiment étudier les conséquences qu'aura ce projet de loi, et répondre à la question suivante : pourquoi ce projet de loi cible-t-il un seul groupe de Canadiens?

Le sénateur Munson : J'ai été parrain de la Loi canadienne sur l'accessibilité au Sénat, et elle promettait d'envisager les choses dans l'optique de l'invalidité. A-t-on appliqué cela à la loi? Si oui, quels sont les résultats et comment cela se traduit-il dans la loi?

Mme Brayton : En effet, sénateur Munson, je suis très heureuse que vous souleviez la question, parce que, dans mes commentaires, j'ai parlé de la Loi canadienne sur l'accessibilité et de l'important travail fait par le Sénat pour vraiment mettre l'accent sur une chose qu'on appelle « discrimination intersectionnelle », une grande préoccupation qui fait effectivement partie de ce que nous tentons de mettre de l'avant aujourd'hui. J'invoque le Règlement : je reconnais que la Loi canadienne sur l'accessibilité prévoit l'application du point de vue des personnes en situation de handicap à absolument tout. Advenant qu'elle soit adoptée, cette loi est déjà en place. On se demande effectivement, alors que nous étudions la loi, comment il est possible qu'elle se concrétise sans cette prise en considération; c'est tout à fait ironique.

Merci, sénateur Munson.

Le sénateur Munson : Merci beaucoup.

Le sénateur Plett : Malheureusement, j'ai vraiment eu du mal à entendre certains des témoins. Tous les trois témoins ont fourni un témoignage convaincant. Hélas, la seule que j'ai réussi à entendre clairement avec mon casque d'écoute était Krista Carr, et ma question s'adressera donc à elle.

The House of Commons Justice Committee heard heartbreaking testimony from Roger Foley and Taylor Hyatt, both of whom encountered health care workers who they felt suggested to them that death was their best option. Roger Foley taped one such occurrence of being pressured to receive assisted suicide, and it was publicized through mainstream media. We understand this type of coercion can be subtle, but it has a great impact and, sadly, is all too common.

Ms. Carr, these cases occurred during the current regime. I would like you to elaborate on those cases, if you could. In your view, does Bill C-7 offer any protection from coercion? If not, what specifically could we do — and I know you've talked about amendments — to protect the vulnerable from this kind of coercion?

Ms. Carr: Thank you very much, senator. Yes, the Roger Foley story is one of many and, as you just mentioned, there are other stories very similar to those documented. We certainly have a bunch of them we'd love to send to anybody who would like to see.

Senator Plett: I would appreciate that.

Ms. Carr: Absolutely, we will follow up with that.

To answer your question, does it offer protections against the coercion? No, it doesn't. As we've seen, particularly in this global pandemic, the systemic ableism that exists in the health care system toward people with disabilities is something we've always known about. The curtain has really been pulled back on it and we have tons of examples of everything from triage protocols that de-prioritize the lives of people with disabilities when life-saving equipment is scarce, through to people without COVID symptoms coming to the hospital during the pandemic who have a disability being asked if they have a DNR or a MAID order on file.

We believe firmly that the only real safeguard that will fundamentally protect people with a disability in this country from the kind of systemic ableism and the subtle or not-so-subtle coercion that happens is to maintain the end-of-life criteria as the criteria for accessing medical assistance in dying in this country.

I don't know if any of my other colleagues wanted to comment.

Senator Plett: Thank you. Please, Ms. Brayton or Ms. Hasbrouck, I haven't been able to understand you well. I will read your testimony clearly, but if you have a comment on this, please, jump in.

Le Comité de la justice de la Chambre des communes a entendu un témoignage bouleversant de Roger Foley et de Taylor Hyatt : tous les deux ont rencontré des travailleurs de la santé qui, selon eux, leur ont dit que la mort était leur meilleure option. Roger Foley a enregistré une de ces occurrences où il a subi des pressions pour recevoir le suicide assisté, et cela a été rendu public dans les médias traditionnels. Nous croyons savoir que ce type de coercition peut être subtil, mais ses conséquences sont grandes, et malheureusement, c'est beaucoup trop fréquent.

Madame Carr, ces situations se sont produites sous le régime actuel. J'aimerais que vous parliez de ces cas, si vous le pouvez. À votre avis, le projet de loi C-7 offre-t-il une protection contre la coercition? Sinon, que pourrions-nous faire précisément — et je sais que vous avez parlé d'amendements — pour protéger les personnes vulnérables contre ce type de coercition?

Mme Carr : Merci beaucoup, monsieur le sénateur. Oui, l'histoire de Roger Foley vient s'ajouter à de nombreuses autres, et comme vous venez de le dire, il y en a d'autres très semblables à celles qui sont documentées. Nous en avons assurément beaucoup que nous aimerions envoyer à tous ceux qui aimeraient les voir.

Le sénateur Plett : Je vous en serais reconnaissant.

Mme Carr : Absolument, nous ferons un suivi là-dessus.

Pour répondre à votre question, s'il offre des protections contre la coercition? Non, il ne le fait pas. Comme nous l'avons vu, particulièrement dans le cadre de la pandémie mondiale, le capacitisme systémique qui existe dans le système de soins de santé à l'endroit de personnes en situation de handicap est quelque chose dont nous avons toujours été conscients. On a vraiment levé le voile là-dessus, et nous avons des tonnes d'exemples, passant des protocoles de triage qui réduisent la priorité de la vie de personnes en situation de handicap lorsque des équipements permettant de sauver la vie sont rares, à des personnes ne présentant aucun des symptômes de la COVID qui se présentent à l'hôpital durant la pandémie, qui ont un handicap et se font demander s'ils ont dans leur dossier une ordonnance de non-réanimation ou d'AMM.

Nous croyons fermement que la seule vraie mesure de sauvegarde qui protégera fondamentalement les personnes en situation de handicap au pays contre le type de capacitisme systémique et la coercition subtile ou pas si subtile qui se produit consiste à maintenir les critères de fin de vie en tant que critères pour accéder à l'aide médicale à mourir dans notre pays.

Je ne sais pas s'il y en a parmi mes collègues qui veulent formuler des commentaires.

Le sénateur Plett : Merci. Mesdames Brayton ou Hasbrouck, je n'ai pas été en mesure de bien vous comprendre. Je vais lire votre témoignage clairement, mais si vous voulez intervenir, n'hésitez pas.

Ms. Brayton: Thank you, Senator Plett. I will add to what Krista just said. In the written submission I will be providing, we have an impact of COVID-19 on women with disabilities that speaks to the linkages between the further degradation of the quality of life for women with disabilities and, now, a strong preoccupation with MAID being the only thing left that they have to think about because they've lost hope.

There needs to be much more evidence heard, Senator Plett, and I think it's quite clear, as Krista has said, that the only thing we can do to make sure nobody loses their life because we have not looked at this properly before passing this legislation is to take a step back. As I said before, it is to understand that we have an aspirational country that wants to believe we can offer MAID and nobody will lose their life who shouldn't, but it's simply not the case. The evidence shows to the contrary. There is strong evidence. Multiple years of the majority of human rights complaints have been disability-related. There's just too much evidence.

Thank you, sir, for asking.

The Chair: Ms. Hasbrouck, when you answered, I know you wanted to add something to Senator Petitclerc's question. May I ask that after you answer Senator Plett's question, you go on to answer Senator Petitclerc's question?

Ms. Hasbrouck: Thank you very much. Yes, I wanted to support what Krista Carr said in that the motivation behind the movement for assisted death is this idea that it's better to be dead than disabled. That applies regardless of whether a person has a terminal illness or not. In fact, everyone who is affected by assisted death is a person with a disability [Technical difficulties] that incontrovertible fact and it's the basis of our participation in this advocacy.

Bill C-7 does nothing to prevent that kind of discriminatory impact. It does nothing to ensure that all people, especially people with disabilities, receive suicide prevention interventions and the supports they need to live in the community. Those are very important.

I wanted to go back to Senator Petitclerc's question. She was asking about specific safeguards. As I was saying, the ones we are particularly concerned about are, first, requiring that the person commit assisted suicide rather than doctors authorized by the state to kill particular people [Technical difficulties]; and second, that people need to have palliative care community supports for independent living and suicide prevention

Mme Brayton : Merci, sénateur Plett. Je vais ajouter quelque chose à ce que Krista vient de dire. Dans le mémoire écrit que je fournirai, nous voyons des conséquences de la COVID-19 sur des femmes en situation de handicap qui traitent des liens entre la dégradation ultérieure de la qualité de vie pour les femmes en situation de handicap, et maintenant, une forte préoccupation que l'AMM est la seule chose à laquelle elles peuvent maintenant penser, parce qu'elles ont perdu espoir.

Nous devons entendre beaucoup plus de témoignages, sénateur Plett, et je crois que c'est assez clair, comme Krista l'a dit, que la seule chose que nous pouvons faire pour nous assurer que personne ne perd la vie parce que nous n'avons pas bien examiné cette question avant d'adopter la législation, c'est de faire du recul. Comme je l'ai dit plus tôt, il s'agit de comprendre que nous avons un pays idéaliste qui veut croire que nous pouvons offrir l'AMM et que personne qui ne le devrait ne perdra la vie, mais ce n'est simplement pas le cas. Les données probantes montrent le contraire, et elles sont solides. Pendant plusieurs années, la plupart des plaintes liées aux droits de la personne touchaient l'invalidité. Il y a beaucoup trop de données probantes.

Merci, monsieur, d'avoir posé la question.

La présidente : Madame Hasbrouck, lorsque vous avez répondu, je sais que vous vouliez ajouter quelque chose à la question de la sénatrice Petitclerc. Puis-je vous demander de répondre à la question de la sénatrice Petitclerc une fois que vous aurez répondu à la question du sénateur Plett?

Mme Hasbrouck : Merci beaucoup. Oui, je voulais appuyer ce que Krista Carr a dit, en ce sens que la motivation qui sous-tend le mouvement vers l'aide médicale à mourir est cette idée selon laquelle il vaut mieux être mort que handicapé. Cela s'applique peu importe si une personne a une maladie terminale ou non. En fait, toutes les personnes touchées par l'aide médicale à mourir sont celles en situation de handicap [Difficultés techniques] ce fait incontestable, et c'est ce qui nous a poussés à vouloir défendre cette cause.

Le projet de loi C-7 ne fait rien pour prévenir ce type de conséquences discriminatoires. Il ne fait rien pour que l'on puisse s'assurer que toutes les personnes, particulièrement les personnes en situation de handicap, sont visées par des interventions en matière de prévention du suicide et reçoivent les mesures de soutien dont elles ont besoin pour vivre dans la collectivité. Ces choses sont très importantes.

Je voulais revenir à la question de la sénatrice Petitclerc. Elle demandait s'il y avait des mesures de protection précises. Comme je le disais, celles qui nous préoccupent tout particulièrement sont, d'abord, le fait d'obliger la personne à commettre le suicide assisté, plutôt que d'avoir des médecins autorisés par l'État à tuer des personnes particulières [Difficultés techniques]; et ensuite, le fait que les gens doivent recevoir du

intervention before they are even determined eligible for assisted death.

Thank you.

The Chair: Thank you very much. All the senators who wanted to ask a question have asked a question. I want to thank the panellists. We have heard you very clearly, and we have a lot of reflecting to do. Thank you for participating on very short notice.

Thank you to my colleagues. You are really on a marathon race and I appreciate the support you are giving for these long hearings.

We now have our next panel on Zoom. From the Canadian Mental Health Association, we welcome Dr. Andrew Galley, National Research and Policy Analyst; from the Canadian Psychiatric Association, we have Dr. Grainne E. Neilson, President, and joining her is Dr. Alison Freeland, Chair, Professional Standards and Practice Committee; and from the Centre for Addiction and Mental Health, we are joined by Dr. Tarek Rajji, Chief of Adult Neurodevelopment and Geriatric Psychiatry, Professor of Psychiatry, University of Toronto.

To all the witnesses today, we are really looking forward to hearing from you on this issue. I want to thank you on behalf of the committee. Please limit your presentations to six minutes because senators want to ask you lots of questions.

Dr. Andrew Galley, National Research and Policy Analyst, Canadian Mental Health Association: Thank you for the opportunity to speak today on behalf of the Canadian Mental Health Association. My name is Andrew Galley, National Research and Policy Analyst for CMHA's national office.

My remarks will be summarizing our published position on medical assistance in dying as it relates to mental health with consideration for new developments in the law and on the proposed amendment.

Consistent with our published position, CMHA continues to support the exclusion from the law of mental illness as the sole underlying reason for medical assistance in dying.

The CMHA is a federation of local, regional and provincial associations in all provinces and one territory. Many of our members provide mental health services and some provide housing, employment and other supports. Our provincial divisions and national office advocate for equitable, sustainable investment in mental health and addiction services. We support a recovery-oriented approach to mental health.

soutien communautaire sous forme de soins palliatifs pour la vie autonome et des services d'intervention en matière de prévention du suicide avant qu'on puisse même les juger admissibles à l'aide médicale à mourir.

Merci.

La présidente : Merci beaucoup. Tous les sénateurs qui voulaient poser une question l'ont fait. Je tiens à remercier les intervenants. Nous vous avons entendus très clairement et nous devons maintenant réfléchir. Merci d'avoir participé à très court préavis.

Je remercie mes collègues. Vous êtes vraiment dans un marathon, et je vous remercie du soutien que vous apportez pour ces longues audiences.

Nous recevons maintenant notre prochain groupe d'intervenants sur Zoom. Nous accueillons M. Andrew Galley, analyste national de la recherche et des politiques, de l'Association canadienne pour la santé mentale; la Dre Grainne E. Neilson, présidente, accompagnée de la Dre Alison Freeland, présidente, Comité des normes professionnelles et de la pratique, de l'Association des psychiatres du Canada; et le Dr Tarek Rajji, chef, neurodéveloppement de l'adulte et géronto-psychiatrie, professeur de psychiatrie, Université de Toronto, du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Nous avons vraiment hâte de vous entendre tous sur cette question. Je tiens à vous remercier au nom du comité. Veuillez limiter votre exposé à six minutes, parce que les sénateurs ont beaucoup de questions à vous poser.

Andrew Galley, analyste national de la recherche et des politiques, Association canadienne pour la santé mentale : Merci de me donner l'occasion de m'exprimer aujourd'hui au nom de l'Association canadienne pour la santé mentale. Je m'appelle Andrew Galley et je suis analyste national de la recherche et des politiques pour le bureau national de l'ACSM.

Mes commentaires résumeront la position que nous avons publiée sur l'aide médicale à mourir en ce qui a trait à la santé mentale et tiendront compte des faits nouveaux dans la loi et de l'amendement proposé.

Conformément à la position que nous avons publiée, l'ACSM continue de défendre l'exclusion de la loi de la maladie mentale comme seule raison sous-jacente de l'aide médicale à mourir.

L'ACSM est une fédération d'associations locales, régionales et provinciales dans toutes les provinces et un territoire. Bon nombre de nos membres fournissent des services de santé mentale, et certains apportent de l'aide au logement, à l'emploi ainsi que d'autres mesures de soutien. Nos divisions provinciales et notre bureau national prônent des investissements équitables et durables dans les services de santé mentale et de toxicomanie.

To summarize, recovery in the mental health context refers to the idea that people can achieve stability and an active, full life in their communities, with or without the complete elimination of symptoms, if provided the supports that are right for them. We believe that everyone facing mental health issues in Canada has the right to recovery.

In 2017, following the initial passage of the medical assistance in dying law, CMHA published a position paper stating that mental illness is not, by itself, an adequate qualification for MAID. We based this argument partly on the “reasonably foreseeable” death clause, which has now been struck down.

However, that was not the only pillar of our position, nor was it the most compelling one. The law then and the amended law being proposed also contained the requirement that the condition of the applicant be “grievous and irremediable,” and that the applicant be in an advanced state of decline in capabilities that cannot be reversed. Our position is that there is inadequate evidence to determine, with the certainty that such a serious decision requires, that any particular case is irreversible and irremediable, and that there is sufficient research evidence — although more research is needed — that many cases that appear resistant to treatment in fact show recovery over time.

There is no question that mental illness can be a grievous condition, and it is perhaps unfortunate that some of the language used in discussions of the new law might be interpreted as glossing over that fact. Suffering from a mental illness is just as real as suffering from physical illness, and in some people, that suffering may be intolerable and resistant to treatment.

However, the research evidence shows that optimism is a rational attitude to serious mental illness; with the right supports, including health care and social and economic supports, recovery is possible. Our priority must be to ensure that these supports are available to everyone in Canada who needs them. Future research might clarify the extent to which a particular case could be accurately diagnosed as “irremediable” even with treatment and supports, but currently we lack any rational basis, even for experts, to accurately detect which patients cannot recover.

I turn next to the requirement for irreversibility. The episodic recurrence and remission of symptoms is a well-known feature of serious mental illness. Indeed, it is a feature that adds to the

Nous sommes favorables à une approche axée sur le rétablissement à l'égard de la santé mentale.

Pour résumer, le rétablissement dans le contexte de la santé mentale renvoie à l'idée que les gens peuvent atteindre une stabilité et vivre une vie active et entière dans leur collectivité, avec ou sans l'élimination complète des symptômes, s'ils reçoivent les mesures de soutien qui sont bonnes pour eux. Nous croyons que tout le monde qui est confronté à des problèmes de santé mentale au Canada a le droit au rétablissement.

En 2017, après l'adoption initiale de la loi sur l'aide médicale à mourir, l'ACSM a publié un énoncé de principe, affirmant que la maladie mentale n'est pas, en soi, une raison adéquate pour demander l'AMM. Notre argument reposait partiellement sur la disposition concernant la mort « raisonnablement prévisible », qui a maintenant été invalidée.

Toutefois, ce n'était pas le seul pilier de notre position ni le plus convaincant. La loi d'alors et la loi modifiée qui est proposée contiennent aussi l'exigence selon laquelle l'état du requérant doit être « grave et irrémédiable » et que le requérant doit se trouver dans un état avancé de déclin de ses capacités qui ne peut être renversé. Nous sommes d'avis que les données probantes inadéquates ne permettent pas d'établir, avec la certitude qu'une décision aussi importante exige, que tout cas particulier est irréversible et irrémédiable et qu'il y a suffisamment de données de recherche — même si plus de recherches sont nécessaires — selon lesquelles de nombreux cas qui semblent résister au traitement montrent en réalité des signes de rétablissement au fil du temps.

Il ne fait aucun doute que la maladie mentale peut être un état grave, et il est peut-être malheureux que certains libellés utilisés dans les discussions au sujet de la nouvelle loi puissent être interprétés comme passant sous silence cette réalité. Le fait de souffrir d'une maladie mentale est tout aussi réel que de souffrir d'une maladie physique, et chez certaines personnes, cette souffrance peut être intolérable et réfractaire au traitement.

Cependant, les données de recherche montrent que l'optimisme est une attitude rationnelle devant une maladie mentale grave; avec les bonnes mesures de soutien, y compris des soins de santé et des mesures de soutien social et économique, le rétablissement est possible. Notre priorité doit être de nous assurer que ces mesures de soutien sont offertes à tout le monde qui en a besoin au Canada. Les recherches futures pourraient clarifier la mesure dans laquelle un cas particulier pourrait se voir attribuer correctement le diagnostic d'« irrémédiable » même s'il reçoit un traitement et des mesures de soutien, mais en ce moment, nous n'avons aucun fondement rationnel, même pour les experts, qui nous permette de repérer avec exactitude quels patients ne peuvent guérir.

Pour ce qui est du critère de l'irréversibilité, la récurrence épisodique et la rémission des symptômes sont des caractéristiques bien connues d'une maladie mentale grave. En

social and economic costs imposed on those who experience mental illness since they are often unable to prove their eligibility for disability supports such as the disability tax credit and the benefits that are dependent on eligibility.

This pattern of recurrence and remission is particularly relevant for major depressive disorder, which the WHO has identified as one of the most prevalent causes of disability worldwide, and for Bipolar Affective Disorder. When those symptoms include hopelessness and suicidality, extreme caution is called for. There is, of course, no more irreversible condition than ending one's life.

Finally, I turn to the important question of non-discrimination, which has been raised as a criticism of the proposed law, specifically with regards to the explicit exclusion of mental illness. The CMHA maintains that people experiencing a mental illness or mental health issues do not lose their ability to make independent medical decisions, including regarding a request for medical assistance in dying, where they are otherwise eligible. That is, when they are suffering from an irremediable and irreversible decline from a condition that fulfills all the requirements of the law, CMHA believes the exclusion of mental illness as the sole underlying condition is a distinction based on the likely course of the illness and not on the validity or severity of the condition itself. Those who would otherwise qualify for MAID should not be excluded on the basis that they also experience a mental illness.

That concludes my remarks, and I thank the committee for inviting CMHA to speak today.

The Chair: Thank you.

Dr. Grainne E. Neilson, President, Canadian Psychiatric Association: Thank you, Madam Chair. Thank you for the opportunity to be here today. I'm here in my capacity as President of the Canadian Psychiatric Association. I'm a forensic psychiatrist in clinical and academic practice and I have long been interested in mental health law, human rights and professional ethics.

I will start by saying that within psychiatry there are divergent opinions regarding the provision of MAID as well as whether access to MAID should be permitted solely on the basis of mental disorder. The CPA has not taken a position on whether MAID should be available where a mental illness is the sole underlying medical condition. However, we do believe that any new legislation must protect the rights of all vulnerable Canadians without unduly discriminating against those with mental disorders.

effet, elles s'ajoutent aux coûts sociaux et économiques imposés aux personnes ayant une maladie mentale, puisqu'elles sont souvent incapables de prouver leur admissibilité à des mesures de soutien pour les personnes handicapées, comme le crédit d'impôt pour personnes handicapées, et les avantages qui dépendent de l'admissibilité.

Cette tendance de la récurrence et de la rémission s'applique tout particulièrement au trouble dépressif majeur, que l'OMS a désigné comme une des causes les plus prévalentes d'invalidité dans le monde, et au trouble bipolaire. Lorsque le désespoir et les idées suicidaires font partie des symptômes, il faut faire preuve d'une extrême prudence. Il n'y a bien sûr aucun état plus irréversible que le fait de mettre fin à sa propre vie.

Enfin, je me penche sur la question importante de la non-discrimination, qui a été soulevée comme critique de la loi proposée, tout particulièrement ce qui concerne l'exclusion explicite de la maladie mentale. L'ACSM soutient que les gens qui sont aux prises avec une maladie mentale ou avec des problèmes de santé mentale ne perdent pas leur capacité de prendre des décisions médicales indépendantes, y compris concernant une demande d'aide médicale à mourir, lorsqu'ils y sont autrement admissibles. C'est-à-dire que, lorsqu'ils souffrent d'un déclin irrémédiable et irréversible attribuable à un état qui répond aux critères de la loi, l'ACSM croit que l'exclusion de la maladie mentale comme unique affection sous-jacente est une distinction fondée sur l'évolution probable de la maladie, et non pas sur la validité ou la gravité de la maladie elle-même. Les personnes qui seraient autrement admissibles à l'AMM ne devraient pas être exclues au motif qu'elles sont aussi aux prises avec une maladie mentale.

Cela conclut mes commentaires, et je remercie le comité d'avoir invité l'ACSM à prendre la parole aujourd'hui.

La présidente : Merci.

Dre Grainne E. Neilson, présidente, Association des psychiatres du Canada : Merci, madame la présidente. Je vous remercie de me donner l'occasion d'être ici aujourd'hui. Je me présente en qualité de présidente de l'Association des psychiatres du Canada. Je suis une psychiatre judiciaire ayant une pratique clinique et universitaire, et je m'intéresse depuis longtemps à la loi sur la santé mentale, aux droits de la personne et à l'éthique professionnelle.

Pour commencer, je dirai que, au sein de la psychiatrie, il existe des opinions divergentes concernant la prestation de l'AMM ainsi que le fait de savoir si l'AMM devrait être autorisée uniquement en fonction d'un trouble mental. L'APC ne s'est pas prononcée sur le fait de savoir si l'AMM devrait être offerte lorsqu'une maladie mentale est le seul problème de santé sous-jacent. Cependant, nous croyons que toute nouvelle loi doit protéger les droits de tous les Canadiens vulnérables sans instaurer une discrimination induite contre les personnes ayant un trouble mental.

The currently proposed exclusion criteria are at odds with decades of public work to destigmatize mental illness and also appear to be at odds with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, which has the primary purpose to promote, protect and ensure the full and equal enjoyment of all human rights and fundamental freedoms by all persons with disabilities and to promote respect for their inherent dignity.

The distinction drawn between mental illness and physical illness is inconsistent with the available medical evidence. In fact, there is a strong overlap between physical and mental illnesses. Certain mental illnesses, like dementia, can have mental manifestations, and certain physical illnesses, like Huntington's disease, can have mental manifestations. Furthermore, vulnerability is not limited to those with mental illnesses. Many people with nonpsychiatric illnesses are also vulnerable because of psychosocial circumstances such as social isolation or poverty, cognitive distortions and demoralization due to failed treatment attempts, or difficulty adjusting to life with their illnesses.

The trajectory of physical illness can be as unpredictable as that of mental illness. Demoralization and loss of hope can occur, as can spontaneous remission. Predicting treatment outcomes is as much a challenge for psychiatry as it is for the rest of medicine. The CPA supports the need for safeguards and the assessment of eligibility requirements. Psychiatrists have specialized training and expertise in the assessment, diagnosis and treatment of mental illnesses, including the assessment of decision-making capacity as well as the durability, stability and coherence of a person's expressed will and preferences. Psychiatrists are well versed in taking into consideration any external constraints or any internal psychopathology that may impact these issues.

Bill C-7 speaks to the requirement for informed consent and that reasonable and available means of alleviating a person's suffering has been discussed and seriously considered before MAID could be provided. While the CPA supports this clause, we note that it fails to address inequities in service provision and funding for all types of conditions, and is an area particularly problematic for people living with mental illness. Such inequities are further exacerbated for people who live in rural or remote areas. The currently proposed safeguards are hollow if they are not practically available to all Canadians.

Les critères d'exclusion actuellement proposés vont à l'encontre de dizaines d'années de travail public pour déstigmatiser la maladie mentale et semblent aussi aller à l'encontre de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, dont l'objectif principal est de promouvoir, de protéger et d'assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

La distinction établie entre la maladie mentale et la maladie physique est incompatible avec les données médicales disponibles. En fait, il y a un grand chevauchement entre les maladies physiques et mentales. Certaines maladies mentales, comme la démence, peuvent s'assortir de manifestations mentales, et certaines maladies physiques, comme la maladie de Huntington, peuvent comprendre des manifestations mentales. Par ailleurs, la vulnérabilité ne se limite pas aux personnes aux prises avec une maladie mentale. De nombreuses personnes ayant une maladie non psychiatrique sont aussi vulnérables en raison de circonstances psychosociales, comme l'isolement social ou la pauvreté, les distorsions cognitives et la démoralisation attribuable à l'échec des tentatives de traitement, ou la difficulté à s'adapter à la vie avec leur maladie.

La trajectoire de la maladie physique peut être aussi imprévisible que celle de la maladie mentale. La démoralisation et la perte d'espoir peuvent survenir, tout comme la rémission spontanée. Prédire les résultats d'un traitement constitue autant un défi pour la psychiatrie que pour le reste de la médecine. L'APC appuie le besoin de mesures de protection et l'évaluation des critères d'admissibilité. Les psychiatres possèdent une formation et une expertise spécialisées dans l'évaluation, le diagnostic et le traitement des maladies mentales, y compris l'évaluation de la capacité décisionnelle ainsi que de la durabilité, de la stabilité et de la cohérence entre la volonté et les préférences exprimées d'une personne. Les psychiatres sont habiles pour prendre en considération toute contrainte externe ou toute psychopathologie interne qui peut avoir une incidence sur ces questions.

Le projet de loi C-7 traite de l'obligation concernant le consentement éclairé et du fait que des moyens raisonnables et disponibles permettant d'atténuer les souffrances d'une personne ont été examinés et sérieusement pris en considération avant la fourniture de l'AMM. Même si l'APC soutient cette disposition, nous constatons qu'elle ne permet pas de réagir aux inégalités dans la fourniture de services et le financement pour tous les types d'affections, et c'est un aspect particulièrement problématique pour les personnes vivant avec une maladie mentale. De telles inégalités sont davantage exacerbées chez les gens qui vivent dans des régions rurales ou éloignées. Les mesures de protection actuellement proposées sont vides de sens si elles ne sont pas essentiellement offertes à tous les Canadiens.

In conclusion, whether the illness is physical, mental or a combination of both, equitable access to clinical services is an essential safeguard to ensure that people do not request MAID due to a lack of available treatments, supports or services and as an alternative to life. Regardless of options on MAID, what any psychiatrist or health care professional wants for their patients is timely access to appropriate treatment and services. The CPA urges the government to ensure that this legislation will protect the rights of vulnerable Canadians without unduly stigmatizing and discriminating against those with mental disorders.

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

Dr. Tarek Rajji, Chief of Adult Neurodevelopment and Geriatric Psychiatry, Professor of Psychiatry, University of Toronto, Centre for Addiction and Mental Health: Thank you, members of the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs. Thank you for the opportunity to appear before you to discuss Bill C-7 and specifically the amendment that persons whose sole underlying medical condition is a mental illness are not eligible for MAID.

My name is Tarek Rajji. I'm a Professor of Psychiatry at the University of Toronto and Chief of Adult Neurodevelopment and the Geriatric Psychiatry Division at the Centre for Addiction and Mental Health, or CAMH, in Toronto. CAMH is Canada's largest mental health teaching hospital, and one of the world's leading research centres in its field. CAMH uses its expertise in clinical care research, education and system-building to improve the lives of people impacted by mental illness, including those with substance use disorders.

Since 2015, a working group of CAMH staff with expertise in psychiatry, social work, law, ethics, public policy and lived experience have been deliberating regularly on MAID and mental illness. It is our collective, expert opinion that Bill C-7 gets it right. We agree that there should be a temporary prohibition on MAID for those whose only medical condition is mental illness until, as the bill's preamble states, further consultation and deliberation determine whether it is appropriate and, if so, how to provide MAID to persons whose sole underlying medical condition is a mental illness in light of the inherent risks and complexity of the provision of MAID in those circumstances.

En conclusion, que la maladie soit physique ou mentale ou les deux à la fois, l'accès équitable à des services cliniques est une mesure de protection essentielle pour faire en sorte que les gens ne demandent pas l'AMM en raison d'une absence de traitements, de mesures de soutien ou de services offerts et comme option de rechange à la vie. Peu importe les options concernant l'AMM, ce que le psychiatre ou le professionnel des soins de santé veut pour ses patients, c'est un accès opportun à un traitement et à des services appropriés. L'APC presse le gouvernement de s'assurer que cette loi protégera les droits des Canadiens vulnérables sans instaurer une stigmatisation et une discrimination indues à l'égard des personnes souffrant d'un trouble mental.

La présidente : Merci beaucoup, docteure Neilson.

Dr Tarek Rajji, chef, neurodéveloppement de l'adulte et géro-psycho-geriatrie, professeur de psychiatrie, Université de Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale : J'aimerais remercier les membres du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles de me donner l'occasion de comparaître devant vous pour discuter du projet de loi C-7 et précisément, de l'amendement portant que les personnes dont le seul problème médical sous-jacent est une maladie mentale ne sont pas admissibles à l'AMM.

Je m'appelle Tarek Rajji et je suis professeur de psychiatrie à l'Université de Toronto et chef, neurodéveloppement de l'adulte et géro-psycho-geriatrie au Centre de toxicomanie et de santé mentale, ou CAMH, à Toronto. Le CAMH est le plus grand hôpital d'enseignement en santé mentale du Canada et l'un des principaux centres de recherche au monde dans son domaine. Le CAMH utilise son expertise dans la recherche en soins cliniques, l'éducation et l'établissement d'un système pour améliorer la vie des personnes touchées par la maladie mentale, y compris celles ayant des problèmes de toxicomanie.

Depuis 2015, un groupe de travail composé de membres du CAMH possédant une expertise en psychiatrie, en travail social, en droit, en éthique et en politiques publiques et ayant une expérience vécue a tenu des délibérations régulières sur l'AMM et la maladie mentale. C'est notre avis d'expert collectif que le projet de loi C-7 fait bien les choses. Nous convenons que l'AMM devrait faire l'objet d'une interdiction temporaire pour les personnes dont le seul problème de santé est la maladie mentale jusqu'à ce que, comme l'énonce le préambule du projet de loi, des consultations additionnelles et d'autres délibérations permettent de décider s'il est indiqué de fournir l'AMM aux personnes atteintes d'une maladie mentale lorsque celle-ci est la seule affection médicale invoquée et, le cas échéant, pour décider de la manière de le faire, compte tenu des risques inhérents que comporte le fait de permettre l'AMM dans de telles circonstances et de la complexité de la question.

The reason we support this temporary prohibition is that there is currently a lack of consensus in the mental health field to determine when an individual has an irremediable mental illness. To explain further, to be eligible for MAID, an individual must have a grievous and irremediable medical condition. Their illness, disease or disability must be incurable, irreversible or irrecoverable and cause intolerable suffering.

The grievousness of an illness is subjective, and there is no doubt that some people with mental illness experience intolerable psychological and sometimes physical suffering due to their symptoms.

The irremediable nature of an illness, however, is an objective determination that must be based on the best medical evidence available. CAMH's concern is there are currently no established criteria that define if and when a mental illness should be considered irremediable. That is because there is simply not enough evidence in the mental health field at this time to predict the trajectory of any one person's mental illness and to ascertain whether an individual has an irremediable mental illness. This means that the irremediable criteria would be open to interpretation by each MAID assessor. Any determination that a person has an irremediable mental illness would be inherently subjective and therefore arbitrary. This could put people with mental illness at risk of accessing MAID when they do not actually meet the eligibility criteria.

CAMH therefore strongly recommends that evidence-based criteria be developed prior to any decision to lift the temporary prohibition on MAID for people whose only medical condition is mental illness. These criteria should establish a consensus definition for when a mental illness should be considered irremediable for the purpose of MAID.

CAMH recommends that the government appoint an expert working group to develop these criteria within a reasonable time frame, recognizing the complexity of the task. The working group should develop the criteria in consultation with a broad range of experts in the mental health field, including people with lived experience of mental illness and family members. The introduction of these evidence-based criteria should be accompanied by training for MAID assessors. CAMH would be happy to participate in the development and dissemination of the criteria.

Thank you again for the opportunity to speak with you today on this complex and nuanced topic.

La raison pour laquelle nous soutenons cette interdiction temporaire, c'est qu'il y a actuellement une absence de consensus dans le domaine de la santé mentale pour ce qui est d'établir si une personne souffre d'une maladie mentale irrémédiable. Histoire d'expliquer cela davantage, pour être admissible à l'AMM, une personne doit avoir un problème de santé grave et irrémédiable. Sa maladie ou son incapacité doit être incurable, irréversible ou irrécupérable et causer des souffrances intolérables.

La gravité d'une maladie est subjective, et il ne fait aucun doute que certaines personnes ayant une maladie mentale éprouvent des souffrances psychologiques intolérables et parfois physiques en raison de leurs symptômes.

La nature irrémédiable d'une maladie, toutefois, est une décision objective qui doit reposer sur les meilleures données médicales disponibles. La préoccupation du CAMH, c'est qu'il n'y a actuellement aucun critère établi qui définit si et quand une maladie mentale devrait être considérée comme irrémédiable. Cela tient au fait qu'il n'y a simplement pas suffisamment de données probantes dans le domaine de la santé mentale à l'heure actuelle pour que l'on puisse prédire la trajectoire de la maladie mentale d'une personne et vérifier si une personne a une maladie mentale irrémédiable. Cela veut dire que les critères concernant le caractère irrémédiable d'une maladie mentale seraient ouverts à interprétation par chaque évaluateur de l'AMM. Toute décision selon laquelle une personne possède une maladie mentale irrémédiable serait intrinsèquement subjective et donc arbitraire. Cela mettrait des gens ayant une maladie mentale à risque d'accéder à l'AMM alors qu'ils ne satisferaient pas en réalité aux critères d'admissibilité.

Par conséquent, le CAMH recommande fortement que des critères reposant sur des données probantes soient élaborés avant toute décision visant à lever l'interdiction temporaire sur l'AMM pour les personnes dont la seule affection médicale est une maladie mentale. Ces critères devraient établir une définition consensuelle pour ce qui est de savoir à quel moment une maladie mentale devrait être considérée comme irrémédiable aux fins de l'AMM.

Le CAMH recommande que le gouvernement nomme un groupe de travail expert pour élaborer ces critères dans un délai raisonnable, vu la complexité de la tâche. Le groupe de travail devrait élaborer les critères en consultation avec un vaste éventail d'experts dans le domaine de la santé mentale, y compris des gens ayant vécu une expérience de maladie mentale et des membres de la famille. L'introduction de ces critères reposant sur des données probantes devrait s'accompagner d'une formation pour les évaluateurs de l'AMM. Le CAMH serait heureux de participer à l'élaboration et à la communication des critères.

Encore une fois, je vous remercie de m'avoir fourni l'occasion de vous parler aujourd'hui de ce sujet complexe et nuancé.

The Chair: Thank you, doctor.

[*Translation*]

Senator Petitclerc: I would like to thank our three witnesses for being here today.

In fact I'd like to have a few more details about the risks involved.

We all know that when Bill C-7 was drafted to extend access to medical assistance in dying, the government had several options. It could have left mental illness out of the discussion altogether, it could have completely excluded any access to medical assistance in dying when mental illness was a factor, or, as is the case here, it could exclude mental illness when it is the sole underlying medical condition. That is what Bill C-7 does.

However, it would seem that there is no consensus and that opinion may be divided. I am interested in this, Dr. Rajji, and while you have spoken at length about the risks and complexities, I would also like to hear what the other two witnesses have to say about it.

So with respect to the associated risks and the complexity of the trajectories, can the other two witnesses give us their thoughts on the matter?

[*English*]

Dr. Rajji: If I understand the question, this question is directed to the other two witnesses.

Senator Petitclerc: Yes. Maybe I got lost in translation. My question was addressed to the other two witnesses, to have their input on what you described in terms of risk and the trajectory and complexity of the issue. I wanted to hear the other two witnesses on the same topic.

Dr. Galley: I'm not totally sure I understand the question.

Senator Petitclerc: Let me try again in English. With the exclusion of mental illness as a sole criterion to have access to MAID, what we hear is that opinions are divided among the experts. That's what we hear. But then we also talk a lot about the risks that are associated with mental illness not being excluded at this time. Dr. Rajji did talk about those risks and complexities, and I wanted to have your opinion on that as well.

Dr. Galley: The CHMA's position is closely aligned with what Dr. Rajji suggested. Maybe I could have been clearer in getting it across. There are risks. There is evidence, for example, that if you have a cohort of people who have major depressive

La présidente : Merci, docteur Rajji.

[*Français*]

La sénatrice Petitclerc : Merci à nos trois témoins de leur présence aujourd'hui.

En fait, j'aimerais obtenir un peu plus de détails sur les risques associés.

Nous le savons tous, quand le projet de loi C-7 a été rédigé pour élargir la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir, le gouvernement avait plusieurs options. On aurait pu ne rien préciser pour la maladie mentale, on aurait pu exclure complètement tout accès à l'aide médicale à mourir lorsqu'il y a présence de maladie mentale ou, comme c'est le cas ici, exclure la maladie mentale lorsque c'est l'unique condition médicale invoquée. C'est ce que fait le projet de loi C-7.

On s'aperçoit cependant qu'il n'y a pas nécessairement de consensus et que les avis peuvent être divisés. Cela m'intéresse, docteur Rajji, et vous avez beaucoup parlé des risques et des complexités, mais j'aimerais aussi entendre les deux autres témoins sur cette même question.

Donc, au sujet des risques associés et de la complexité des trajectoires, est-ce que les deux autres témoins pourraient nous donner leur avis en la matière?

[*Traduction*]

Dr. Rajji : Si j'ai bien compris la question, la question s'adresse aux deux autres témoins.

La sénatrice Petitclerc : Oui. Peut-être que quelque chose s'est perdu dans la traduction. Ma question s'adressait aux deux autres témoins, afin de recevoir leurs commentaires sur ce que vous avez décrit en matière de risque et de trajectoire ainsi que sur la complexité de la question. Je souhaitais entendre les deux autres témoins sur le même sujet.

M. Galley : Je ne suis pas entièrement certain de comprendre la question.

La sénatrice Petitclerc : Permettez-moi de reformuler en anglais. À l'exclusion de la maladie mentale comme seul critère pour avoir accès à l'AMM, ce que nous entendons dire, c'est que les opinions sont divisées parmi les experts. C'est ce que nous avons entendu dire. Mais nous parlons aussi beaucoup des risques associés à la maladie mentale qui ne sont pas exclus à l'heure actuelle. Le Dr Rajji a parlé de ces risques et des complexités, et je voulais avoir votre opinion sur ce sujet également.

M. Galley : La position du CHMA s'aligne étroitement sur ce que le Dr Rajji a laissé entendre. J'aurais peut-être pu m'exprimer plus clairement pour la faire comprendre. Il y a des risques. Il y a des preuves, par exemple, que si vous avez une

disorder, a substantial number of them will experience recovery to one extent or another — so either the remission of all their symptoms with treatment and supports or achieving a place of stability where they may still be experiencing symptoms but they feel that there is meaningfulness and that their lives are worthwhile despite living with symptoms.

One of the risks is that, as it stands, if you were to ask experts who are involved with their treatment at the beginning of that cohort who is going to recover and who is not going to recover within a three-to-five-year time frame, for example, the accuracy of the prediction would be fairly low. Insofar as you rely on deciding someone's eligibility for medical assistance in dying on experts signing off on saying this person cannot recover, the confidence is not there right now. The evidence suggests the lack of consensus is not just a philosophical one about whether this ought to be available. The lack of consensus is also a clinical one on who has an irreversible or irremediable case of a particular diagnosis.

The Chair: Dr. Neilson, Senator Petitclerc's time has expired, but since there was a little confusion, can you please answer within a minute?

Dr. Neilson: The CPA does not take very much issue with the opinion that was expressed by Dr. Rajji. There are compelling and, at times, competing legal, clinical, ethical, moral and philosophical questions that make this issue really challenging. On the one hand, we want to respect and accommodate the autonomous choices of people with mental illnesses and promote social inclusion. On the other hand, there are societal and medical ethical principles of benevolence and non-maleficence, as well as the desire to protect potentially vulnerable people from the irreversible consequences of their decision. Each of those impulses is quite understandable, but they can each be a source of abuse and discrimination, and that's where safeguards are important.

The Chair: Thank you.

[*Translation*]

Senator Carignan: My question is for the physicians, and it pertains to the concept of "mental illness." As I understand the bill, mental illness would not be a ground or reason for requesting medical assistance in dying. However, the document accompanying the government's bill tells us that some mental illnesses would not fall under the exclusion. This would mean that people suffering from neurocognitive disorders, neurodevelopmental disorders or other conditions that could affect cognitive capacities, like dementia, autism spectrum disorders, or intellectual disabilities, could have the right to medical assistance in dying. As an expert, can you tell me whether mental illness is excluded from medical assistance in

cohorte de personnes souffrant d'un trouble dépressif majeur, un nombre important d'entre elles se rétabliront dans une certaine mesure — que ce soit la rémission de tous leurs symptômes au moyen d'un traitement et de mesures de soutien ou l'atteinte d'une certaine stabilité, auquel cas elles peuvent toujours éprouver des symptômes, mais ont l'impression d'avoir trouvé un sens à la vie malgré ceux-ci.

Un des risques, c'est que, dans la situation actuelle, si vous demandiez à des experts qui participent au début du traitement de cette cohorte qui va se rétablir et qui ne le fera pas dans un délai de trois à cinq semaines, par exemple, l'exactitude de la prévision serait assez faible. Dans la mesure où vous comptez sur des experts pour autoriser une personne qui ne pourra pas se rétablir à se prévaloir de l'AMM... il n'y a pas cette confiance en ce moment. Les données probantes donnent à penser que l'absence de consensus n'est pas qu'une question philosophique concernant le fait de savoir si l'AMM devrait être offerte. L'absence de consensus rejoint aussi l'aspect clinique pour ce qui est de savoir qui présente un cas irréversible ou irrémédiable d'un diagnostic particulier.

La présidente : Docteure Neilson, le temps de la sénatrice Petitclerc est écoulé, mais comme il y a eu un peu de confusion, pourriez-vous répondre en une minute?

Dre Neilson : L'APC ne s'oppose pas vraiment à l'opinion exprimée par le Dr Rajji. Il y a des questions juridiques, cliniques, éthiques, morales et philosophiques convaincantes, et parfois concurrentes qui rendent cette question particulièrement difficile. D'une part, nous voulons respecter le choix autonome des personnes ayant une maladie mentale et tenir compte de ce choix, en plus de promouvoir l'inclusion sociale. D'autre part, il y a des principes sociétaux et médicaux éthiques de bienveillance et de non-malfaisance, ainsi que le désir de protéger des personnes peut-être vulnérables contre les conséquences irréversibles de leur décision. Chacune de ces impulsions est assez compréhensible, mais elles peuvent chacune être source d'abus et de discrimination, et c'est pourquoi les mesures de protection sont importantes.

La présidente : Merci.

[*Français*]

Le sénateur Carignan : Ma question s'adresse aux différents médecins et porte sur le concept de « maladie mentale ». Selon ma compréhension du projet de loi, la maladie mentale ne serait pas un motif ou une raison pour demander l'aide médicale à mourir. Pourtant, le document qui accompagne le projet de loi du gouvernement nous dit que certaines maladies mentales ne feraient pas partie de l'exclusion. Donc, a contrario, les personnes souffrant de troubles neurocognitifs, de troubles neurodéveloppementaux ou d'autres conditions susceptibles d'affecter les capacités cognitives, comme les démences, les troubles du spectre de l'autisme et les déficiences intellectuelles, pourraient avoir droit à l'aide médicale à mourir. Pour vous, à

dying? If so, how can you end up with a document that is not in the act, that supports the adoption of the bill, and that provides a definition, an exclusion of the definition of the term “mental illness” which includes these concepts?

[English]

Dr. Rajji: If I understand correctly, the first part of the question is whether mental illness should be excluded from the bill.

Our position at CAMH is that mental illness alone should not be the reason why mental illness is excluded as a sole condition. The reason why we are saying that there should be a temporary prohibition on mental illness is because, like with any other illness, the individual has to meet the criterion that the nature of the illness is irremediable. And that criterion, the irremediable nature of the illness, has not been defined for mental illness.

Our position is that before this definition is well understood and this criterion is well defined with respect to mental illness, which could be a different definition than with respect to another physical illness, including some of the neurodegenerative diseases like Alzheimer’s, we are in support of temporarily excluding mental illness as a sole condition for Bill C-7. I don’t know if that answer captured the question correctly.

[Translation]

Senator Carignan: Allow me to clarify my question. Do you feel that someone with Alzheimer’s disease who is not yet showing any signs of physical disabilities, but who has intellectual disabilities, is eligible for medical assistance in dying, based on your reading of the bill?

[English]

Dr. Rajji: Alzheimer’s disease is more often a neurodegenerative disease. There are clear markers that define its trajectory. We perceive that as outside the scope of mental illness from a CAMH perspective. It is different from other mental health conditions like depression, schizophrenia or bipolar where we don’t know the underlying biological mechanisms and we have less certainty regarding their trajectories. When we refer to mental illness, we are not referring to these neurodegenerative diseases that, in certain conditions, have clear trajectories that could predict, based on the symptoms’ presentation, what a person’s clinical condition could be in three to five years from now.

The Chair: Thank you.

titre d’expert, est-ce que la maladie mentale est exclue ou non de l’application de l’aide médicale à mourir? Dans l’affirmative, comment pouvez-vous vous retrouver avec un document qui n’est pas dans la loi, qui soutient l’adoption du projet de loi et qui donne une définition, une exclusion de la définition des termes « maladie mentale » qui inclut ces concepts?

[Traduction]

Dr Rajji : Si je vous ai bien compris, la première partie de la question concerne le fait de savoir si la maladie mentale devrait être exclue du projet de loi.

Au CAMH, nous croyons que la seule maladie mentale ne doit pas être la raison pour laquelle la maladie mentale est exclue comme unique affection. La raison pour laquelle nous disons qu’il devrait y avoir une interdiction temporaire sur la maladie mentale, c’est parce que, comme pour d’autres maladies, la personne doit satisfaire au critère selon lequel la nature de la maladie est irrémédiable. Et ce critère, la nature irrémédiable de la maladie, n’a pas été défini pour la maladie mentale.

Nous sommes d’avis que, avant que cette définition soit bien comprise et que ce critère soit bien défini dans le cas de la maladie mentale, définition qui pourrait être différente de celle pour une autre maladie physique, y compris certaines maladies neurodégénératives comme l’alzheimer, nous appuyons l’exclusion temporaire de la maladie mentale comme unique affection concernant le projet de loi C-7. Je ne sais pas si cela répond bien à la question.

[Français]

Le sénateur Carignan : Permettez-moi de préciser ma question. Selon vous, une personne atteinte de la maladie d’Alzheimer, qui n’a pas encore de déficiences physiques, mais qui a des déficiences intellectuelles, est-elle admissible à l’aide médicale à mourir, en fonction de la lecture que vous faites du projet de loi?

[Traduction]

Dr Rajji : La maladie d’Alzheimer est le plus souvent une maladie neurodégénérative. Des marqueurs clairs définissent sa trajectoire. Nous estimons qu’elle se situe à l’extérieur de la portée de la maladie mentale, du point de vue du CAMH. Elle diffère d’autres problèmes de santé mentale comme la dépression, la schizophrénie ou le trouble bipolaire, où nous ne connaissons pas les mécanismes biologiques sous-jacents et avons une moins grande certitude concernant leur trajectoire. Lorsque nous parlons de maladie mentale, nous ne faisons pas référence à ces maladies neurodégénératives qui, dans certaines conditions, ont des trajectoires claires qui pourraient laisser prédire, selon la présentation des symptômes, quelle pourrait être la condition clinique d’une personne d’ici trois à cinq ans.

La présidente : Merci.

Senator Batters: First of all, I want to thank all of you on the panel for everything you do to help people struggling with mental illness, especially during this pandemic when these issues have been more pronounced.

My first question is to the Canadian Mental Health Association's Dr. Galley. First of all, I wanted to tell you how well-put I thought your opening presentation was. Thank you. The CMHA's position paper on medically assisted suicide states this:

Psychiatric patients often look to their psychiatrist or medical practitioner for answers, and if death, rather than recovery, is considered a medically-viable option, the resulting lack of hope may cost them their lives.

And further, you state:

Overall, CMHA's position on medical assistance in dying in Canada, is that people with a mental health problem or illness should be assisted to live and thrive.

I'm very happy you're testifying in front of our Senate Legal Committee since you didn't testify at the House of Commons committee, and I know that you are a key voice for the millions of Canadians who struggle with mental illness. What safeguards would you like to see in Bill C-7 to better protect Canadians with mental illness?

Dr. Galley: I think that this is an issue where we are still doing our homework on the updated circumstances. In the springtime, we did do some opening work on an update to our position, given the *Truchon* decision. We really wanted to flesh out our position on why we believe in recovery and the context of that.

I'm going to confess that we don't really have a well thought out response to sort of how we think the safeguards should be improved from Bill C-7. Mostly, we were pleased to see that mental illness was excluded as a basis for MAID. As you say, with the pandemic and its impacts on our operations, we've been looking at other things for the past few months.

Senator Batters: Absolutely.

Dr. Galley: As this process moves forward, I'm sure we'll have more to say. Unfortunately, right now, I'd be improvising on any suggestions.

La sénatrice Batters : Tout d'abord, je tiens à remercier les membres du comité de tout ce que vous faites pour aider les gens qui doivent composer avec une maladie mentale, tout particulièrement durant la pandémie, ces problèmes ayant été plus prononcés.

Ma première question s'adresse à M. Galley, de l'Association canadienne pour la santé mentale. Tout d'abord, je tiens à vous dire combien j'ai trouvé votre exposé bien formulé. Merci. L'énoncé de position de l'ACSM sur le suicide médicalement assisté est ainsi libellé :

Les patients psychiatriques comptent souvent sur leur psychiatre ou médecin pour obtenir des réponses, et si la mort, plutôt que le rétablissement, est considérée comme une option viable sur le plan médical, le manque d'espoir qui en résulte peut leur coûter la vie.

Et plus loin, vous dites ceci :

De manière générale, la position de l'ACSM sur l'AMAM au Canada est que les gens doivent recevoir une aide à vivre et à s'épanouir, avant de recevoir une aide à mourir.

Je suis très heureuse que vous témoigniez devant notre comité sénatorial des affaires juridiques, puisque vous ne l'avez pas fait devant le comité de la Chambre des communes, et je sais que vous représentez une voix essentielle pour les millions de Canadiens qui doivent composer avec une maladie mentale. Quelles mesures de protection aimeriez-vous voir dans le projet de loi C-7 afin de mieux protéger les Canadiens confrontés à une maladie mentale?

M. Galley : Je crois que c'est une question au sujet de laquelle nous nous mettons au travail en fonction des circonstances nouvelles. Au printemps, nous avons fait un certain travail d'ouverture quant à une mise à jour de notre position, compte tenu de la décision *Truchon*. Nous voulions vraiment étoffer notre position sur la raison pour laquelle nous croyons au rétablissement et sur le contexte connexe.

Je vais vous avouer que nous n'avons pas vraiment une réponse bien élaborée par rapport à la façon dont les mesures de protection devraient être améliorées, selon nous, par rapport au projet de loi C-7. Principalement, nous avons été heureux de voir que la maladie mentale a été exclue comme motif pour l'AMM. Comme vous l'avez dit, dans le contexte de la pandémie et de ses répercussions sur nos activités, nous avons examiné d'autres choses au cours des derniers mois.

La sénatrice Batters : Tout à fait.

M. Galley : À mesure que ce processus va de l'avant, je suis sûr que nous aurons plus de choses à dire. Malheureusement, en ce moment, je ne ferais qu'improviser des suggestions.

Senator Batters: I think it's the case, perhaps, that the government is rushing this too much as well, given the pandemic and these types of issues, if a well-known national organization like CMHA has not had the proper time to do the consultations. That's not uncommon.

My second question is to the Canadian Psychiatric Association. I'm glad to hear in your opening statement that you talked about the gulf that exists, even within your organization, with respect to this issue. I understand there was a survey done by the Canadian Psychiatric Association in 2016 that showed that while 70% of Canadian psychiatrists supported MAID in general, less than 30% opposed excluding mental illness as a sole indication for MAID.

I also understand that in recent years, membership of Canadian psychiatrists in CPA has dropped to below 50%, dropping to 44% in 2018 and 41% in 2019. Given that — and I know that CPA has faced some criticism regarding the lack of psychiatric engagement in developing the position on MAID — how representative are the views you're espousing today as far as Canadian psychiatrists?

Dr. Neilson: Thank you for that question. The CPA has engaged members on this issue since 2016 through surveys, time-limited task forces and symposia at annual conferences. Most recently, as a result of changing societal opinion regarding the acceptability of MAID as a medical intervention, we've been gathering information on the range of opinions among CPA members through a new survey, member town halls and a call for written comments from our members. This has been bolstered by feedback from members of the provincial psychiatric associations as well as the psychiatry subspecialty academies: child, adolescent, geriatric, forensic and consultation psychiatry.

We don't think there will be a clear consensus with respect to whether access to MAID should be permitted solely on the basis of mental disorder. We're still in the process of gathering the perspectives of our members, but I suspect there will continue to be a diversity of medical opinions, such as there is in other sectors of society. The best you can do is determine which medical opinions you feel are the most relevant.

Senator Batters: Thank you.

Senator Campbell: Thank you to the witnesses for coming today. I wish I could bank question time because I have a lot of questions here.

La sénatrice Batters : Je crois que le gouvernement presse peut-être trop cette question également, en raison de la pandémie et de ces types d'enjeux, si une organisation nationale bien connue comme le CMHA n'a pas eu le temps nécessaire pour mener les consultations. Ce n'est pas quelque chose d'inhabituel.

Ma deuxième question est destinée à l'Association des psychiatres du Canada. Je suis heureuse de vous avoir entendu dire, dans votre déclaration liminaire, qu'il existe un gouffre, même au sein de votre organisation, relativement à cette question. Je crois savoir qu'un sondage effectué par l'Association des psychiatres du Canada en 2016 a révélé que, même si 70 % des psychiatres canadiens appuyaient l'AMM en général, moins de 30 % s'opposaient à exclure la maladie mentale comme unique indication de l'AMM.

Je crois aussi savoir que, au cours des dernières années, l'adhésion des psychiatres canadiens à l'APC a baissé en deçà de 50 %, chutant à 44 % en 2018 et à 41 % en 2019. Compte tenu de ce fait — et je sais que l'APC a essuyé quelques critiques concernant le manque de mobilisation psychiatrique dans l'élaboration de la position sur l'AMM — quelle est la représentativité des opinions que vous faites valoir aujourd'hui en ce qui concerne les psychiatres canadiens?

Dre Neilson : Merci de poser la question. L'APC consulte ses membres sur cette question depuis 2016 au moyen de sondages, de groupes de travail ponctuels et de symposiums dans le cadre de conférences annuelles. Récemment, à la suite du changement de l'opinion sociétale concernant l'accessibilité de l'AMM comme intervention médicale, nous avons recueilli des renseignements sur la gamme d'opinions au sein des membres de l'APC au moyen d'un nouveau sondage, d'assemblées publiques de membres et d'une demande de commentaires écrits de la part de nos membres. Ces renseignements ont été renforcés par les commentaires de membres des associations psychiatriques provinciales ainsi que des académies de sous-spécialités psychiatriques : psychiatrie de l'enfance, de l'adolescence, de la gériatrie, psychiatrie judiciaire et psychiatrie de la consultation.

Nous ne croyons pas qu'il y aura un consensus clair relativement au fait de savoir si l'accès à l'AMM devrait être autorisé uniquement en raison d'un trouble mental. Nous cherchons toujours à recueillir les points de vue de nos membres, mais je soupçonne qu'il continuera d'y avoir une diversité d'opinions médicales, comme c'est le cas dans d'autres secteurs de la société. Le mieux que nous puissions faire, c'est de déterminer quelles opinions médicales sont les plus pertinentes selon vous.

La sénatrice Batters : Merci.

Le sénateur Campbell : Je remercie les témoins d'être venus aujourd'hui. J'aimerais pouvoir mettre en banque du temps pour les questions, parce que j'en ai beaucoup à poser.

The first thing I want to ask is this: Is a person who is diagnosed with mental illness capable of informed consent, or does that depend on the diagnosis of the mental illness?

Dr. Galley: I would say the default answer should be “yes,” unless it’s proven otherwise. Mental illness does not remove a person’s ability to consent and to make medical decisions about their life.

Senator Campbell: Okay.

We use the word “possible” versus — I suppose the opposite would be — “probable.” I’m thinking of cancer, for instance. A doctor says you have stage 5 cancer; this is not great news, and the probable result is that you will die. We use this here as possibly being able to help the person with the mental illness versus the probabilities.

I think anything is possible, but what are the probabilities that you can do that? It sounds like it’s fairly high. Dr. Galley, is that true?

Dr. Galley: The probability depends upon the diagnosis, and it depends upon the individual circumstances of the person. But I would say that the evidence shows there is quite a high probability of achieving some level of recovery, so that’s either the remission of symptoms or reaching a stage where the person feels they have control and purpose in their life, even though they may be living with symptoms, assuming they get the treatment and supports that are appropriate for them.

Senator Campbell: Finally, you said in response to Senator Batters’ question that you haven’t had the time to develop a plan. How much time would you need to do this? This is important.

Dr. Galley: I think that not having enough time isn’t quite the way I would put it. I would say that once we saw that mental illness was excluded as the sole underlying reason for MAID, and in the context of the pandemic, which scrambled a lot of our front-line operations and took up a lot of our attention, we have not been prioritizing and looking at this issue. So if it were necessary to do so, I’m sure we could do so within a matter of a few months, perhaps. It would depend upon what the level of detail would be and who the audience would be, of course.

Senator Campbell: Thank you very much.

Senator Dalphond: My question is for Dr. Neilson.

I understand, Dr. Neilson, that you are in agreement with the two other associations about the fact that there’s a high potential of recovery for those suffering from mental illness. At the same

Le première chose que je veux demander est la suivante : une personne qui reçoit un diagnostic de maladie mentale est-elle en mesure de donner son consentement éclairé, ou cela dépend-il du diagnostic de la maladie mentale?

M. Galley : Je dirais que la réponse par défaut devrait être « oui », sauf preuve du contraire. La maladie mentale ne nuit pas à la capacité d’une personne de consentir et de prendre des décisions éclairées au sujet de sa vie.

Le sénateur Campbell : D’accord.

Nous utilisons le mot « possible » au lieu de — je suppose que le contraire serait — « probable ». Je pense au cancer, par exemple. Un médecin vous dit que vous avez un cancer de stade 5; ce n’est pas une bonne nouvelle, et le résultat probable est que vous mourrez. Nous utilisons cela ici comme la possibilité de pouvoir aider la personne aux prises avec la maladie mentale par rapport aux probabilités.

Je crois que tout est possible, mais quelles sont les probabilités que vous puissiez le faire? J’ai l’impression qu’elles sont assez élevées. Monsieur Galley, est-ce vrai?

M. Galley : La probabilité dépend du diagnostic ainsi que de la situation individuelle de la personne. Mais je dirais que les données probantes montrent que la probabilité d’atteindre un certain niveau de rétablissement est assez élevée, et ce n’est donc ni la rémission des symptômes ni l’atteinte d’un stade où la personne sent qu’elle a le contrôle et un objectif dans sa vie, même s’il se peut qu’elle vive avec des symptômes, si l’on présume qu’elle reçoit le traitement et les mesures de soutien qui sont appropriés pour elle.

Le sénateur Campbell : Enfin, vous avez dit dans une réponse à la question de la sénatrice Batters que vous n’aviez pas eu le temps d’élaborer un plan. Combien de temps vous faudrait-il pour le faire? C’est important.

M. Galley : Je crois que le fait de ne pas avoir assez de temps n’est pas exactement la façon dont je présenterais les choses. Je dirais que, une fois que nous avons vu que la maladie mentale a été exclue comme la seule raison sous-jacente pour l’AMM, et dans le contexte de la pandémie, qui a brouillé beaucoup de nos opérations de première ligne et retenu beaucoup de notre attention, nous n’avons pas privilégié et examiné cette question. Donc, s’il était nécessaire de le faire, je suis sûr que nous pourrions y arriver en quelques mois, peut-être. Cela dépendrait du niveau de détail et du public, bien sûr.

Le sénateur Campbell : Merci beaucoup.

Le sénateur Dalphond : Ma question s’adresse à la Dre Neilson.

Je crois comprendre, docteur Neilson, que vous vous accordez avec les deux autres associations pour dire qu’il y a une forte possibilité de rétablissement pour les personnes qui

time, I understand your association finds that it would be discriminatory to exclude altogether those suffering from mental illness by legislative decree.

So what are you proposing in terms of safeguards if we're going to include mental illness as a possible illness for the second track? What kind of safeguards should we put in place?

Dr. Neilson: Was that question to the CPA?

Senator Dalphond: Yes, to you, Dr. Neilson.

Dr. Neilson: Thanks for that question. First and foremost, as psychiatrists and as a society, we have to make sure that vulnerable Canadians have access to appropriate evidence-based care and have available to them a wide range of appropriate supports and services so they can fully and effectively participate in society on an equal basis with others, so that they are not choosing MAID as a substitute for that. Consent to an intervention such as MAID is not valid if it's coerced or is the result of having no other choices.

Additional safeguards that might need to be addressed through regulation include things like making sure the quality of the medical evidence being used to assess eligibility for MAID is of the highest possible medical standards, and that's a question of the standard of medical evidence that should be required to make determinations of capacity.

Second is the establishment of standards related to the assessment process and procedures so that the manner in which the eligibility criteria are being applied across the country are uniform and in keeping with the legislation's intent such as, perhaps, through the establishment of an effective oversight process that's both prospective and retrospective, and then, of course, research and evaluation into the policies and practices that are put in place.

I think there are a number of safeguards that could assist with protecting the vulnerable.

Senator Dalphond: Do you agree with the other experts, including the Council of Canadian Academies, who say the knowledge is not certain about mental disorders, and we need more research about it? Does that call for precautions? Unless we have more information, should we prevent people suffering from mental disorders as the sole condition to access the second track to MAID as a matter of precaution?

souffrent d'une maladie mentale. En même temps, je crois comprendre que votre association estime qu'il serait discriminatoire d'exclure complètement les personnes qui souffrent d'une maladie mentale au moyen d'un décret législatif.

Donc, que proposez-vous en matière de mesures de protection si nous décidons d'inclure la maladie mentale comme maladie possible pour le deuxième volet? Quel type de mesures de protection devrions-nous mettre en place?

Dre Neilson : Cette question s'adressait-elle à l'APC?

Le sénateur Dalphond : Oui, à vous, docteur Neilson.

Dre Neilson : Merci de poser la question. Tout d'abord, en tant que psychiatres et que société, nous devons nous assurer que les Canadiens vulnérables ont accès à des soins appropriés reposant sur des données probantes et ont à leur disposition un vaste éventail de mesures de soutien et de services appropriés afin qu'ils puissent participer pleinement et réellement à la société sur un pied d'égalité avec d'autres personnes, de manière à ce qu'ils ne choisissent pas l'AMM comme solution de rechange. Le consentement à une intervention comme l'AMM n'est pas valide s'il résulte de la coercition ou de l'absence d'autres choix.

Des mesures de protection supplémentaires qui pourraient devoir être examinées au moyen d'un règlement comprennent des choses comme le fait de s'assurer que la qualité des données médicales utilisées pour évaluer l'admissibilité à l'AMM respecte les normes médicales les plus élevées possible, et cela concerne le fait de savoir quelles normes en matière de données médicales devraient être exigées de la personne qui doit prendre des décisions à l'égard de la capacité.

Ensuite, il s'agit d'établir des normes liées aux procédures et aux processus d'évaluation, de sorte que la façon dont les critères d'admissibilité sont appliqués partout au pays soit uniforme, et de manière à respecter l'intention de la loi, comme, peut-être, au moyen de l'établissement d'un processus de surveillance efficace qui est prospectif et rétrospectif, puis, bien sûr, d'activités de recherche et d'évaluation des politiques et des pratiques en place.

Je crois qu'un certain nombre de mesures de protection pourraient aider à protéger les personnes vulnérables.

Le sénateur Dalphond : Êtes-vous d'accord avec les autres experts, y compris le Conseil des académies canadiennes, qui disent que les connaissances au sujet des troubles mentaux ne sont pas certaines et que nous devrions effectuer plus de recherches à ce sujet? Cela appelle-t-il à des précautions? À moins que nous ayons plus de renseignements, devrions-nous empêcher les gens qui souffrent d'un trouble mental en tant que seule affection d'accéder au deuxième volet de l'AMM par mesure de précaution?

Dr. Neilson: I guess that is a legislative decision. As I mentioned in the brief, it is very difficult to differentiate physical conditions that have a mental aspect from sole underlying mental conditions. That makes it very difficult to create a separate category of people who might be eligible for MAID.

Senator Martin: Thank you to all the witnesses.

It has just raised more questions about the timing of everything. If I may continue on the question from Senator Dalphond to Dr. Neilson, when you talked about the three safeguards that you think would be needed, that would include standards for the assessment process, effective oversight and you mentioned one other. I would imagine it would take quite some time to develop those.

Are these safeguards already in place? We're talking about Bill C-7 right now, not six months from now or a year from now. We're going to be dealing with this bill potentially next week. Could you confirm that these safeguards you mentioned are in place? If not, how long would it take to realistically put them in place?

Dr. Neilson: Thank you. I can't say that there are the breadth of safeguards that could be in place to ensure that vulnerable Canadians are not made even more vulnerable by this legislation. I don't know how long that would take, but I can tell you that our association has been working on this since 2016.

Senator Martin: Yes, I know. You had mentioned that, but you had also said that you're in the process of gathering feedback from your members. That was four years ago. If we're looking at legislation and Bill C-7 starting next week, going into second and third reading, these safeguards you mentioned that would be essential — it doesn't seem like we are ready for this bill, even if we were to do something to actually have it ready for consumption and to be available. We don't have the safeguards in place for these vulnerable individuals.

Let me ask Dr. Rajji a question. When you said that we would need trained MAID assessors in Canada, what would that mean for those suffering from mental illness? Do we have enough MAID assessors to adequately provide accurate assessment for such individuals?

Dr. Rajji: What I meant by that is that we need to train more psychiatrists to do these assessments. Specifically, I was also referring to the fact that after we developed the definitions of this specific criteria, then we need to train psychiatrists to be able to apply this criterion to individuals because it is very complex and

Dre Neilson : Je crois que c'est une décision législative. Comme je l'ai dit dans le mémoire, c'est très difficile d'établir une distinction entre des troubles physiques assortis d'un aspect mental et les seules affections mentales sous-jacentes. Cela rend très difficile de créer une catégorie distincte de gens qui pourraient être admissibles à l'AMM.

La sénatrice Martin : Je remercie tous les témoins.

Les questions viennent de soulever plus de questions au sujet du délai pour faire les choses. Si je peux poursuivre sur la question du sénateur Dalphond à la Dre Neilson, lorsque vous avez parlé des trois mesures de protection qui seraient nécessaires à votre avis, cela comprendrait des normes pour le processus d'évaluation, la surveillance efficace, et vous avez mentionné une autre mesure. J'imagine qu'il faudrait un certain temps pour les élaborer.

Ces mesures de protection sont-elles déjà en place? Nous parlons en ce moment du projet de loi C-7, et ce n'est pas dans six mois ou dans un an. Nous aborderons ce projet de loi peut-être la semaine prochaine. Pourriez-vous confirmer que ces mesures de protection que vous avez mentionnées sont en place? Dans le cas contraire, combien de temps faudrait-il pour pouvoir les mettre en place de façon réaliste?

Dre Neilson : Merci. Je ne peux pas dire que tout l'éventail des mesures de protection pourrait être en place pour faire en sorte que les Canadiens vulnérables ne deviennent pas encore plus vulnérables en raison de cette loi. Je ne sais pas combien de temps il faudrait, mais je peux vous dire que notre association travaille sur ces mesures depuis 2016.

La sénatrice Martin : Oui, je le sais. Vous en aviez parlé, mais vous avez aussi dit que vous étiez en train de recueillir des commentaires auprès de vos membres. C'était il y a quatre ans. Si nous examinons la loi et le projet de loi C-7 à partir de la semaine prochaine, qui passera à la deuxième et à la troisième lectures, ces mesures de protection que vous avez mentionnées qui seraient essentielles — j'ai l'impression que nous ne sommes pas prêts pour ce projet de loi, même si nous devons faire quelque chose pour qu'il soit prêt à être utilisé et accessible. Nous n'avons pas les mesures de protection en place pour ces personnes vulnérables.

Permettez-moi de poser une question au Dr Rajji. Lorsque vous avez dit que nous avons besoin d'évaluateurs formés de l'AMM au Canada, qu'est-ce que cela voudra dire pour les personnes qui souffrent d'une maladie mentale? Avons-nous suffisamment d'évaluateurs de l'AMM pour fournir une évaluation exacte dans le cas de telles personnes?

Dr Rajji : Ce que j'entendais par là, c'est que nous devons former plus de psychiatres pour effectuer ces évaluations. Précisément, je faisais aussi allusion au fait que, après avoir élaboré les définitions pour ces critères précis, nous devons former des psychiatres qui pourront appliquer ce critère à des

nuanced. If we end up reaching a definition for the irremediable nature in the context of mental illness, then we need to train the psychiatrists how to apply it because it is complex and nuanced to separate when an illness is potentially remediable and when it's not, given the diversity in trajectories at the individual level.

Unlike some physical illnesses where, yes, there are probabilities, and sometimes higher probabilities than others, for many mental illnesses, including severe mental illnesses, some of the longitudinal studies show that 30% of people go into remission, 30% stay the same and 30% get worse. So you can see there is a lot of uncertainty at the individual level in what group out of these three they will be in. This is where training will be needed once we reach a definition for how to define "irremediable" in the context of mental illness.

Senator Martin: It's very complex. Based on what all of you are saying, I feel we need more time and to be very careful with this. Thank you very much.

Senator Boyer: My question is for Dr. Galley. It has to do with Indigenous people and suicide.

We know that many Indigenous people commit suicide or contemplate suicide because of the ongoing challenges relating to socio-economic inequalities, intergenerational colonial trauma and a lack of access to mental health services. In fact, suicide rates among First Nations, Métis and Inuit are significantly higher than among non-Indigenous peoples. For Métis, the rate is two times higher. For First Nations, the rate is three times higher. For the Inuit, the rate is nearly nine times higher.

Because Bill C-7 repeals the "reasonably foreseeable" death clause, could the same factors that lead to a higher suicide rate among Indigenous populations also contribute to an increase to Indigenous people seeking access to MAID?

Dr. Galley: Our attention on this issue has been focused on the question of inclusion for mental health reasons, so insofar as mental illness is excluded from Bill C-7, I would say no.

On the other hand, if you're suggesting that Indigenous people who live with disabilities that might be eligible under the law as irreversible and irremediable conditions, might they be more likely than non-Indigenous Canadians with the same condition to seek MAID because of a lack of access to services? It certainly seems plausible, but I wouldn't say that I have an expert opinion on that or that CMHA has an opinion on that. It is definitely true that Indigenous mental health is of great concern to us. I think

personnes, parce que c'est très complexe et nuancé. Si nous arrivons à rédiger une définition concernant la nature irrémédiable dans le contexte de la maladie mentale, alors nous devons former les psychiatres sur la façon de l'appliquer, parce que c'est une chose complexe et nuancée que d'établir une distinction quant à savoir quand une maladie est potentiellement remédiable et quand elle ne l'est pas, compte tenu de la diversité des trajectoires à l'échelon individuel.

Contrairement à certaines maladies physiques où, oui, il y a des probabilités, et parfois des probabilités plus élevées que pour d'autres, pour bon nombre de maladies mentales, y compris les maladies mentales graves, certaines des études longitudinales montrent que 30 % des gens entrent en rémission, 30 % des cas demeurent inchangés et 30 % des cas s'aggravent. Vous pouvez donc voir qu'il y a beaucoup d'incertitude à l'échelon individuel pour ce qui est de savoir dans quel groupe ces personnes se situeront. C'est là qu'interviendra la formation, une fois que nous aurons rédigé une définition pour le mot « irrémédiable » dans le contexte de la maladie mentale.

La sénatrice Martin : C'est très complexe. Selon ce que vous dites tous, je sens que nous avons besoin de disposer de plus de temps et aussi de faire très attention. Merci beaucoup.

La sénatrice Boyer : Ma question s'adresse à M. Galley. Elle porte sur les Autochtones et le suicide.

Nous savons que de nombreux Autochtones se suicident ou envisagent le suicide en raison des difficultés continues liées aux inégalités socio-économiques, aux traumatismes coloniaux intergénérationnels et au manque d'accès à des services de santé mentale. De fait, les taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits sont beaucoup plus élevés que chez les non-Autochtones. Pour les Métis, le taux est deux fois plus élevé; pour les Premières Nations, c'est trois fois plus, et pour les Inuits, il est presque neuf fois plus élevé.

Vu que le projet de loi C-7 abroge la disposition sur la mort « raisonnablement prévisible », est-ce que les mêmes facteurs qui entraînent un taux de suicide plus élevé chez les populations autochtones pourraient aussi contribuer à une augmentation du nombre d'Autochtones qui demandent l'accès à l'AMM?

M. Galley : À ce chapitre, nous nous sommes attachés à la question de l'inclusion pour des raisons de santé mentale, donc, dans la mesure où la maladie mentale est exclue du projet de loi C-7, je dirais non.

Par ailleurs, si vous dites que des Autochtones qui vivent dans une situation de handicap pourraient être admissibles au titre de la loi parce qu'ils présentent une affection irréversible et irrémédiable, seraient-ils plus susceptibles que des Canadiens non autochtones souffrant du même trouble de demander l'AMM en raison d'un manque d'accès aux services? Cela semble certes vraisemblable, mais je ne dirais pas que j'ai une opinion d'expert sur la question ni que le CMHA en a une. C'est tout à fait vrai

the complexity or nuance in your question would be: Will that difference in inequity and the colonial trauma and the results of systemic racism result in people applying for MAID on the basis of mental illness? They're not eligible for MAID on the basis of mental illness under the law. So in theory, no.

However, if it's co-morbid with other conditions that might be eligible and you have a particular segment of the population, such as Indigenous people in Canada who already struggle to access appropriate supports and health care, it is definitely an issue that ought to be considered.

Senator Boyer: And especially in mental health care. Thank you very much for your answer.

[Translation]

Senator Boisvenu: First of all, I would like to thank our guests for discussing these exceedingly sensitive, difficult and complex subjects with us.

Dr. Rajji and Dr. Neilson, it seems to me that Bill C-14, which was adopted in 2016, and Bill C-7, which we are studying in 2020, have something in common. There is a common factor that would result in many people being left high and dry because the research has been slow in coming for all kinds of reasons. Once again, I think the courts will have to deal with the problem rather than you, the doctors who do the research.

So in your everyday practice, what do you say to all the patients who want the same rights as people with physical illnesses? Would you tell people suffering from serious mental illnesses that make life practically impossible that they can't have the same rights as other patients suffering from different kinds of illnesses? What do you tell them?

[English]

Dr. Rajji: Thank you for the question. I'm not saying that I don't give the same rights as I give to other Canadians, if that's the condition. I completely agree that everyone has to have equal rights, and that's why we also believe that mental illness should be treated the same as any other physical illness or medical condition.

What I would say is that I need to be mindful of the fact that when I'm trying to deliver evidence-based medicine, I need to also understand and define the medicine that I'm practising. If one of the factors of medicine is to define the criteria the same

que la santé mentale des Autochtones nous préoccupe grandement. Je crois que la complexité ou la nuance dans votre question devrait être la suivante : cette différence sur le plan de l'iniquité et les traumatismes coloniaux de même que les résultats du racisme systémique feront-ils en sorte que les gens demanderont l'AMM pour cause de maladie mentale? Ils ne sont pas admissibles à l'AMM en raison d'une maladie mentale au titre de la loi, donc, en théorie, non.

Toutefois, s'il s'agit d'une comorbidité assortie d'autres troubles qui pourraient être admissibles et que vous avez un segment particulier de la population, comme les Autochtones au Canada qui ont déjà du mal à accéder à des mesures de soutien et à des soins de santé appropriés, c'est assurément une question qui devrait être examinée.

La sénatrice Boyer : Et tout particulièrement dans les soins de santé mentale. Merci beaucoup de votre réponse.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : D'abord, merci beaucoup à nos invités de traiter de sujets des plus délicats, des plus difficiles et des plus complexes.

Docteur Rajji et docteure Neilson, j'ai l'impression qu'il y a un point en commun entre le projet de loi C-14, qu'on a adopté en 2016, et le projet de loi C-7, que nous étudions en 2020. Il y a un facteur commun qui fait en sorte qu'on laissera beaucoup de gens en plan, parce qu'on a pris du retard dans la recherche et pour toutes sortes d'excuses. Je pense qu'encore une fois, ce sont les tribunaux qui devront gérer le problème à votre place, les médecins qui doivent faire de la recherche en ce sens.

Alors, à tous ces patients qui revendiquent des droits égaux face à ceux qui souffrent de maladies physiques, que leur répondez-vous dans votre pratique au quotidien? À ceux qui souffrent de maladies mentales graves qui leur rendent la vie pratiquement impossible, répondez-vous qu'on ne peut pas leur donner les mêmes droits qu'aux patients souffrant d'autres maladies? Qu'est-ce que vous leur répondez?

[Traduction]

Dr Rajji : Merci de poser la question. Je ne dis pas que je n'accorde pas les mêmes droits que ceux que j'accorde à d'autres Canadiens, si c'est l'affection en question. Je suis tout à fait d'accord pour dire que tout le monde doit disposer de droits égaux, et c'est pourquoi nous croyons aussi que la maladie mentale devrait être traitée de la même façon que toute autre maladie physique ou tout autre trouble médical.

Ce que je dirais, c'est que je dois garder à l'esprit que, quand je tente de fournir des soins médicaux fondés sur des données probantes, je dois aussi comprendre et définir le type de médecine que je pratique. Si un des facteurs de la médecine est

way there are definitions of capacity, age and suffering, I think we are now facing a definition that we're applying to the —

[*Translation*]

Senator Boisvenu: Dr. Rajji, I was around in 2016 when Bill C-14 was being studied and my impression is that we're still getting the same answers five years later about the limited knowledge and the uncertainty.

However, for people who are suffering and who want to terminate their lives in a way that I would describe as very honest and lucid, because they are truly suffering from illnesses that make their lives impossible, how long will it be before medicine can meet their expectations given current knowledge, which seems to be progressing extremely slowly in psychiatry and other specialized fields of medicine?

[*English*]

Dr. Rajji: Again, what I'm saying is that we need to practise evidence-based medicine. That's why, in our opinion at CAMH, there is a difference between intolerable suffering and grievousness and the irremediable nature of an illness. When talking with my patients, I emphasize hope and that even though they're suffering now, I really can't tell my patient whether the suffering will not exist next year, or the year after, or next month. This is the current state of our knowledge of mental illnesses. I emphasize a hopeful message because of the fact that we don't know the trajectory, and the evidence suggests there is likelihood of recovery as well as the likelihood of non-recovery. I cannot tell an individual patient what that specific trajectory is going to be.

That's why, again, we need to separate, in our opinion, the irremediable definition, which needs to be based on objective evidence, like when someone has some of the conditions that were mentioned, such as Huntington's disease. We have some evidence about the trajectory which we don't have versus the definition of grievousness and suffering. I don't minimize —

[*Translation*]

Senator Boisvenu: Dr. Rajji, does our current knowledge enable us to make a distinction between something irremediable and something that has an uncertain trajectory? Can you make this distinction today based on what you know?

de définir les critères de la même façon qu'il y a des définitions de la capacité, de l'âge et des souffrances, je crois que nous sommes maintenant confrontés à une définition que nous appliquons à...

[*Français*]

Le sénateur Boisvenu : Docteur Rajji, j'étais présent en 2016 lors de l'étude du projet de loi C-14 et j'ai l'impression qu'on nous donne encore les mêmes réponses, cinq ans plus tard, en ce qui a trait au manque de connaissances et à l'incertitude.

Cependant, pour ces gens qui souffrent et qui désirent mettre fin à leur vie de façon, dirais-je, très honnête et consciente, car elles souffrent vraiment de maladies qui rendent leur vie impossible, dans combien de temps la médecine répondra-t-elle à leurs attentes en fonction des connaissances, qui semblent évoluer très très lentement, si l'on parle de la psychiatrie et d'autres spécialités de la médecine?

[*Traduction*]

Dr Rajji : Encore une fois, ce que je dis, c'est que nous devons pratiquer une médecine fondée sur des données probantes. C'est pourquoi, à notre avis, au CAMH, il y a une différence entre des souffrances intolérables et la gravité et la nature irrémédiable d'une maladie. Quand je parle à mon patient, je mets l'accent sur l'espoir et sur le fait que, même s'il souffre maintenant, je ne peux vraiment pas dire à mon patient si les souffrances cesseront d'exister l'an prochain, ou l'année d'après ou le mois prochain. C'est l'état actuel de nos connaissances à l'égard des maladies mentales. Je mets l'accent sur un message d'espoir vu que nous ne connaissons pas la trajectoire, et les données probantes donnent à penser que le rétablissement est probable tout autant que le non-rétablissement. Je ne peux pas dire à un patient individuel quelle trajectoire précise sa maladie empruntera.

C'est pourquoi, encore une fois, nous croyons qu'il est nécessaire de distinguer la définition d'irréversible, qui doit reposer sur des données probantes objectives, comme lorsqu'une personne est aux prises avec certaines des affections qui ont été mentionnées, comme la maladie de Huntington. Nous disposons de certaines données probantes au sujet de la trajectoire que nous n'avons pas pour la définition de la gravité et des souffrances. Je ne minimise pas...

[*Français*]

Le sénateur Boisvenu : Docteur Rajji, est-ce que nos connaissances nous permettent de faire cette distinction aujourd'hui entre ce qui est irrémédiable et ce qui représente une trajectoire incertaine? Est-ce que vous pouvez faire cette distinction aujourd'hui, avec les connaissances que vous avez?

[English]

Dr. Rajji: For many of the conditions of mental illness, we cannot now determine whether an illness is irremediable or not based on much of the evidence. That's why at this point we need to define how we define this. It's not a straightforward definition whether an illness is irremediable or not. That's part of the challenge in our field of mental health.

There has been some work since 2016, including the CCA work, that concluded there is no consensus because more work needs to be done. Unfortunately, this is the current state of the field of mental health and mental illness.

Senator Keating: I heard one of you say that mentally ill patients are most often capable of informed consent. This bolsters a conclusion that I reached recently after speaking with certain psychiatrists and doctors, and I'd like to know what you think about it.

Overall, I'm now feeling that there's very little difference between a physical illness and a mental illness in that the issue really is whether or not the person living with either the physical condition or the mental condition has the ability to truly assess where they are at the time they request MAID, depending on their condition. There is no doubt that someone suffering from a physical illness is not necessarily, at a certain stage of that physical illness, in a position mentally to make a full assessment of whether or not they should go for MAID or not. This is really an issue, then, that must be discussed and seriously considered by their physician.

I worry that we are concentrating very significantly on definitions that we will never have an answer to. I want to know what you thought of that position. That question is to whomever wants to answer. Thank you.

Dr. Neilson: I can answer in part. Physicians assess capacity on the basis of the prevailing legislative framework. For us, the proper clinical question is: What is the standard of medical evidence that's going to be required to make a determination of capacity? That's really a policy or legislative decision.

Currently, our assessment needs a single balance-of-probability standard, but I can tell you that for most capacity assessments that we do as psychiatrists, when the stakes for the individual or for society are very high, psychiatrists naturally deploy a higher threshold for their assessment of capacity.

[Traduction]

Dr Rajji : Pour bon nombre des troubles de santé mentale, nous ne pouvons pas déterminer si une maladie est irrémédiable ou non en nous fondant sur la plupart des données probantes. C'est pourquoi, en ce moment, nous devons établir comment nous allons définir tout cela. Ce n'est pas une définition directe permettant de savoir si une maladie est irrémédiable ou non. Cela fait partie de la difficulté dans notre domaine de la santé mentale.

Certains travaux menés depuis 2016, y compris ceux du CAC, ont conclu qu'il n'y a pas de consensus, parce que plus de travail doit être fait. Malheureusement, c'est l'état actuel du domaine de la santé mentale et de la maladie mentale.

La sénatrice Keating : J'ai entendu quelqu'un d'entre vous dire que les patients aux prises avec une maladie mentale sont le plus souvent capables de donner leur consentement éclairé. Cela renforce la conclusion à laquelle je suis parvenue récemment après m'être entretenue avec certains psychiatres et médecins, et j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Globalement, j'ai maintenant l'impression qu'il y a très peu de différence entre une maladie physique et une maladie mentale, en ce sens que la question tient vraiment au fait de savoir si la personne qui vit avec l'affection physique ou mentale est en mesure ou non d'évaluer réellement où elle se situe lorsqu'elle demande l'AMM, en fonction de son état. Il ne fait aucun doute qu'une personne souffrant d'une maladie physique n'est pas nécessairement, à un certain stade de cette maladie physique, en mesure mentalement d'évaluer pleinement si elle devrait ou non demander l'AMM. C'est vraiment une question, alors, qui doit être abordée et sérieusement prise en considération par son médecin.

Je m'inquiète du fait que nous accordons trop d'importance à des définitions auxquelles nous n'aurons jamais de réponse. J'aimerais connaître votre avis à ce sujet. Ma question s'adresse à quiconque veut y répondre. Merci.

Dre Neilson : Je peux répondre en partie. Les médecins évaluent la capacité en fonction du cadre législatif qui prévaut. Pour nous, la bonne question clinique à poser est la suivante : quelle est la norme en matière de données médicales qui sera exigée au moment de prendre une décision à l'égard de la capacité? C'est vraiment une décision politique ou législative.

En ce moment, notre évaluation doit reposer sur la seule norme de la prépondérance des probabilités, mais je peux vous dire que, pour la plupart des évaluations de la capacité que nous faisons en tant que psychiatres, lorsque les enjeux pour la personne ou la société sont très élevés, les psychiatres utilisent habituellement un seuil plus élevé pour leur évaluation de la capacité.

What we're talking about are thresholds that the legislature feels that a person should meet in order that capacity be deemed to be present.

Senator Keating: Isn't the issue really whether or not they are properly able to make that decision? My question wasn't about whether the legislation should address it or not. It's really about the individual, whether physically or mentally ill, and whether the physician feels they are capable of giving informed consent at the time. I know there are restrictions in this legislation about that, but I'm struggling with the issue of the difference in ability of informed consent between both those who suffer from a physical disability compared to a mental disability.

Dr. Rajji: I agree that there are a lot of similarities between mental illness and physical illness, including the suffering. These are illnesses and we need to see them as a whole as illnesses.

However, I don't agree with the fact that, similar to some physical illnesses, we know in mental illnesses the probabilities of trajectory. An earlier example came about stage 4 cancer. I think when someone is diagnosed with a stage 4 cancer and they are capable, even though there are still probabilities of different trajectories, one trajectory has a much higher probability than another trajectory. The science doesn't tell us at this stage in mental illness that we have a certain trajectory at a certain individual level that is much more probable than another trajectory. Because of the lack of scientific evidence to determine the higher probability for one trajectory rather than another, we believe it is very hard to define at this time when an illness is irremediable. When there is a 30% probability of going into remission, a 30% probability of staying the same and a 30% probability of getting worse, I don't think we can say this person has an irremediable illness in many conditions.

It's not about the capacity. That's why in our position we go back to the fundamental issue of how we define an irremediable illness in the context of mental illness. That's not very similar to many of the physical conditions that we think about when we talk about medical assistance in dying.

Senator Keating: Thank you.

Senator Boniface: I'll try to be brief. It appears from what we have heard today that there is at least a percentage of persons who are provided with MAID who have a mental disorder as a co-morbid condition, and that it is impossible to tell what impact the concurrent mental disorder has on the person's decision to seek MAID. Would you please share with us your understanding of the logic for allowing persons with a co-morbid condition to

Ce dont nous parlons, ce sont des seuils que, selon l'assemblée législative, une personne devrait atteindre pour que cette capacité soit réputée être présente.

La sénatrice Keating : La question n'est-elle pas vraiment de savoir si elles sont ou non correctement en mesure de prendre cette décision? Je ne voulais pas tant savoir si la loi devrait examiner ou non la question. Il s'agit vraiment de la personne, qu'elle ait une maladie physique ou mentale, et du fait de savoir si le médecin estime qu'elle est capable de fournir un consentement éclairé à ce moment-là. Je sais que la loi prévoit des restrictions à ce sujet, mais j'ai du mal à comprendre la différence, au moment de fournir un consentement éclairé, entre ceux qui souffrent d'un handicap physique et ceux qui souffrent d'un handicap mental.

Dr Rajji : Je conviens qu'il existe beaucoup de similitudes entre la maladie mentale et la maladie physique, y compris les souffrances. Ce sont des maladies, et nous devons les voir comme des maladies dans leur ensemble.

Toutefois, je n'admets pas le fait que, comme pour certaines maladies physiques, nous connaissons les probabilités des trajectoires pour les maladies mentales. Un exemple a été donné plus tôt concernant le cancer de stade 4. Je crois que, lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de cancer de stade 4 et qu'elle est apte à fournir son consentement, même s'il demeure toujours des probabilités de trajectoires différentes, une trajectoire est associée à une probabilité beaucoup plus élevée qu'une autre. La science ne nous dit pas à ce moment-là de la maladie mentale qu'une certaine trajectoire à un certain échelon individuel est beaucoup plus probable qu'une autre. Vu le manque de données scientifiques probantes pour déterminer la probabilité la plus élevée pour une trajectoire plutôt qu'une autre, nous croyons qu'il est très difficile de définir à l'heure actuelle à quel moment une maladie est irrémédiable. Lorsqu'il y a une probabilité de rémission de 30 %, une probabilité de stabilité de 30 % et une probabilité d'aggravation de 30 %, je ne crois pas que nous pouvons dire que cette personne a une maladie irrémédiable dans de nombreux cas.

La question ne concerne pas la capacité. C'est pourquoi, dans notre position, nous revenons à la question fondamentale : comment définir une maladie irrémédiable dans le contexte de la maladie mentale. Cela ne ressemble pas beaucoup à bon nombre des affections physiques auxquelles nous pensons lorsque nous parlons de l'aide médicale à mourir.

La sénatrice Keating : Merci.

La sénatrice Boniface : J'essaierai d'être brève. Selon ce que nous avons entendu dire aujourd'hui, il semble qu'au moins un certain pourcentage de personnes qui reçoivent l'AMM souffrent d'un trouble mental comme comorbidité, et qu'il est impossible de dire quels effets le trouble mental concomitant a sur la décision de la personne de demander l'AMM. Pourriez-vous s'il vous plaît nous faire part de votre compréhension de la logique

seek MAID but denying persons with a mental disorder as the sole condition from seeking MAID. I would direct my question to the Canadian Psychiatric Association. Thank you for being here.

Dr. Neilson: I think that question actually highlights the fact that vulnerability is not limited to people with mental illness and that people who have physical conditions can also have mental conditions that may impact their decision-making. Really, the issue of whether or not someone can make a capable decision is what is important, whether their concern relates to physical or mental disability.

Senator Boniface: Thank you.

[*Translation*]

Senator Dupuis: I would like to thank the witnesses for being here today. There does not appear to be much medical consensus on the topic of mental illness. Thank you for saying so as candidly and openly as you have because in the legal world, we have to juggle with a number of concepts. If these medical concepts — because we are speaking about medical assistance in dying — are unclear, how could you prevent me from requesting medical assistance in dying, whether or not a biological factor is related to my mental illness?

What I am hearing from you is that we should refuse medical assistance in dying to people because there is no medical consensus. We have moved away from a regime that completely prohibited medical assistance in dying to a regime that was introduced in Quebec in 2010, whose criterion was the ability to give informed consent.

Are we going to regress on this issue because of a lack of consensus in the medical community?

[*English*]

Dr. Rajji: Our position is that I don't think we would be going back in time. There was never a consensus around how to define an irremediable illness in the context of mental illness. I don't think we have actually done the work and that there was a consensus before so that we are going back in time. The capacity is a different definition and different criteria that needs to be there. Our position is that the work has not yet been done to define the irremediable criterion in the context of mental illness.

qui sous-tend le fait de permettre à des personnes ayant une comorbidité de demander l'AMM, mais de refuser aux personnes aux prises avec un trouble mental comme seule affection de demander l'AMM. J'adresserais ma question à l'Association des psychiatres du Canada. Merci d'être ici.

Dre Neilson : Je crois que la question met en évidence le fait que la vulnérabilité ne se limite pas aux personnes aux prises avec une maladie mentale et que les personnes qui ont un problème de santé physique peuvent aussi éprouver un problème de santé mentale qui peut influencer sur leur prise de décisions. Vraiment, la question de savoir si une personne peut ou non prendre une décision est ce qui importe, que sa préoccupation concerne un handicap physique ou mental.

La sénatrice Boniface : Merci.

[*Français*]

La sénatrice Dupuis : Je remercie les témoins d'être ici aujourd'hui. Il ne semble pas y avoir beaucoup de consensus sur le plan médical au sujet de la maladie mentale. Merci de le dire aussi candidement et aussi ouvertement, parce que nous avons à jongler avec certaines notions dans l'univers juridique. Si ces notions médicales — parce qu'on parle de l'aide médicale à mourir — ne sont pas claires, comment pourriez-vous m'empêcher de demander l'aide médicale à mourir, peu importe s'il y a un facteur biologique lié à ma maladie mentale ou non?

Ce que j'entends de votre part, c'est que nous devrions refuser l'aide médicale à mourir à des gens parce qu'il n'y a pas de consensus dans le monde médical. Nous sommes passés à un régime qui interdisait complètement l'aide médicale à mourir à un régime qui s'est installé au Québec en 2010, où l'on a établi le critère comme étant la capacité à donner un consentement éclairé.

Allons-nous revenir en arrière par rapport à cette question sur la foi d'une absence de consensus dans la communauté médicale?

[*Traduction*]

Dr Rajji : Notre position, c'est que je ne crois pas que nous reviendrions en arrière. Il n'y a jamais eu de consensus par rapport à la façon de définir une maladie irrémédiable dans le contexte de la maladie mentale. Je ne crois pas que nous ayons réellement fait le travail et qu'il y ait eu un consensus auparavant, de sorte que nous puissions retourner en arrière. La capacité n'a pas la même définition, et il doit y avoir des critères différents. Nous sommes d'avis que le travail n'a pas encore été effectué pour définir le critère irrémédiable dans le contexte de la maladie mentale.

[Translation]

Senator Dupuis: I wanted to make sure that I had understood correctly. One of the three witnesses told us that under the current act, it is impossible to obtain medical assistance in dying on grounds of mental illness. Did I hear one of our three witnesses say that?

[English]

Dr. Galley: Before the passage of Bill C-7 it would not have been possible to obtain MAID unless you were at the end of life. It would have still been the case that you could not apply for MAID on the basis of a mental illness because it's not a terminal condition.

[Translation]

Senator Dupuis: Thank you.

[English]

The Chair: Senators, I know it's five o'clock, but I found it difficult to cut the discussion off just now.

Senator Pate: Thank you to the witnesses. I want to follow up on Senator Boyer's and Senator Boniface's questions, as well as Dr. Neilson's comments around the need to ensure that consent is valid and that it cannot be if it is coerced or there are no other options.

As we have seen during this pandemic, the lack of adequate economic, social and health supports have meant that there are many people who face situations that look pretty bleak. I'm curious as to why you think at this stage the removal of end of life is a positive move in light of the fact that we see so many individuals and we have heard evidence already today before this committee about the inexorable link between the inadequacy of care and some of the decisions people are making to choose MAID.

Dr. Galley: I would say that CMHA is neutral on the question of whether the removal of the end-of-life requirement is positive or not. I'm deferring to the court decision on that, that it has been struck down on some grounds. Increasing suicidality and risk of self-harm and hopelessness are definitely enormous concerns right now during the pandemic. We have been tracking data showing quite alarming growths in the sense of hopelessness and in having suicidal thoughts among the general population, and even more so within certain groups of people, including those who are already experiencing mental health challenges.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Je voulais être certaine d'avoir bien compris. Un des trois témoins nous a dit que, dans le cadre de la loi actuelle, il est possible d'obtenir l'aide médicale à mourir à cause d'une maladie mentale. Est-ce que j'ai bien entendu un de nos trois témoins dire cela?

[Traduction]

M. Galley : Avant l'adoption du projet de loi C-7, il n'aurait pas été possible d'obtenir l'AMM sauf si vous étiez en fin de vie. Vous n'auriez toujours pas pu demander l'AMM en raison d'une maladie mentale, parce que ce n'est pas une maladie terminale.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Merci.

[Traduction]

La présidente : Mesdames et messieurs les sénateurs, je sais qu'il est 17 heures, mais je trouverais difficile d'interrompre la discussion maintenant.

La sénatrice Pate : Je remercie les témoins. J'aimerais revenir sur les questions des sénatrices Boyer et Boniface, ainsi que sur les commentaires de la Dre Neilson concernant le besoin de s'assurer que le consentement est valide et qu'il ne peut pas l'être s'il est le résultat de la coercition ou qu'il n'y a pas d'autres options.

Comme nous l'avons vu durant la pandémie, le manque de mesures de soutien adéquates sur le plan économique et social et sur le plan de la santé a eu pour effet que de nombreuses personnes ont été confrontées à des situations qui semblaient plutôt sombres. Je suis curieuse de savoir pourquoi vous pensez à ce moment-ci que le retrait de la fin de vie est un choix positif à la lumière du fait que nous voyons un si grand nombre de personnes... et que nous avons entendu aujourd'hui des témoignages devant le comité au sujet du lien inexorable entre le caractère inadéquat des soins et certaines des décisions de certaines personnes de choisir l'AMM.

M. Galley : Je dirais que le CMHA est neutre sur la question de savoir si le retrait du critère de la fin de vie est positif ou non. Je m'en remets à la décision du tribunal sur cette question, qui a été invalidée pour certains motifs. Le taux croissant de suicides, le risque d'automutilation et le désespoir sont assurément d'énormes préoccupations en ce moment, durant la pandémie. Nous avons fait le suivi de données qui montrent une croissance assez alarmante pour ce qui est du désespoir et des idées suicidaires chez la population générale, et même davantage dans le cas de certains groupes de gens, y compris ceux qui sont déjà aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Again, I would make the distinction that with the bill as it is proposed — and it's possible I'm being naive here because I'm not a legal expert — still excludes MAID solely on the basis of mental illness. At least hypothetically, would a rise in suicidal ideation in the general populace lead to a spike in requests and completed requests for MAID under this legislation? In theory, no. In theory, we would be doing everything we can, and I hope we're doing everything we can. CMHA is a participant in some federal initiatives on this to prevent suicide and to intervene and to address that concern. At least on a surface reading, if Bill C-7 maintains the prohibition against MAID for solely mental health-related reasons, then I don't see how it could contribute to that crisis.

On the other hand, as I said to Senator Boyer, if you have a comorbidity and you are in a disadvantaged position already, such as being in a group that already struggles to access sufficient supports, then it's plausible that those factors could all come together.

So if you're someone who is on the edge of feeling like your life is intolerable and you have co-morbidity with mental illness and this bill removes the end-of-life requirement, you may bring up the subject of MAID when you otherwise wouldn't.

I'm not sure how much that says about the bill itself. The pandemic is a circumstance that is instituting a mental health crisis. Whether or not MAID is legal in Canada almost seems a bit separate from that.

[*Translation*]

Senator Carignan: Thank you, my question has already been answered. Thanks.

[*English*]

The Chair: This is our final panel today via Zoom. From the Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, we welcome Dr. Georges L'Espérance, President, and neurosurgeon. And from Dying With Dignity Canada, we are joined by Helen Long, Chief Executive Officer, and the Honourable James S. Cowan, Chair, Board of Directors, Dying With Dignity Canada, and former senator. Mr. Cowan, as you heard, we miss you.

May I please ask that our witnesses limit their presentations to seven minutes?

Encore une fois, j'aimerais établir une distinction, à savoir que, tel qu'il est proposé — et je suis peut-être naïf, mais je ne suis pas un expert juridique — le projet de loi exclut toujours l'AMM seulement en raison d'une maladie mentale. De façon à tout le moins hypothétique, une augmentation des idées suicidaires dans la population générale entraînerait-elle une hausse des demandes et des demandes remplies d'AMM en vertu de cette loi? En théorie, non. En théorie, nous ferions tout ce que nous pouvons, et j'espère que c'est ce que nous faisons. Le CMAH participe à certaines initiatives fédérales sur cette question afin de prévenir le suicide, d'intervenir et de réagir à cette préoccupation. Au moins à première vue, si le projet de loi C-7 maintient l'interdiction visant l'AMM pour les seules raisons liées à la santé mentale, alors je ne vois pas comment il pourrait contribuer à cette crise.

Par ailleurs, comme je l'ai dit à la sénatrice Boyer, si vous avez une comorbidité et que vous vous trouvez déjà dans une position désavantageuse, par exemple si vous faites partie d'un groupe qui a déjà du mal à accéder à des mesures de soutien suffisantes, alors il se peut que ces facteurs soient tous réunis.

Donc, si vous commencez à sentir que votre vie est intolérable et que vous avez une comorbidité assortie d'une maladie mentale et que ce projet de loi élimine le critère de fin de vie, vous pourriez soulever le sujet de l'AMM, alors que vous ne le feriez pas autrement.

Je ne suis pas sûr de savoir ce que cela dit au sujet du projet de loi lui-même. La pandémie est une circonstance qui instaure une crise en matière de santé mentale. Le fait de savoir si l'AMM est légale au Canada me paraît presque comme un enjeu distinct de cette crise.

[*Français*]

Le sénateur Carignan : Je vous remercie, on a déjà répondu à ma question. Merci.

[*Traduction*]

La présidente : Nous voilà maintenant à notre dernier groupe de témoins aujourd'hui par Zoom. Nous accueillons le Dr Georges L'Espérance, président, neurochirurgien, de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité. En outre, Helen Long, directrice générale, ainsi que l'honorable James S. Cowan, président, conseil d'administration et ancien sénateur, de Dying With Dignity Canada, se joignent à nous. Monsieur Cowan, comme vous l'avez entendu dire, vous nous manquez.

Puis-je demander à nos témoins de limiter leur exposé à sept minutes?

[Translation]

Dr. Georges L'Espérance, neurologue, Président, Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité: Honourable senators, I would like to thank you very much for this invitation to discuss Bill C-7 with you. I am a retired neurosurgeon who provides medical assistance in dying, and as such, I am a member of a private discussion group in Quebec made up solely of doctors who provide compassionate and ethical end-of-life care, and within this group, it is possible to have extremely useful and informative discussions. There is strong agreement among us with respect to the comments I am going to make, which reflect the association's deliberations on behalf of our fellow citizens.

In Quebec, from April 1, 2019 to March 31, 2020, 1,776 people received medical assistance in dying, which represents 2.6% of all deaths. As you can see, this is a very low percentage. Neurodegenerative illnesses are the second most prevalent diagnostic category after cancer.

Here are a few comments about the bill. The following are some of the relevant limitations that have been relaxed, particularly for people living alone: first, a written request for medical assistance in dying requires only a single independent witness rather than two; second, allowing people whose occupation is to provide health care or personal care to act as independent witnesses; third, the 10-day reflection period has been removed on the basis of straightforward clinical logic. Our patients who request medical assistance in dying generally have a very lengthy history of illness and are well aware of their circumstances.

Fourth, the waiving of final consent immediately prior to care is also based on the clinical realities we all experience. Our patients will no longer have to reject pain medication in order to remain lucid, nor to fear losing their capacity because of delirium.

We fully agree with the advance written consent clause but suggest that the safeguard measure in subsection (3.4) be reviewed in two years with a view to repeal based on experience.

There are still three major points on which we feel that Bill C-7 should be improved. Firstly, we would like the concept of "reasonably foreseeable natural death" as a safeguard measure to be removed from Bill C-7. The other criteria in bill Bill C-7 have clearly demonstrated that the "most vulnerable" people in Canada need no further protection to guarantee fair and safe access to medical assistance in dying.

[Français]

Dr Georges L'Espérance, neurochirurgien, président, Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité : Mesdames les sénatrices et messieurs les sénateurs, je vous remercie beaucoup de cette invitation à venir discuter avec vous du projet de loi C-7. Neurochirurgien retraité, je fais moi-même de l'aide médicale à mourir et, à ce titre, je fais partie d'un groupe de discussion privé au Québec, comptant uniquement des médecins qui offrent ce dernier soin compassionnel et éthique, ce qui permet de faire des échanges très judicieux et formateurs. Les remarques qui suivront suscitent un fort consensus parmi nous et nourrissent les réflexions de l'association pour nos concitoyens.

Au Québec, du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020, 1 776 personnes ont reçu l'aide médicale à mourir, c'est-à-dire 2,6 % des décès globaux. Vous conviendrez qu'il s'agit d'un très faible pourcentage. Les maladies neurodégénératives représentent la deuxième catégorie de diagnostics les plus prévalents après le cancer.

Voici quelques commentaires sur le projet de loi. Les assouplissements suivants sont très pertinents, en particulier pour les personnes seules : premièrement, la demande d'aide médicale à mourir par écrit devant un seul témoin indépendant au lieu de deux; deuxièmement, la capacité pour une personne dont l'occupation est de fournir des soins de santé ou des soins personnels d'agir en qualité de témoin indépendant; troisièmement, la période de 10 jours de réflexion est abrogée et cet assouplissement est le fruit de la simple logique clinique. Nos patients qui demandent l'aide médicale à mourir ont, le plus souvent, un historique de maladie très long et ils sont parfaitement au courant de leur situation.

Quatrièmement, la renonciation au consentement final immédiatement préalable aux soins est, là aussi, une réponse qui correspond à la réalité clinique que nous vivons tous. Nos patients n'auront plus à refuser de médicaments contre la douleur afin de garder leur lucidité ni à craindre de perdre leur aptitude par délirium.

Nous sommes tout à fait d'accord avec la clause de renonciation écrite au préalable et nous suggérons cependant que la mesure de sauvegarde au paragraphe (3.4) soit révisée dans deux ans, pour être éventuellement abrogée grâce à l'expérience acquise.

Il reste trois points majeurs sur lesquels nous trouvons que le projet de loi C-7 devrait être bonifié. Premièrement, nous demandons que le concept de « mort naturelle raisonnablement prévisible » soit extirpé du projet de loi C-7 comme mesure de sauvegarde. Les autres critères prévus dans le projet de loi C-7 ont amplement fait la preuve au Canada que les « plus vulnérables » n'ont pas besoin d'autre protection pour leur garantir un accès juste et sécuritaire à l'aide médicale à mourir.

We the physicians in the field, and our patients, would yet again find ourselves dealing with a vague non-medical concept, because life expectancy is a construct applicable to averages, and not to any particular individual. It is a useless and redundant measure.

If Parliament still wants to retain this measure, it should at least eliminate the assessment period of at least 90 days. This so-called “reflection” period is an insult to our patients’ intelligence and suffering.

Repealing this criterion would make the medical assistance in dying decision an objective and strictly medical process.

As for vulnerability, Madam Justice Baudouin analyzed it at length and wrote the following in paragraph 252 of her decision:

...it is not a person’s identification with a group described as vulnerable ... that ought to underpin the need to protect someone who asks for medical assistance in dying, but rather that person’s individual capacity to understand and give their free and informed consent to such a procedure on its own merits.

Second point: as written, Bill C-7 specifically excludes mental disorders. I have listened to your discussions over the past hour with considerable interest. However, it is a real illness with real and sometimes intolerable suffering, and is completely resistant to treatment. Excluding mental health can only lead once again to legal challenges that are unacceptable for the affected patients.

Out of respect for these citizens, and because the issues are complex, we suggest removing this exclusion clause and observing a 12-month legal period of non-application during which the professional bodies from each province could work together and would [Technical difficulties].

[English]

Mark Palmer, Clerk of the Committee: The witness has frozen. I suggest we move to the next witness.

Helen Long, Chief Executive Officer, Dying With Dignity Canada: Thank you. Good afternoon and thank you for the opportunity to appear today. For 40 years, Dying With Dignity Canada has been committed to advancing end-of-life rights and helping Canadians to avoid unwanted suffering. Our role here is to represent the 86% of Canadians who support the 2015 Supreme Court *Carter v. Canada* decision. Our comments today reflect the voices of Canadians that we hear from every day and the results of polling regarding end-of-life issues we’ve done over the years. These results are largely consistent with the extensive government consultations earlier this year.

De plus, nos patients et nous, médecins de terrain, serons encore une fois aux prises avec un concept flou, non médical, parce que l’espérance de vie est une notion qui touche la moyenne, et non pas un individu en particulier. Cette mesure est inutile et redondante.

Si, malgré tout, le législateur veut conserver cette mesure, qu’il supprime au moins la période d’évaluation minimale de 90 jours. Cette période de soi-disant « réflexion » est une insulte à l’intelligence et à la souffrance de nos patients.

La révocation de ce critère soumettra la décision de l’aide médicale à mourir à un strict processus médical objectif.

Quant à la vulnérabilité, madame la juge Baudouin l’a longuement analysée et a écrit ce qui suit au paragraphe 252 de son jugement :

[...] ce n’est pas son identification à un groupe qualifié de vulnérable [...] qui doit sous-tendre le besoin de protection d’une personne qui demande l’aide médicale à mourir, mais bien sa capacité individuelle de comprendre et de consentir de manière libre et éclairée à une telle procédure en fonction de ses caractéristiques propres.

Deuxième point : tel qu’il est libellé, le projet de loi C-7 exclut spécifiquement les désordres mentaux. J’ai suivi avec énormément d’intérêt la dernière heure de vos discussions. Or, il s’agit d’une maladie réelle avec des souffrances réelles, parfois intolérables et résistantes à tout traitement. Exclure la santé mentale ne peut que conduire, encore une fois, à des contestations juridiques inacceptables pour les patients touchés.

En tout respect pour ces citoyens et parce que les enjeux sont complexes, nous suggérons de retirer cette clause d’exclusion et d’observer une période légale de non-application de 12 mois pendant laquelle les ordres professionnels de chaque province devront travailler ensemble et auront [Difficultés techniques].

[Traduction]

Mark Palmer, greffier du Comité : La vidéo du témoin a gelé. Je propose que nous passions au prochain témoin.

Helen Long, directrice générale, Dying With Dignity Canada : Merci. Bonjour et merci de me donner l’occasion de comparaître aujourd’hui. Pendant 40 ans, Dying With Dignity Canada s’est engagé à faire avancer les droits de fin de vie et à aider les Canadiens à éviter des souffrances inutiles. Notre rôle consiste à représenter les 86 % de Canadiens qui soutiennent l’arrêt *Carter c. Canada* rendu en 2015 par la Cour suprême. Nos commentaires aujourd’hui reflètent la voix des Canadiens que nous entendons chaque jour et les résultats de sondages concernant les questions liées à la fin de vie que nous avons réalisés au fil des ans. Ces résultats concordent dans une grande mesure avec les consultations gouvernementales élargies réalisées plus tôt cette année.

We are in support of the legislative amendments put forward in Bill C-7, and encourage you to recommend passage of Bill C-7, recognizing the constitutional rights of Canadians, ensuring personal autonomy and demonstrating compassion for that small percentage who may seek MAID to end enduring suffering that is intolerable to them.

We strongly support the removal of the reasonably foreseeable natural death eligibility requirement proposed because of the *Truchon* court ruling, which found the current law unconstitutional.

Bill C-7 speaks to the right of every eligible Canadian, including those with chronic conditions and who are suffering but not near death, to access MAID. As noted in *Carter* and reiterated in *Truchon*, exempting those who are otherwise eligible based on the reasonable foreseeability of their death may cause an individual to end their own life prematurely by violent means or to endure intolerable suffering until their natural death. The Supreme Court has described this as a cruel choice.

Jean Truchon and Nicole Gladu spoke for those who have been excluded from accessing MAID, because their natural death was deemed not reasonably foreseeable. Both indicated that they had lived well, happily and successfully for decades despite the effects of their conditions, but wanted the right to make a decision as to when and how their life ended when they reached the point of suffering that was intolerable to them.

Justice Baudouin, who ruled in *Truchon*, heard extensive testimony, including from witnesses regarding issues of vulnerability and the concerns that society protect those who may be deemed vulnerable from coercion or pressure related to decisions concerning the end of life. In her ruling, she stated:

In the Court's view, however, we cannot, in the name of the principle of protecting certain persons from themselves or of socially affirming the inherent value of life, deny medical assistance in dying to an entire community of persons with disabilities precisely because of their disability.

She further stated:

The vulnerability of a person requesting medical assistance in dying must be assessed exclusively on a case-by-case basis, according to the characteristics of the person and not

Nous sommes en faveur des amendements législatifs présentés dans le projet de loi C-7 et nous vous encourageons à recommander l'adoption du projet de loi C-7, reconnaissant les droits constitutionnels des Canadiens, garantissant l'autonomie personnelle et démontrant de la compassion pour ce petit pourcentage de gens qui peuvent demander l'AMM afin de pouvoir cesser de subir des souffrances qui sont intolérables pour eux.

Nous appuyons fermement le retrait du critère proposé concernant l'admissibilité qu'est la mort naturelle raisonnablement prévisible en raison de la décision de la Cour dans l'affaire *Truchon*, qui a jugé inconstitutionnelle la loi actuelle.

Le projet de loi C-7 concerne le droit de tous les Canadiens admissibles, y compris ceux ayant une maladie chronique et ceux souffrant d'une maladie, mais n'étant pas près de mourir, d'accéder à l'AMM. Comme cela a été signalé dans l'affaire *Carter* et rappelé dans la décision *Truchon*, le fait d'exempter des personnes autrement admissibles en raison de la prévisibilité raisonnable de leur mort peut amener une personne à mettre fin à sa propre vie prématurément par des moyens violents ou à subir des souffrances intolérables jusqu'à sa mort naturelle. La Cour suprême a décrit cette situation comme un choix cruel.

Jean Truchon et Nicole Gladu ont pris la parole pour ceux qui se sont vu exclure l'accès à l'AMM, parce que leur mort naturelle a été réputée n'être pas raisonnablement prévisible. Ils ont tous les deux dit avoir mené une bonne vie et avoir connu le bonheur et le succès pendant des dizaines d'années, malgré leur affection, mais ils voulaient avoir le droit de prendre une décision concernant le moment où leur vie prendrait fin et la façon dont cela se ferait lorsqu'ils arriveraient à un point de souffrance intolérable pour eux.

La juge Baudouin, qui a rendu sa décision dans l'affaire *Truchon*, a entendu de nombreux témoignages, y compris celui de témoins concernant des questions de vulnérabilité et les préoccupations selon lesquelles la société protège ceux qui peuvent être jugés vulnérables contre la coercition ou les pressions liées à des décisions concernant la fin de vie. Dans sa décision, elle a affirmé ceci :

Or, selon le Tribunal, on ne peut au nom du principe qui est de vouloir protéger certaines personnes contre elles-mêmes ou de vouloir affirmer socialement la valeur inhérente de la vie, prohiber l'aide médicale à mourir à toute une communauté de personnes handicapées justement en raison de leur handicap.

Elle a plus loin affirmé :

La vulnérabilité d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir doit exclusivement s'apprécier de manière individuelle, en fonction des caractéristiques qui lui

based on a reference group of so-called “vulnerable persons.”

As Nicole Gladu said at the time: “This is a very emotional debate . . . but this is a permissive law, not a coercive one. No one has to choose to die. . . .”

We commend the government on the inclusion of Audrey’s Amendment, allowing waiver of the requirement for final consent for those who are assessed and approved for MAID but who may lose capacity in advance of their scheduled date, something that 85% of Canadians support. Without this waiver of final consent, Canadians like Audrey Parker have been forced to access MAID early because of the significant fear of becoming incompetent.

While we support the timely passage of Bill C-7 as written, we remain concerned with the explicit exclusion of mental illness from the legislation and call on the government to act to address this issue by immediately initiating the parliamentary review mandated in the current legislation.

The eligibility criteria laid out in *Carter* do not explicitly limit access to individuals whose primary medical condition is physical, nor does having a severe mental illness mean that a person is incapable of making free and informed decisions about their care. According to an article published in the *Canadian Journal of Psychiatry*:

It is well established that all adult patients are presumed capable with respect to medical decision-making unless proven otherwise.

Suffering caused by severe mental illness is no less real than suffering caused by a physical illness, injury or disability. In many cases, symptoms of severe mental illness are indistinguishable from those caused by a non-psychiatric medical condition. We agree with the comments of the Canadian Psychiatric Association that:

Patients with a psychiatric illness should not be discriminated against solely on the basis of their disability, and should have available the same options regarding MAiD as available to all patients.

The parliamentary review also calls for study of the use of advance requests, access to MAID by mature minors and the state of palliative care. We repeat our call for immediate commencement of the review to allow for a thorough and evidence-based discussion of these issues.

sont propres et non pas en fonction d’un groupe de référence dit « de personnes vulnérables ».

Comme Nicole Gladu l’a dit à l’époque : « Ce sont des épouvantails à moineaux... c’est une loi permissive. Ce n’est pas une loi coercitive. Personne n’est obligé de demander l’aide à mourir. »

Nous félicitons le gouvernement d’avoir inclus l’amendement d’Audrey, qui permet de renoncer à l’exigence concernant le consentement final pour les personnes qui font l’objet d’une évaluation et d’une approbation au titre de l’AMM, mais qui pourraient perdre leur capacité avant leur date prévue, quelque chose que 85 % des Canadiens appuient. Sans cette renonciation au consentement final, des Canadiens comme Audrey Parker ont été forcés d’accéder à l’AMM plus tôt en raison de la crainte importante qu’ils deviennent incompetents.

Même si nous sommes favorables à l’adoption opportune du projet de loi C-7 tel qu’il est libellé, nous demeurons préoccupés par l’exclusion explicite de la maladie mentale de la législation et demandons au gouvernement d’agir pour réagir à cette question en entreprenant immédiatement un examen parlementaire prévu dans la loi actuelle.

Les critères d’admissibilité énoncés dans la décision *Carter* ne limitent pas explicitement l’accès aux personnes dont le principal problème de santé est physique, et ce n’est pas parce qu’une personne a une maladie mentale grave qu’elle est incapable de prendre des décisions libres et éclairées au sujet de ses soins. D’après un article publié dans la *Revue canadienne de psychiatrie* :

Il est bien établi que tous les patients adultes sont présumés être capables de prendre des décisions médicales, sauf preuve du contraire.

La souffrance causée par une maladie mentale grave n’est pas moins réelle que celle causée par une maladie physique, une blessure ou un handicap. Dans de nombreux cas, les symptômes d’une maladie mentale grave ne sont pas dissociables de ceux causés par une affection médicale non psychiatrique. Nous souscrivons aux commentaires de l’Association des psychiatres du Canada selon lesquels :

Les patients souffrant d’une maladie psychiatrique ne devraient pas faire l’objet de discrimination uniquement en fonction de leur incapacité et devraient disposer des mêmes options liées à l’AMAM dont tous les patients peuvent se prévaloir.

L’examen parlementaire demande aussi une étude sur l’utilisation des demandes anticipées, l’accès à l’AMM par des mineurs matures et l’état des soins palliatifs. Nous répétons notre demande de commencement immédiat de l’examen afin de permettre une analyse approfondie de ces questions et qui repose sur des données probantes.

Thank you all for your work on this important issue and for the opportunity to speak to you today.

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

Dr. L'Espérance, would you like to finish?

Dr. L'Espérance: Yes.

[*Translation*]

Senator Dupuis: Madam Chair, I can explain it to you if you want the details. Dr. L'Espérance suggested removing mental health because it would generate several types of legal challenges. He recommended a 12-month period, but then the sound cut out.

Dr. L'Espérance: Thank you Senator Dupuis. I can take it from here. Out of respect for these citizens, and because the issues are complex, we suggest removing this exclusion clause and observing a 12-month legal period of non-application during which the professional bodies from each province could work together and would be legally bound to delineate a common clinical framework.

This task was carried out by the Association des médecins psychiatres du Québec, and the report should be released soon. The outcome is that any competent person who has been diagnosed with cognitive neurodegenerative diseases like Alzheimer's should be able to indicate in their written advance medical directives that they wish to receive medical assistance in dying at a time they deem it appropriate for themselves, whatever their cognitive state at that moment may be.

I have an answer now for Senator Carignan. It's important to make a clear distinction between cognitive neurodegenerative illnesses like Alzheimer's, Parkinson's and Huntington's, and mental health disorders, for the reasons that have been given. Organic Alzheimer type forms of dementia are organic diseases with a biological basis and should be considered as such. Recommendation No. 7 on advance medical directives was already in the report of the Senate and House of Commons Special Joint Committee on Physician-Assisted Dying in February 2016.

To conclude, I would like now to reiterate the AQDMD's firm and unshakeable position with respect to an absolute ban on medical assistance in dying, subject to criminal sanctions, for people who have always been incapacitated — for example who are severely mentally impaired — or who have become incapacitated without having provided advance medical directives, for that would constitute eugenics.

Merci à vous tous de votre travail sur cette question importante et de m'avoir donné l'occasion de vous adresser la parole aujourd'hui.

La présidente : Merci beaucoup, madame Long.

Docteur L'Espérance, aimeriez-vous terminer?

Dr L'Espérance : Oui.

[*Français*]

La sénatrice Dupuis : Madame la présidente, je peux vous le dire si vous avez besoin qu'on le précise. Le Dr L'Espérance suggérait de retirer la maladie mentale parce que cela générerait plusieurs types de contestations juridiques. Il recommandait une période de 12 mois, mais le son a coupé à ce moment-là.

Dr L'Espérance : Merci, sénatrice Dupuis. Je vais reprendre ici. En tout respect pour ces citoyens et parce que les enjeux sont complexes, nous suggérons de retirer cette clause d'exclusion et d'observer une période légale de non-application de 12 mois pendant laquelle les ordres professionnels de chaque province devront travailler ensemble et auront l'obligation légale de définir un cadre clinique commun.

Ce travail a été fait par l'Association des médecins psychiatres du Québec, et le rapport devrait être rendu public sous peu. Enfin, toute personne apte qui a reçu un diagnostic de maladie neurodégénérative cognitive comme la maladie d'Alzheimer devrait pouvoir indiquer, dans ses directives médicales anticipées rédigées, qu'elle désire obtenir l'aide médicale à mourir au moment où elle le jugera pertinent pour elle, quel que soit son état cognitif à ce moment-là.

J'ajoute ici une réponse au sénateur Carignan : il faut faire une grande différence entre les maladies neurodégénératives cognitives comme la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington, et les désordres de santé mentale pour les raisons qui ont été données. Les démences organiques de type alzheimer sont des maladies organiques avec une base biologique et elles doivent être considérées comme telles. La recommandation n° 7 apparaissait déjà dans le rapport du comité mixte spécial du Sénat et de la Chambre des communes sur l'aide médicale à mourir en février 2016 en ce qui concerne les directives médicales anticipées.

En terminant, je tiens à réitérer ici la position ferme et inébranlable de l'AQDMD à l'égard d'une interdiction absolue de l'aide médicale à mourir, sous peine de sanctions criminelles, pour des personnes qui sont inaptes depuis toujours — par exemple, en état de déficience mentale sévère — ou pour celles qui le sont devenues sans avoir fait part de leurs directives médicales anticipées, car cela devient de l'eugénisme.

The above is more explicitly developed in the brief I submitted on November 20. Thank you for your attention, and I am available to answer any questions.

[English]

The Chair: Thank you, Dr. L'Espérance.

I remind senators to please not go more than four minutes because these are difficult issues and it's hard to cut you off. To the presenters, I would ask that you try to keep your answers precise.

James S. Cowan (former senator), Chair, Board of Directors, Dying With Dignity Canada: Thank you, Chair. I appreciate the opportunity to appear before the committee during its pre-study of Bill C-7.

MAID is an issue I have followed closely since *Carter*, and particularly as a result of my membership on the Special Joint Committee on Physician-Assisted Dying and participation in the subsequent debates in the Senate.

Following my retirement from the Senate in 2017, I joined the board of Dying With Dignity Canada and now serve as chair of the board of that organization. So I obviously support the points made this afternoon by our CEO, Helen Long.

During the few minutes allotted to me, I want to make a couple of points.

First, the legislative framework established by Bill C-14 has, for the most part, worked well for those who have had an involvement with it. There is no evidence of abuse or misuse, which some feared would follow from the introduction of MAID in Canada.

Second, we now have a body of made-in-Canada experience to review as we contemplate changes and improvements to the legislative and regulatory framework. We know what has worked well and what needs to be adjusted. Bill C-7 is the government's response to *Truchon*, which held that the reasonably foreseeable natural death eligibility criterion was unconstitutional. It is not and was not intended to be a comprehensive overhaul of the legislative framework established by Bill C-14. That comprehensive review is the purpose of the parliamentary review mandated by Bill C-14, and that was something that the Senate insisted upon at the time.

I urge you to insist that this review be initiated as soon as possible after the disposition of Bill C-7. As part of that process, parliamentarians will have the opportunity to review the three issues identified in Bill C-14 for further study: MAID for mature minors, advanced requests for MAID and requests for MAID

Les éléments ci-dessus sont un peu plus développés dans le mémoire que je vous ai fait parvenir le 20 novembre. Je vous remercie de votre attention et je suis disponible pour répondre à vos questions.

[Traduction]

La présidente : Merci, docteur L'Espérance.

Je rappelle aux sénateurs de ne pas dépasser quatre minutes, parce que ces questions sont difficiles et qu'il est difficile de vous interrompre. Aux intervenants, je vous demanderais de fournir des réponses précises.

James S. Cowan (ancien sénateur), président, conseil d'administration, Dying With Dignity Canada : Merci, madame la présidente. Je vous remercie de me fournir l'occasion de comparaître devant le comité durant son étude préalable du projet de loi C-7.

L'AMM est un enjeu que je suis de près depuis la décision *Carter*, et tout particulièrement à la suite de mon adhésion au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir et de ma participation aux débats subséquents au Sénat.

Après ma retraite du Sénat en 2017, je me suis joint au conseil d'administration de Dying With Dignity Canada et j'agis maintenant en tant que président du conseil d'administration de cette organisation. Donc, évidemment, j'appuie les arguments présentés aujourd'hui par notre directrice générale, Helen Long.

Durant les quelques minutes qui me sont allouées, j'aimerais soulever quelques points.

D'abord, le cadre législatif établi par le projet de loi C-14 a essentiellement bien fonctionné pour ceux qui y ont participé. Il n'y a aucune preuve d'abus ou de mauvaise utilisation, ce que certaines personnes craignaient à la suite de l'introduction de l'AMM au Canada.

Ensuite, nous disposons maintenant d'un ensemble d'expériences canadiennes à examiner, tandis que nous envisageons d'apporter des changements et des améliorations au cadre législatif et réglementaire. Nous savons ce qui a bien fonctionné et ce qui doit être modifié. Le projet de loi C-7 est la réponse du gouvernement à la décision *Truchon*, qui a soutenu que le critère d'admissibilité à la mort naturelle raisonnablement prévisible était inconstitutionnel. Cela ne se veut pas et ne se voulait pas une révision exhaustive du cadre législatif établi par le projet de loi C-14. Cet examen exhaustif est l'objectif de l'examen parlementaire commandé par le projet de loi C-14 et c'est quelque chose sur quoi le Sénat a insisté à l'époque.

Je vous presse d'insister sur une chose : cet examen doit être entrepris le plus tôt possible après la décision quant au sort du projet de loi C-7. Dans le cadre de ce processus, les parlementaires auront l'occasion d'examiner les trois questions soulevées dans le projet de loi C-14 à des fins d'études

where mental illness is the sole underlying condition. That discussion will be informed by the excellent research reports prepared by the Council of Canadian Academies.

In addition, and very importantly, that parliamentary review will examine the state of palliative care in Canada.

Fifth, Bill C-7 represents a significant and welcome improvement to the current MAID regime by removing the reasonably foreseeable natural death eligibility criterion and introducing Audrey's Amendment. I do share the belief expressed by others that the express exclusion of mental illness as an illness, disease or condition entitling a person to access MAID is discriminatory, stigmatizing and likely unconstitutional. I would certainly support the removal of that clause from the bill.

Against that background and in that context, I urge you to recommend passage of Bill C-7, and insist that its passage be followed as soon as possible by the parliamentary review of MAID and palliative care called for by Bill C-14.

Thank you once again.

The Chair: Thank you very much, Mr. Cowan.

Mr. Cowan, I have a question for you. I respected and admired you when you were in the Senate, and now I respect and admire you even more that, after you have left the Senate, you still continue to serve Canadians. Thank you very much for your service to Canada. Thank you.

Mr. Cowan: You are very kind.

The Chair: Mr. Cowan, you were involved in the first review. In your paper, which I read very carefully, you suggested and have repeated that there should be a review. From what you learned in the first review, can you make suggestions of what we should absolutely make sure is in the second review?

Mr. Cowan: On the three issues that are identified there — and further than that, the state of palliative care in Canada — I think it would be an opportunity for parliamentarians, which I hope would include senators and not just members of the House of Commons, to review and look at what I described as the made-in-Canada evidence, which is the experience we actually have here: Talk to the folks who have lived this experience — the assessors and providers, the family members of those who have accessed MAID and maybe family members of those who have tried to access MAID and have not been able to do so. I

ultérieures : l'AMM pour des mineurs matures, les demandes anticipées d'AMM et les demandes d'AMM lorsque la maladie mentale est la seule affection sous-jacente. Cette discussion sera guidée par les excellents rapports de recherche préparés par le Conseil des académies canadiennes.

De plus, et il ne faut pas l'oublier, cet examen parlementaire portera sur l'état des soins palliatifs au Canada.

Ensuite, le projet de loi C-7 représente une amélioration importante et souhaitable du régime actuel de l'AMM, en éliminant le critère d'admissibilité de la mort naturelle raisonnablement prévisible et en introduisant l'amendement d'Audrey. Je me range à la croyance exprimée par d'autres selon laquelle l'exclusion expresse de la maladie mentale comme maladie ou affection autorisant une personne à accéder à l'AMM est discriminatoire, stigmatisante et probablement inconstitutionnelle. Je serais assurément en faveur de l'élimination de cette disposition du projet de loi.

Dans ce contexte, je vous presse de recommander l'adoption du projet de loi C-7 et j'insiste pour que son adoption soit suivie le plus tôt possible par l'examen parlementaire de l'AMM et des soins palliatifs que prévoit le projet de loi C-14.

Je vous remercie de nouveau.

La présidente : Merci beaucoup, monsieur Cowan.

Monsieur Cowan, j'ai une question pour vous. Je vous respectais et vous admirais quand vous étiez au Sénat, et maintenant je vous respecte et vous admire encore davantage parce que, après avoir quitté le Sénat, vous continuez toujours de servir les Canadiens. Merci beaucoup du service que vous rendez au Canada. Merci.

M. Cowan : Vous êtes très gentille.

La présidente : Monsieur Cowan, vous avez participé au premier examen. Dans votre article, que j'ai lu avec beaucoup d'attention, vous avez laissé entendre et répété qu'il devrait y avoir un examen. Selon les leçons que vous avez tirées dans le premier examen, pouvez-vous formuler des suggestions par rapport à ce qui devrait absolument figurer dans le deuxième examen?

M. Cowan : Par rapport aux trois questions qui y sont soulevées — et, j'ajouterais, à l'état des soins palliatifs au Canada — je crois qu'il s'agirait d'une occasion pour les parlementaires, et cela inclurait, je l'espère, des sénateurs et pas seulement des députés de la Chambre des communes, de passer en revue et d'examiner ce que j'ai décrit comme les données probantes canadiennes, c'est-à-dire l'expérience que nous possédons réellement ici : parlez aux gens qui ont vécu cette expérience — les évaluateurs et les prestataires, les membres de la famille des personnes qui ont accédé à l'AMM et peut-être les

don't think we need to look beyond our borders; we know what's worked and what we need to look at.

There's an opportunity to improve what I consider to be an excellent medical assistance in dying regime, which has been established by Bill C-14. The review is timely and, as you know, there are many pieces of legislation that are passed by Parliament that call for legislative reviews that, for one reason or another, never take place. So I urge you to make sure that it does take place.

The Chair: Thank you, Mr. Cowan.

Senator Petitclerc: Thank you to our witnesses. Thank you, Mr. Cowan, for your insistence on this parliamentary review. I, too, am looking forward to it. Many of our colleagues, I believe, will have questions on mental illness, but I want to get some answers from both our witnesses.

[*Translation*]

For our two witnesses, I would simply — and you may have heard this somewhat earlier — like to say something, and that is that we have heard from witnesses who represent a number of groups of disabled people who are very worried about the fact that Bill C-7 makes them vulnerable.

That's not how I understand this bill, which I think is consistent with what Truchon and Gladu were trying to do, and gives people the right to make these kinds of decisions and hence the right to autonomy.

In short, I would like to hear what you have to say about the safeguards in this second track and would like to know whether you consider them suitable and adequate. Do you deem them adequate to address the concerns of these groups?

Please go ahead, Dr. L'Espérance.

Dr. L'Espérance: I did not hear the groups representing persons with disabilities today, but I have heard them speak before, including in the House of Commons.

I believe that there is a relatively simple answer to that. The safeguards in the current act, Bill C-14, strike me as adequate. It's true that some groups representing disabled people say that the act will lower their generally perceived quality of life, but my view is that this concern, while legitimate, is not real.

membres de la famille de celles qui ont tenté d'y accéder et n'ont pas été en mesure de le faire. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'analyser ce qui se fait au-delà de nos frontières; nous savons ce qui a fonctionné et ce que nous devons examiner.

Il est possible d'améliorer ce que j'estime être un excellent régime d'aide médicale à mourir, qui a été établi par le projet de loi C-14. L'examen est opportun, et, comme vous le savez, de nombreux textes de loi qui sont adoptés par le Parlement appellent à des examens législatifs qui, pour une raison ou une autre, n'ont jamais lieu. Je vous presse donc de vous assurer que c'est fait.

La présidente : Merci beaucoup, monsieur Cowan.

La sénatrice Petitclerc : Je remercie nos témoins. Merci, monsieur Cowan, de votre insistance par rapport à cet examen parlementaire. Je suis aussi impatiente de le voir. Bon nombre de nos collègues, je crois, auront des questions sur la maladie mentale, mais j'aimerais obtenir quelques réponses de nos deux témoins.

[*Français*]

Pour nos deux témoins, j'aimerais simplement — et vous l'avez peut-être entendu un peu plus tôt — vous dire une chose : nous avons reçu des témoins qui représentent certains groupes de personnes qui vivent en situation de handicap et qui sont très inquiets du fait que le projet de loi C-7 les met dans une situation de vulnérabilité.

Ce n'est pas la lecture que je fais de ce projet de loi qui, je pense, dans le respect de ce que Truchon et Gladu ont voulu faire, donne droit à ce genre de décisions et, donc, à l'autonomie.

Bref, je voudrais vous entendre sur les mesures de sauvegarde de ce deuxième volet et je voudrais savoir si vous les jugez convenables et suffisantes. Les jugez-vous suffisantes pour répondre aux inquiétudes de ces groupes?

Docteur L'Espérance, si vous voulez bien commencer.

Dr L'Espérance : Je n'ai pas entendu aujourd'hui les groupes qui représentaient les personnes handicapées, mais je les ai entendus par le passé, notamment à la Chambre des communes.

Je crois qu'il y a une réponse relativement simple à cela. Les mesures de sauvegarde qui existent dans la loi actuelle, le projet de loi C-14, m'apparaissent suffisantes. Il est vrai que certains groupes qui représentent des personnes handicapées disent que la loi va leur donner une qualité de vie qui sera moindre dans la perception des gens, mais je crois que c'est une inquiétude qui, bien qu'elle soit légitime, n'est pas réelle.

It's important to understand that the request for medical assistance in dying comes from the individuals themselves. They are the ones who request medical assistance in dying, and all the other required criteria are spelled out.

It has also often been said that a person diagnosed with serious spinal cord paralysis could request medical assistance in dying in the following week. No physician, and it's a neurosurgeon speaking here, would agree to it, because time is required for rehabilitation, healing, etc. Physicians attending to a quadriplegic would not consider that person eligible for at least 7 to 10 years, or even longer, after all the rehabilitation and social reintegration processes have been attempted.

If you would like me to say something about that — even though I believe it has already been discussed at length — the main factor that we look at as physicians is that these people are in any event would have to bring legal challenges and, as Senator Cowan said just now, the end result will inevitably be the same.

However, the important point is that it is essential to take all necessary clinical precautions and to provide clear and more restrictive guidelines for patients with mental disorders; but they definitely have the right. Mental disorders are pathologies that cause extreme suffering to some people.

Waiting periods can be set. There is a great deal of soul-searching on this topic in my brief. For example, what should the waiting period be for a patient with a mental disorder pathology?

I hope that I have answered your question, at least partly.

Senator Carignan: It's always a pleasure to see my friend Senator Cowan. Welcome.

I would like to begin by thanking Dr. L'Espérance for his detailed explanation of Alzheimer's disease and mental illness.

The problem, in my reading of the section in the Criminal Code about the exclusion for mental illness, is it doesn't provide any technical details of the kind used in the medical community, and I worry that someone with Alzheimer's disease might be discriminated against and not allowed to have access to medical assistance in dying, mainly because of this exclusion.

I also feel that patients with Alzheimer's are discriminated against, and I'll explain why. With this disease, the brain stops working properly long before there are any physical symptoms. So when there is physical decline, the brain no longer has the capacity to consent and there was no advance request. A person whose physical condition declines before their brain does can

Il faut se rendre compte que la demande d'aide médicale à mourir vient de la personne elle-même. C'est la personne elle-même qui demande l'aide médicale à mourir, et tous les autres critères à remplir y sont énoncés.

On a aussi souvent dit qu'une personne qui se retrouve avec une paralysie de la moelle épinière brutale pourrait demander l'aide médicale à mourir la semaine suivante. Il n'y a aucun médecin, et c'est un neurochirurgien qui parle, aucun médecin qui accepterait cela, car il y a des délais pour la réadaptation, pour la guérison, etc. Une personne quadriplégique ne serait pas admissible à l'aide médicale à mourir dans l'esprit clinique des médecins qui l'évaluent avant sept à dix ans au moins, voire plus, une fois que tous les processus de réadaptation et de réinsertion sociale ont été tentés.

En ce qui concerne la pathologie mentale, si vous voulez que je dise un mot à ce sujet — même si je crois qu'on en a beaucoup parlé —, le principal élément que l'on voit comme médecins, c'est que, de toute façon, ces gens devront faire des contestations juridiques et, comme l'a dit tout à l'heure le sénateur Cowan, de toute façon, cela aboutira au même résultat.

Cependant, le point important, c'est qu'il faut prendre toutes les précautions cliniques nécessaires et donner des balises plus claires et plus restrictives pour les patients qui ont des désordres mentaux, mais ils y ont tout à fait droit. Il faut savoir que les désordres mentaux sont des pathologies extrêmement souffrantes pour certains.

Il est possible de se donner des délais. Il y a de nombreux questionnements à ce sujet dans mon mémoire, comme celui-ci : quel devrait être le délai pour un patient qui a subi une pathologie de désordre mental?

J'espère avoir répondu à votre question, du moins en partie.

Le sénateur Carignan : C'est toujours un plaisir de recevoir mon ami le sénateur Cowan. Bienvenue.

D'abord, je veux remercier le Dr L'Espérance de sa précision par rapport à la maladie d'Alzheimer et à la maladie mentale.

Le problème, c'est que, quand je lis l'article traitant de l'exclusion du Code criminel et qu'on parle de maladie mentale, sans faire de précision aussi technique que le milieu médical, je crains qu'une personne qui est atteinte de la maladie d'Alzheimer ne soit discriminée et n'ait pas la possibilité d'avoir accès à l'aide médicale à mourir, d'abord en raison de cette exclusion.

Deuxièmement, je trouve que les patients souffrant d'alzheimer sont discriminés et je vous explique pourquoi. La maladie fait en sorte que le cerveau cesse de bien fonctionner avant le physique. Donc, quand le physique n'est plus en bon état, le cerveau n'a plus la capacité à consentir et il n'y a pas eu de demande anticipée. Une personne dont le bon état physique

still request medical assistance in dying, which is not the case for people suffering from Alzheimer's. That's why I'm interested in your suggestion concerning advance medical directives, which I think could be a tool or a means for decreasing potential infringement of the constitutional rights of people suffering from Alzheimer's.

I would now like to hear from both of you, Dr. L'Espérance and Senator Cowan in particular, on this aspect of discrimination against patients with Alzheimer's.

Dr. L'Espérance: From a strictly medical point of view, Alzheimer's, vascular or other kinds of dementia are identifiable physical and biological diseases that should be included in the strict medical assistance in dying framework.

The problem — and you have explained it very well — is that the patient gradually loses the ability to request medical assistance in dying. That's why it needs to be included, when diagnosed, in the advance directives framework. Once again, the senators' recommendation No. 7 from four years ago said the same thing. Suppose someone is diagnosed with a pathology of Huntington's or Alzheimer's disease and they decide that if certain conditions are met, even once they are no longer capable, they wish to obtain medical assistance in dying. This raises a problem for the decision-maker, but nothing is insurmountable in matters of this kind. Especially as I am addressing senators, I believe that we would answer one of the major issues that our patients, Canadians, are facing, by saying: "I have a father or a mother who suffered from Alzheimer's, and I don't want to end up like that; I want to die in dignity and not have to end my days by shooting myself."

That's the short answer. The medical answer is that these are medical pathologies that need to be treated as such. Cognitive capacities often give up before physical ones, but we can overcome this fear thanks to advance medical directives. I hope I have answered the question.

Senator Carignan: Yes, thank you. Senator Cowan?

The Chair: Senator Campbell.

Senator Carignan: Excuse me, but I did not hear Senator Cowan's answer. My question was for him too.

[English]

The Chair: Senator Cowan, may we hear your answer?

Mr. Cowan: Thank you. I'm obviously not a clinician, so I can't comment on that.

l'abandonne avant son cerveau a la possibilité de demander l'aide médicale à mourir, ce qui n'est pas le cas des personnes souffrant d'alzheimer. C'est pourquoi j'ai entendu votre suggestion de directives médicales anticipées, qui, je pense, pourraient être un outil ou un moyen de diminuer l'atteinte portée aux droits constitutionnels des personnes atteintes d'alzheimer.

Enfin, j'aimerais vous entendre tous les deux, le Dr L'Espérance et le sénateur Cowan particulièrement, sur cet aspect de la discrimination des personnes atteintes d'alzheimer.

Dr L'Espérance : D'un point de vue strictement médical, les démences de type alzheimer, vasculaires ou autres, sont des maladies physiques, biologiques, identifiables et qui doivent entrer dans le cadre strict de l'aide médicale à mourir.

Le problème — et vous l'avez bien dit — est que le patient perd son aptitude progressive à demander l'aide médicale à mourir. C'est pourquoi cela doit s'inscrire dans le cadre des directives anticipées avec un diagnostic. Encore une fois, la recommandation n° 7 des sénateurs il y a quatre ans disait la même chose. On me diagnostique une pathologie de maladie de Huntington ou d'Alzheimer et je décide que, lorsque telle ou telle condition sera satisfaite, même si je ne suis plus apte, je veux obtenir l'aide médicale à mourir. Cela pose un problème pour le mandataire qui va décider, mais rien n'est insurmontable dans ce genre de question. Surtout, puisque je m'adresse à des sénatrices et à des sénateurs, je crois que nous répondrions à l'une des grandes questions que les Canadiens, nos patients, se posent : « J'ai un père ou une mère qui a souffert d'alzheimer, je ne veux pas finir comme cela; je veux une mort digne, et non pas finir mes jours en me tirant un coup de fusil. »

Voilà la réponse courte. La réponse médicale est qu'il s'agit de pathologies médicales qui doivent être considérées comme telles. Les capacités cognitives lâchent souvent avant les capacités physiques, mais, grâce aux directives médicales anticipées, nous pouvons surmonter cette crainte. J'espère vous avoir répondu.

Le sénateur Carignan : Oui, merci. Sénateur Cowan?

La présidente : Sénateur Campbell.

Le sénateur Carignan : Excusez-moi, mais je n'ai pas entendu la réponse du sénateur Cowan. Ma question s'adressait à lui aussi.

[Traduction]

La présidente : Monsieur Cowan, pourrions-nous entendre votre réponse?

M. Cowan : Merci. Je ne suis certes pas un clinicien, et je ne peux donc pas commenter la question.

I look at it this way, Senator Carignan: Bill C-14 and Bill C-7 are all about individual choice. This is not about societal choice. It's not about someone imposing a choice on someone else. It's giving people the right to these constitutionally guaranteed rights. Every case has to be assessed on an individual basis, and it's a clinical assessment by trained clinicians. It's not legislators or judges who second-guess the clinical assessment that a clinician or two clinicians will make of that individual.

As Justice Baudouin said in *Truchon*, there is a danger in placing individuals in larger groupings and categorizing them according to abilities or disabilities. They should be assessed as individuals, and assessed by the clinicians.

There's nothing in this bill, apart from the limited application of Audrey's Amendment, which would allow for advance requests. This advance request is an issue that we certainly talked about back in the Bill C-14 days, and I'm sure it will be the subject matter of great debate in the legislative review.

In the context of Bill C-7, we're not dealing with that. The person has to have capacity, and the question of capacity is a clinical assessment. It's not a legal assessment. It's a clinical assessment made by trained clinical professionals.

Senator Batters: My question is to Ms. Long of Dying With Dignity. Ms. Long, in your view, is it appropriate for either a physician or nurse practitioner to raise the concept of assisted suicide to a vulnerable patient who is asking for information on adequate assisted home care arrangements, as happened with Roger Foley? And do you believe there should be limits on how many times a physician or nurse practitioner should be able to initiate a discussion about MAID with a vulnerable patient in order to minimize the risk of perceived coercion?

Ms. Long: Thank you for that question. To your first point, I think clinicians, when they're asked, should be able to share a variety of end-of-life options. When seeing a doctor about a specific condition, you're usually given a variety of ways to treat or manage your care. In the context of end of life, clinicians should be able to provide that same information.

Clinicians do not, generally speaking, initiate that conversation. It should be at the request of the patient, and we would support that approach moving forward.

Senator Batters: So you would support that it would have to be patient-initiated? Is that correct?

Je vois les choses ainsi, sénatrice Carignan : les projets de loi C-14 et C-7 tiennent tous au choix individuel. Il ne s'agit pas d'un choix de société. Ce n'est pas quelqu'un qui impose un choix à une autre personne. Il s'agit de donner aux gens le droit à ces droits garantis par la Constitution. Chaque cas doit faire l'objet d'une évaluation individuelle, et c'est une évaluation clinique effectuée par des cliniciens formés. Ce ne sont pas des législateurs ou des juges qui tentent de deviner l'évaluation clinique qu'un clinicien ou deux fera au sujet de cette personne.

Comme la juge Baudouin l'a affirmé dans la décision *Truchon*, il y a un risque de classer des personnes dans des groupes élargis et de les caractériser en fonction de leurs capacités ou de leur handicap. Elles devraient être évaluées en tant que personnes, et ce, par les cliniciens.

Rien dans ce projet de loi, mis à part l'application limitée de l'amendement d'Audrey, ne permet les demandes anticipées. Cette demande anticipée est une question dont nous avons assurément parlé lorsque nous avons étudié le projet de loi C-14, et je suis sûr qu'il fera l'objet de longs débats dans le cadre de l'examen législatif.

Dans le contexte du projet de loi C-7, nous n'en parlons pas. La personne doit avoir la capacité, et la question de la capacité fait l'objet d'une évaluation clinique. Ce n'est pas une évaluation juridique. C'est une évaluation clinique faite par des professionnels cliniques formés.

La sénatrice Batters : Ma question s'adresse à Mme Long, de Dying with Dignity. Madame Long, à votre avis, est-il approprié pour un médecin ou une infirmière praticienne de parler du concept du suicide assisté à un patient vulnérable qui demande des renseignements sur des dispositions adéquates concernant des soins à domicile, comme cela s'est produit avec Roger Foley? Et croyez-vous qu'il devrait y avoir des limites quant au nombre de fois qu'un médecin ou une infirmière praticienne peut entamer une discussion au sujet de l'AMM avec un patient vulnérable afin de réduire au minimum le risque de coercition perçue?

Mme Long : Merci de poser la question. Par rapport à votre premier point, je crois que les cliniciens, lorsqu'ils se font poser la question, devraient pouvoir communiquer un éventail d'options de fin de vie. Lorsque vous consultez un médecin au sujet d'une affection précise, vous vous faites habituellement donner un éventail de moyens permettant de traiter l'affection ou de gérer vos soins. Dans le contexte de la fin de vie, les cliniciens devraient pouvoir fournir ces mêmes renseignements.

De façon générale, les cliniciens n'entament pas cette conversation. Cela devrait être fait à la demande du patient, et nous serions favorables à cette approche dans l'avenir.

La sénatrice Batters : Vous appuieriez donc l'idée que cela doive être entrepris par le patient? C'est exact?

Ms. Long: The patient asking about end-of-life choices, yes.

Senator Batters: And that it's improper for the physician or nurse practitioner to initiate that conversation — that's what you're saying your position is?

Ms. Long: Certainly the college and the regulatory bodies would speak more clearly and specifically to that, but in our experience, it would seem that clinicians are able to have those conversations in the appropriate context with their patients.

Senator Batters: Thank you.

Ms. Long: You're welcome.

[Translation]

Senator Dalphond: My question is for Dr. L'Espérance. I understand that bipolarity is a mental illness. Someone who is bipolar and suffers from an irremediable physical illness may request medical assistance in dying under the proposed bill, which implies that experts would have to assess their capacity and that this capacity may exist in spite of that person's bipolarity.

On the other hand, if they suffer from bipolarity only, they do not have the right to request medical assistance in dying. The groups that came before you, from the previous group of witnesses, told us that the distinction is justified by the fact that for many people, bipolarity can be cured, or made manageable, and that it was accordingly impossible to compare the circumstances.

Dr. L'Espérance: You have put your finger on one of the paradoxes of this exclusion. Dr. Mona Gupta has consistently mentioned this paradox. Someone suffering from a physical condition who requests medical assistance in dying, even if they are suffering from a mental disorder, will be assessed as such, which shows that they are capable; if they only have a mental health issue, Bill C-7 would prevent them from obtaining medical assistance in dying.

I'm not a psychiatrist and will therefore not offer my own opinion. I have been listening carefully for the past hour and there were some interesting proposals. I have spoken about the matter with some psychiatrist friends. I think that a limited time needs to be set. That's why I spoke about the next 12 months because the requirement for a reassessment of the situation is already in Bill C-14. If regulatory mechanisms cannot lead to a consensus, then they must at the very least lead to an objective medical framework that could allow these people access to medical assistance in dying. For example, and I point out once again that I'm not a psychiatrist, will a properly treated bipolar disorder indeed always remain under control? The question needs to be put to a psychiatrist. Can a serious case of

Mme Long : C'est le patient qui demande des choix concernant la fin de vie, oui.

La sénatrice Batters : Et que c'est inapproprié pour le médecin ou l'infirmière praticienne d'entamer cette conversation — est-ce bien votre position?

Mme Long : Assurément, le collège et les organes de réglementation s'exprimeraient plus clairement et précisément à ce sujet, mais d'après notre expérience, il semble que les cliniciens sont en mesure d'avoir ces conversations dans le contexte approprié avec leurs patients.

La sénatrice Batters : Merci.

Mme Long : Je vous en prie.

[Français]

Le sénateur Dalphond : Ma question est pour le Dr L'Espérance. Je comprends que la bipolarité est une maladie mentale. Quelqu'un qui est bipolaire et qui souffre d'une maladie physique irrémédiable peut demander l'aide médicale à mourir en fonction du projet de loi proposé, ce qui laisse entendre que les experts pourront évaluer sa capacité et que cette capacité peut exister malgré sa bipolarité.

Par contre, s'il souffre uniquement de bipolarité, il n'a pas le droit de demander l'aide médicale à mourir. Des groupes qui sont passés avant vous, dans le groupe de témoins précédent, nous ont dit que la distinction serait justifiée par le fait qu'on peut guérir la bipolarité chez plusieurs personnes, ou la rendre très gérable, et que, par conséquent, on ne peut pas comparer les situations.

Dr L'Espérance : Vous mettez le doigt sur un des paradoxes de cette exclusion. La Dre Mona Gupta a toujours mis ce paradoxe de l'avant. Une personne qui souffre d'une condition physique et qui demande l'aide médicale à mourir, même si elle souffre d'un problème de désordre mental, sera évaluée comme telle, ce qui montre qu'elle est apte; si elle n'a qu'une condition de santé mentale, le projet de loi C-7 l'empêcherait d'obtenir l'aide médicale à mourir.

Je ne suis pas psychiatre, donc je ne m'avancerai pas. J'ai bien écouté toute la dernière heure et il y a eu des propositions intéressantes. J'ai discuté de la question avec des amis psychiatres. Je pense qu'il faut donner un temps limité. C'est pourquoi j'ai parlé des 12 prochains mois, car, dans le projet de loi C-14, il y avait déjà cette obligation de réévaluer la situation. Si les mécanismes régulateurs ne peuvent pas arriver à un consensus, ils doivent au moins arriver à un cadre médical objectif qui pourrait permettre l'accès à ces personnes à l'aide médicale à mourir. Par exemple, je ne suis pas psychiatre, encore une fois, mais est-ce qu'effectivement un trouble bipolaire bien traité va toujours l'être? Il faut poser la question au psychiatre. Est-ce qu'une schizophrénie grave qui a mené à de multiples

schizophrenia that has led to multiple social and other problems be improved up to the age of 55 or 60 years? It's up to the clinicians to answer these questions and of course up to each individual based on their own views in life. This strikes me as the most important point.

In my brief, there are all kinds of questions like this. These are relevant to you and to human rights; treatment cannot be inflicted on someone, but with a mental disorder pathology, if a person requests medical assistance in dying and has not received all treatments that are available on the market, can they be required to undergo certain treatments, most of which are noninvasive, except perhaps for electroconvulsive therapy?

There are Charter-related questions that require much more than a simple yes or no answer. On behalf of all patients suffering from mental disorders, we need to move forward and come up with an answer. They are entitled to know, just like other citizens. If a young man is diagnosed with a mental disorder at the age of 30 and wants medical assistance in dying within the next few months, that is where strict guidelines on issues like the type and length of therapy are required for the psychiatrists treating him.

[English]

Senator Martin: Thank you to everyone for your presentations. Just building on the question to Dr. L'Espérance, part of the problem of what's happening with trying to give the rights — I agree that all Canadians deserve the right to die with dignity, but if there are no standards and the current evidence is not yet complete, as witnesses previously said, the system isn't quite prepared. I'm just wondering if we need to slow down on our own legislation and that we look at giving the rights to all Canadians but do so in a way that we are ready as a country. It seems as though we don't have these protections in place in a system.

My actual question to Helen Long has to do with your mention of the 84% of Canadians who support MAID. I'm curious about the makeup of those respondents. I'm of Korean descent and I know this is available in only 14 jurisdictions around the world. Do you know the breakdown of the demographics of these respondents? If I were to poll members of the ethno-cultural community I'm a part of, I think the percentage would be quite different.

Ms. Long: Thank you for that question. We don't actually measure ethnicity in that poll. It is an Ipsos poll and it is reflective of the Canadian population and statistically valid. I would say across all the demographics that we do measure, the numbers are quite consistent, but we don't break it down by ethnicity, to your point.

problèmes sociaux, entre autres, peut être améliorée jusqu'à l'âge de 55 ou 60 ans? C'est à des cliniciens de répondre à ces questions, ainsi que, bien sûr, à chaque individu selon sa propre ligne de pensée dans la vie. Cela m'apparaît être le point le plus important.

Dans mon mémoire, il y a toute une série de questions de cette sorte. Cela vous regarde tous et cela concerne les droits de la personne : on ne peut pas infliger un traitement à quelqu'un, mais, dans une pathologie de désordre mental, si une personne demande l'aide médicale à mourir et n'a pas reçu tous les traitements qui sont sur le marché, est-ce qu'on devrait l'obliger à recevoir certains traitements qui sont, pour la plupart, non invasifs, sauf peut-être l'électrothérapie?

Il y a des questions liées à la Charte qui vont plus loin qu'un simple oui ou non. Pour tous les patients qui souffrent de désordres mentaux, on se doit d'aller de l'avant et de donner une réponse. Ils y ont droit, comme tous les autres citoyens. Si un jeune homme reçoit un diagnostic de désordre mental à 30 ans et qu'il veut recevoir l'aide médicale à mourir dans les mois qui viennent, c'est là qu'il doit y avoir des balises strictes quant à la sorte de thérapie et à sa durée pour les psychiatres qui s'occupent de lui, et ainsi de suite.

[Traduction]

La sénatrice Martin : Je vous remercie tous de vos exposés. Pour faire fond sur la question du Dr L'Espérance, une partie du problème lié au fait de tenter de donner des droits — je conviens que tous les Canadiens méritent le droit de mourir dans la dignité, mais s'il n'y a pas de normes et que les données probantes actuelles ne sont pas encore complètes, comme des témoins l'ont dit plus tôt, le système n'est pas suffisamment préparé. Je me demande juste si nous devons ralentir un peu la cadence par rapport à notre propre législation et envisager de donner les droits à tous les Canadiens, mais le faire d'une façon à ce que nous soyons prêt en tant que pays. Il semble que ces protections ne soient pas en place dans un système.

Ma question pour Helen Long concerne votre mention des 84 % de Canadiens qui appuient l'AMM. J'aimerais connaître la composition de ces répondants. Je suis d'origine coréenne et je sais que cela n'est offert que dans 14 administrations dans le monde. Connaissez-vous la ventilation du profil démographique de ces répondants? Si je devais sonder des membres de la communauté ethnoculturelle dont je fais partie, je crois que le pourcentage serait assez différent.

Mme Long : Merci de poser la question. En fait, nous ne mesurons pas l'origine ethnique dans ce sondage. C'est un sondage Ipsos, et il reflète la population canadienne et est valide sur le plan statistique. Je dirais que, parmi toutes les données démographiques que nous mesurons, les chiffres sont assez constants, mais nous ne faisons pas de répartition en fonction de l'origine ethnique, pour répondre à votre question.

Senator Martin: The questions would most likely have been in English and French, but not in other heritage languages. What about the services that would need to be provided to individuals considering MAID? Do we have the language capacity? Are there enough trained assessors and professionals? This is a problem across the board in the entire health sector. Are there some gaps that you have been looking at?

Ms. Long: In terms of assessors and providers, I'm not aware of a gap. That's not something that has been raised specifically to us. Dr. L'Espérance may have a better idea of that. Certainly that would be something to ask of the Canadian Association of MAiD Assessors and Providers.

Senator Martin: Finally, how would you propose to protect physicians who are currently providing MAID to those who are dying but for reasons of conscience are not comfortable assessing or aiding in MAID for people with chronic illness or disability? Do you believe their conscience rights should be protected? If yes, do you believe in protecting the conscience rights of all physicians not to participate in something they feel is unethical? I know many physicians have expressed great concerns about this.

Ms. Long: Bill C-14 does provide for conscience rights protection for clinicians. Over the past four years, clinicians have been able to not provide MAID. We would support an effective referral system, as is the case in Ontario, whereby a clinician is required to refer an individual to another clinician who is prepared to talk about MAID with them. Certainly conscience rights are currently protected under Bill C-14.

[Translation]

Senator Dupuis: I would like to thank our two witnesses for their presentations. My question is for Dr. L'Espérance. I am trying to understand. If I have an illness, whether it's a mental disorder, Alzheimer's disease or colon cancer, am I wrong to think that I have the right, as a patient, to refuse care?

Dr. L'Espérance: Absolutely. Totally.

Senator Dupuis: If I have a mental disorder, bipolarity or something else, without it having necessarily been established whether it is caused by a biological factor or comorbidity, would I, at the age of 30, have the right to refuse all forms of treatment offered? If there is an inherent difference in the fact that I'm being allowed to refuse, out of respect for my autonomy — because since 1988, the trend has been towards an emphasis on respect for human autonomy in health decisions — do you feel that there is a reason, from the clinical standpoint, that would

La sénatrice Martin : Les questions ont probablement été posées en anglais et en français, mais pas dans d'autres langues d'origine. Qu'en est-il des services qu'il serait nécessaire d'offrir aux personnes qui envisagent l'AMM? Avons-nous la capacité linguistique? Y a-t-il suffisamment d'évaluateurs et de professionnels formés? Il s'agit d'un problème généralisé dans tout secteur de la santé. S'agit-il de certaines lacunes que vous avez examinées?

Mme Long : En ce qui concerne les évaluateurs et les prestataires, je ne suis pas au courant d'une lacune. Ce n'est pas quelque chose qui nous a été mentionné tout particulièrement. Le Dr L'Espérance a peut-être une meilleure idée à ce sujet. Ce serait assurément quelque chose à demander à l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM.

La sénatrice Martin : Enfin, comment proposeriez-vous que l'on protège les médecins qui fournissent actuellement l'AMM aux personnes mourantes, mais qui, par acquit de conscience, ne sont pas à l'aise d'évaluer ou d'aider à fournir l'AMM à des personnes ayant un handicap ou une maladie chronique? Croyez-vous que leurs droits à la conscience devraient être protégés? Si oui, croyez-vous que l'on devrait protéger les droits à la conscience de tous les médecins de ne pas participer à quelque chose qu'ils jugent comme contraire à l'éthique? Je sais que de nombreux médecins ont exprimé de grandes préoccupations à ce sujet.

Mme Long : Le projet de loi C-14 prévoit une protection des droits à la conscience pour les cliniciens. Au cours des quatre dernières années, les cliniciens ont pu ne pas fournir l'AMM. Nous pourrions soutenir un système d'aiguillage efficace, comme c'est le cas en Ontario, où un clinicien doit aiguiller une personne vers un autre clinicien qui est prêt à parler de l'AMM avec elle. Assurément, les droits à la conscience sont actuellement protégés en vertu du projet de loi C-14.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Merci à nos deux témoins pour leurs présentations. Ma question est pour le Dr L'Espérance. J'essaie de comprendre; si j'ai une maladie, n'importe laquelle, un désordre mental, la maladie d'Alzheimer ou un cancer du côlon, est-ce que je me trompe en pensant que j'ai le droit, en tant que patiente, de refuser les soins?

Dr L'Espérance : Absolument. Totalement.

La sénatrice Dupuis : Si j'ai un désordre mental, bipolarité ou autre, sans qu'on ait nécessairement établi de source pour un facteur biologique qui est à l'origine de la maladie, la cause ou la comorbidité, j'aurais le droit de refuser, à 30 ans, tous les traitements qu'on me proposerait? S'il y a une différence de nature dans le fait qu'on me permet de refuser, parce qu'on respecte mon autonomie — car l'idée, depuis 1988, c'est d'axer les décisions en matière de santé sur le respect de l'autonomie des personnes —, est-ce qu'il y a une raison, selon vous, sur le

allow my request for medical assistance in dying to be excluded, when my right to refuse any other offers of treatment is recognized?

Dr. L'Espérance: You have put your finger on a difficult question. I do not have a ready-made answer because indeed, every individual's autonomy allows them to refuse any treatment that may be offered to them. Here's what we know. If you have colon cancer or any other neoplastic pathology or a neurodegenerative disease, we know the trajectory of the illness and the ineluctable outcome after a certain time. With mental disorders, we do not know the trajectory and that is why serious discussions among experts, by which I mean psychiatrists, psychologists, community workers etc., are needed to decide just how far we can go when a patient suffering from mental disorders requests medical assistance in dying, knowing that the patient's condition may fluctuate over the years, and that it may well improve, but also may well worsen. I do not have any simple answers. Further investigation is required; otherwise, if we say now that there is not enough evidence, then we would still be where we are now in 20 years' time and will have to deny medical assistance in dying to some patients. If you are asking for my opinion as a clinician, but not as a psychiatrist, I would say that a period of time would have to be allowed, by which I mean up to 55 or 60 years, to establish a firm diagnosis. Would that hold up from a legal standpoint? I have no idea. The difference needs to be well-established, with properly identified physical and organic pathologies.

[English]

Senator Boniface: Thank you very much. I'll be very brief. I want to address my question to Dying With Dignity. I want it to be clear that the legislation as currently written captures the waiver of final consent, or Audrey's Amendment, as you had originally envisioned. One of you were cut out when that was being spoken about. I just want to be clear on an answer to that. Could you help me, please?

Mr. Cowan: Yes, it does capture Audrey's Amendment and we support that.

Senator Boniface: Thank you very much.

Senator Boyer: My question is for Mr. Cowan. Thank you for your presentation. I know that you're urging the government to undertake a thorough review of the MAID legislation after Bill C-7 is passed. You mentioned that it's very important that there be a parliamentary review to examine the state of palliative care in Canada.

plan clinique, qui permet d'exclure ma demande d'aide médicale à mourir, alors qu'on me reconnaît le droit de refuser tout ce qu'on peut m'offrir par ailleurs?

Dr L'Espérance : Vous mettez le doigt sur une question difficile. Je n'ai pas de réponse toute faite, parce qu'effectivement, l'autonomie de chaque individu lui permet de refuser tous les traitements qu'on peut lui offrir. Voici ce que nous savons. Si vous avez un cancer du côlon ou n'importe quelle pathologie de type néoplasique ou une maladie neurodégénérative, on connaît le cheminement de la maladie et la fin inéluctable qui se produit après un certain temps. Dans les désordres mentaux, c'est là où nous ne connaissons pas l'évolution et c'est là où il faut tenir de grandes discussions entre les experts, soit les psychiatres, les psychologues, les travailleurs communautaires, et cetera, pour décider jusqu'à quel point nous pouvons aller, devant une demande d'aide médicale à mourir chez un patient qui souffre de désordres mentaux, sachant que sa condition peut fluctuer au fil des années, qu'elle va peut-être s'améliorer, mais aussi se détériorer. Je n'ai pas de réponses simples. Il faut se pencher là-dessus, sinon, si nous disons qu'il n'y a pas assez de preuves, nous serons encore au même point dans 20 ans et on devra refuser l'aide médicale à mourir à des patients. Si vous me demandez mon avis comme clinicien non psychiatre, je dirais qu'il faudrait au moins donner une période dans le temps, et je parle d'aller jusqu'à 55 ou 60 ans, pour établir un diagnostic ferme. Est-ce que cela tiendrait la route sur le plan juridique? Je n'en sais rien. La différence doit être bien établie, avec des pathologies physiques et organiques bien cernées.

[Traduction]

La sénatrice Boniface : Merci beaucoup. Je serai très brève. J'aimerais poser ma question à Dying with Dignity. Je veux exprimer clairement que la législation telle qu'elle est actuellement libellée tient compte de la renonciation au consentement final, ou de l'amendement d'Audrey, comme vous l'aviez au départ prévu. L'un d'entre vous s'est fait interrompre lorsque l'on discutait de ce sujet. J'aimerais juste être certaine de recevoir une réponse à cette question. Pourriez-vous m'aider, s'il vous plaît?

M. Cowan : Oui, cela tient compte de l'amendement d'Audrey, et nous y sommes favorables.

La sénatrice Boniface : Merci beaucoup.

La sénatrice Boyer : Ma question s'adresse à M. Cowan. Merci de votre exposé. Je sais que vous pressez le gouvernement d'entreprendre un examen exhaustif de la loi sur l'AMM après l'adoption du projet de loi C-7. Vous avez dit que l'examen parlementaire est très important pour passer en revue l'état des soins palliatifs au Canada.

I want to briefly address this. Culturally appropriate palliative care is sorely lacking in Indigenous communities, particularly those on reserves. Palliative care that is culturally appropriate is a question of recognizing the rights of Indigenous people to be self-determining in the context of their own health care and supporting their access to MAID. In this context, it's important for health care providers to work in conjunction with spiritual leaders and elders to deliver MAID in a way that's culturally safe.

Do you agree that any future parliamentary review of MAID legislation should also look at the accessibility of culturally appropriate palliative care for Indigenous communities?

Mr. Cowan: Yes. Thank you, senator, you've raised a very important point.

Bill C-14 specifically mentions that the parliamentary review will not only consider those three subject areas with respect to MAID, but also the state of palliative care in Canada. That's a very important part. It's not an either/or situation. This legislation that's before you now is dealing with medical assistance in dying. Obviously there needs to be much more done in all parts of the country to make sure we have better palliative care and that it's more culturally sensitive and more available and accessible. But it's not an either/or situation in our view. We are not saying do this, and don't pay any attention to palliative care. These are two different things. Certainly, I agree with you that we need to do much more as a society with respect to palliative care, and that is specifically provided for in Bill C-14. That must be part of the parliamentary review.

My point earlier was that I want to make sure we don't lose sight of that parliamentary review, because I remember there were many pieces of legislation which called for a review of legislation after a period of time, and those reviews never took place. So I think it's important that you insist, if I may say so, that this review follows and commences as quickly as possible after you deal with Bill C-7.

Senator Boyer: And include Indigenous people.

Mr. Cowan: Absolutely.

Senator Boyer: Thank you.

[Translation]

Senator Keating: Thank you very much, Dr. L'Espérance, for your comments. They are very helpful.

Je tiens à en parler brièvement. Il manque cruellement de soins palliatifs adaptés sur le plan culturel dans les collectivités autochtones, particulièrement dans les réserves. Les soins palliatifs qui sont adaptés sur le plan culturel sont une question de reconnaissance des droits des Autochtones à l'autodétermination dans le contexte de leurs propres soins de santé et de soutien de leur accès à l'AMM. Dans ce contexte, il est important pour les fournisseurs de soins de santé de travailler conjointement avec les chefs spirituels et les aînés pour offrir l'AMM d'une façon sécuritaire sur le plan culturel.

Êtes-vous d'accord pour dire que tout futur examen parlementaire de la loi sur l'AMM devrait aussi se pencher sur l'accessibilité des soins palliatifs adaptés sur le plan culturel pour les collectivités autochtones?

M. Cowan : Oui. Merci, sénatrice, vous avez soulevé un point très important.

Le projet de loi C-14 mentionne précisément que l'examen parlementaire tiendra compte non seulement de ces trois sujets relativement à l'AMM, mais aussi de l'état des soins palliatifs au Canada. C'est un aspect très important. Ce n'est pas une situation où l'on doit choisir entre les deux. La législation qui vous est présentée en ce moment traite de l'aide médicale à mourir. Évidemment, beaucoup d'autres choses doivent être faites dans toutes les régions du pays, pour que nous puissions offrir de meilleurs soins palliatifs et que ceux-ci soient plus adaptés sur le plan culturel ainsi que plus accessibles. Mais selon nous, ce n'est pas une situation où l'on doit choisir entre les deux. Nous ne disons pas faites ceci et ne prêtez pas attention aux soins palliatifs. Ce sont deux choses différentes. Assurément, je suis d'accord avec vous pour dire que nous devons en faire beaucoup plus en tant que société en ce qui a trait aux soins palliatifs, et c'est ce que prévoit précisément le projet de loi C-14. Cela doit faire partie de l'examen parlementaire.

L'argument que j'ai soulevé plus tôt, c'est que je voulais m'assurer que nous ne perdions pas de vue cet examen parlementaire, parce que je me rappelle que de nombreux textes de loi réclamaient un examen de la législation après une certaine période, et ces examens n'ont jamais eu lieu. Je crois donc qu'il est important que vous insistiez, si je peux me le permettre, pour que cet examen s'ensuive et commence le plus rapidement possible après l'adoption du projet de loi C-7.

La sénatrice Boyer : Et tienne compte des Autochtones.

M. Cowan : Absolument.

La sénatrice Boyer : Merci.

[Français]

La sénatrice Keating : Merci beaucoup, docteur L'Espérance, pour vos commentaires. Ils m'ont beaucoup aidée.

You said that you had listened to the previous meeting, during which physicians and psychiatrists answered the following question: Is a person with a mental illness — and I mean a mental non-biological illness — capable of giving informed consent for medical assistance in dying? The answer was yes.

What worries me is that we are speaking about having more time, in fact 12 months. It seems to me that very little has changed with respect to evaluating mental illnesses, or their progression, over the past 20 or 30 years. So even with 12 months more to begin attempting to make distinctions in terms of evidence between different kinds of mental illnesses — here again they are not all at the same level — do you think that we will be in a position to have clear answers about the right of people suffering from a mental illness to receive medical assistance in dying?

Dr. L'Espérance: My short answer is that the additional 12 months that we have suggested be used to provide closer monitoring.

And the most accurate answer to your initial question is that people with mental health problems or disorders have the required aptitude. In fact, as doctors and surgeons, we are sometimes required to operate on or treat patients with mental health problems, and we always request an opinion from a psychiatrist. Of course, this monitoring needs to be relatively well developed, but it is essential to make the effort to do more.

As the people who gave evidence earlier, like Dr. Rajji and others, explained, much will of course remain unknown, but we need to forge ahead and start somewhere to establish better benchmarks.

To return to Bill C-7, we suggest that there should not be a mental illness pathology exclusion, but rather a longer time period.

Senator Keating: Thank you very much, Dr. L'Espérance.

[English]

The Chair: Thank you very much to Senator Cowan, Dr. L'Espérance, and Dr. Long for your interesting presentations. You can see there were more questions. Unfortunately, I had to cut off the senators because of time limits. I apologize to you and to them. Hopefully, there will be another time when we study the bill. I want to thank you all very much for being here. Senator Cowan, it's great to see you.

[Translation]

Dr. L'Espérance: Thank you all very much for your interest.

Vous avez dit que vous avez écouté la séance précédente. Lors de cette séance, les médecins et psychiatres ont répondu à la question suivante : est-ce qu'une personne atteinte d'une maladie mentale — et je parle ici de maladie mentale non biologique — est capable de donner un consentement informé sur l'aide médicale à mourir? La réponse était oui.

Ce qui m'inquiète, c'est qu'on parle d'avoir plus de temps, de disposer de 12 mois. À mon avis, très peu de choses ont changé quant à l'évaluation des maladies mentales ou à la progression des maladies mentales au cours des 20 ou 30 dernières années. Ainsi, même si on a 12 mois de plus pour commencer à tenter de faire des distinctions de preuve entre les maladies mentales — encore là, elles ne sont pas toutes de même niveau —, croyez-vous que nous serons en mesure de donner des réponses plus claires sur le droit des gens souffrant de maladie mentale à recevoir l'aide médicale à mourir?

Dr L'Espérance : Selon moi, la réponse courte, c'est que les 12 mois supplémentaires que nous suggérons seraient mis à profit pour faire un encadrement plus serré.

Par ailleurs, la réponse plus précise à votre question initiale, c'est que les gens qui ont des problèmes ou des désordres de santé mentale ont l'aptitude requise. D'ailleurs, comme médecins et chirurgiens, nous devons parfois opérer ou traiter des patients qui ont des problèmes de santé mentale, et nous demandons toujours l'opinion d'un psychiatre. Bien sûr, cet encadrement doit être relativement bien développé, mais il faut faire l'effort d'aller plus loin.

Comme l'ont exprimé les personnes qui ont témoigné avant moi, comme le Dr Rajji et d'autres, il restera bien sûr beaucoup d'inconnu, mais il faut aller de l'avant, il faut commencer quelque part, quitte à établir des balises plus importantes.

Pour revenir au projet de loi C-7, nous suggérons qu'il n'y ait pas d'exclusion liée à la pathologie mentale, mais un décalage dans le temps.

La sénatrice Keating : Merci beaucoup, docteur L'Espérance.

[Traduction]

La présidente : Merci beaucoup au sénateur Cowan, au Dr L'Espérance et à Mme Long de vos exposés intéressants. Comme vous l'avez vu, il y avait beaucoup plus de questions. Malheureusement, j'ai dû interrompre les sénateurs en raison de contraintes de temps. Je m'en excuse à vous et à eux. Nous aurons d'autres moments, je l'espère, dans le cadre de l'étude du projet de loi. Je vous remercie tous énormément d'avoir été ici. Sénateur Cowan, j'étais heureuse de vous voir.

[Français]

Dr L'Espérance : Merci beaucoup à tout le monde pour votre intérêt.

[*English*]

The Chair: Thank you very much, senators. We will reconvene tomorrow at ten o'clock.

(The committee adjourned.)

[*Traduction*]

La présidente : Je remercie énormément les sénateurs et les sénatrices. Nous reprendrons la séance demain, à 10 heures.

(La séance est levée.)
