EVIDENCE

OTTAWA, Monday, February 1, 2021

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

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

[*English*]

The Chair: Honourable senators, welcome. I am Senator Mobina Jaffer from British Columbia and I have the pleasure of chairing this committee.

Today, we are conducting a hybrid meeting of the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs. This being a hybrid meeting, I ask everybody to be patient, as we may run into some technical issues.

[*Translation*]

Before we begin, I would like to make some practical suggestions that we think will help you participate in an efficient and productive meeting. Please keep your microphone muted during the meeting unless it is your turn to speak, in which case you may unmute it, and mute it again immediately after speaking. When you speak, please speak slowly and clearly. I also remind you that, when you speak, you must be on the channel of the language you are using.

[*English*]

Should any technical challenges arise, particularly in relation to interpretation, please signal this to the chair or the clerk, and we will work to resolve this issue. If you experience any other technical challenges, please contact the committee clerk. Please note that we may need to suspend during these times, as we need to ensure that all members are able to participate fully.

Senators, I will do my utmost to make sure that everyone is able to ask a question of the minister, but in order for me to do my job, I ask senators to try and keep their questions and the preambles to their questions brief. I know that most members of the committee will have questions of the panels, so may I ask please, that you do not signal to the clerk through the Zoom chat. Only signal to the clerk through the Zoom chat if you do not have a question. If you have a question, I will call on you. Otherwise, I will call upon all members for questions.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 1er février 2021

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

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

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, je vous souhaite la bienvenue. Je suis la sénatrice Mobina Jaffer, de Colombie-Britannique, et j'ai le plaisir de présider ce comité.

Aujourd'hui, la réunion du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles aura une forme hybride. Je demande donc à chacun d'être patient, puisque nous pourrions avoir des problèmes techniques.

[*Français*]

Avant de commencer, j'aimerais vous faire part de plusieurs suggestions utiles qui, selon nous, vous aideront à participer à une réunion efficace et productive. Vous êtes priés d'éteindre votre microphone durant la réunion à moins que ce ne soit à votre tour de prendre la parole, auquel cas vous pourrez l'allumer puis l'éteindre de nouveau tout de suite après. Lorsque vous parlez, veuillez parler lentement et clairement. Je vous rappelle que lorsque vous parlez, vous devez être sur le canal de la langue que vous utilisez.

[*Traduction*]

S'il se produit des problèmes techniques, notamment du côté de l'interprétation, veuillez en faire part à la présidence ou au greffier, et nous tâcherons de les régler. Si vous avez des difficultés techniques d'un autre ordre, veuillez vous adresser au greffier. Il faudra peut-être suspendre la séance à ce moment-là, puisque nous devons nous assurer que tous les membres puissent participer intégralement.

Honorables sénateurs, je ferai de mon mieux pour que tout le monde puisse poser une question au ministre, mais, pour me faciliter la tâche, je vous demanderai d'être aussi brefs que possible dans vos questions et préambules. Je sais que la plupart des membres du comité voudront poser des questions aux témoins, et je vous demanderai donc de ne pas communiquer avec le greffier au moyen de la fonction Chat de Zoom pour le faire savoir. Faites-le seulement si vous n'avez pas de question aux témoins. Si vous avez une question, je vous donnerai la parole. Pour le reste, j'inviterai tous les députés à en poser.

If you are not a member of the committee, please signal to the clerk if you have a question. Senators, I will try my utmost to accommodate you, but I anticipate the time to be short.

Today, we are tasked with studying Bill C-7, An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying). As you know, we have three long days of meetings this week, culminating in clause-by-clause consideration Wednesday afternoon. I remind you all that if you have any observations, please give them to the clerk before Wednesday in both official languages.

We are beginning today with Minister of Justice David Lametti for 90 minutes. Then his officials will stay afterward. We will allow five minutes per senator for the questioning of the minister. Please note that we have officials for 90 minutes after the minister leaves, so please keep technical questions for the officials.

Minister Lametti, I want to thank you for being here today. I want to let you know it is not lost on us that this is the second time you have come to speak to us about the subject matter of MAID. We also very much appreciate that you are going to give us extra time today. We know we are going to learn a lot about the bill from your point of view.

I also want to welcome the officials from the Department of Justice, who are François Daigle, Associate Deputy Minister and Laurie Wright, Senior Assistant Deputy Minister.

[*Translation*]

Minister, I would like to take a few minutes to introduce the members of the committee taking part in today's meeting: Senator Batters, our Deputy Chair, Senator Boisvenu, Senator Boniface, Senator Boyer, Senator Carignan, who is the critic of the bill, Senator Dupuis, Senator Griffin, Senator Harder, Senator Keating, Senator Kutcher and Senator Tannas. Senator Gold, *de facto* member, and Senator Martin, ex officio member.

[*English*]

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

Minister, you now have the floor.

[*Translation*]

The Honourable David Lametti, P.C., M.P., Minister of Justice and Attorney General of Canada: Thank you, Madam Chair. Thank you for the invitation to appear before you today to

Si vous n'êtes pas membre du comité, veuillez communiquer avec le greffier si vous avez une question. Honorables sénateurs, je ferai de mon mieux pour vous faciliter les choses, mais je crois que nous aurons peu de temps.

Aujourd'hui, nous avons pour tâche d'étudier le projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir). Comme vous le savez, nous avons trois longues journées de réunion cette semaine, pour finir par l'étude article par article du projet de loi mercredi après-midi. Je vous rappelle que, si vous avez des observations à formuler, il faut les adresser au greffier avant mercredi, dans les deux langues officielles.

Aujourd'hui, nous écouterons d'abord le ministre de la Justice, David Lametti, qui disposera de 90 minutes. Ses fonctionnaires resteront après son départ. Chaque sénateur aura cinq minutes pour poser des questions au ministre. Veuillez noter que ses fonctionnaires resteront avec nous pour une durée de 90 minutes par la suite : veuillez donc leur réserver vos questions à caractère technique.

Monsieur le ministre Lametti, je vous remercie d'être parmi nous aujourd'hui. Nous sommes sensibles au fait que c'est la deuxième fois que vous venez nous parler de l'AMM. Nous vous sommes également très reconnaissants de nous accorder plus de temps aujourd'hui. Nous savons que votre point de vue nous permettra d'en apprendre beaucoup sur le projet de loi.

Je souhaite également la bienvenue aux représentants du ministère de la Justice : François Daigle, sous-ministre délégué, et Laurie Wright, sous-ministre adjointe principale.

[*Français*]

Monsieur le ministre, j'aimerais prendre quelques minutes pour vous présenter les membres du comité qui participent à la réunion aujourd'hui : la vice-présidente, la sénatrice Batters, le sénateur Boisvenu, la sénatrice Boniface, la sénatrice Boyer, le sénateur Carignan, qui est le critique du projet de loi, la sénatrice Dupuis, la sénatrice Griffin, le sénateur Harder, la sénatrice Keating, le sénateur Kutcher et le sénateur Tannas. Le sénateur Gold, membre *de facto*, la sénatrice Martin, membre d'office.

[*Traduction*]

Plusieurs non-membres participent également à cette importante étude du Sénat, à savoir les sénateurs Woo, Moodie, Seidman et Pate, la sénatrice Petitclerc, qui parraine le projet de loi, et la sénatrice McCallum.

Monsieur le ministre, vous avez la parole.

[*Français*]

L'honorable David Lametti, c.p., député, ministre de la Justice et procureur général du Canada : Merci, madame la présidente. Je vous remercie de l'invitation à comparaître devant

discuss Bill C-7, An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying).

I want to recognize the considerable work the committee has already done as part of its pre-study of Bill C-7, during which you heard more than 80 witnesses, examined even more briefs and prepared a report outlining the many challenges and complexities involved in this issue. I would also like, first of all, to thank Senator Petitclerc, who sponsored the bill in the Senate, and assistant deputy ministers François Daigle and Laurie Wright.

My remarks today will focus on two points that figured prominently in the pre-study of Bill C-7 and in the debates on second reading in the House. Those points stem from the proposal to repeal the eligibility criterion for medical assistance in dying requiring that natural death be reasonably foreseeable.

The first point has to do with the concerns that certain persons with disabilities and many organizations representing their rights and interests have with respect to the potential negative impacts of the bill on persons with disabilities. The second concerns the exclusion from eligibility for medical assistance in dying of persons whose sole underlying medical condition is a mental illness.

[*English*]

For some individuals living with a disability and for numerous organizations that represent such persons, there's a concern that eligibility without the requirement for "reasonably foreseeable death" singles them out as persons whose death can appropriately be facilitated, since a person with a disability could be eligible for MAID but a person who does not have a disability, illness or disease and who is not in an advanced state of decline and capability could not be eligible for MAID, no matter how much they were suffering.

This is viewed as a source of discrimination and stigmatization. Put simply, it is feared that disability itself would become a justification to end life. It is also feared that an assisted death would be easier to access than the care needed to live with dignity, and that some will choose death when they would rather go on living.

However, for other individuals living with disabilities whose natural death is not reasonably foreseeable, the requirement of a reasonably foreseeable death was seen as a direct violation of their autonomy and deprived them of access to their preferred means of relieving intolerable suffering.

The Superior Court of Quebec also found this to be the case. Let me be very clear: The Government of Canada absolutely believes that all lives are equal and of inherent value and that having a disability is not a justification to end life.

vous aujourd'hui pour discuter du projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir).

Je tiens à souligner le travail considérable que le comité a déjà effectué dans le cadre de son étude préalable du projet de loi C-7, qui a entendu plus de 80 témoins, examiné encore plus de mémoires et produit un rapport qui fait état des nombreux défis et complexités de cette question. J'aimerais aussi remercier d'abord la sénatrice Petitclerc, qui parraine le projet de loi au Sénat ainsi que les sous-ministres adjoints François Daigle et Laurie Wright.

Mes remarques aujourd'hui porteront sur deux points qui ont figuré au premier plan de l'étude préalable du projet de loi C-7 et dans les débats à l'étape de la deuxième lecture à la Chambre. Ces points découlent de la proposition d'abroger le critère de l'admissibilité de l'aide médicale à mourir exigeant que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible.

Le premier point touche les préoccupations que certaines personnes handicapées et plusieurs organisations représentant leurs droits et intérêts ont à l'égard des répercussions négatives possibles du projet de loi sur les personnes handicapées. Le deuxième point porte sur l'exclusion de l'admissibilité de l'aide médicale à mourir pour les personnes dont la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée.

[*Traduction*]

Certaines personnes handicapées et de nombreux organismes qui les représentent craignent que l'admissibilité sans l'exigence d'une « mort raisonnablement prévisible » les ferait considérer comme des personnes dont la mort pourrait être dûment facilitée puisqu'une personne handicapée pourrait être admissible à l'AMM, alors qu'une personne sans handicap ou maladie et dont l'état et la capacité ne seraient pas considérablement dégradés ne pourrait pas y être admissible, quel que soit son degré de souffrance.

Ce point de vue est considéré comme discriminatoire et stigmatisant. Plus simplement, on craint que l'invalidité en soi ne devienne une justification pour mettre fin à la vie. On craint aussi qu'une mort assistée soit plus facile à obtenir que les soins nécessaires pour vivre dans la dignité et que certains choisissent la mort alors qu'ils préféreraient continuer à vivre.

D'autres personnes handicapées, dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, estiment cependant que l'exigence d'une mort raisonnablement prévisible est une violation directe de leur autonomie et les prive de l'accès à des moyens privilégiés de soulager des souffrances intolérables.

La Cour supérieure du Québec a également statué en ce sens. Je tiens à préciser que le gouvernement du Canada a pour conviction absolue que toutes les vies se valent, qu'elles ont une valeur intrinsèque et que le handicap n'est pas une justification pour mettre fin à la vie.

We are also mindful that intolerable suffering, some of which, tragically, cannot be sufficiently alleviated despite best efforts, or for which there are treatments that the person is not willing to undertake, can exist throughout one's life.

Bill C-7 is grounded in the objective of giving autonomy to Canadians to relieve intolerable suffering associated with a medical condition when they decide they can no longer go on. We believe Canadians are best placed to make that determination for themselves.

[*Translation*]

Despite the challenges inherent in reconciling individual autonomy with the assertion of the value of all lives and the protection of vulnerable persons, I firmly believe that the other eligibility criteria, as well as the new safeguards proposed for persons whose death is not reasonably foreseeable, would help effectively address those concerns.

To qualify for medical assistance in dying, Canadians will nevertheless have to be capable of making decisions, making a voluntary request, particularly under outside pressure, and providing informed consent to receive such assistance. These elements protect the fundamental value of individual autonomy that is central to the policy on medical assistance in dying, or MAID.

Since the extension of eligibility to persons who are not approaching death constitutes a fundamental change in the policy on medical assistance in dying in Canada, the bill before you proposes a new set of safeguards, which are specifically designed for persons whose death is not reasonably foreseeable and who present greater risks.

[*English*]

As part of the development of Bill C-7, the Minister of Health, the Minister of Employment, Workforce Development and Disability Inclusion and I met with organizations and individuals speaking on behalf of persons with disabilities at round table meetings, held across the country in January and February 2020.

One of these round tables was focused precisely on disability rights and mostly made up of national and regional disability rights organizations. This legislation reflects concerns raised at these consultations, with the inclusion of a two-track system with greater safeguards, for those whose death is not reasonably foreseeable.

Nous n'ignorons pas, par ailleurs, que des souffrances intolérables peuvent se prolonger toute la vie, dont certaines, tragiquement, ne peuvent pas être suffisamment apaisées malgré tous les efforts ou peuvent être traitées par des moyens que l'intéressé n'est pas prêt à accepter.

Le projet de loi C-7 donnerait aux Canadiens la latitude nécessaire pour soulager des souffrances intolérables associées à un état pathologique lorsqu'ils estiment qu'ils n'en peuvent plus. Nous estimons que les Canadiens sont les mieux à même d'en décider pour eux-mêmes.

[*Français*]

Malgré les défis que représente la conciliation de l'autonomie, de l'affirmation de la valeur de toutes les vies et de la protection des personnes vulnérables, je crois fermement que les autres critères d'admissibilité ainsi que les nouvelles mesures de sauvegarde proposées pour les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible permettraient de répondre efficacement à ces préoccupations.

Pour être admissibles à l'aide médicale à mourir, les Canadiens devront tout de même avoir la capacité de prendre des décisions, faire une demande de manière volontaire, notamment sans pression extérieure, et consentir de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir. Ces éléments protègent la valeur fondamentale de l'autonomie individuelle qui est au cœur de la politique sur l'aide médicale à mourir (AMM).

Puisque l'élargissement de l'admissibilité aux personnes qui ne sont pas à l'approche de la mort constitue un changement fondamental dans la politique sur l'aide médicale à mourir au Canada, le projet de loi dont vous êtes saisis propose une nouvelle série de mesures de sauvegarde accrues, précisément conçues pour les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, où les risques sont plus grands.

[*Traduction*]

Dans le cadre de l'élaboration du projet de loi C-7, la ministre de la Santé, la ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et de l'Inclusion des personnes handicapées et moi-même avons rencontré des représentants d'organismes et des particuliers s'exprimant au nom des personnes handicapées dans le cadre de tables rondes organisées partout au pays en janvier et février 2020.

L'une de ces tables rondes portait précisément sur les droits des personnes handicapées et elle était composée principalement de représentants d'organisations nationales et régionales de défense des droits des personnes handicapées. Le projet de loi tient compte des préoccupations soulevées au cours de ces consultations, notamment par l'inclusion d'un système à deux volets assorti de meilleures mesures de protection pour les demandeurs dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible.

Let me address the safeguards where death is not reasonably foreseeable. First, the assessment period. The bill would first require an assessment period that must last a minimum of 90 days. It has been suggested that three months is too long for some, not long enough for others. I want to be clear on the purpose of this safeguard. This safeguard requires a minimum 90-day period to assess a person's eligibility for MAID. It is not a waiting period for the person requesting MAID after having been approved, nor is it a mandatory minimum period for which the person must live with their medical condition before seeking MAID. Again, it is a minimum amount of time that the practitioners have to devote to the assessment of a person's eligibility.

The 90-day assessment period provides a reasonable minimum time frame, taking into account the diversity of cases that practitioners may encounter. It is not meant to address any specific type of situation. We must remember that the measures proposed in Bill C-7, and indeed Parliament's jurisdiction in the area, are matters of criminal law. As criminal law, these measures must set down a general framework of minimum standards for all MAID cases and not a series of specific rules that depend on the particular features of different types of medical conditions or the unfettered discretion of individual practitioners.

[*Translation*]

Bill C-7 provides for another safeguard, that the opinion of an expert be required in assessing eligibility. In its initial version, the bill would have required one of the two assessors to have expertise in the condition causing the person's suffering.

According to the witnesses who appeared before the House of Commons Standing Committee on Justice and Human Rights, the experts are generally inclined to provide opinions in their area of expertise when consulted but rarely conduct full MAID eligibility assessments on their own.

The Committee on Justice and Human Rights therefore adopted an amendment requiring medical practitioners and nursing practitioners who conduct an assessment to consult a physician or nursing practitioner who has expertise in the person's condition where neither of the assessors has the expertise in question.

That amendment received the government's support since it is logical from the practitioners' standpoint. It eliminates potential barriers to access to MAID yet still assists in achieving the protection objective of including in the eligibility assessment the medical practitioners' knowledge of and expertise in the condition causing the person's suffering.

J'aimerais parler des mesures de protection prévues dans le cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Il y a d'abord la période d'évaluation. Le projet de loi exigerait d'abord une période d'évaluation d'au moins 90 jours. Certains estiment que trois mois, c'est trop long, tandis que, pour d'autres, ce n'est pas assez. Je tiens à préciser le but de cette mesure de protection. Une période minimale de 90 jours serait nécessaire pour évaluer l'admissibilité d'une personne à l'AMM. Ce n'est pas une période d'attente après approbation de la demande, ni une période minimale obligatoire avant la demande. C'est la période minimale que les praticiens doivent consacrer à l'évaluation de l'admissibilité.

La période d'évaluation de 90 jours représente un délai minimum raisonnable, compte tenu de la diversité des cas que les praticiens doivent régler. Il ne s'agit pas de régler tel ou tel type de situation en particulier. Il faut se rappeler que les mesures proposées dans le projet de loi C-7 et que, de fait, la compétence du Parlement en l'espèce relèvent du droit pénal. En droit pénal, ces mesures doivent établir un cadre général de normes minimales pour tous les cas d'AMM et non une série de règles spécifiques dépendant des caractéristiques particulières de différents types de troubles de santé ou du pouvoir discrétionnaire illimité de praticiens.

[*Français*]

Le projet de loi C-7 propose une autre mesure de sauvegarde visant à exiger l'avis d'un expert dans le cadre de l'évaluation d'admissibilité. Dans sa version initiale, le projet de loi aurait exigé que l'un des deux évaluateurs possède une expertise en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances de la personne.

Selon les témoins qui ont comparu devant le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes, les experts sont généralement disposés à donner des avis dans leur champ d'expertise lorsqu'ils sont consultés, mais ils procèdent rarement eux-mêmes aux évaluations complètes de l'admissibilité à l'AMM.

Le Comité de la justice et des droits de la personne a donc adopté un amendement exigeant que les médecins et les infirmiers praticiens qui procèdent à l'évaluation consultent un médecin ou un infirmier praticien possédant une expertise en ce qui concerne la condition de la personne, dans le cas où ni l'un ni l'autre des évaluateurs ne possède l'expertise en question.

Cet amendement a reçu l'appui du gouvernement puisqu'il est logique du point de vue des praticiens. Il élimine les obstacles potentiels à l'accès à l'AMM et permet toujours d'atteindre l'objectif de protection consistant à inclure dans l'évaluation de l'admissibilité les connaissances et l'expertise de médecins en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances de la personne.

The government's view is that it is essential to ensure that all possible and reasonable means to relieve a person's suffering be known before ending the life of a person whose death is not yet reasonably foreseeable.

[*English*]

Practitioner expertise will also help fulfill two other safeguards that target truly informed consent. These are, first, that the person be informed of means available to relieve their suffering and be offered consultations with professionals who offer relevant services and care; second, that the two assessors discuss such alternatives with the person and are confident that the person has seriously considered these means.

To be clear, there is no requirement that the person actually try any treatment or service that could alleviate their suffering. The government is of the view that requiring a person to have tried all reasonable treatments would go too far and would be inconsistent with the fundamental principle of autonomy. However, we do think it is critical that a person be informed of all reasonable treatments that are available and that the practitioners be satisfied that the person has given serious thought to these alternative ways of relieving suffering before their life has ended. This is consistent with one of the objectives of the bill, which is to alleviate the suffering of Canadians.

MAID is an incredibly serious action, with irreversible consequences, and its gravity is only amplified where the life that is ended could have gone on for decades yet. We must do more as a society to support those in our community who are suffering from a variety of complex and often intersecting reasons.

MAID is meant to be an exceptional avenue when nothing else is satisfactory to alleviate suffering. As a matter of criminal law, we must acknowledge there are challenges that cannot be resolved through Bill C-7, for example, guaranteeing access to health care or social services.

[*Translation*]

That being said, the proposed safeguards would help to strike a fair balance. They do not raise barriers to access to medical assistance in dying for persons who are determined to obtain it, but they will help ensure that no one obtains medical assistance in dying without enough time and attention being devoted to the vulnerabilities of each person and the options available in his or her medical situation.

De l'avis du gouvernement, il est essentiel de veiller à ce que toutes les mesures possibles et raisonnables d'apaiser les souffrances d'une personne soient connues avant de mettre fin à la vie d'une personne dont la mort n'est pas encore raisonnablement prévisible.

[*Traduction*]

L'expertise des praticiens contribuera également à l'application de deux autres mesures de protection garantissant un consentement vraiment éclairé. Premièrement, le demandeur doit être informé des moyens disponibles pour soulager sa souffrance et se voir proposer des consultations avec des professionnels offrant les services et soins applicables; deuxièmement, les deux évaluateurs doivent discuter de ces solutions de rechange avec le demandeur et être convaincus que celui-ci a sérieusement envisagé ces moyens.

Pour être clair, le demandeur n'est pas contraint de suivre un traitement ou d'obtenir un service qui pourrait alléger ses souffrances. Le gouvernement est d'avis qu'on irait trop loin et qu'il serait contraire au principe fondamental de l'autonomie du demandeur que d'exiger qu'il ait suivi tous les traitements raisonnables possibles. Nous estimons cependant essentiel qu'il soit informé de tous les traitements raisonnables disponibles et que les praticiens soient convaincus qu'il a bien réfléchi à ces solutions de rechange. Cela est conforme à l'un des objectifs du projet de loi, qui est d'alléger les souffrances des Canadiens.

L'aide médicale à mourir est une mesure extrêmement grave, dont les conséquences sont irréversibles, et sa gravité ne fait que s'amplifier lorsque la vie interrompue aurait pu se prolonger pendant des décennies. En tant que société, nous devons faire davantage pour soutenir les membres de notre collectivité qui souffrent en raison de situations complexes et souvent interreliées.

L'AMM se veut une solution exceptionnelle quand plus rien d'autre ne suffit à alléger la souffrance. En matière de droit pénal, il faut admettre que certaines difficultés ne peuvent pas être résolues par le projet de loi C-7, par exemple, l'accès garanti aux soins de santé ou aux services sociaux.

[*Français*]

Cela dit, les mesures de sauvegarde proposées permettent d'atteindre un juste équilibre. Elles ne créent pas des obstacles à l'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes qui sont déterminées à l'obtenir, mais elles contribueront à veiller à ce que personne n'obtienne l'aide médicale à mourir sans qu'il soit accordé suffisamment de temps et d'attention aux vulnérabilités et aux options propres à la situation médicale de chaque personne.

That leads me to the second aspect I mentioned, the mental illness exclusion, where mental illness is the only underlying medical condition. I note at the outset that it is not my role, as Minister of Justice and Attorney General, to provide legal opinions to parliamentary committees, which, of course, have access to their own legal advisors and independent witnesses.

As you know, however, I have an obligation under the Department of Justice Act to vet government bills for any inconsistency with the Charter. It is my responsibility to prepare Charter statements respecting government bills.

Charter statements are not legal opinions. Their purpose instead is to provide the public and Parliament with legal information on the potential effects of a bill on Charter rights as well as considerations that support a bill's consistency with the Charter.

Pursuant to my obligations under the Department of Justice Act, I tabled a Charter statement in connection with Bill C-7 on last October 21. That statement concerns the exclusion from eligibility for medical assistance in dying where mental illness is the only underlying medical condition.

[*English*]

The wisdom and constitutionality of this aspect of Bill C-7 have, as you know, been the subject of considerable debate both within Parliament and in the public domain. It is in this context that I propose to go through the considerations set out in the Charter Statement on this issue and to provide a little more information about the reasons why eligibility for MAID has been limited in this way.

As the Charter Statement indicates, the exclusion of eligibility for MAID where a mental illness is the sole medical condition engages the equality guarantee under section 15 and potentially engages the liberty and security of the person under section 7. Before I turn to the rationale for exclusion, it is important to note that the constitutional considerations associated with MAID for persons solely suffering from mental illness have not been conclusively addressed by the courts.

In *Carter* the Supreme Court of Canada stated that MAID for "persons with psychiatrist disorders" did not fall within the parameters of its reasons. Similarly, in the *Truchon* case in Quebec the court expressly noted that the evidence on MAID where mental illness is the sole underlying condition was of doubtful relevance, because both of the plaintiffs who were seeking MAID were doing so because of physical illness.

Cela m'amène à discuter de l'autre aspect que j'avais abordé, c'est-à-dire l'exclusion de la maladie mentale lorsqu'il s'agit de la seule condition médicale invoquée. Je précise d'emblée qu'il ne m'appartient pas, en tant que ministre de la Justice et procureur général, de donner des avis juridiques aux comités parlementaires, qui, bien entendu, ont accès à leurs propres conseillers juridiques et à des témoins indépendants.

Cependant, comme vous le savez, en vertu de la Loi sur le ministère de la Justice, j'ai l'obligation d'examiner les projets de loi du gouvernement pour toute incompatibilité avec la Charte. Il m'incombe de préparer les annonces concernant la Charte en ce qui concerne les projets de loi du gouvernement.

Les énoncés concernant la Charte ne sont pas des opinions juridiques. Ils visent plutôt à présenter au public et au Parlement des renseignements juridiques sur les effets possibles d'un projet de loi sur les droits garantis par la Charte, ainsi que les considérations qui appuient la compatibilité d'un projet de loi avec la Charte.

Conformément à mes obligations en vertu de la Loi sur le ministère de la Justice, j'ai déposé, le 21 octobre dernier, un énoncé concernant la Charte pour le projet de loi C-7. Cet énoncé traite de l'exclusion de l'admissibilité de l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée.

[*Traduction*]

Comme vous le savez, la pertinence et la constitutionnalité de cet aspect du projet de loi C-7 ont fait l'objet de nombreux débats au Parlement et dans la sphère publique. C'est dans ce contexte que je propose d'analyser les principes formulés dans l'énoncé de la Charte à ce sujet et de fournir un peu plus de renseignements sur les raisons pour lesquelles l'admissibilité à l'AMM est ainsi limitée.

Comme l'indique l'énoncé concernant la Charte, l'exclusion de la maladie mentale lorsqu'elle est la seule condition médicale invoquée renvoie à la garantie d'égalité en vertu de l'article 15 et pourrait renvoyer à la garantie de liberté et de sécurité de la personne en vertu de l'article 7. Avant d'aborder la justification de cette exclusion, je rappelle que les considérations constitutionnelles associées à l'AMM dans le cas des personnes souffrant uniquement de maladie mentale n'ont pas donné lieu à des conclusions probantes par les tribunaux.

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada a déclaré que l'aide médicale à mourir pour les « personnes affectées de troubles psychiatriques » ne s'appliquait pas aux paramètres de ses motifs. De même, dans la décision *Truchon*, au Québec, la cour a expressément souligné que la preuve apportée au sujet de personnes demandant l'AMM en invoquant uniquement une maladie psychiatrique était de peu de pertinence, puisque les deux demandeurs invoquaient une maladie physique.

[*Translation*]

As regards the exclusion, it might be helpful to begin by describing what the exclusion is not based on.

Contrary to what some have suggested, the justification is not based on the assumption that persons suffering from a mental illness do not have the capacity to make decisions. A mental illness would not exclude a person from eligibility for medical assistance in dying if that person otherwise met the established criteria.

Similarly, the exclusion is not based on the idea that mental illness does not result in profound or grievous suffering, or that it is a lesser cause for concern than physical illness. To put it simply, the exclusion is based on a concern regarding the sole and grievous risk that medical assistance in dying presents in cases where mental illness is the sole underlying condition.

[*English*]

Following the legalization of MAID, the government asked the Council of Canadian Academies, the CCA, to conduct independent evidence-based reviews on three potential areas of expansion for Canada's MAID regime, including mental illness as the sole underlying medical condition. The CCA report on mental illness reflects the deeply divided opinion and evidence in this area. Although the report does not come to a consensus view on the issue, it includes evidence and expert opinion to the effect that relaxing the prohibition on MAID in these circumstances would pose untenable risks, compromising the objective of protecting vulnerable persons.

I would like to touch on three areas of particular concern from the CCA report, all of which are also referenced in the Charter Statement. The first relates to the evidence on the challenges associated with screening for decision-making capacity in this context. While most people with mental illness have the capacity to make treatment decisions, some mental disorders can impair decision-making and increase the risk of incapacity. There is evidence that screening for decision-making capacity is particularly difficult and subject to a high degree of error in relation to persons who suffer from a mental illness serious enough to ground a request for MAID. This is because hopelessness, feelings of worthlessness and the wish to die are common symptoms of some mental illnesses. It can be difficult, even for experienced practitioners, to distinguish between a wish to die that is autonomous and well considered, and one that is a symptom of a person's illness.

A secondary concern relates to the evidence on the nature and trajectory of mental illness. There is evidence that mental illness is generally less predictable than physical illness in terms of the

[*Français*]

En ce qui concerne l'exclusion, il pourrait être utile de commencer par décrire ce sur quoi l'exclusion n'est pas fondée.

Contrairement à ce que certains ont fait valoir, la justification ne se fonde pas sur l'hypothèse que les personnes atteintes d'une maladie mentale ne possèdent pas la capacité de prendre des décisions. En effet, la présence d'une maladie mentale n'empêcherait pas une personne d'être admissible à l'aide médicale à mourir si elle remplit, par ailleurs, les critères prévus.

De même, l'exclusion n'est pas fondée sur l'idée que la maladie mentale ne donne pas lieu à des souffrances profondes ou graves, ou qu'elle constitue une source moindre de préoccupations que la maladie physique. En termes simples, l'exclusion se fonde sur une préoccupation relative au risque unique et grave que l'aide médicale à mourir pose dans les cas où la maladie mentale est la seule condition invoquée.

[*Traduction*]

À la suite de la légalisation de l'AMM, le gouvernement a demandé au Conseil des académies canadiennes, le CAC, de procéder à des examens indépendants fondés sur des données probantes au sujet de trois extensions éventuelles du système d'AMM du Canada, dont la maladie mentale comme seule condition médicale invoquée. Le rapport du CAC traduit à cet égard des opinions et des éléments de preuves très contradictoires. Le rapport ne donne pas lieu à une conclusion consensuelle, mais il comprend des éléments de preuve et des avis d'experts selon lesquels l'assouplissement de l'interdiction de l'aide médicale à mourir dans ces circonstances entraînerait des risques insoutenables, compromettant ainsi la protection des personnes vulnérables.

J'aimerais aborder trois aspects particulièrement préoccupants signalés dans le rapport du CAC et référencés également dans l'énoncé concernant la Charte. Il y a d'abord les difficultés associées à la mesure de la capacité décisionnelle dans ce contexte. La plupart des personnes atteintes de maladie mentale ont la capacité de prendre des décisions concernant leurs traitements, mais certains troubles mentaux peuvent nuire à cette capacité et accroître le risque d'inaptitude. Des données probantes attestent qu'il est particulièrement difficile d'évaluer la capacité décisionnelle et que le risque d'erreur est élevé dans le cas des personnes souffrant d'une maladie mentale suffisamment grave pour justifier une demande d'aide médicale à mourir. C'est parce que le désespoir, le sentiment d'inutilité et le désir de mourir sont des symptômes courants de certaines maladies mentales. Il peut être difficile, même pour des praticiens expérimentés, de faire la distinction entre un désir de mourir autonome et bien réfléchi et un symptôme de maladie.

À titre secondaire, il faut également tenir compte des données probantes portant sur la nature et la trajectoire de la maladie mentale. Certains éléments indiquent que l'évolution de la

course it will take over time. Many people with a poor prognosis will improve, at least in terms of their suffering and the associated wish to die. Although some will not improve, there is no reliable way of identifying these patients in advance.

[*Translation*]

The third concern is related to the data coming from Belgium, the Netherlands and Luxembourg, the few countries that permit medical assistance in dying where mental illness is the sole underlying medical condition.

Recent practice in those countries has raised concerns regarding both the increasing number of cases and the broad range of mental illnesses resulting in the provision of medical assistance in dying.

Based on current conclusive data, it is unclear whether a measure other than the proposed exclusion would help mitigate the significant risks and provide adequate protection for the vulnerable individuals who request medical assistance in dying on the basis of mental illness.

[*English*]

It has been our plan, as a government, to study mental illness as the sole underlying condition as part of the parliamentary review that will come in the future. For these reasons, it is my view that prohibiting MAID for persons suffering solely from mental illness is an option that is open to the government and is consistent with the Charter. There will be an opportunity to carefully examine this question and to consider new or emerging evidence, or new or emerging consensus in the medical community during the parliamentary review of the MAID legislation. I believe that is the most prudent approach at this time. It is our duty to enact clear legislation and to commit further to reflect on the issue through the parliamentary review.

Thank you. I look forward to the committee's questions.

The Chair: Thank you very much, minister.

Minister, I was remiss. I did not introduce Senator Cotter and Senator Pate, who are joining us today.

[*Translation*]

Senator Petitclerc: Minister, thank you very much for being with us once again today and for the time you are taking to answer our questions.

maladie mentale est généralement moins prévisible que celle de la maladie physique. Beaucoup de gens dont le pronostic est pessimiste iront mieux, du moins s'agissant de leur souffrance et de leur désir de mourir. D'autres, non, mais il n'y a pas de moyen sûr de le savoir à l'avance.

[*Français*]

La troisième préoccupation touche les données émanant des quelques pays qui permettent l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée, soit la Belgique, les Pays-Bas et le Luxembourg.

La pratique récente dans ces pays a soulevé des préoccupations tant du point de vue de l'accroissement du nombre de cas que du vaste éventail de maladies mentales ayant donné lieu à la prestation de l'aide médicale à mourir.

Sur le fondement des données probantes actuelles, il n'est pas certain qu'une mesure autre que l'exclusion proposée permettrait d'atténuer les risques importants et de protéger suffisamment les personnes vulnérables qui demandent l'aide médicale à mourir sur le fondement de la maladie mentale.

[*Traduction*]

Le gouvernement a l'intention, dans un prochain examen parlementaire, d'examiner la question de la maladie mentale comme seule condition médicale invoquée. C'est pourquoi j'estime que l'interdiction de l'AMM pour les personnes souffrant uniquement de maladie mentale est une avenue possible pour le gouvernement et qu'elle est conforme à la Charte. Nous aurons l'occasion d'examiner attentivement cette question et de tenir compte de nouvelles données probantes, à moins qu'un consensus médical émerge au cours de l'examen parlementaire du projet de loi. Je crois qu'il est plus prudent de procéder ainsi pour l'instant. Nous avons l'obligation d'adopter une loi claire et de nous engager à poursuivre notre réflexion dans le cadre de l'examen parlementaire.

Merci. Je me ferai un plaisir de répondre aux questions du comité.

La présidente : Merci beaucoup, monsieur le ministre.

Monsieur le ministre, j'ai été négligente. Je n'ai pas présenté le sénateur Cotter et la sénatrice Pate, qui se sont joints à nous aujourd'hui.

[*Français*]

La sénatrice Petitclerc : Monsieur le ministre, merci beaucoup d'être avec nous encore une fois aujourd'hui, et du temps que vous prenez pour répondre à nos questions.

[*English*]

Minister, I would like to hear about something that you have not mentioned in your opening statement, but we heard a little bit about it in the pre-study. It is considering Audrey Parker's amendments and the waiver of final consent. Specifically, some have asked why the waiver of final consent applies to the individual whose death is reasonably foreseeable but not for an individual whose death is not reasonably foreseeable. I want to have your thoughts on that and on why this was the direction that the government has chosen.

Mr. Lametti: Thank you very much, senator. Again, thank you for your work shepherding this bill through the Senate.

The question is a very good one. The very limited Audrey Parker amendment, in fact, does only apply to the end-of-life scenario, and it was explicitly meant to apply only to the end of life scenario, because there was a large consensus, obviously. An incredible amount of sympathy was generated by Audrey Parker's situation and like situations in the end-of-life scenario, in which we decided we could safely move on that consensus to allow this advance consent in a very restricted scenario, that is, where the person's life was coming to an end.

In the non-end-of-life scenario, this is something that falls more clearly into the larger question of advance requests. That is something that has always been envisaged as being part of the parliamentary review. It was one of the other three issues that were raised in 2016 as something that required further review. There are some people who would like to see that kind of power extended well into the future. There are others, particularly with certain kinds of illnesses, who would not like to see that extended.

That, again, is something that ought to be looked at a lot more carefully. Again, we have the work of the CCA in that regard as well. But, for the time being, we were simply trying to respond to the *Truchon* decision on the end-of-life scenario and incorporate a couple of measures in the end-of-life scenario where there was a great deal of consensus across Canada including Audrey Parker's amendment.

Senator Petitclerc: Maybe a quick one on the protection of conscience rights of our practitioners. You may have heard in the pre-study some have suggested that even requiring a health care professional to make a referral to MAID if it goes against their conscience might infringe their rights. What can you tell us about that?

Mr. Lametti: Thank you again for the question. Again, nothing in the legislation forces a practitioner to furnish MAID to another person. Remember that we're talking about the Criminal Code and Criminal Code provisions. The referral provisions are generally made by the provinces under the

[*Traduction*]

Monsieur le ministre, j'aimerais vous entendre sur quelque chose dont vous n'avez pas parlé dans votre déclaration préliminaire, mais dont il a été un peu question dans le cadre de l'étude préalable. Il s'agit de l'amendement d'Audrey Parker et de la renonciation au consentement final. Certains se demandent pourquoi la renonciation au consentement final s'applique lorsque la mort est raisonnablement prévisible, mais pas lorsque la mort n'est pas raisonnablement prévisible. J'aimerais savoir ce que vous en pensez et pourquoi le gouvernement a fait ce choix.

M. Lametti : Merci beaucoup, madame la sénatrice. Je tiens à vous remercier encore une fois d'avoir piloté l'étude de ce projet de loi au Sénat.

C'est une très bonne question. L'amendement très limité d'Audrey Parker, en fait, ne s'applique qu'au scénario de fin de vie, et il visait explicitement à ne s'appliquer qu'au scénario de fin de vie, parce qu'il y avait évidemment un large consensus. La situation d'Audrey Parker et d'autres situations de fin de vie semblables ont suscité énormément de sympathie. Nous avons estimé que nous pouvions sans risque donner suite à ce consensus pour permettre ce consentement préalable dans un scénario très restreint.

Dans le cas des personnes qui ne sont pas en fin de vie, nous sommes clairement devant la question plus vaste des demandes anticipées. C'est toujours envisagé dans le cadre de l'examen parlementaire. C'est l'une des trois autres questions soulevées en 2016 qui nécessitaient un examen plus approfondi. Certains aimeraient que cette possibilité soit prolongée très loin dans l'avenir. D'autres, notamment à l'égard de certaines maladies, ne le souhaitent pas.

Il faut examiner tout cela beaucoup plus attentivement. Nous pouvons utiliser également les travaux du CAC. Mais, pour l'instant, nous avons simplement essayé de répondre à la décision *Truchon* et d'intégrer quelques mesures dans le scénario de fin de vie qui a suscité un large consensus partout au Canada, notamment l'amendement d'Audrey Parker.

La sénatrice Petitclerc : Peut-être une question rapide sur la protection de la liberté de conscience de nos praticiens. Vous savez peut-être que, au cours de l'étude préalable, certains ont estimé que le fait d'exiger qu'un professionnel de la santé oriente un patient vers un service d'aide médicale à mourir pourrait porter atteinte à sa liberté de conscience si cela est contraire à ses principes. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet?

M. Lametti : Merci de cette question. Je rappelle que rien dans la loi n'oblige un praticien à fournir l'AMM. N'oubliez pas que nous parlons du Code criminel et de dispositions du Code criminel. Les dispositions relatives au mécanisme d'orientation vers ce service sont généralement décidées par les provinces en

auspices of their jurisdictional power over health care, and in view of the practical requirements and resources available at hand.

It is true that the Ontario Court of Appeal has decided that the lack of a referral would be a barrier to MAID in that jurisdiction, but, once again, we feel that the Criminal Code provision that we have put in place does not force anyone to participate in MAID. We feel that that is sufficient.

Senator Petitclerc: Thank you.

[*Translation*]

Senator Carignan: My question is for Minister Lametti. Minister, when Judge Baudouin rendered her judgment in *Truchon*, she granted the parties time to declare the provision unconstitutional. At paragraph 744, she held, and I quote:

> …this suspension period will allow Parliament and the legislature to coordinate in order to avoid perpetuating the existing incongruities in medical assistance in dying in Quebec.

In March 2020, during the second extension, the judge granted more time and wrote at paragraph 15:

> …the need to foster consultation and coordination with the provincial and territorial legislatures.

However, more than 16 months have elapsed since that declaration of unconstitutionality. I have received a copy of a letter that the justice and health ministers of the Quebec government sent you on December 15, 2020. It doesn't appear from their letter that they were consulted. In fact, they told you they would like to work toward improving the bill and to share Quebec's experience, particularly on the mental illness issue. Nowhere in the letter is it suggested that any exchange took place between you before Bill C-7.

Given that the judge had asked you to do that coordination and to speak to the legislatures, particularly in the Government of Quebec, to avoid the incongruities, did you have any discussions or exchanges with the Quebec government concerning Bill C-7 before the bill was tabled and adopted in the House of Commons?

Mr. Lametti: Thank you for that question, senator. I can assure you that I am in touch with my counterparts in Quebec City. I was part of the team, as it were, that developed Bill C-7. We were in direct contact with the two ministers responsible in Quebec at the time. This is a work in progress, but there was some dissatisfaction with our efforts at the time before the original bill was introduced. We are still prepared to work on the

vertu de leurs pouvoirs juridictionnels en matière de santé et compte tenu des exigences pratiques et des ressources disponibles.

Il est vrai que la Cour d'appel de l'Ontario a décidé que l'absence d'orientation vers le service utile serait un obstacle à l'AMM dans cette province, mais nous estimons que la disposition du Code criminel que nous avons mise en place n'oblige personne à participer à l'AMM. Et nous estimons que c'est suffisant.

La sénatrice Petitclerc : Merci.

[*Français*]

Le sénateur Carignan : Ma question s'adresse au ministre Lametti. Monsieur le ministre, lorsque la juge Baudouin a rendu son jugement dans la cause *Truchon*, elle a accordé un délai pour déclarer la partie inconstitutionnelle. Elle a dit, au paragraphe 744, et je cite :

> […] cette période de suspension permettra une concertation du Parlement et de la législature afin d'éviter de perpétuer les incongruités actuelles en matière d'aide médicale à mourir au Québec.

En mars 2020, lors de la deuxième prolongation, la juge a accordé un autre délai, et elle mentionne ce qui suit au paragraphe 15 :

> […] la nécessité de favoriser un travail de consultation et de coordination avec les législatures provinciales et les territoires.

Or, il s'est écoulé plus de 16 mois depuis cette déclaration d'inconstitutionnalité. J'ai reçu copie d'une lettre qui vous a été envoyée le 15 décembre 2020 par les ministres de la Justice et de la Santé du gouvernement du Québec. Dans leur lettre, ils ne semblent pas avoir été consultés. En fait, ils vous disent qu'ils aimeraient travailler à l'amélioration du projet de loi et partager l'expérience du Québec, particulièrement sur la question de la maladie mentale. À aucun endroit dans la lettre on ne suggère qu'il y a eu des échanges entre vous avant le projet de loi C-7.

Étant donné que la juge vous avait demandé de faire cette coordination et de parler aux législatures, particulièrement au gouvernement du Québec pour éviter les incongruités, avez-vous eu des discussions ou des échanges concernant le projet de loi C-7 avec le gouvernement du Québec avant son dépôt et son adoption à la Chambre des communes?

M. Lametti : Merci, monsieur le sénateur, pour cette question. Je peux vous assurer que je suis en contact avec mes homologues à Québec. J'étais dans l'équipe, si vous voulez, pour l'élaboration du projet de loi C-7. On était en contact direct avec les deux ministres responsables au Québec à l'époque. C'est un travail en cours, mais il y avait une insatisfaction quant à nos démarches à cette époque avant le dépôt du projet de loi

mental illness issues with the provinces and territories, including Quebec. I initially had discussions with the minister at that time. As I mentioned in my introductory remarks, we believe for now that the responsible approach is to address this question as part of the parliamentary review process, and we will obviously be in talks with the provinces and territories on the mental illness issue at that stage.

Senator Carignan: My second question concerns the mental illness exclusion. When you testified here the first time, we spoke to you about the Supreme Court's judgment in *G*, which had been rendered previously, and which held that mental illness could not be excluded. Differential treatment between individuals who have a mental illness and those who do not is a violation of section 15 of the Charter. Furthermore, that differential treatment perpetuates discriminatory perceptions or imposes or exacerbates an unjustified disadvantage on persons suffering from mental illness.

In your previous testimony, your justification for the mental health exclusion was to say that you didn't have the time and couldn't go into the matter. Today you're telling us that it's because consent and prognosis are difficult matters regarding certain illnesses. So you're being slightly more precise, and I see you've spoken to your officials.

During the pre-study hearings, the experts told us exactly the opposite, that it was possible to assess the quality of an individual's consent. We are also much more efficient with prognoses; we've received testimony on that point. Why continue to exclude an entire group of persons with mental illness when the evidence now before us is that it is possible to draw distinctions where the illness precludes free and informed consent?

Mr. Lametti: Thank you once again for that very important question.

Above all, we share the concern that mental illnesses should be treated in the same way as other illnesses. We are aware of the fact that they are diseases. I believe our point of view is the correct one.

That being said, we believe that the judgment the Supreme Court rendered last December is consistent with what we are trying to do. My justifications haven't changed. We're working with experts and with our legal teams. I am committing to work with you to find solutions during the next stages.

original. Nous sommes toujours prêts à travailler avec les provinces et les territoires, y compris le Québec, sur les questions de maladie mentale. J'ai eu des échanges au début avec la ministre de l'époque. Pour l'instant, comme je l'ai mentionné dans mes remarques liminaires, nous croyons qu'il est responsable d'aborder cette question dans le processus de revue parlementaire, et évidemment, nous allons entamer les discussions avec les provinces et les territoires sur la question des maladies mentales à cette étape.

Le sénateur Carignan : Ma deuxième question porte sur l'exclusion de la maladie mentale. Lorsque vous êtes venu témoigner la première fois, on vous a parlé de l'arrêt *G* de la Cour suprême, qui avait été rendu précédemment, et qui nous dit qu'on ne peut pas exclure la maladie mentale. C'est une violation de l'article 15 de la Charte lorsqu'on crée un traitement différent entre les personnes qui ont une maladie mentale et celles qui n'en ont pas. D'autre part, ce traitement différent perpétue des perceptions discriminatoires ou impose ou aggrave un désavantage injustifié aux personnes atteintes de maladies mentales.

Lorsque vous avez témoigné précédemment, votre justification pour l'exclusion de la maladie mentale a été de dire que vous avez manqué de temps et que vous n'avez pas pu approfondir la question. Aujourd'hui, vous nous dites que c'est parce qu'il est difficile pour certaines maladies sur le plan du consentement ou du pronostic. Donc, vous êtes un petit peu plus précis, je vois que vous avez parlé avec vos fonctionnaires.

Lors des auditions pour l'étude préalable, les experts nous ont dit justement le contraire, qu'il était possible d'évaluer une personne sur le plan de la qualité de son consentement. On est également beaucoup plus performant au niveau des pronostics; on a des témoignages à ce sujet. Pourquoi continuer à exclure tout un groupe de personnes atteintes de maladies mentales alors que la preuve qui est devant nous actuellement est qu'il est possible de faire des distinctions lorsque la maladie empêche un consentement libre et éclairé?

M. Lametti : Merci pour votre question très importante encore une fois.

Avant tout, nous partageons la préoccupation de traiter les maladies mentales comme les autres maladies. Ce sont des maladies, nous en sommes conscients. Je crois que notre point de vue est le bon.

Cela dit, nous croyons que la décision de la Cour suprême rendue en décembre dernier est en harmonie avec ce que nous sommes en train de faire. Mes justifications n'ont pas changé. Nous travaillons avec des experts et avec nos équipes juridiques. Je m'engage à travailler avec vous pour trouver des solutions lors des prochaines étapes.

We do anticipate that it will be a temporary prohibition. We've received the same evidence as you, but we also have other evidence and other opinions from experts who have said it is still very difficult to assess mental health cases. So there is no consensus. Perhaps consensuses are emerging, but this is an issue for the next phases. We are prepared to address the real challenges and to find solutions. Personally, I am prepared to work on that, and I can speak for the government in saying that we are prepared to address these kinds of issues. However, that must be done based on all the evidence and by working with the medical community across the country. As I said, we have contrary evidence before us, and there is therefore no current consensus. However, I am optimistic; I believe we can achieve consensus, but we'll have to work on it.

Nous envisageons effectivement que ce soit une prohibition temporaire. Nous avons eu les mêmes preuves que vous, mais nous avons également eu d'autres preuves et d'autres opinions d'experts qui nous ont dit qu'il est encore très difficile d'évaluer les cas de maladie mentale. Donc, il n'y a pas de consensus. Peut-être y a-t-il des consensus qui sont en train d'émerger, mais c'est une question pour les prochaines étapes. Nous sommes prêts à aborder les vrais défis et à trouver des solutions. Moi, personnellement, je suis prêt à travailler là-dessus et je peux parler au nom du gouvernement pour dire que nous sommes prêts à aborder de telles questions. Cependant, il faut le faire avec toute la preuve et en travaillant avec la communauté médicale à travers le pays. Comme je l'ai dit, nous sommes devant des preuves contraires, alors un consensus n'existe pas actuellement. Cependant, je suis optimiste; je crois que nous pouvons atteindre un consensus, mais qu'il faudra y travailler.

[*English*]

The Chair: Before we go to the next person, may I please ask senators to keep their preambles short? Otherwise I will be forced to proceed without the minister answering so that everybody can ask a question.

Senator Batters: Minister Lametti, you provided our committee with a Charter analysis that justifies the Charter compliance and constitutionality of your mental illness exclusion in Bill C-7, but the one page in your Charter Statement about this topic does not mention what is likely your strongest argument to justify excluding mental illness from MAID, and that is that almost without exception mental illness is not irremediable. This is key.

As such, mental illness as a sole condition does not meet one of the essential criteria for MAID eligibility in your government's legislation. Please tell us more about how this important "irremediability" factor fits into your Charter analysis and justifies the constitutionality of your mental illness exclusion in Bill C-7.

Mr. Lametti: Thank you, senator, for your question. Let me begin by saying that we as a government recognize, I recognize personally, the profound nature of mental illness and its status as an illness. I'm certainly in favour of dedicating increasing resources to its studying and its understanding.

The Charter analysis that we have provided represents the uncertainty that the medical community expressed to us on this issue with respect to moving forward at this time. It reflects a number of concerns you have raised, but it also reflects other concerns that were raised, including concerns that were going in the other direction. Our point is that this needs to be studied more carefully. I'm not a doctor, so I'm not going to weigh the various — there are some doctors present on this committee, including people with expertise, so I'm not going to weigh the two of them, but I am going to commit to looking at the various

[*Traduction*]

La présidente : Avant de donner la parole au prochain intervenant, puis-je demander aux sénateurs de rester brefs? Sinon, je serai obligée de poursuivre sans que le ministre ne réponde afin que tout le monde puisse poser une question.

La sénatrice Batters : Monsieur le ministre Lametti, vous avez fourni à notre comité une analyse en vertu de la Charte qui justifie la conformité et la constitutionnalité de l'exclusion de la maladie mentale dans le projet de loi C-7, mais la seule page de l'énoncé à ce sujet ne mentionne pas ce qui est probablement votre argument le plus solide pour justifier cette exclusion, à savoir que, presque sans exception, la maladie mentale n'est pas irrémédiable. C'est fondamental.

La maladie mentale comme seule condition invoquée ne répond donc pas à l'un des critères essentiels d'admissibilité à l'AMM dans le projet de loi. Veuillez expliciter comment cet important facteur de l'« irrémédiabilité » s'inscrit dans votre analyse en vertu de la Charte et justifie la constitutionnalité de l'exclusion de la maladie mentale dans le projet de loi C-7.

M. Lametti : Merci de votre question, madame la sénatrice. Je tiens à dire que le gouvernement reconnaît et que je reconnais personnellement la nature profonde de la maladie mentale et son statut de maladie. Je suis évidemment favorable à l'idée de consacrer davantage de ressources à son étude et à sa compréhension.

L'analyse en vertu de la Charte traduit l'incertitude du milieu médical à ce sujet. Elle donne voix à certaines préoccupations que vous avez soulevées, mais aussi à d'autres, notamment en sens contraire. Il faut donc étudier cette question plus attentivement. Je ne suis pas médecin et je ne vais donc pas évaluer les différents... il y a des médecins ici, dont des gens qui ont une expertise en la matière, et je ne vais donc pas évaluer les deux points de vue, mais je m'engage à examiner les diverses préoccupations que vous et d'autres avez soulevées et à travailler de bonne foi pour voir où cela nous mènera. Je ne garantis pas de

concerns that you have raised, various concerns that others have raised and to working in good faith to see where this might land at the next step. I'm not committing to an outcome, but I am committing to a process and that it be done in good faith and with, as I said, the appropriate — the more than appropriate — measure of sensitivity towards mental illness and those who live with it, those who have lived with it and those other people around persons with mental illness. That is important to do.

résultat, mais je m'engage à suivre un processus et à le faire de bonne foi et avec le degré de sensibilité qui convient — et plus — à l'égard de la maladie mentale, de ceux qui en souffrent et en ont souffert et de ceux qui les entourent. C'est important.

Senator Batters: Thank you. Minister Lametti, you also provided us with your government's gender-based analysis plus, GBA+, document for Bill C-7, and I note that it references Dr. Scott Kim's study, but it does not state the alarming fact contained in Dr. Kim's study that 70% of cases of psychiatric MAID in the Netherlands are women. This is a key fact to note a Bill C-7 GBA+ document.

La sénatrice Batters : Merci. Monsieur le ministre Lametti, vous nous avez également fourni l'analyse comparative entre les sexes plus, l'ACS+, du projet de loi C-7, et je remarque que le document renvoie à l'étude du Dr Scott Kim, mais qu'on n'y signale pas le fait alarmant que révèle cette étude, à savoir que 70 % des cas d'aide médicale à mourir pour raison psychiatrique aux Pays-Bas sont des femmes. C'est un fait important à noter dans l'ACS+ du projet de loi C-7.

Also in assessing why men are three times more likely than women to die by suicide overall, your GBA+ document omits another important fact, and that is a major reason why completed suicide rates are so much higher for men is that men use more lethal means to attempt suicide. However, MAID eligibility provides guaranteed lethal means. I would submit, minister, this needs to be part of your gender-based analysis on Bill C-7's mental illness exclusion, and I'm asking you to please agree to consider including that.

De plus, dans l'évaluation des raisons pour lesquelles les hommes sont généralement trois fois plus nombreux que les femmes à mourir par suicide, votre document ACS+ omet un autre fait important et l'une des principales raisons pour lesquelles les taux de suicide chez les hommes sont beaucoup plus élevés, à savoir que ceux-ci utilisent des moyens plus meurtriers lorsqu'ils tentent de mettre fin à leurs jours. L'admissibilité à l'AMM offre cependant des moyens létaux garantis. Je dirais, monsieur le ministre, que cela devrait faire partie de votre analyse comparative entre les sexes portant sur l'exclusion de la maladie mentale dans le projet de loi C-7 et je vous demande de bien vouloir accepter de l'inclure.

Mr. Lametti: Thank you for that important question. I will take that back to my officials, and I think that that inclusion is very possible.

M. Lametti : Je vous remercie de cette importante question. Je vais en parler à mes fonctionnaires et je pense que cette inclusion est très possible.

Senator Batters: Thank you.

La sénatrice Batters : Merci.

The Chair: Senator Batters, your time is over. I will put you on the second round.

La présidente : Sénatrice Batters, votre temps de parole est écoulé. Je vous inscris au deuxième tour.

Minister, I also have a question on the gender-based analysis, and I want to sincerely thank you and the Prime Minister. You have taken gender-based analysis seriously. I want to commend that not only have you taken it seriously, but you have also released it to parliamentarians. My record is clear. For years and years, I asked many governments if they had carried it out and if they would release it. You're the first minister to do it so bravely, and I really commend you for that.

Monsieur le ministre, j'ai aussi une question sur l'analyse comparative entre les sexes et je tiens à vous remercier sincèrement, vous et le premier ministre. Vous avez pris cette analyse au sérieux. Je tiens à vous féliciter non seulement de l'avoir prise au sérieux, mais aussi de l'avoir communiquée aux parlementaires. Mes antécédents parlent pour moi. Pendant des années, j'ai demandé à de nombreux gouvernements s'ils l'avaient faite et s'ils la rendraient publique. Vous êtes le premier à le faire avec autant de courage, et je vous en félicite.

Minister, when I asked you whether you would release the gender-based analysis, you said you would and you did. I asked you if race-based analysis was carried out separately, and you said no, that it was part of the gender-based analysis.

Monsieur le ministre, lorsque je vous avais demandé si vous alliez rendre publique l'analyse comparative entre les sexes, vous aviez dit que vous le feriez, et vous l'avez fait. Je vous avais demandé si l'analyse comparative en fonction de la race serait effectuée séparément, et vous aviez répondu que non, qu'elle faisait partie de l'analyse comparative entre les sexes.

I have looked carefully at the analysis, and on page 2, first paragraph, it says the federal monitoring regime does not collect information about individual income, education level, ethnicity and gender diversity. And that was only speaking for the demographics. There is no other reference at all about race-based analysis.

Minister, we have just had a terrible year, since last July, on issues facing race, and even all the issues that have faced race, there is nothing in this analysis about race-based analysis. I don't want to get into a banter with you, but on this day of Black History Month, may I please get a commitment from you that from now onwards there will be a serious race-based analysis in the gender-based analysis or a separate one?

Mr. Lametti: Thank you very much, senator. It is indeed the first day of Black History Month, and I share your concerns.

I commit to doing my best, to doing better. The serious problem that we have across government, which has been illustrated in a number of different contexts, including this one, as well as our response to COVID-19, is the lack of disaggregated data. The challenge across government is to get better data, to have disaggregated data that allows us to answer the kinds of questions that you're asking and to do the kinds of race-based analyses that are absolutely necessary.

It's a problem that we are aware of in government, and we're trying. Statistics Canada is aware of it, and we're committed in a number of different ministries and departments across government to do a better job getting disaggregated data and to get the consent of the provinces to help us where they're the ones holding the data particularly in health care scenarios.

We will work harder on that. We all need allies — we need allies in this particular quest as well — and we will do better.

On another race-based issue, we did our best in the time that we had to reach out to Indigenous peoples, representatives of Indigenous peoples, across Canada with respect to MAID. There is always — in part because of data, in part because of complexity — a better job that can be done. We're continuing to get better at it, but I want to assure you that we did make best efforts to do that here.

The Chair: Minister, when you talk about allies, I very clearly remember that when the Black caucus was meeting, and we were struggling with the issues from July onwards, you were there and you were supportive. I know you're very serious about this. That's why I didn't want to get into a banter with you

J'ai examiné attentivement le document et, au premier paragraphe de la page 2, on peut lire que le système de suivi fédéral ne recueille pas de renseignements sur le revenu individuel, sur le niveau de scolarité, sur l'origine ethnique et sur la diversité de genre. Il n'est question ici que de démographie. Il n'est nullement question par ailleurs d'analyse fondée sur la race.

Monsieur le ministre, nous venons de vivre une année terrible à cet égard, depuis juillet dernier, et même à l'égard de tous les enjeux liés à la race, mais il n'y a rien dans cette analyse qui porte sur les distinctions en fonction de la race. Je ne tiens pas à vous importuner, mais, en cette journée inauguratrice du Mois de l'histoire des Noirs, puis-je obtenir de votre part l'engagement que, à partir de maintenant, une analyse sérieuse fondée sur la race sera incluse dans l'analyse comparative entre les sexes ou sera effectuée à titre distinct?

M. Lametti : Merci beaucoup, madame la sénatrice. C'est effectivement le premier jour du Mois de l'histoire des Noirs, et je partage vos préoccupations.

Je m'engage à faire de mon mieux, à faire mieux. Il y a un grave problème à l'échelle du gouvernement, qui s'est révélé dans un certain nombre de contextes différents, dont celui-ci et celui des mesures prises pour lutter contre la COVID-19, et c'est le manque de données désagrégées. Il est difficile, partout au gouvernement, d'obtenir de meilleures données, des données désagrégées qui nous permettraient de répondre aux questions que vous posez et de procéder aux très nécessaires analyses fondées sur la race.

C'est un problème dont nous sommes conscients, et nous faisons de notre mieux. Statistique Canada est au courant, et nous nous sommes engagés, dans un certain nombre de ministères, à faire mieux pour obtenir des données désagrégées et convaincre les provinces de nous aider là où ce sont elles qui détiennent les données, notamment dans le domaine de la santé.

Nous allons redoubler d'efforts. Nous avons tous besoin d'alliés — nous avons aussi besoin d'alliés dans cette recherche — et nous ferons mieux.

Concernant un autre enjeu lié à la distinction en fonction de la race, nous avons fait de notre mieux, dans le délai imparti, pour consulter les Autochtones et les représentants des Autochtones partout au Canada au sujet de l'AMM. On peut toujours faire mieux, compte tenu des données et compte tenu de la complexité de la situation. Nous continuons de nous améliorer, mais je tiens à vous assurer que nous avons fait de notre mieux en l'occurrence.

La présidente : Monsieur le ministre, lorsque vous parlez d'alliés, je me souviens très bien que, quand le caucus des parlementaires noirs se réunissait et que nous étions aux prises avec les problèmes soulevés depuis juillet, vous étiez présent et très coopératif. Je sais que vous prenez cela au sérieux. C'est

regarding the nonexistence of any race-based analysis. But one of the things — and you've put your finger on it — that really bothers me is when government officials look at data and they look at data in the United States. We are very different, and I think one of the greatest things you could do is start a database for race-based analysis. You've already said that, but please do not bring U.S. data, because that's almost insulting because our realities are different.

Thank you, minister.

Senator Harder: Thank you, minister. During the committee's pre-study of this bill, a number of witnesses suggested that in this case it would be appropriate to allow the Quebec Superior Court suspension of invalidity to lapse. The *Truchon* decision would then apply only in Quebec and it would create a legal vacuum around the issue of reasonably foreseeable death.

In their view, legal vacuums are not uncommon, nor is it uncommon for court decisions to apply only in the province in which it was rendered. What are your thoughts on this perspective?

Mr. Lametti: Thank you, senator, for that question — again, an important question. I disagree with the view that you have repeated here. There are a number of reasons why.

First of all, again our domain here is the criminal law, and we would want the criminal law to apply in a uniform fashion across Canada; and we would want medical practitioners practising MAID — particularly in Quebec but also in the rest of the country — to be able to do so with certainty that what they are doing is not in any way contrary to the criminal law. It's the most serious hammer, if you will, that the government has, a government has. It represents the most serious kinds of crimes, and we therefore don't want that uncertainty as a matter of general concern.

The other thing I would say is that the point of passing this particular bill right now is to reduce suffering. That is something we wanted to address both in Quebec, the suffering that Jean Truchon was going through, and Nicole Gladu. But there are also other provisions that would not be available then if we didn't pass this legislation.

We have Audrey Parker's amendment. We have taken out some of the impediments in the end-of-life regime that medical professionals across Canada — and people who have gone through MAID with family members — told us, univocally, that they serve no purpose, the 10-day waiting period, for example.

pourquoi je ne voulais pas vous agacer au sujet de l'absence d'analyse fondée sur la race. Mais il y a une chose qui me dérange vraiment — et vous avez mis le doigt dessus —, c'est que les fonctionnaires examinent des données qui s'appliquent aux États-Unis. Nous sommes très différents, et je pense que l'une des meilleures choses que vous puissiez faire serait de créer une base de données pour l'analyse fondée sur la race. Vous l'avez déjà dit, mais, s'il vous plaît, n'utilisez pas de données américaines, parce que c'est presque insultant au regard de nos réalités distinctives.

Merci, monsieur le ministre.

Le sénateur Harder : Merci, monsieur le ministre. Au cours de l'étude préalable du projet de loi par le comité, certains témoins ont laissé entendre qu'il vaudrait mieux laisser expirer le délai de suspension de l'invalidité de la loi imposé par la Cour supérieure du Québec. La décision *Truchon* ne s'appliquerait qu'au Québec et créerait un vide juridique à l'égard de la question de la mort raisonnablement prévisible.

À leur avis, les vides juridiques ne sont pas rares, et il n'est pas rare non plus que les décisions des tribunaux ne s'appliquent que dans la province où ils les ont rendues. Qu'en pensez-vous?

M. Lametti : Je vous remercie de cette question, monsieur le sénateur. C'est également une question importante. Je ne suis pas d'accord avec ce point de vue. Et ce pour plusieurs raisons.

Je rappelle tout d'abord que nous parlons ici de droit pénal, et il est souhaitable que le droit pénal s'applique de façon uniforme à l'ensemble du Canada : nous désirons donc que les médecins qui pratiquent l'aide médicale à mourir — notamment au Québec, mais aussi dans le reste du pays — puissent le faire dans la certitude que ce qu'ils font n'est en rien contraire au droit pénal. C'est l'outil le plus important qu'un gouvernement ait à sa disposition. Il sanctionne les crimes les plus graves, et nous ne voulons donc pas que cette incertitude devienne une préoccupation générale.

J'ajouterais que l'adoption de notre projet de loi a pour but de réduire des souffrances. Nous voulions régler cette question dans deux cas au Québec, celui de Jean Truchon et celui de Nicole Gladu. Mais d'autres dispositions ne seraient pas disponibles si nous n'adoptions pas ce projet de loi.

Et il y a l'amendement d'Audrey Parker. Nous avons éliminé certaines contraintes dans le régime de fin de vie, dont des professionnels de la santé de partout au Canada — et des personnes ayant accompagné des proches dans l'aide médicale à mourir — nous ont dit clairement qu'elles ne servent à rien, par exemple la période d'attente de 10 jours.

The benefits of this particular piece of legislation would be lost on part of the population. So it is worth doing this. It is worth passing this, I think, positive piece of legislation, this positive step, as we move forward to look at, in a parliamentary review, remaining issues and as Canadian society evolves with respect to this issue.

Senator Harder: Thank you very much. I share your view. I want to ask the same question with perhaps a different angle. I, like many senators, have received an overwhelming number of emails from individuals and groups saying that we should defeat this bill. Could you tell us clearly what the consequences of defeating this bill would be?

Mr. Lametti: Thank you for that question. First of all, in Quebec there would be an end-of-life regime that would be possible for MAID, but there would also be a non-end-of-life regime that would be possible for MAID without any safeguards in the system.

But in particular — if you have heard the concerns as I have heard the concerns of people living with disabilities — we constructed this regime in this bill precisely based on the comments we heard from their leadership groups that a second track in the non-end-of-life regime, with additional safeguards tailored to the questions of where end of life is not in view, were important to them. This is a very meaningful critique from the leadership of the disability community. Those safeguards would not be present in Quebec, and that is hugely problematic.

I've mentioned the lack of coherence in the criminal law across Canada. That, too, is hugely problematic, in my view. And in the other nine provinces and in the territories, if we defeat this bill, people in the end-of-life scenario — first of all, there would be no non-end-of-life scenario there either — but in the end-of-life scenario they would lose the benefit of things like Audrey Parker's amendment, which are serious improvements in this act and are precisely there to reduce people's suffering.

Senator Harder: Thank you.

Senator Martin: Thank you, minister. I think all of us have come to appreciate the importance of protecting the rights of Canadians in what we're talking about with this bill and the importance of this bill.

I'd like to look at the rights of those who are going to be administering. Minister, the issue of conscience protection was raised repeatedly throughout our pre-study. Ontario physicians are mandated to provide an effective referral, whereas the Canadian Medical Association called it the endorsement of a procedure to patients.

Les avantages de ce projet de loi échapperaient à certaines personnes. Il en vaut donc la peine. Je pense que ce projet de loi est une mesure positive qui en vaut la peine au moment où nous nous apprêtons à analyser les autres enjeux dans le cadre d'un examen parlementaire et au moment où la société canadienne évolue à cet égard.

Le sénateur Harder : Merci beaucoup. Je partage votre point de vue. J'aimerais poser la même question sous un angle un peu différent. À l'instar de nombreux sénateurs, j'ai reçu un très grand nombre de courriels de particuliers et de groupes nous invitant à rejeter ce projet de loi. Quelles seraient, selon vous, les conséquences du rejet de ce projet de loi?

M. Lametti : Je vous remercie de cette question. Tout d'abord, au Québec, il serait possible d'obtenir l'AMM en fin de vie, mais aussi en dehors de ce critère sans aucun garde-fou intégré.

Plus précisément — si vous avez comme moi eu connaissance des préoccupations des personnes handicapées —, nous avons conçu le régime prévu dans le projet de loi en nous appuyant justement sur les commentaires de leurs groupes représentatifs, pour lesquels il était important de prévoir un deuxième volet, applicable en dehors du principe de la mort raisonnablement prévisible, et assorti de mesures de protection supplémentaires adaptées aux situations où la fin de vie n'est pas en vue. C'est une critique très pertinente de la part des représentants des personnes handicapées. Ces garanties ne seraient pas présentes au Québec, et c'est extrêmement problématique.

J'ai parlé du manque de cohérence du droit pénal au Canada. Cela aussi est extrêmement problématique, à mon avis. Si ce projet de loi était rejeté, il s'ensuivrait que, dans les neuf autres provinces et territoires, des gens en fin de vie — et puis, il n'y aurait pas de mesure hors fin de vie raisonnablement prévisible là non plus — des gens, disais-je, perdraient des avantages comme l'amendement d'Audrey Parker, c'est-à-dire des améliorations importantes visant précisément à réduire les souffrances des gens.

Le sénateur Harder : Merci.

La sénatrice Martin : Merci, monsieur le ministre. Je pense que nous comprenons mieux l'importance de protéger les droits des Canadiens dans le cadre de ce projet de loi, ainsi que l'importance de ce projet de loi.

J'aimerais qu'on parle des droits de ceux qui administreront l'AMM. Monsieur le ministre, la protection de la liberté de conscience est une question qui a été soulevée à maintes reprises au cours de notre étude préalable. Les médecins de l'Ontario ont le mandat de fournir une orientation efficace vers les services compétents, tandis que l'Association médicale canadienne estime que cela revient à entériner une procédure pour les patients.

When you were asked about this during our pre-study, you referenced the clause in Bill C-14 and said that safeguard is still there. But we did hear from witnesses otherwise, who were still concerned. Clearly, when physicians are being required to participate, no such safeguard exists.

We heard from Indigenous physicians and nurses and other conscientious objectors who simply believe this practice is in contravention of their morals or ethics as medical practitioners.

Minister, are you concerned about the practitioners who have indicated that they will leave the country or this profession if this bill passes without explicit conscience protection?

Do you recognize the role that the federal government — who has created this paradigm-shifting regime — has in protecting the ethical integrity of its physicians?

Mr. Lametti: Thank you very much, senator, for that question. Let me reiterate that conscience is protected already in this piece of legislation, as it was protected in the original bill, C-14, in 2016. No one is forced to participate in MAID as a health practitioner, and that remains an inviolable provision in this act.

As I had stated — and this is true in other cases, for the provision of other health questions; the abortion issue immediately springs to mind — certain provinces will make decisions with respect to a referral policy, depending on their resources and their availability. This is a point of balance, but the Supreme Court has held in the *Carter* decision that a person does have a right to medical assistance in dying as a matter of right, as a matter of a Charter right, and the state — and in this case the provinces who provide health care services — has an obligation to provide that service, and they will decide in terms of how to do it. But there is clearly no province that I know of that requires a health care practitioner to participate in MAID. That is enshrined in our legislation as a matter of right for practitioners.

So I think the balance is quite well struck. We didn't have an exodus after 2016 of medical practitioners from Canada. We had a group of medical practitioners who began to develop expertise in MAID. We heard from them in the course of our consultations. They did not raise that issue. They're more concerned about clarity of the law, quite frankly, and they gave us very constructive suggestions moving forward in terms of how to meet the Superior Court challenge in *Truchon*, as well as how we might improve the act now. So I'm not worried about an exodus of medical practitioners, and we've done our very best to make sure that the rules are clear.

Lorsqu'on vous a posé la question au cours de notre étude préalable, vous nous avez renvoyés à l'article utile du projet de loi C-14 et déclaré que les mesures de protection étaient toujours en vigueur. Mais des témoins n'étaient pas de cet avis et restent inquiets. Si les médecins sont tenus de participer, il n'y a évidemment pas de mesures de protection.

Des médecins et des infirmières autochtones et d'autres objecteurs de conscience estiment simplement que cette pratique va à l'encontre de leur morale ou de leur éthique professionnelle.

Monsieur le ministre, est-ce que les praticiens qui disent avoir l'intention de quitter le pays ou la profession si ce projet de loi est adopté sans protection explicite de la liberté de conscience vous inquiètent?

Reconnaissez-vous le rôle du gouvernement fédéral — qui a créé ce changement de paradigme — dans la protection de l'intégrité éthique des médecins?

M. Lametti : Merci beaucoup de cette question, madame la sénatrice. Je rappelle que la liberté de conscience est déjà protégée dans ce texte législatif, comme elle l'était dans le projet de loi initial, le C-14, en 2016. Aucun professionnel de la santé n'est obligé de participer à l'AMM, et cela demeure une disposition inviolable de cette loi.

Comme je l'avais dit alors — et c'est vrai dans d'autres cas, à l'égard d'autres enjeux de la santé, comme l'avortement, qui me vient immédiatement à l'esprit —, certaines provinces décideront de leur politique d'orientation vers ces services, en fonction de leurs ressources et de leur disponibilité. C'est une question d'équilibre, mais la Cour suprême a statué, dans l'arrêt *Carter*, que l'aide médicale à mourir est un droit, un droit garanti par la Charte, et que l'État — en l'occurrence les provinces, qui sont chargées des services de santé — a l'obligation de fournir ce service, selon les modalités qu'il décidera. Mais, à ma connaissance, aucune province n'impose aux professionnels de la santé de participer à l'aide médicale à mourir. C'est un droit enchâssé dans notre loi pour les praticiens.

Je pense donc qu'on a obtenu un assez bon équilibre. Il n'y a pas eu d'exode de médecins du Canada après 2016. Par ailleurs, un groupe de médecins a commencé à acquérir de l'expertise en matière d'aide médicale à mourir. Nous les avons entendus au cours de nos consultations. Ils n'ont pas soulevé cette question. En fait, ils se préoccupent davantage de la clarté de la loi et ils nous ont proposé des solutions très constructives sur les moyens de donner suite à la décision de la Cour supérieure dans l'affaire *Truchon* et d'améliorer la loi dès maintenant. Je ne m'inquiète donc pas d'un exode éventuel des médecins, et nous avons fait de notre mieux pour énoncer des règles claires.

Senator Martin: Minister, we've heard from medical professionals. I'm in B.C., and in 2016, it was new. But since then, we are seeing other concerns. I hope this is something you will consider.

On this point, we also heard from many Indigenous witnesses who told the committee that the consultation was wholly inadequate. Perhaps if it had been more extensive, your government would have been more understanding of the need to protect the conscience rights of Indigenous physicians.

Did your government consult with Inuit or Metis physicians and nurses and the communities? Can you elaborate on that specific process? Did you consult with any Indigenous Canadians with disabilities?

The witnesses who testified before this committee indicated that you had not adequately done so.

Mr. Lametti: Thank you for that question senator. I provided Senator Jaffer with an answer to our consultations.

We did do our best in the time that we had, in the period that we had, to reach out and consult with experts in the Indigenous context. I would reiterate that nothing in this act requires any practitioner to participate in MAID.

To the extent that there may be spiritual or cultural objections to MAID, nothing in this act requires a practitioner to participate. Nothing in this act requires anyone to seek MAID. It is an autonomous decision for the patient as well.

Obviously we, as a government, are committed to reconciliation — we're committed to meaningful consultation with Indigenous peoples across Canada — on a distinctions-based approach. So, with respect to Inuit, Métis and First Nations, we did our best in this context to do that. Could we have done better? One can always do better and we're always open to suggestions on how we might do it better next time.

But I'm satisfied with the content of the suggestions that we got from our interlocutors who were both Indigenous and non-Indigenous but familiar with the Indigenous context.

Senator Boyer: Thank you, Minister Lametti, for your presentation today. Thank you to Senator Martin for bringing up the topic that I'm going to talk about as well.

During the consultations that we had with Indigenous people on the pre-study and Bill C-7, many common concerns were not addressed in this bill. Among those shared concerns is that an Indigenous person may feel like they may have to choose MAID due to the lack — [Technical difficulties]. My question relates to the effectiveness of the safeguards found in subsection 3.1 (g)

La sénatrice Martin : Monsieur le ministre, nous avons entendu des professionnels de la santé. Je vis en Colombie-Britannique, et en 2016, c'était du nouveau. Mais depuis, d'autres préoccupations se sont fait jour. J'espère que vous en tiendrez compte.

À ce sujet, nous avons également entendu de nombreux témoins autochtones qui ont dit au comité que la consultation était tout à fait insuffisante. Peut-être que si elle avait été plus large, le gouvernement aurait mieux compris la nécessité de protéger la liberté de conscience des médecins autochtones.

Le gouvernement a-t-il consulté les médecins, les infirmières et les communautés inuits ou métis? Pouvez-vous nous parler plus précisément de ce processus? Avez-vous consulté des Canadiens autochtones handicapés?

Selon les témoins qui ont comparu devant le comité, vous ne l'avez pas fait suffisamment.

M. Lametti : Je vous remercie de cette question. J'ai fourni à la sénatrice Jaffer une réponse à nos consultations.

Nous avons fait de notre mieux, dans le délai dont nous disposions, dans la période dont nous disposions, pour consulter des experts du milieu autochtone. Je répète que rien dans cette loi n'oblige un praticien à participer à l'AMM.

Dans la mesure où il peut y avoir des objections spirituelles ou culturelles à l'aide médicale à mourir, rien dans cette loi n'oblige un praticien à y participer. Rien dans cette loi n'oblige qui que ce soit à demander l'AMM. C'est une décision autonome pour le patient aussi.

Le gouvernement est évidemment déterminé à favoriser la réconciliation — nous sommes déterminés à mener des consultations significatives auprès des Autochtones partout au Canada — selon une approche fondée sur les distinctions. Donc, s'agissant des Inuits, des Métis et des Premières Nations, nous avons fait de notre mieux dans ce contexte. Aurions-nous pu faire mieux? On peut toujours faire mieux, et nous sommes toujours ouverts aux suggestions sur les moyens de faire mieux la prochaine fois.

Mais je suis satisfait du contenu des propositions que nous avons reçues de nos interlocuteurs, autochtones et non autochtones, mais bien informés du contexte autochtone.

La sénatrice Boyer : Merci, monsieur le ministre, de votre exposé d'aujourd'hui. Je remercie la sénatrice Martin d'avoir abordé le sujet dont je vais également parler.

Au cours de nos consultations avec des Autochtones dans le cadre de l'étude préalable et du projet de loi C-7, il s'est avéré que de nombreuses préoccupations communes n'ont pas été prises en considération dans le projet de loi. Il y avait notamment le fait qu'une personne autochtone pourrait avoir l'impression de devoir choisir l'AMM en raison du manque de — [Difficultés

and 3.1 (h) of Bill C-7 that require a medical practitioner to ensure that the patient wishing to access MAID has been informed of all the means available to them to relieve their suffering and has given serious consideration to these alternative means.

In the context of unequal access to health care that primarily affects those who would be most in need, how will these subsections serve as truly effective safeguards for all Canadians, including Indigenous peoples?

Mr. Lametti: Thank you for that question, Senator Boyer. Again, it is profoundly important in the larger context of how we deliver health care across Canada and our aspirations to do a much better job with it.

I certainly share the view that we need to work with provincial and territorial governments to ensure that the delivery of health care is improved across Canada and that, particularly in remote northern regions of the country and particularly in Indigenous communities, that health care delivery be done better.

I work with my colleagues around the table — Minister Miller and also Minister Qualtrough — with respect to the disabilities aspect of it to make sure that we're pushing as hard as we can for what can be done by a federal government to aid, promote, provide resources, et cetera, to make sure that health care is of the highest standard. Also, we work with the provinces, obviously, because it is their jurisdiction.

I fully share that. This bill — this *projet de loi* — in front of us is about autonomous choice and making sure that individuals are aware of the options that they have to live with dignity or to choose MAID based on their condition and based on their evaluation of that situation. That's the role that I have. I'm hoping that this piece of legislation will provoke the kinds of discussions that need to be had where the provision of a meaningful alternative, for whatever reason, isn't up to the standard it should be.

I think those discussions are already beginning to happen, which is a good thing. Hopefully we can move the dial with respect to the examples that I think are the most obvious: the provision of health services in remote northern and Indigenous communities as well as the provision of services to the disabled. Hopefully these will improve, having been, I think, nudged along by this piece of legislation.

Senator Boyer: Thank you very much for that answer. I hope to see that as well.

techniques]. Ma question porte sur l'efficacité des mesures de protection prévues aux alinéas 3.1g) et 3.1h) du projet de loi C-7, qui imposent au médecin de s'assurer que le patient qui souhaite avoir accès à l'aide médicale à mourir a été informé de tous les moyens à sa disposition pour soulager ses souffrances et a envisagé sérieusement ces autres moyens.

Dans le contexte d'un accès inégal aux soins de santé — et cela concerne surtout ceux qui en ont le plus besoin —, comment ces dispositions protégeront-elles vraiment l'ensemble des Canadiens, y compris les Autochtones?

M. Lametti : Merci de cette question, madame la sénatrice. C'est effectivement d'une extrême importance dans le contexte plus général de la prestation des soins de santé au Canada et pour notre aspiration à faire un bien meilleur travail à cet égard.

Nous devons effectivement travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour veiller à ce que la prestation des soins de santé soit améliorée partout au Canada et notamment dans les régions éloignées du Nord du pays et dans les communautés autochtones.

Je travaille avec mes collègues — le ministre Miller et la ministre Qualtrough — sur la question des personnes handicapées dans le but de déployer le maximum d'efforts qu'un gouvernement fédéral puisse se permettre pour apporter de l'aide, faciliter les choses et fournir des ressources afin que les soins de santé soient à hauteur des normes les plus élevées. Nous travaillons aussi avec les provinces, évidemment, puisque ce domaine est de leur ressort.

Je suis tout à fait d'accord. Le projet de loi à l'étude porte sur l'autonomie du choix et vise à faire en sorte que les personnes connaissent les options qui s'offrent à elles pour vivre dans la dignité ou pour choisir l'AMM en fonction de leur état et de leur évaluation de la situation. C'est là le rôle qui m'est dévolu. J'espère que ce projet de loi suscitera le genre de discussions qui doivent avoir lieu lorsque l'option valable qui est disponible ne répond pas, pour une raison ou une autre, à la norme.

Je pense que ces discussions ont déjà commencé, et c'est une bonne chose. J'espère que nous pourrons faire des progrès dans les domaines qui me semblent les plus susceptibles d'amélioration, à savoir la prestation de services de santé dans les collectivités éloignées du Nord et les communautés autochtones, ainsi que la prestation de services aux personnes handicapées. J'ai bon espoir que les choses s'amélioreront puisque ce projet de loi a, je crois, donné un coup de pouce en ce sens.

La sénatrice Boyer : Merci beaucoup de cette réponse. Je nourris le même espoir que vous.

[*Translation*]

Senator Keating: Thank you for being here with us this morning, minister. I'm grateful to you for taking the time to answer questions. It's very helpful. Minister, Senator Carignan asked the question that I had in a much more eloquent way than I could have done. You answered it, but you said in your answers that many experts have also said it's difficult to analyze mental illness and these questions about mental health patients' freedom to make choices about MAID. However, the difficulty, in my opinion, is that the act or the amendment to the act fails to define mental illness and thereby, I believe, excludes certain illnesses and thus the right to choose and to provide MAID. I was wondering whether, in the review of MAID, you intended to examine the actual definition of what constitutes mental illness. Thank you.

Mr. Lametti: Thank you for your question, senator. Yes, of course, the next step is to examine the definition itself. For the moment, I would like to emphasize that it's now excluded in this bill solely where mental illness is the only underlying condition. There are obviously examples in which mental illness is combined with other conditions. Those types of circumstances are not excluded in the bill. This is a fairly narrow exception, but it's true that we must absolutely examine the definition. We have to reach a consensus on the practice and also find a way to frame the practice in the Criminal Code. So, if a consensus emerges regarding mental illness, how do we frame it in a bill? These are tough questions.

Senator Keating: Thank you. I can agree with that. I certainly acknowledge that we're just talking about people suffering solely from mental illness, but we have to know what constitutes mental illness so we don't include diseases that, in principle, clearly should make MAID an option that can be offered. Thank you.

Mr. Lametti: There's currently no definition, but we're talking about diseases that require psychiatric care. So that's not satisfactory; we'll study everything properly.

[*English*]

Senator Cotter: Minister Lametti, thank you for joining us a second time for our consideration of this important, difficult, maybe profound piece of legislation, as you noted yourself.

You also noted, I think wisely, a series of what I guess might be called policy choices to try to work through the challenges of proper safeguards, proper choices and the like. I want to say I respect those choices. I think we can offer advice back to you and your officials and the Government of Canada, but many are policy choices.

[*Français*]

La sénatrice Keating : Merci, monsieur le ministre, d'être avec nous ce matin, je vous suis énormément reconnaissante de prendre le temps de répondre à nos questions. C'est très utile. Monsieur le ministre, le sénateur Carignan a exprimé la question que j'avais de manière beaucoup plus éloquente que je n'aurais pu le faire. Vous y avez répondu, cependant vous avez dit dans vos réponses que plusieurs experts ont également exprimé la difficulté à analyser la maladie mentale et ces questions sur la liberté de choix de patients souffrant de maladie mentale face à l'AMM. La difficulté à mon avis, cependant, est le fait que la loi ou la modification législative omet de définir la maladie mentale et donc par ce fait même, je crois, exclut certaines maladies et donc le droit de choisir et de fournir l'AMM. Je me demandais si, lors de la révision de l'AMM, vous aviez l'intention d'examiner la définition même de ce que constitue la maladie mentale. Merci.

M. Lametti : Merci, madame la sénatrice, de la question. Oui, évidemment, l'étape suivante est d'étudier la définition elle-même. Pour l'instant, j'aimerais souligner que c'est exclu maintenant dans ce projet de loi, uniquement quand la maladie mentale est la seule condition invoquée. Il y a des exemples, évidemment, où la maladie mentale est jumelée avec d'autres conditions, de telles circonstances ne sont pas exclues du projet de loi. C'est une exception assez étroite, mais c'est vrai qu'il faut absolument étudier la définition. Il faut trouver un consensus pour non seulement la pratique, mais une façon d'encadrer la pratique dans le Code criminel. Donc, s'il y a un consensus sur les maladies mentales, comment l'encadrer dans un projet de loi? Ce sont des questions difficiles.

La sénatrice Keating : Merci. Je ferai un constat à cet effet. Je reconnais certes qu'on ne parle que de gens souffrant uniquement de maladie mentale, mais encore faut-il savoir ce qui constitue la maladie mentale pour ne pas inclure des maladies qui, clairement, devraient en principe offrir le choix de l'AMM. Merci.

M. Lametti : Pour l'instant, il n'y a pas de définition, mais il s'agit de maladies qui nécessitent les soins d'un psychiatre. Donc, c'est insuffisant; nous étudierons le tout comme il faut.

[*Traduction*]

Le sénateur Cotter : Je vous remercie, monsieur le ministre, de vous être joint à nous une deuxième fois pour étudier ce texte législatif important, complexe, peut-être fondamental, comme vous l'avez vous-même souligné.

Vous avez également signalé, avec sagesse je crois, ce qu'on pourrait appeler une série de décisions stratégiques pour tenter de résoudre les difficultés que posent les mesures de sauvegarde, les choix appropriés et ainsi de suite. Je tiens à dire que je respecte ces décisions. Je pense que nous pouvons vous donner des conseils, à vous, à vos fonctionnaires et au gouvernement du

Canada, mais il demeure que bon nombre de ces décisions sont de nature stratégique.

As you noted, this is a criminal law, a big law, an important law in Canada, but there is a bigger law and that is the Charter of Rights. I think some of the questions presented by this bill have constitutional implications.

Comme vous l'avez fait remarquer, il s'agit ici de droit pénal, d'une loi importante, fondamentale du Canada, mais il y a une loi qui la prime, la Charte des droits. Je pense que certaines des questions soulevées par le projet de loi ont une incidence sur le plan constitutionnel.

It's fair to say that we can anticipate constitutional challenges, whatever is the outcome of this bill. In the doing of that, when people do make those challenges, they will bear the burden — the financial, the time, the emotional stress of advancing a constitutional argument that this bill goes too far or doesn't go far enough. Mental illness is obviously one dimension of it as a sole underlying condition.

Quelle que soit la teneur définitive du projet de loi, des contestations constitutionnelles sont prévisibles. Les personnes qui s'y lanceront auront à en porter le fardeau : le coût financier, le temps, le stress émotionnel de préparer un argument constitutionnel soutenant, soit l'insuffisance du texte législatif, soit son caractère excessif. La maladie mentale, sans autre condition médicale invoquée, est évidemment l'un de ses aspects qui risque d'être contesté.

As you'll know, some have suggested that a constitutional reference could be an appropriate way of addressing those concerns, which will inevitably come even after the outcome of a review. That would enable the Government of Canada to carry on the responsibility of addressing the parameters of the constitutionality of the legislation.

Comme vous le savez, certains ont laissé entendre qu'un renvoi constitutionnel pourrait être une façon appropriée de répondre aux préoccupations qui ne manqueront pas de surgir même à la suite d'un examen. Cela permettrait au gouvernement du Canada d'exercer sa responsabilité de respecter les paramètres de constitutionnalité de la loi.

Would you be able to speak to some of the considerations that you and the Government of Canada have given to that option of stating a constitutional reference and why, to date at least, the Government of Canada has not taken that choice? Thanks.

Pourriez-vous nous parler de certains des facteurs que vous et le gouvernement avez pris en considération quant à l'opportunité d'un renvoi constitutionnel et nous dire pourquoi, jusqu'à maintenant du moins, le gouvernement du Canada n'a pas opté pour cette voie? Merci.

Mr. Lametti: Thank you very much, Senator Cotter, for your question and your work on this issue.

M. Lametti : Je vous remercie beaucoup, sénateur Cotter, de votre question, ainsi que de votre travail dans ce dossier.

We are aware that there are potential constitutional issues. We flagged them in the tabling of the Charter Statement before the House of Commons.

Nous sommes bien conscients d'éventuelles embûches constitutionnelles. Nous les avons signalées dans l'énoncé concernant la Charte déposé à la Chambre des communes.

We, obviously, have considered a reference to the Supreme Court of Canada. My goal in all of this is to get through this step as expeditiously as possible in order to most quickly reduce the suffering of the greatest number of people. A constitutional reference also takes time. We think that we have, in this particular piece of legislation, come much closer to being on all fours with the *Carter* decision, which was a decision of the Supreme Court of Canada and which is our sort of guiding touchstone, if you will.

Il va sans dire que nous avons envisagé un renvoi à la Cour suprême du Canada. Mon objectif est de franchir cette étape le plus rapidement possible afin de réduire sans plus tarder les souffrances du plus grand nombre possible. Un renvoi relatif à la constitutionnalité d'une loi prend du temps. Nous pensons que, dans ce projet de loi, nous nous rapprochons beaucoup plus de l'arrêt *Carter* de la Cour suprême du Canada, qui est en quelque sorte notre pierre de touche.

I think that this is a more expeditious way forward to quickly alleviate the suffering of people. Yes, there will be potential challenges, but we think we've narrowed the field both in terms of scope and also in terms of time because we will, I hope, get to the next step, which is the parliamentary review. That will look at the other outstanding issues in an expeditious way, in a thoughtful way. Therefore, we've really narrowed both the scope and the time frame for those constitutional challenges. I think

Je pense que c'est une meilleure façon d'aller de l'avant pour soulager rapidement les souffrances des gens. Oui, il y a des possibilités de contestation, mais nous pensons avoir réduit leur portée ainsi que la période de contestation puisque nous passerons bientôt, je l'espère, à l'étape suivante, c'est-à-dire à l'examen parlementaire. Cet examen portera sur les autres questions en suspens, que nous étudierons de façon expéditive, mais pondérée. Nous avons donc vraiment réduit la portée

we've done it relatively effectively and efficiently in order to minimize the suffering that people will go through.

But I take your points. It always remains an option, but I've never been convinced that it was our best option.

Senator Boniface: Thank you, minister, for being here. Senator Harder asked my first question.

The second question: You made reference to the parliamentary review in a number of your answers. Since you were here in November, have we made any progress on that? As you know, this is a matter that many of us feel is urgent and overdue. Do you have any update on that?

Mr. Lametti: Thank you, senator, for the question. I don't have a formal update. I can tell you that I do my best to convince our house leader. It's a matter of negotiating across two houses and multiple political parties of different types in both houses. We're committed to doing it. I can't give you any details on what form that parliamentary review will take, but I have been pressing to the best of my abilities to be in a position to make that announcement as soon as possible.

Again, I think it's important. I share your view that it's critically important to have an idea of how we will move forward across both the House of Commons and the Senate and to ensure that we have adequate time to work with experts and work with each other, quite frankly, in order to get the next stage done. I'm sorry I can't give an answer on the actual vehicle at this stage.

Senator Boniface: Thank you, Madam Chair. That's my question.

[*Translation*]

Senator Boisvenu: Good morning, minister. I have two questions for you.

The first concerns the adoption of Bill C-14 in 2016. Your predecessor promised the Senate she would be amenable to amendments to the bill, which was done by the Senate. I think the Senate at the time had proposed some very good amendments. However, none of those amendments were accepted once they reached her office.

Minister, when the Senate adopts this bill, will you be open to receiving the amendments that we make to improve it?

d'éventuelles contestations constitutionnelles et la période pendant laquelle elles pourront être lancées. Je pense que nous l'avons fait de façon relativement efficace dans le but de diminuer les souffrances des gens.

Je prends néanmoins note de vos arguments. Cela reste toujours une option, mais je n'ai jamais été convaincu que c'était notre meilleure option.

La sénatrice Boniface : Merci, monsieur le ministre, d'être ici. J'avais une première question, mais le sénateur Harder l'a déjà posée.

Je passe donc à ma deuxième question. Dans plusieurs de vos réponses, vous avez fait mention de l'examen parlementaire. Depuis votre comparution ici en novembre, avons-nous fait des progrès à cet égard? Comme vous le savez, c'est une mesure que beaucoup d'entre nous jugent urgente et trop longtemps attendue. Y a-t-il du nouveau à ce sujet?

M. Lametti : Je vous remercie, madame la sénatrice, de cette question. Je n'ai pas de renseignements officiels à vous donner. Je peux vous dire que je fais de mon mieux pour convaincre notre leader parlementaire. Il s'agit de négocier avec les deux chambres et avec les nombreux partis politiques, de différents types, qui s'y trouvent. Nous sommes déterminés à aboutir. Il m'est impossible de vous donner des détails sur la forme que prendra cet examen parlementaire, mais je vous assure que je fais tout ce dont je suis capable pour pouvoir vous en faire l'annonce le plus tôt possible.

Encore une fois, je pense que c'est important. Je suis d'accord avec vous pour dire qu'il est essentiel d'avoir une idée de la façon dont nous irons de l'avant à la Chambre des communes et au Sénat et de nous assurer de disposer d'assez de temps pour travailler avec les experts et aussi entre nous, je le dis très franchement, en vue de passer à la prochaine étape. Je suis désolé de ne pas pouvoir vous répondre à ce stade-ci au sujet du moyen à prendre.

La sénatrice Boniface : Merci, madame la présidente. C'était ma seule question.

[*Français*]

Le sénateur Boisvenu : Bonjour, monsieur le ministre, j'ai deux questions à vous adresser.

La première se rapporte à l'adoption du projet de loi C-14 en 2016. Votre prédécesseure avait garanti au Sénat qu'elle était ouverte à recevoir des amendements au projet de loi, ce qui a été fait par le Sénat. Je pense que le Sénat à l'époque avait proposé de très bons amendements. Cependant, une fois rendu sur son bureau, aucun de ces amendements n'a été accepté.

Monsieur le ministre, lorsque le Sénat adoptera ce projet de loi, serez-vous ouvert positivement à recevoir les amendements que nous vous recommanderons en vue de son amélioration?

Mr. Lametti: Thank you for your question, senator.

Yes, I am always open to amendments. I will assess them in good faith and discuss them with the Senate. In my two years as minister, I believe I have sincerely shown the Senate that I was open to improving bills by collaborating with you on other bills in the past.

However, that's not a guarantee that I'll agree with the amendments put forward, but I promise I'll assess those amendments and work with you.

Senator Boisvenu: Thank you, minister.

The only part of your answer that troubles me is that you're not guaranteeing you'll accept those amendments; that's virtually the same answer as your predecessor gave.

In another connection, with regard to power of attorney requests for MAID, will this bill be expanded to include people who suffer from degenerative mental illnesses? I'm thinking of those suffering from Alzheimer's disease. On that topic, I invite you to read an article that was published in this morning's *La Presse* concerning Sandra Demontigny, who has just learned she has contracted that disease. Her father died as a result of it at the age of 53. She has three children aged 14, 18 and 22, and she wants to ensure that this bill will allow her to authorize via power of attorney — or proxy, so to speak — access to medical assistance in dying. Otherwise, she will have to travel to Switzerland — as many other families have had to do in recent years — and spend as much as $40,000 for that service.

Will this bill guarantee that families who have a member suffering from Alzheimer's disease can authorize medical assistance in dying via power of attorney?

Mr. Lametti: Thank you, senator.

I am aware that many Canadians across the country would like to have access to that option. For the moment, it would be part of the next phase because it's impossible to provide for that kind of power of attorney under this act. We made provision for the Audrey Parker exception in the end-of-life regime, but we can't go any further in this bill.

That being said, the subject was addressed in 2016. Studies were commissioned because, as you know, there are people across Canada who would like to have access to it. We'll have to discuss it during the parliamentary review.

Senator Boisvenu: Are you aware you're forcing these families to turn to other countries or to an American state for access to those services, to spend enormous amounts of money and, potentially, as we've seen in the Quebec media, to commit suicide?

M. Lametti : Merci, monsieur le sénateur, pour la question.

Oui, je suis toujours ouvert aux amendements. Je vais les évaluer de bonne foi et en parler avec le Sénat. Durant mes deux ans en tant que ministre, je crois avoir démontré sincèrement au Sénat que j'étais ouvert à améliorer les projets de loi en collaborant avec vous sur d'autres projets dans le passé.

Cependant, ce n'est pas une garantie que je serai d'accord avec les amendements proposés, mais je m'engage à évaluer les amendements et à travailler avec vous.

Le sénateur Boisvenu : Merci, monsieur le ministre.

La seule partie de votre réponse qui m'inquiète, c'est que vous ne garantissez pas ces amendements : c'est à peu près la même réponse que votre prédécesseur.

Dans un autre ordre d'idées et relativement à la mort par procuration, est-ce que ce projet de loi va ouvrir à des gens qui souffrent de maladies mentales dégénératives? Je pense à ceux qui souffrent de la maladie d'Alzheimer, et à ce sujet, je vous invite à lire un article de ce matin dans *La Presse*, Mme Sandra Demontigny qui vient d'apprendre qu'elle est atteinte de cette maladie. Son père en est décédé à 53 ans. Elle a trois enfants de l'âge de 14, 18 et 22 ans, et elle veut s'assurer que ce projet de loi va lui permettre d'autoriser l'accès à l'aide médicale à mourir par procuration. Sinon, elle devra se rendre en Suisse — comme beaucoup d'autres familles ont dû le faire au cours des dernières années — et dépenser jusqu'à 40 000 $ pour recevoir ce service.

Est-ce que ce projet de loi va garantir aux familles dont un membre souffre de la maladie d'Alzheimer de pouvoir autoriser l'aide médicale à mourir par procuration?

M. Lametti : Merci, monsieur le sénateur.

Je suis conscient que plusieurs Canadiennes et Canadiens à travers le pays voudraient avoir accès à cette possibilité. Pour l'instant, cela fera partie de la prochaine étape, car c'est impossible dans cette loi d'avoir une telle procuration. On a encadré l'exception d'Audrey Parker dans le régime de fin de vie, mais on ne peut aller plus loin dans ce projet de loi.

Cela dit, c'est un sujet qui a été traité en 2016. Des études ont été commandées, car il y a des gens à travers le Canada, comme nous le savons, qui voudraient en bénéficier. Il faudra en parler lors de la revue parlementaire.

Le sénateur Boisvenu : Êtes-vous conscient que vous condamnez ces familles à faire appel à un autre pays ou un état américain pour recevoir ces services, à dépenser des sommes énormes, et possiblement, comme on l'a vu dans les médias au Québec, de faire appel au suicide?

I would say to you, minister, that time is running out for these people. You should take the opportunity that Bill C-7 affords to offer death via power of attorney to these families, especially those suffering from degenerative diseases such as Alzheimer's which result in terrible deaths. I think that would be a humanitarian gesture on your part.

Mr. Lametti: I feel considerable empathy listening to what you just said. I understand the situation. We started our online consultations precisely so we could ask questions about degenerative cognitive diseases. We've started the work, but it's very complex. I'm very sympathetic to the suffering of these people. We need to act as soon as possible.

That being said, we have to be careful in striking the necessary balance and establishing safeguards. We have to look at the experience of other countries. I understand the suffering of these people. It's hard, but, for the moment, it's something we must study properly in the next phase.

Senator Dupuis: Good morning, minister. Thank you for being here with us today. At the start of your speech, you discussed new, enhanced safeguards — that's the term you used — where death is not foreseeable. In your view, the risks are greater in those cases. What risks do you mean? I hadn't heard you speak in those terms before. Why these enhanced safeguards since the risks are greater when death is not foreseeable? What are those risks? Thank you.

Mr. Lametti: Senator, thank you once again for your commitment and your question. They are risks faced by certain segments of our population, particularly those with a disability who feel some scepticism about a non-end-of-life regime. It must be understood that they view this possibility as an existential fear, that life with a disability will always be considered and treated as less valuable and less in need of protection.

What we tried to do with the non-end-of-life regime was precisely to use safeguards to strike a balance ensuring that a person exercised genuine autonomy after being informed and understanding options for living or choosing medical assistance in dying. They are enhanced in that sense. These are not necessarily issues that are raised in the end-of-life regime. The typical case is that of a person with advanced cancer. That doesn't present the same challenge for people living with a disability, for example, as the non-end-of-life regime.

Senator Dupuis: So what you're talking about are expressed fears. These aren't factual risks that can be observed. They are people's apprehensions, because we've heard them in the committee. There are apprehensions, and then there's reality. Experience in Quebec shows that people are far less

Je vous dirais, monsieur le ministre, que le temps joue contre ces personnes-là. Vous devriez profiter de la loi C-7 afin d'offrir à ces familles — surtout celles souffrant de maladies dégénératives comme l'alzheimer qui mènent à des morts atroces — la mort par procuration. Je pense que ce serait un geste très humanitaire de votre part.

M. Lametti : Je suis très empathique à ce que vous venez de dire. Je comprends la situation. Nous avons entrepris nos consultations en ligne justement afin de poser des questions sur les maladies dégénératives cognitives. Nous avons entamé le travail, mais c'est très complexe. Je suis très sympathique à la souffrance de ces gens. Il faut agir aussitôt que possible.

Cela dit, il faut agir avec une certaine prudence pour trouver l'équilibre et les sauvegardes nécessaires. Il faut regarder l'expérience d'autres pays. Je comprends la souffrance des gens. C'est difficile, mais pour l'instant, c'est quelque chose qu'il faut étudier comme il faut à la prochaine étape.

La sénatrice Dupuis : Bonjour, monsieur le ministre. Merci d'être encore avec nous aujourd'hui. Au tout début de votre intervention, vous avez parlé de nouvelles mesures de sauvegarde accrues — c'est le terme que vous avez utilisé — quand la mort n'est pas prévisible. Selon vous, c'est dans le cas où les risques sont plus grands. De quels risques parlez-vous? Jusqu'ici, je ne vous avais pas entendu parler en ces termes. Pourquoi ces mesures de sauvegarde accrues puisque les risques sont plus grands quand la mort n'est pas prévisible? Quels sont ces risques? Merci.

M. Lametti : Merci encore une fois, sénatrice, pour votre engagement et votre question. Ce sont des risques soulevés par certaines parties de notre population, surtout les personnes vivant avec un handicap, qui ont un certain scepticisme envers un régime non fin de vie. Il faut comprendre qu'ils voient une telle possibilité comme une crainte existentielle, que la vie avec un handicap sera toujours traitée ou considérée comme étant moins valable et comme ayant moins besoin d'être protégée.

Ce que nous avons essayé de faire avec le régime non fin de vie, c'était justement de trouver, avec des sauvegardes, un équilibre où l'on s'assurait que la personne exerçait une réelle autonomie après avoir compris ou après avoir été informée des possibilités de vivre ou de choisir l'aide médicale à mourir. Cela est accru dans ce sens-là. Ce sont des questions qui ne sont pas nécessairement soulevées dans le régime fin de vie. Le cas typique est celui d'une personne avec un cancer avancé. Cela ne représente pas le même défi pour les personnes qui vivent avec un handicap, par exemple, que le régime non fin de vie.

La sénatrice Dupuis : À ce moment-là, ce dont vous nous parlez, ce sont des craintes exprimées. Ce ne sont pas des risques factuels qu'on peut constater. Ce sont les appréhensions des gens, parce que nous les avons entendus devant le comité. Il y a la question des appréhensions et il y a la question de la

apprehensive because it has been shown that the regime is properly administered.

Mr. Lametti: We are evolving on the possibility of medical assistance in dying. The country has changed considerably since 2016. There is an acceptance of the practice. We saw that during the consultations. We can see it now from the discussion we're having here. I think the same will be true of the non-end-of-life regime. We need data. We have to continue monitoring the situation. We have to continue talking to people with disabilities. We have to continue evolving.

I sincerely think a balance has been struck in dialogue with the leadership of the disability rights group. That's something that acknowledges the fact that a person is entitled to medical assistance in dying. I think we've achieved a fair balance. That's obviously something that could evolve in future.

Senator Dupuis: Can you tell me why you excluded or provided for the consent waiver solely in cases where death is foreseeable? Why not establish the option to waive consent in all cases?

Mr. Lametti: We think that falls under the heading of advance requests. It's something that was identified as a topic for review during the parliamentary review. As I said in a previous answer, yes, there is a lot of popular support across the country, but there are also certain risks, and they are not unanimously acknowledged. There is still no consensus on that.

We introduced the Audrey Parker exception because there was a consensus on it, and it was under the end-of-life regime. Before offering the option in non-end-of-life regimes, we must first properly address the issue of advance requests together with experts and practitioners. This is something certain practitioners are very uncomfortable with.

[*English*]

Senator Griffin: Thank you, minister, for being here today. I have three quick questions. First of all, could you provide an exact date when Bill C-7 needs to be approved by the Senate so that the cabinet has an opportunity to consider any Senate amendments?

Mr. Lametti: Thank you, senator, for that question. I usually in prudence leave questions of dates up to my house leaders. As well as I see Senator Gold, from time to time, in one of the Hollywood squares in front of me as we're speaking.

réalité. L'expérience au Québec montre qu'il y a des appréhensions bien moindres parce qu'on a démontré que l'application du régime se fait très sérieusement.

M. Lametti : Nous sommes en train d'évoluer avec la possibilité de l'aide médicale à mourir. Le pays a beaucoup changé depuis 2016. Il y a une acceptation de la pratique. On l'a vu lors des consultations. Nous le voyons maintenant grâce à la discussion que nous sommes en train d'avoir. Je crois que ce sera la même chose avec le régime non fin de vie. Il nous faut des données. Il faut continuer de surveiller la situation. Il faut continuer d'être en dialogue avec les personnes qui vivent avec les handicaps. Il faut continuer à évoluer.

Je crois sincèrement que l'équilibre a été trouvé en dialogue avec le leadership du groupe de personnes vivant avec un handicap. C'est quelque chose qui est reconnaissant du fait qu'une personne a droit à l'aide médicale à mourir. Je crois que nous avons atteint un juste équilibre. Évidemment, c'est quelque chose qui pourrait évoluer à l'avenir.

La sénatrice Dupuis : Pouvez-vous me dire ce qui vous a amené à exclure ou prévoir la renonciation à un consentement uniquement dans le cas où la mort est prévisible? Pourquoi ne pas avoir établi cette possibilité de renoncer à un consentement dans tous les cas?

M. Lametti : Nous croyons que cela tombe sous la rubrique des demandes par anticipation. C'est quelque chose qui a été identifié comme un sujet à étudier lors de la revue parlementaire. Comme je l'ai dit lors d'une réponse précédente, oui, il y a beaucoup d'appui à travers la population, mais il y a aussi certains risques, et cela ne fait pas l'unanimité. Il n'y a pas encore de consensus là-dessus.

Nous avons pris l'exception d'Audrey Parker parce qu'il y avait un consensus là-dessus et c'était dans le régime fin de vie. Avant d'ouvrir la possibilité dans les régimes non fin de vie, il faut aborder la question des demandes par anticipation comme il faut auprès des experts et des praticiens. C'est quelque chose qui rend certains praticiens très inconfortables.

[*Traduction*]

La sénatrice Griffin : Merci, monsieur le ministre, d'être ici aujourd'hui. J'ai trois petites questions. Tout d'abord, pourriez-vous nous dire la date exacte à laquelle le projet de loi C-7 doit être approuvé par le Sénat pour que le Cabinet puisse examiner toute modification qu'il pourrait recommander?

M. Lametti : Merci, madame la sénatrice, de cette question. D'ordinaire, par prudence, je laisse les questions de date à mes leaders parlementaires. Voilà justement que je vois apparaître de temps à autre le sénateur Gold dans l'une des cases à la Hollywood Squares que j'ai sous les yeux.

That being said, we're obviously working backwards from the date for Royal Assent that has been extended to us by the Quebec Superior Court. I would hope you would get it back to us with time for cabinet to look at it and possibly the House of Commons to vote on it if necessary. So I would just say please give us sufficient time, if you are considering amendments. I have said in good faith we will look at those amendments and we will, in dialogue with you, see where we land, without promising any specific result. But I will leave it to Senator Gold to work out with you and with his counterparts in the House of Commons to make sure that we can get this done.

Cela dit, nous comptons évidemment à rebours à partir de la date de la sanction royale qui nous a été imposée par la Cour supérieure du Québec. J'espère que vous nous renverrez le projet de loi en ayant soin de laisser assez de temps au Cabinet pour l'examiner et à la Chambre des communes, au besoin, pour le voter. Je vous demanderais donc, si vous envisagez des modifications, de nous accorder suffisamment de temps. J'ai déclaré, en toute bonne foi, mais sans m'engager à un résultat précis, que nous examinerions ces modifications et que nous déterminerions, en dialogue avec vous, où en sont les choses. Mais je vais laisser au sénateur Gold le soin de travailler avec vous et avec ses homologues à la Chambre des communes pour que le nécessaire se fasse.

Senator Griffin: Thank you. Will your government allow for the government backbench to have a free vote on any Senate amendments?

La sénatrice Griffin : Merci. Votre gouvernement permettra-t-il aux députés d'arrière-ban du parti ministériel de voter librement sur toute modification proposée par le Sénat?

Mr. Lametti: Again, I'll leave that decision to the Prime Minister. This is a government bill, so it's often the case that with government bills we compel a vote, but it's also the case that it is one that has a conscience dimension to it, so those kinds of cases are often left to a free vote as well.

M. Lametti : Encore une fois, je laisse au premier ministre le soin d'en décider. Il s'agit d'un projet de loi d'initiative gouvernementale et, comme il arrive souvent dans de tels cas, il se peut que le vote soit soumis à la discipline de parti. Mais c'est aussi un projet de loi qui pose un problème de conscience chez certains, situation qui justifie, dans bien des cas, la tenue d'un vote libre.

I'll leave that up to the Prime Minister with respect to amendments.

Je laisse au premier ministre le soin de décider de la nature du vote sur ces modifications.

Senator Griffin: Okay. My third question is, will your government be open to the Commons itself making any changes to the government message regarding Senate amendments?

La sénatrice Griffin : D'accord. J'en viens à ma troisième question. Votre gouvernement sera-t-il ouvert à ce que la Chambre des communes apporte elle-même des changements au message du gouvernement concernant les modifications adoptées par le Sénat?

Mr. Lametti: To be perfectly honest, senator, I'm not quite sure what you mean by that question. I certainly have always had a very respectful view, as a member of the House of Commons, to Senate amendments. I can think of a time when I was very supportive and happy that the Senate succeeded in a way that I hadn't as a member of the House of Commons.

M. Lametti : Pour être tout à fait franc, madame la sénatrice, je ne suis pas sûr de bien comprendre ce que vous voulez dire par cette question. En tant que député, j'ai toujours été très respectueux du travail législatif du Sénat. Je me souviens d'une occasion où j'ai été très favorable à une initiative du Sénat et heureux de le voir réussir là où je n'avais pu le faire en tant que député à la Chambre des communes.

I don't know that there is a policy view with respect to Senate amendments. I know that in my party, you will find supporters for Senate amendments on various issues, but I don't quite know exactly what you mean by that.

J'ignore s'il existe un parti pris politique concernant les modifications adoptées par le Sénat. Je sais que dans mon parti, vous trouverez des gens favorables aux modifications apportées par le Sénat sur diverses questions, mais je ne sais pas trop où vous voulez en venir avec votre question.

Senator Griffin: Okay. We'll leave it at that. Thank you.

La sénatrice Griffin : D'accord. Restons-en là. Merci.

The Chair: Minister, you're almost at the end of your time. On behalf of our committee, I'm going to ask if you would be open to a few more questions, or do you have to rush? I respect either way. I'm not trying to put you in a difficult position.

La présidente : Monsieur le ministre, le temps prévu pour votre comparution tire à sa fin. Au nom du comité, je vais vous demander si vous avez le temps de répondre à quelques autres questions ou si vous êtes obligé de partir. Dans un cas comme dans l'autre, j'accepte votre décision. Je ne voudrais pas vous créer des ennuis.

Mr. Lametti: I can take a few. I am expected at another cabinet committee right now, but I know the agenda, so I think I can handle a few more questions.

The Chair: I sincerely appreciate it.

[*Translation*]

Senator Miville-Dechêne: Thank you for your answers. You mentioned Belgium when you said we weren't ready for specific legislation for individuals suffering solely from mental illness. I'd like to cite the Belgium example in connection with other lessons or issues we might consider.

A euthanasia regime — as the medical assistance in dying regime is called in Belgium — has been in place for 18 years, and, in addition to the fact that the act is relatively strict, its administration is also a problem. The criterion of intolerable pain — we are all in favour of pain relief, myself included — is no longer the absolute criterion for granting medical assistance in dying, and authorities have come up with the idea of being "tired of living" for older individuals who are blind or have hearing problems. I'd like to hear what you have to say about the potential for abuse there. It's one thing to draft clear legislation and quite another to administer it. Abuses have already been committed in connection with the end-of-life criterion. Are we running a risk of abuse by expanding the act now, before we've formed an actual idea of what's happening on the ground?

Mr. Lametti: Thank you for your question, senator. First of all, I should point out that there are differences between our bill and the current regime in the Benelux countries. The first is the criterion of a person's medical situation, which is characterized by an advanced state of irreversible decline in capability. Being "tired of living" is not a possible assessment criterion here. Based on my conversations with physicians and other specialists, I can tell you this is a very important criterion.

That being said, we have, in a way, a broader possibility, and by that I mean we do not require every possible treatment. We require only that the person be informed of reasonable treatments. As I said, being tired of living is not a criterion here. In that sense, this is much narrower than the regime in place in the Benelux countries.

I'd like to add that we closely monitor — we're already doing this with the provinces, particularly Quebec, whose regime is quite extensive — cases in which medical assistance in dying has been provided. We intend to continue this process and to collect data. I think the fear you refer to is that we'll fall into a situation in which the criteria will be applied to a lesser degree or less rigorously. We will monitor that closely to ensure that's not the case.

M. Lametti : Je peux rester le temps de quelques questions. On m'attend en ce moment à une réunion d'un comité du Cabinet, mais j'en connais l'ordre du jour et je pense donc pouvoir répondre à quelques autres questions.

La présidente : Je vous en suis sincèrement reconnaissante.

[*Français*]

La sénatrice Miville-Dechêne : Je vous remercie de vos réponses. Vous avez évoqué la Belgique pour dire que nous n'étions pas prêts à avoir une loi spécifique pour les personnes atteintes de maladies mentales seulement. Je voudrais évoquer l'exemple de la Belgique pour d'autres enseignements ou questions qu'on pourrait prendre en compte.

Cela fait 18 ans qu'un régime d'euthanasie est en place — comme il s'appelle là-bas en Belgique, le régime d'aide médicale à mourir — et au-delà de la loi qui est relativement stricte, l'application de la loi pose problème. Le critère de douleur insupportable — nous sommes tous pour un allègement de la douleur et j'en fais partie — n'est plus le critère absolu pour accorder l'aide médicale à mourir et on est rendu à cette idée de « fatigue de vivre » pour les personnes plus âgées aveugles ou ayant des problèmes d'audition. J'aimerais vous entendre sur les dangers de dérive. C'est une chose que de bien rédiger une loi et c'est une autre chose que de l'appliquer. Il y a déjà des dérives pour ce qui est du critère de fin de vie. Est-ce qu'en élargissant la loi maintenant, avant d'avoir une véritable idée de ce qui se passe partout sur le terrain, on ne court pas un risque de dérive?

M. Lametti : Merci, sénatrice, de votre question. Tout d'abord, il faut souligner qu'il y a des différences entre notre projet de loi et le régime qui existe dans les pays du Benelux. D'abord, il y a le critère d'une situation médicale d'une personne, qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités. La fatigue de vivre n'est pas un critère d'évaluation possible ici. À la suite de mes conversations avec des médecins et d'autres spécialistes, je peux vous affirmer qu'il s'agit d'un critère très important.

Cela dit, on a en quelque sorte une possibilité plus large, c'est-à-dire que l'on n'exige pas tout traitement possible. On exige uniquement que la personne soit avisée des traitements raisonnables. Comme je viens de le dire, la fatigue de vivre n'est pas un critère ici. C'est dans ce sens beaucoup plus étroit que le régime qui existe dans les pays du Benelux.

J'aimerais ajouter que nous surveillerons de près — nous sommes déjà en train de le faire avec les provinces, notamment avec le Québec dont le régime est assez important — les cas où l'aide médicale à mourir aura été fournie. On compte poursuivre ce processus et recueillir des données. Je crois que la crainte que vous êtes en train d'exprimer c'est qu'on va glisser vers une situation où les critères seront moins bien appliqués ou appliqués moins rigoureusement. Nous allons surveiller cela de près pour nous assurer que ce ne sera pas le cas.

Senator Miville-Dechêne: Thank you, minister.

[*English*]

The Chair: On second round, may I ask everyone to ask a short question so we don't impose too much on the minister. Thank you.

Senator Pate: Thank you. Minister, in *Carter*, the Supreme Court of Canada explicitly limited its judgment to the plaintiffs before the court who are at the end of their lives. Justice Smith did as well. Disability groups and the UN Special Rapporteur on disability and extreme poverty have told us repeatedly not allowing MAID for people with disabilities at the end of life is contrary to equality rights under the Charter and contrary to the Convention on the Rights of People with Disabilities and Canada's international obligations.

Given that the convention requires states to consult with representative disability organizations, and given that members of the disability community have also criticized the breakneck speed of the government's roll-out of Bill C-7 as inherently ableist, I have two questions. First, how do you understand that critique? What does it mean to you and how do you propose to respond, other than just the response of one judge in *Truchon*?

And also, minister, you say that the Criminal Code must be consistent in every province. How do you respond to the fact mandatory minimum sentences, the provocation defence, consecutive parole ineligibility, conditional sentence orders and extreme intoxication are all applied differently in a number of provinces? Thank you, minister.

Mr. Lametti: Thank you for the question, Senator Pate. With respect to the second part of the question, those situations are not ideal and they are on my radar, if you will.

Senator Pate: We have a bill that you could use.

Mr. Lametti: I believe I knew that. With respect to the very legitimate concerns raised by the disability community and their leadership and with respect to the United Nations report, we feel this legislation recognizes the autonomy rights of persons living with disabilities. We have worked with the disability community, and indeed, the very architecture of this piece of legislation, the fact that there are two streams, is a direct result of the advocacy

La sénatrice Miville-Dechêne : Merci, monsieur le ministre.

[*Traduction*]

La présidente : Au deuxième tour, puis-je demander à tout le monde de poser une brève question afin de ne pas trop abuser de la bonne volonté du ministre. Merci.

La sénatrice Pate : Merci. Monsieur le ministre, dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada a explicitement limité son jugement aux demandeurs qui sont en fin de vie. Le juge Smith en a fait autant. Les organismes représentant les personnes handicapées et le Rapporteur spécial des Nations unies sur les droits des personnes handicapées et l'extrême pauvreté nous ont dit à maintes reprises que le fait de ne pas autoriser l'aide médicale à mourir, l'AMM, pour les personnes handicapées en fin de vie porte atteinte aux droits à l'égalité garantis par la Charte et est contraire à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et aux obligations internationales du Canada.

Étant donné que cette convention exige des États qu'ils consultent des organisations représentatives des personnes handicapées et à la lumière des critiques formulées par des membres de la communauté des personnes handicapées quant à la rapidité avec laquelle le gouvernement a lancé le projet de loi C-7, le dénonçant comme une discrimination intrinsèque fondée sur la capacité physique, j'ai deux questions à poser. Premièrement, comment comprenez-vous cette critique? Qu'est-ce que cela signifie pour vous et comment vous proposez-vous de réagir, au-delà de la réponse du juge dans l'arrêt *Truchon*?

De plus, monsieur le ministre, vous dites que le Code criminel doit être uniforme dans toutes les provinces. Que répondez-vous devant le fait que les peines minimales obligatoires, la défense de provocation, l'inadmissibilité à la libération conditionnelle consécutive, les ordonnances de sursis et l'intoxication extrême sont toutes appliquées différemment dans les provinces? Merci, monsieur le ministre.

M. Lametti : Je vous remercie de votre question, sénatrice Pate. Pour ce qui est de la deuxième partie de la question, ces situations ne sont pas idéales et je les suis à la piste, si vous me permettez l'expression.

La sénatrice Pate : Nous avons un projet de loi que vous pourriez utiliser.

M. Lametti : Je ne suis pas sans le savoir. En ce qui concerne les préoccupations très légitimes soulevées par les personnes handicapées et leurs dirigeants ainsi que dans le rapport des Nations unies, nous sommes d'avis que le projet de loi reconnaît les droits à l'autonomie des personnes handicapées. Nous avons travaillé avec la communauté des personnes handicapées et, en fait, l'architecture même de ce texte législatif, le fait qu'il ait

of the disability community, who made it clear to us that in the non-end-of-life regime, additional safeguards were required.

So it's precisely in the architecture of this act that we are responding to the, I felt, very meaningful consultations that we were having with the leadership of the disability community. We met with them in round tables across the country. We had a specific round table with them. I attended another conference with other colleagues that they organized specifically for this issue. I think there was a great deal of influence on this piece of legislation that was had by the disability community, and I think we've reached a good balance. Again, I think it is a testament to the impact that they had.

I work with my colleague Minister Qualtrough with respect to improving the lives of disabled people across Canada and the choices they have, in valuing their lives and in fighting against the ablest biases that we have in our society. I better understand them now after working on this project for the past while.

Am I perfect? No, but we're all doing our best to get to a better place.

I think that this bill largely avoids the pitfalls that the United Nations report has. It's not simply enough to be disabled to get MAID. There are other criteria that have to be fulfilled, and I think that's an important part of understanding that this is about autonomy. It's about balancing. It's about, obviously, creating a regime in which the rights of the disabled are protected, but it is also very alive to the fact that many disabled people told us that they wanted to have this choice should they fit into the allowed criteria.

Senator Kutcher: Thank you, minister, for being here and for taking the extra time. It's very much appreciated.

In light of the widely raised concerns about the exclusion of mental illness as the sole underlying condition for both constitutional and psychiatric grounds — expressed both in the committee's pre-study and widely elsewhere — would you be willing to accept a sunset clause amendment to the aligning section of the proposed legislation to allow the additional work that needs to be done in a timely way?

Mr. Lametti: Thank you, senator, for your work on this issue and your leadership on this issue. It's very much appreciated. I will commit to looking at any amendment very carefully in good faith and working with you. I can't promise a result. I can promise that I will also work in good faith to make sure that however we undertake the question of mental illness as a sole

deux volets, est le résultat direct de ses interventions, qui nous ont clairement fait comprendre que, hors du contexte de fin de vie, des mesures de sauvegarde supplémentaires étaient nécessaires.

C'est donc précisément dans la structure de cette loi que sont reflétées, il me semble, les consultations très importantes que nous avons menées auprès des dirigeants de la communauté des personnes handicapées. Nous les avons rencontrés dans le cadre de tables rondes partout au pays. Nous avons organisé une table ronde expressément pour eux. J'ai assisté avec des collègues à une autre conférence portant précisément sur cette question. J'estime que la communauté des personnes handicapées a eu une grande influence dans la formulation du projet de loi et que nous avons atteint un juste équilibre. Encore une fois, je pense que cela témoigne de la réelle influence qu'elle a exercée.

Je travaille avec ma collègue, la ministre Qualtrough, pour améliorer la vie des personnes handicapées partout au Canada et les choix qu'elles ont, pour valoriser leur vie et pour lutter contre les préjugés fondés sur la capacité physique qui persistent dans notre société. Je les comprends mieux maintenant pour avoir travaillé à ce projet depuis déjà un bon moment.

Est-ce la perfection? Bien sûr que non, mais nous faisons tous de notre mieux pour améliorer la situation.

Je pense que le projet de loi évite largement les écueils du rapport des Nations unies. Il ne suffit pas d'être handicapé pour obtenir l'AMM. Il faut satisfaire à d'autres critères, et je pense qu'il est important ici de comprendre qu'il s'agit d'autonomie. C'est une question d'équilibre. Il s'agit évidemment de créer un régime dans lequel les droits des personnes handicapées sont protégés, mais aussi d'être très conscient du fait que bon nombre de personnes handicapées nous ont dit vouloir avoir ce choix dans le cas où elles répondaient aux critères établis.

Le sénateur Kutcher : Merci, monsieur le ministre, d'être ici et d'être resté plus longtemps que prévu. Nous vous en sommes très reconnaissants.

À la lumière des préoccupations largement répandues au sujet de l'exclusion, pour des motifs constitutionnels et psychiatriques, de la maladie mentale comme seule condition médicale invoquée — préoccupations soulevées à la fois dans l'étude préalable du comité et largement ailleurs —, seriez-vous disposé à accepter une disposition de temporarisation pour l'article du projet de loi portant sur l'harmonisation afin de permettre l'accomplissement, en temps opportun, du travail supplémentaire qui sera nécessaire?

M. Lametti : Merci, monsieur le sénateur, de votre travail dans ce dossier et de votre leadership. Nous vous en sommes très reconnaissants. Je m'engage à examiner très attentivement toute modification proposée et à travailler avec vous. Je ne peux promettre tel ou tel résultat. Je peux promettre que je travaillerai de bonne foi également pour m'assurer que, quelle que soit la

criterion that we will do it expeditiously and sensitively. But I will wait to see what your amendments are and I will work with you in good faith.

Senator Batters: Minister Lametti, on that same topic, a few days ago we had Bell Let's Talk Day, and during our committee's pre-study on the subject matter of Bill C-7, many witnesses spoke about the problem with completely detaching MAID requests from suicidality generally. These witnesses included those representing Indigenous peoples facing suicide crises, mental health experts and suicide prevention advocates. Your own department has a background document on the Justice Canada website noting that allowing MAID

> . . . in circumstances where a person is not approaching natural death could be seen as undermining suicide prevention initiatives and normalizing death as a solution to many forms of suffering.

Do you and the Department of Justice, minister, stand by that statement, and how do you reconcile that with this legislation? Also, if you've changed your mind on this, what specific evidence led to that major shift?

Mr. Lametti: Thank you for the question. Again, the issue is critically important. That justice document represents evidence and medical opinions that were given to us, and we would have to take those into consideration, as well as everything else that you have just stated, in moving forward.

That being said, you've heard around this table, even in the last hour and a half as well as with witnesses who appeared before you, that other expert opinions have been advanced.

We will all have to work together in order to study the question as it needs to be studied with the appropriate care and concern that needs to be given and with all the empathy that is so necessary when treating these kinds of questions.

I'll commit to doing that, and I'll commit to listening as we move forward, however that process is conceived, and I certainly am open to all of the various viewpoints that you've put forward, senator.

The Chair: Thank you very much, minister. Minister, I pushed to get more time from you. You were generous. You gave, and then I pushed for more and you still gave. So thank you, and please know that you're always welcome to our legal committee and we really appreciate working with your staff who

façon dont nous aborderons la question de la maladie mentale comme seul critère, nous le ferons avec diligence et sensibilité. Mais je vais attendre de voir quelles seront vos modifications et je travaillerai ensuite de bonne foi avec vous.

La sénatrice Batters : Monsieur le ministre, sur le même sujet, il y a quelques jours s'est tenue la Journée Bell Cause pour la cause et, au cours de l'étude préalable de notre comité sur l'objet du projet de loi C-7, de nombreux témoins ont parlé du problème que pose la dissociation complète des demandes d'aide médicale à mourir de celles de nature suicidaire en général. Parmi ces témoins, on comptait des porte-parole de peuples autochtones aux prises avec des vagues de suicides, des experts en santé mentale et des intervenants en prévention du suicide. Sur le site Web de Justice Canada, on trouve un document d'information dans lequel votre propre ministère signale ceci:

> Le fait de permettre l'aide médicale à mourir dans des circonstances où une personne ne s'approche pas d'une mort naturelle pourrait être perçu comme portant atteinte aux initiatives en matière de prévention du suicide, et comme normalisant la mort en tant que solution à de nombreuses formes de souffrances.

Est-ce que vous et le ministère de la Justice, monsieur le ministre, maintenez cette affirmation, et comment la conciliez-vous avec le projet de loi? De plus, si vous avez changé d'avis à ce sujet, quels renseignements précis ont mené à ce changement majeur?

M. Lametti : Je vous remercie de la question. Encore une fois, la question est d'une importance capitale. Ce document du ministère de la Justice reflète des renseignements probants et des appréciations médicales qui nous ont été communiqués, et force nous est d'en tenir compte, comme d'ailleurs de tout ce que vous venez de dire, pour aller de l'avant.

Cela dit, vous avez entendu autour de cette table, même au cours de la dernière heure et demie, ainsi qu'auparavant de la part de témoins qui ont comparu devant vous, que d'autres opinions d'experts ont été avancées.

Nous devrons tous travailler ensemble pour étudier la question comme elle doit l'être, avec tout le soin et le sérieux qui s'imposent et avec toute l'empathie qui est si nécessaire pour traiter ce genre de questions.

Je m'engage à le faire et je m'engage également à demeurer à l'écoute à mesure que nous avancerons, quel que soit le processus retenu. Je suis certainement ouvert à tous les différents points de vue que vous avez exprimés, madame la sénatrice.

La présidente : Merci beaucoup, monsieur le ministre. Je vous ai demandé de nous accorder plus de temps, et vous avez répondu généreusement. Vous aviez déjà donné, j'ai insisté pour obtenir davantage et vous avez encore donné. Je vous en remercie vivement. Sachez que vous êtes toujours le bienvenu au

have been very accommodating to us as well. So thank you very much for being here this morning. I know your staff are going to stay over to answer our questions. So thank you, minister.

Comité des affaires juridiques et que nous sommes aussi très heureux de travailler avec vos collaborateurs, qui se sont montrés très conciliants avec nous. Je vous remercie donc beaucoup de vous être déplacé ce matin. Je sais que vos collaborateurs vont rester pour répondre à nos questions. Merci, monsieur le ministre.

Mr. Lametti: Thank you very much to everybody.

M. Lametti : Merci beaucoup à tous.

The Chair: We're very pleased to have the minister's officials with us. We have Joanne Klineberg, Acting General Counsel, Criminal Law Policy Section, Department of Justice Canada; Caroline Quesnel, Counsel, Criminal Law Policy Section, and Carole Morency, Director General and Senior General Counsel, Criminal Law Policy Section.

La présidente : Nous sommes très heureux d'accueillir les porte-parole du ministre de la Justice du Canada. Souhaitons la bienvenue à Me Joanne Klineberg, avocate générale par intérim, Section de la politique en matière de droit pénal, à Me Caroline Quesnel, avocate, Section de la politique en matière de droit pénal, et à Me Carole Morency, directrice générale et avocate générale principale, Section de la politique en matière de droit pénal.

We will start with our questions with Senator Petitclerc.

La sénatrice Petitclerc sera notre première intervenante.

[*Translation*]

[*Français*]

Senator Petitclerc: I don't exactly know to whom I should put this question. So thanks to anyone who can answer it.

La sénatrice Petitclerc : Je ne sais pas exactement à qui adresser cette question. Donc à quiconque aura la réponse, merci de me la donner.

Actually, I'd like to go back to the amendment's adoption in the House of Commons. We know that a new section has been added to the Criminal Code, as a result of which, when the Minister of Health develops regulatory provisions, he or she must consult the minister responsible for the status of persons with disabilities where appropriate.

En fait, j'aimerais qu'on revienne sur l'adoption de l'amendement à la Chambre des communes. On sait qu'un nouvel article a été ajouté au Code criminel, ce qui fait en sorte que le ministre de la Santé, lorsqu'il ou elle aborde des dispositions réglementaires et lorsque c'est indiqué, doit consulter le ou la ministre responsable de la condition des personnes handicapées.

I'd like to know how you think all that will actually happen. What do you think will be the potential impact of that amendment, bearing in mind the fears certain disability groups have expressed?

J'aimerais savoir comment vous croyez que tout cela va se concrétiser. D'après vous, quels seront les impacts potentiels de cet amendement, en ayant à l'esprit les craintes que certains groupes qui représentent les personnes handicapées ont exprimées?

Joanne Klineberg, Acting General Counsel, Criminal Law Policy Section, Department of Justice Canada: Thank you very much for your question.

Me Joanne Klineberg, avocate générale par intérim, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice Canada : Merci beaucoup pour la question.

As you mentioned, the purpose of that amendment was to confirm that the Minister of Health must consult the minister responsible for the status of persons with disabilities. In principle, that consultation takes place in any case. When the ministers develop regulations, a consultation process is conducted within government and with the public, and changes are made. From what we understand, this is a clarification of a measure that should have been adopted at any event. This confirmation is positive and ensures that all the concerns of disability groups are addressed in the development of regulations.

Comme vous l'avez mentionné, cet amendement visait à confirmer que le ministre de la Santé doit consulter le ministre responsable de la condition des personnes handicapées. En principe, cette consultation a lieu de toute façon. Quand les ministres élaborent les règlements, un processus de consultation est mené au sein du gouvernement et avec le public, et des changements sont apportés. D'après ce que nous comprenons, il s'agit d'une clarification à une mesure qui aurait été adoptée de toute façon. Cette confirmation est positive et fait en sorte que, dans l'élaboration des règlements, on donne suite à toutes les préoccupations des groupes représentant les personnes handicapées.

Senator Petitclerc: Thank you very much.

La sénatrice Petitclerc : Merci beaucoup.

Senator Carignan: My question is for all the witnesses and concerns the 90-day waiting period. Why impose a 90-day waiting period? The minister tells us it's necessary in order to proceed with the assessment. When a person whose death is not reasonably foreseeable requests medical assistance in dying, that individual often does so because he or she is sick or suffering from a disability or has been in poor health for some time. Consequently, it is very likely that assessment could be conducted in a period much shorter than 90 days. Why then impose a 90-day waiting period, which can be reduced only where the person's intellectual capacity to consent to medical assistance in dying is deemed compromised? I find it hard to understand why this 90-day waiting period is necessary.

Le sénateur Carignan : Ma question s'adresse à l'ensemble des témoins et concerne le délai de 90 jours. Pourquoi imposer un délai de 90 jours? Le ministre nous dit que ce délai est nécessaire afin de procéder à l'évaluation. Quand une personne dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible demande l'aide médicale à mourir, c'est souvent parce qu'elle est malade ou qu'elle souffre d'un handicap ou qu'elle a un état de santé précaire depuis un bon bout de temps et son diagnostic et les évaluations ont été effectués depuis longtemps. Par conséquent, il y a fort à parier que cette évaluation pourrait se faire dans un délai bien plus court que 90 jours. Pourquoi alors imposer un délai de 90 jours, qui peut être réduit uniquement lorsqu'on estime que la capacité intellectuelle de la personne à consentir à l'aide médicale à mourir pourrait être atteinte? Je m'explique mal la nécessité de ce délai de 90 jours.

Caroline Quesnel, Counsel, Criminal Law Policy Section, Department of Justice Canada: Thank you very much for the question, senator.

The 90-day waiting period was generally considered the minimum period to be established for the purpose of providing a basic safeguard that must be complied with in all cases. It is true that, in some cases, the disease or disability has been present for several years and that there is a long-standing therapeutic relationship between patient and physician. In those cases, the treatments, measures for relieving suffering and other steps may already have been explored. However, the 90-day waiting period does not begin until the medical practitioner or nursing practitioner begins to assess the patient's eligibility for medical assistance in dying, an option that is truly particular and unique. Previous discussions may simply have focused on ways to relieve suffering or to improve the patient's condition but may not have touched on the possibility of offering medical assistance in dying. Consequently, now we will focus on what can be done to relieve suffering and on the importance of discussing other measures with the patient to ensure they are considered. It is that process, we think, that can take some time.

Me Caroline Quesnel, avocate, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice Canada : Merci beaucoup pour la question, sénateur.

Le délai de 90 jours a été considéré comme une période minimale à imposer, de façon générale, afin de prévoir une mesure de sauvegarde de base à suivre dans tous les cas. Il est vrai que dans certains cas la maladie ou le handicap est présent depuis plusieurs années et qu'il y a une relation thérapeutique entre le patient et le médecin qui dure depuis longtemps. Dans de tels cas, il est possible que les traitements, les mesures d'allégement de la souffrance et autres aient déjà été explorés. Toutefois, le délai de 90 jours ne débute qu'une fois que le médecin ou l'infirmier praticien commence à évaluer l'admissibilité du patient à l'aide médicale à mourir, option qui est vraiment unique et particulière. Les discussions auparavant visaient peut-être simplement les moyens d'alléger les souffrances ou d'améliorer l'état, mais elles n'avaient pas touché la possibilité d'offrir l'aide médicale à mourir. On se penchera alors désormais sur ce qu'on peut faire pour alléger les souffrances et sur l'importance de tenir des discussions avec le patient quant aux autres moyens, pour s'assurer qu'il les a considérés. C'est ce processus, à notre avis, qui peut prendre un certain temps.

Senator Carignan: My second question concerns the definition of "mental illness." The act is not identical to the support documents. We see in the support document that officials — you, in this instance — specify that Alzheimer's disease is not one of the mental illness exceptions. You also discuss diseases that are treated by psychiatrists.

Why not amend the bill to clarify the definition of the term "mental illness" and to include the text of the bill in the support document you've prepared?

Ms. Klineberg: Thank you for that good question, senator.

Le sénateur Carignan : Ma deuxième question concerne la définition du terme « maladie mentale ». La loi n'est pas identique aux documents de soutien. Dans le document de soutien, on voit que les fonctionnaires — vous en l'occurrence — précisent que la maladie d'Alzheimer ne fait pas partie des exceptions à la maladie mentale. Vous traitez également des maladies traitées par des psychiatres.

Pourquoi ne pas modifier le projet de loi afin de préciser la définition du terme « maladie mentale » et inclure le texte de loi au document de soutien que vous avez produit?

Me Klineberg : Merci pour cette bonne question, sénateur.

A starting point in answering it would be to say that the support document is drafted in more general terms than a piece of legislation, for example. Our purpose in the support document was to describe the intent behind the term "mental illness." From a legislative standpoint, you have to be much more specific when describing a mental illness. However, we don't necessarily have the expertise in that area. Our initial purpose, when the bill was introduced, was for the document you mention to describe that intent. However, it is true that there is no clarification in the Criminal Code at the present time. The term could always be clarified in the bill. In the context of medical assistance in dying, the support documents, such as the one the Department of Justice, our Health Canada colleagues and the provincial governments have prepared, play a very important role in the application of medical assistance in dying. Although the term is not clarified among the other terms in the code, the other documents may clarify that point.

Un point de départ pour vous répondre serait de dire qu'un document de soutien est rédigé en des termes plus généraux qu'un texte législatif, par exemple. Dans le document de soutien, notre but était de décrire l'intention derrière le terme « maladie mentale ». D'un point de vue législatif, on doit être beaucoup plus précis lorsqu'il s'agit de décrire une maladie mentale. Or, c'est un domaine où on n'a pas nécessairement l'expertise. Au début, quand le projet de loi a été déposé, et s'agissant du document que vous mentionnez, l'objectif était de décrire l'intention. Cependant, il est vrai qu'une clarification n'apparaît pas pour le moment au Code criminel. Ce terme pourrait toujours être clarifié dans le projet de loi. Dans le contexte de l'aide médicale à mourir, les documents de soutien, comme celui qu'a produit le ministère de la Justice, nos collègues de Santé Canada et les gouvernements provinciaux, jouent un rôle très important pour ce qui est de l'application de l'aide médicale à mourir. Même si le terme n'est pas clarifié aux autres termes du Code, les autres documents pourront clarifier ce point.

[*English*]

Senator Batters: Thank you to the Department of Justice officials.

During our pre-study, we heard from witnesses that the 90-day assessment period in the second track lacked a precisely defined start time in the legislation. In your view, in the legislation, what is the start date for the 90 days?

Ms. Quesnel: Thank you for the question, senator. The start date for the 90 days, as set out in the legislation, is when a first assessment begins. So I think the department's view is that the 90-day clock, so to speak, begins when one of the practitioners assessing eligibility turns their mind to the assessment and begins the assessment. It is not tied to, for example, the written request for medical assistance in dying. It's really determined by when the practitioner begins their process under their understanding of assessing eligibility.

Senator Batters: Bill C-7 provides that the 90-day time frame can be shortened. Is there a minimum time frame as a reflection period provided for in the legislation, and if not, why not? Because this second track is for people who are not in a position of "reasonably foreseeable death."

Ms. Quesnel: There is no timeline that Bill C-7 specifies in those instances where the 90 days would be shortened because there is a risk of loss of capacity. However, the bill specifically requires that the eligibility assessments from both practitioners must still have been completed.

Senator Batters: Thank you. I have a number of other questions, so I will move on.

[*Traduction*]

La sénatrice Batters : Je remercie les porte-parole du ministère de la Justice de leur présence aujourd'hui.

Au cours de notre étude préalable, des témoins nous ont dit que la période d'évaluation de 90 jours prévue pour le deuxième volet n'était pas définie avec précision dans le projet de loi. Quelle est, selon vous, la date du début de la période légale des 90 jours?

Me Quesnel : Je vous remercie de votre question, madame la sénatrice. La date du début de la période légale de 90 jours est le moment où commence la première évaluation. Je pense donc que, selon le ministère, le délai de 90 jours commence à courir, pour ainsi dire, lorsque l'un des praticiens chargés d'évaluer l'admissibilité se penche sur la demande d'évaluation et en entreprend l'examen. Cette date n'est pas liée, par exemple, à la demande écrite d'aide médicale à mourir, mais est déterminée plutôt par le moment où le praticien entame le processus dans le but d'évaluer l'admissibilité.

La sénatrice Batters : Le projet de loi C-7 prévoit que le délai de 90 jours peut être raccourci. La loi prévoit-elle une période de réflexion minimale et, si non, pourquoi pas? N'oublions pas que ce deuxième volet vise les personnes qui ne sont pas dans une situation de « mort raisonnablement prévisible ».

Me Quesnel : Le projet de loi C-7 ne précise aucun délai dans les cas où la période de 90 jours serait raccourcie parce qu'il y a un risque de perte de capacité. Toutefois, le projet de loi exige expressément que les évaluations de l'admissibilité des deux praticiens aient quand même été effectuées.

La sénatrice Batters : Merci. J'ai plusieurs autres questions, alors je vais passer à autre chose.

The Charter statement document lists that the Benelux countries that do allow MAID for mental illness says that part of the reason that's not happening here is because of concerns about "a wide range of mental illnesses" that are covered in those particular countries. The minister today said those countries have "an enormous array of mental illness" that qualifies for MAID.

So could you please provide us with just a few examples of some of the most concerning cases where MAID did occur in those countries for mental illness?

Ms. Klineberg: Thank you for the question. Let me see if I can refresh my own memory as to some of those cases. It's been a while, I think, since we have reflected on them.

One of them that I can remember was a case of a young woman, I think, who was sexually abused by her psychiatrist, and as a result of the abuse by her psychiatrist she, in combination, I think, with the rest of the conditions she was suffering from, her mental illness, she sought and did ultimately obtain MAID. That would be one case.

Unfortunately, senator, I'm drawing a bit of a blank on some other cases. We can certainly endeavour to share some of those with you.

Senator Batters: That would be great.

Ms. Klineberg: Unless some of my colleagues can remember other examples.

Senator Batters: That's okay. I just have one final thing to ask on this round.

The second track provides that one out of two medical practitioners needs ". . . expertise in the condition that is causing the person's suffering." Yet there is not a requirement that that person has to be a specialist. How is "expertise" defined and who ensures that that requirement is actually met?

Ms. Klineberg: Thank you again for the question.

There was a fair amount of questioning when the bill was tabled as to what the meaning of "expertise" was. I believe the legislative background makes clear that it is not intended that that require board certification, for instance. So the practitioner with the expertise does not have to be a certified expert in a particular condition, but they do have to have enough experience with and knowledge of the condition in order to be able to provide that special —

Senator Batters: Where it's enough.

L'énoncé concernant la Charte, qui mentionne les pays du Benelux qui autorisent l'aide médicale à mourir dans les cas de maladie mentale, dit que si cela ne se fait pas ici, c'est en partie parce qu'on s'inquiète du « nombre élevé de cas » de maladies mentales qui sont couvertes dans les pays en question. Le ministre a dit aujourd'hui que ces pays ont « un vaste éventail de maladies mentales » qui sont admissibles à l'aide médicale à mourir.

Pourriez-vous donc nous donner quelques exemples des cas les plus préoccupants où l'aide médicale à mourir a été accordée dans ces pays pour cause de maladie mentale?

Me Klineberg : Je vous remercie de la question. Permettez-moi de me rafraîchir la mémoire sur certains de ces cas. Cela fait longtemps, je crois, que nous nous sommes penchés sur ce sujet.

Je me souviens, entre autres, du cas d'une jeune femme qui, je crois, avait été agressée sexuellement par son psychiatre. Les effets de cette agression s'étant cumulés avec les autres problèmes dont elle souffrait, avec sa maladie mentale, elle a demandé et finalement obtenu l'AMM. C'est un des cas.

Malheureusement, sénatrice, je ne me souviens pas des autres cas. Nous pouvons certainement essayer de vous en faire part.

La sénatrice Batters : Ce serait formidable.

Me Klineberg : À moins que certains de mes collègues se souviennent d'autres exemples.

La sénatrice Batters : Ça va. J'ai une dernière question à poser pour ce tour.

Pour la deuxième voie, il faut qu'un des deux praticiens possède une « [...] expertise en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances de la personne. » Pourtant, il n'est pas nécessaire que ce praticien soit un spécialiste. Comment définit-on l'« expertise » et qui veille à ce que cette exigence soit effectivement respectée?

Me Klineberg : Je vous remercie encore une fois de la question.

Lorsque le projet de loi a été déposé, on s'est beaucoup interrogé sur la signification du mot « expertise ». Le contexte législatif indique clairement, je crois, qu'il n'est pas prévu d'exiger un certificat de spécialisation, par exemple. Il n'est donc pas nécessaire que le praticien possédant cette expertise soit un spécialiste agréé de la condition en question, mais il doit avoir suffisamment d'expérience et de connaissances pour être en mesure de fournir ce...

La sénatrice Batters : Lorsque c'est suffisant.

Ms. Klineberg: Right. So this, I think, is going to be within the professional judgment of the practitioners in question.

Senator Batters: So their own say-so?

Ms. Klineberg: Well, most aspects of the exemption regime in the Criminal Code are dependent on the reasonable and competent care and judgment of the practitioners involved, and there is actually a clause which was inserted into the Criminal Code during Bill C-14, which, in addition to all of the specific requirements in the Criminal Code, also requires medical assistance in dying to be provided with reasonable care and skill and in accordance with any applicable provincial health standards and so on.

So yes, it is built into the regime that reasonable competence in these matters that are within the judgment of the practitioners is expected to be exercised in these cases.

The Chair: I have a question. Further to what I was asking the minister on gender-based analysis, I'm not sure if the two of you are the right people. If not, if you could give me a written answer. How is data collected for gender-based analysis? Generally, for all the gender-based analysis plus, how do you go about collecting the data?

Ms. Quesnel: Thank you for the question, Madam Chair.

In general, at least in our experience, in preparing the GBA analysis we would rely on data that is available at the time that we are preparing it. So we would rely on data that is out there, public existing or available to the government, as opposed to gathering data specifically for the purpose of the GBA analysis.

The Chair: Thank you. As you know, GBA+ and the Justice site sets out all the different groups that you analyze: age, culture, language, culture, ethnicity, religion, disability, geography, income, sexual orientation, education. There's a whole slew of things. As you can imagine from the question I asked the minister, my concern at this stage is on the race data collection.

I am really troubled that all the mention that was made on race was just as a demographic and nothing else. I'm wondering how this happen when GBA+ is supposed to be looking after all those things? And especially since last July, there is no mention of anything about race data collection. Can you explain that, please?

Ms. Quesnel: We prepare the gender-based analysis based on the data that's available in relation to medical assistance in dying at the time. As I think the minister mentioned, it's hard to obtain

Me Klineberg : D'accord. Je pense donc que cela dépendra du jugement professionnel des praticiens en question.

La sénatrice Batters : C'est donc leur opinion personnelle?

Me Klineberg : Eh bien, la plupart des aspects du régime d'exemption du Code criminel dépendent du soin et du jugement raisonnables et compétents des praticiens concernés, et il y a en fait une disposition qui a été insérée dans le Code criminel pendant l'étude du projet de loi C-14, qui, en plus de toutes les exigences particulières du Code criminel, exige également que l'aide médicale à mourir soit fournie avec les soins et l'habileté raisonnables et en conformité avec les normes provinciales de santé applicables, et cetera.

Le régime prévoit donc que les praticiens doivent faire preuve d'une compétence raisonnable à l'égard des questions qui relèvent de leur jugement.

La présidente : J'ai une question. Elle fait suite à celle que j'ai posée au ministre au sujet de l'analyse comparative entre les sexes, mais je ne sais pas vraiment si vous pouvez y répondre. Si ce n'est pas le cas, j'aimerais une réponse par écrit. Comment les données sont-elles recueillies pour l'analyse comparative entre les sexes? En général, pour toutes les analyses comparatives entre les sexes, comment procédez-vous pour recueillir les données?

Me Quesnel : Merci de la question, madame la présidente.

En général, du moins d'après notre expérience, lorsque nous préparons l'analyse comparative entre les sexes, nous nous appuyons sur les données qui sont alors disponibles. Nous nous servons donc des données qui existent, qui sont publiques ou accessibles au gouvernement, plutôt que de recueillir des données expressément aux fins de cette analyse.

La présidente : Merci. Comme vous le savez, l'ACS+ et le site du ministère de la Justice présentent les différents facteurs que vous analysez, soit l'âge, la culture, la langue, la culture, l'origine ethnique et la race, la religion, le handicap, le lieu de résidence, le revenu, l'orientation sexuelle et la scolarité. Il y a toute une série de facteurs. Comme vous pouvez l'imaginer d'après la question que j'ai posée au ministre, ce qui me préoccupe à ce stade-ci, c'est la collecte de données sur la race.

Je trouve vraiment troublant que toute la mention qui a été faite de la race n'était qu'une question de démographie et rien d'autre. Je me demande pourquoi étant donné que l'ACS+ est censée porter sur tous ces facteurs. Et surtout depuis juillet dernier, il n'y a aucune mention de la collecte de données sur la race. Pouvez-vous nous expliquer cela, s'il vous plaît?

Me Quesnel : Nous préparons l'analyse comparative entre les sexes en fonction des données qui sont alors disponibles sur l'aide médicale à mourir. Comme le ministre l'a mentionné, je

disaggregated data about medical assistance in dying right now. Certainly an area that should be improved for the richness of that data, especially going forward. But the GBA+ analysis was prepared using what was most relevant in relation to medical assistance in dying at that time, and not all of these factors necessarily arose out of the data, as we had it under the time pressures that we had to prepare the analysis. But certainly, there is always room for improvement.

The Chair: My concern is that I specifically had asked the minister if this GBA included race-based analysis. He told me that it did. I have no doubt that if he said it exists. I'm wondering, does it exist anywhere else and it just wasn't mentioned in the report? Is there something else that we can get to show that it was analyzed? Because here there's nothing there. It looks like there was no analysis taking place.

Ms. Quesnel: I see my colleague Carole's hand up. Would it be okay —

The Chair: Absolutely.

Carole Morency, Director General and Senior General Counsel, Criminal Law Policy Section, Department of Justice Canada: Thank you, Madam Chair. Really just to reinforce the commitment that the minister made and the challenges that he noted. The department conducts GBA+ analysis in accordance with policies set forth by the Treasury Board. However, the challenge is, as my colleague has noted, finding the data that supports that more detailed analysis, as and when items are developed for the government.

In this case, the fact that the analysis does not provide more information was a reflection that we weren't able to identify more precise information that would help to better articulate that analysis.

We definitely do work with colleagues within the department and across the federal government to try to collect that, including Statistics Canada and our GBA policy leads. From a policy perspective, our colleagues at Health Canada, for example, if they had different information that might have been available through their monitoring, whatever information might be available through FPT for a research more generally, we do our best to try to pull that together. But as the minister has said, it is a great challenge, and it is one that the minister has demonstrated commitment to try to address more concretely going forward.

The Chair: Ms. Morency, I hear everything you say. The concern I have is because of the assurance that the minister had given that there was race-based analysis. Obviously, I understand now that it was a little bit lacking. I'm hoping that in the next

crois, il est difficile d'obtenir des données désagrégées sur l'aide médicale à mourir à l'heure actuelle. C'est certainement un domaine dans lequel il faudrait améliorer la richesse des données, surtout à l'avenir. Néanmoins, l'analyse ACS+ a été préparée à partir de ce qui était le plus pertinent en ce qui concerne l'aide médicale à mourir à ce moment-là, et tous ces facteurs ne sont pas nécessairement ressortis des données, car nous avions des délais serrés pour faire notre analyse. Mais il est toujours possible de faire mieux.

La présidente : Ce qui m'inquiète, c'est que j'ai demandé précisément au ministre si cette ACS comprenait une analyse fondée sur la race. Il m'a dit que oui. Je le crois sur parole. Je me demande s'il en existe une ailleurs, et qu'elle n'a simplement pas été mentionnée dans le rapport. Y a-t-il autre chose que nous pourrions obtenir pour voir que cela a été analysé? Parce qu'ici, il n'y a rien. Il ne semble pas y avoir eu d'analyse.

Me Quesnel : Je vois que ma collègue Carole a levé la main. Peut-elle...

La présidente : Absolument.

Me Carole Morency, Directrice générale et avocate générale principale, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice du Canada : Merci, madame la présidente. Je voudrais simplement insister sur l'engagement que le ministre a pris et les défis qu'il a mentionnés. Le ministère effectue l'analyse ACS+ conformément aux politiques établies par le Conseil du Trésor. Toutefois, comme ma collègue l'a souligné, le défi consiste à trouver les données qui appuient cette analyse plus détaillée, au fur et à mesure que des éléments sont élaborés pour le gouvernement.

Dans ce cas-ci, le fait que l'analyse ne fournit pas plus d'information montre que nous n'avons pas été en mesure de trouver des renseignements plus précis pour nous aider à l'approfondir.

Nous travaillons certainement avec nos collègues du ministère et de l'ensemble du gouvernement fédéral pour essayer de recueillir ces données, y compris Statistique Canada et nos responsables des politiques en matière d'ACS. Suivant ces politiques, que ce soient les renseignements que nos collègues de Santé Canada, par exemple, auraient pu obtenir grâce à leur surveillance, ou l'information disponible sur les forums FPT de façon plus générale, nous faisons de notre mieux pour essayer de réunir toutes ces données. Mais comme le ministre l'a dit, c'est un grand défi qu'il s'est engagé à essayer de relever plus concrètement à l'avenir.

La présidente : Maître Morency, j'entends bien ce que vous dites. Ce qui me préoccupe, c'est que le ministre a assuré qu'il y avait eu une analyse fondée sur la race. Évidemment, je comprends maintenant qu'elle a été quelque peu

bills that come we will have appropriate race-based analysis because this was non-existent.

Senator Martin: I wish that we could be looking at this bill after a review. Unfortunately, that hasn't happened. And Senator Boniface did ask this to the minister.

Simply, in the House of Commons, when the Justice Committee, the minister was asked about the five-year review, he stated it would be an opportunity to look at advance directives, mature minors and mental illness as a sole criterion. I'm asking the officials, as we prepare for the review that does need to happen sooner than later, will the review also consider enshrining additional safeguards to make sure vulnerable Canadians are protected rather than it being an opportunity to further expand the regime?

I say this because in the pre-study we heard from witnesses of the gaps that do exist and safeguards that are needed because post-2016 this was a new regime so naturally there are gaps and we need to strengthen rather than remove all safeguards. Therefore I want to get those assurances from the officials today.

Ms. Klineberg: Thank you. The most that we as officials could say about this is that the requirement from Bill C-14 is that the entire regime would be reviewed, as well as the state of palliative care in Canada.

The precise parameters and how the reviews actually unfold are going to be matters that will, as the minister alluded to earlier, have to be negotiated between the two chambers and with the parties in terms of any clarifications or precision to the terms of reference.

However, we could certainly confirm for you that in Bill C-14 the parliamentary review was envisaged as a review of that entire regime.

Senator Boniface: My question is directed to whoever is comfortable answering it.

The Department of Justice legislative backgrounder for Bill C-14 in 2016 stated that the criterion of reasonable foreseeability of death is intended to require temporal but flexible connection between the person's overall medical circumstances and their anticipated death in a period of time that's not too remote.

déficiente. J'espère que dans les prochains projets de loi, nous aurons l'analyse fondée sur la race qui convient parce qu'elle a fait défaut.

La sénatrice Martin : J'aimerais que nous puissions revoir ce projet de loi après un examen. Malheureusement, cet examen n'a pas eu lieu. Et la sénatrice Boniface a posé la question au ministre.

Simplement, lorsque le Comité de la justice de la Chambre des communes a interrogé le ministre au sujet de l'examen quinquennal, il a dit que ce serait l'occasion d'examiner les directives anticipées, les mineurs matures et la maladie mentale comme seul critère. Je demande aux fonctionnaires, alors que nous nous préparons en vue de l'examen qui doit avoir lieu le plus tôt possible, si cet examen permettra également d'inscrire dans la loi des mesures de sauvegarde supplémentaires pour s'assurer que les Canadiens vulnérables sont protégés au lieu que ce soit l'occasion d'élargir davantage le régime?

Je dis cela parce que, dans le cadre de l'étude préalable, nous avons entendu des témoins parler des lacunes qui existent et des mesures de sauvegarde qui s'imposent parce qu'après 2016, il s'agissait d'un nouveau régime, de sorte qu'il y a naturellement des lacunes et que nous devons renforcer plutôt qu'éliminer toutes les mesures de sauvegarde. Je veux donc obtenir ces assurances des fonctionnaires aujourd'hui.

Me Klineberg : Merci. Tout ce que nous, les fonctionnaires, pourrions dire à ce sujet, c'est que le projet de loi C-14 exige que tout le régime soit examiné, de même que l'état des soins palliatifs au Canada.

Les paramètres précis et la façon dont les examens se dérouleront seront des questions qui, comme le ministre l'a mentionné plus tôt, devront être négociées entre les deux Chambres et avec les parties pour ce qui est de toute clarification ou précision du mandat.

Cependant, nous pouvons certainement vous confirmer que, dans le projet de loi C-14, l'examen parlementaire était envisagé comme un examen de tout ce régime.

La sénatrice Boniface : Ma question s'adresse à quiconque souhaite y répondre.

Le contexte législatif du ministère de la Justice sur le projet de loi C-14, de 2016, déclarait que le critère de la prévisibilité raisonnable de la mort vise à exiger un lien temporel, mais flexible, entre l'ensemble de la situation médicale de la personne et son décès anticipé, dans un délai assez court.

In his second reading speech in the House of Commons for Bill C-7, the minister stated:

> As enacted by Parliament in 2016, reasonable foreseeability of natural death refers to a death that is expected in the relative near term . . . .

It means that in light of all the circumstances his or her death is expected in a relatively short period of time.

Does Bill C-7 change the time frame of a reasonably foreseeable natural death, and why or why not?

Ms. Klineberg: Thank you for the question. Our view would be that there is not intended to be any change in the definition or the meaning of a reasonably foreseeable natural death. There is a passage in the legislative background for Bill C-7. It's on page 9 of that legislative background, which uses a lot of the same language as you, senator, have mentioned from the original legislative background that RFND requires a temporal but flexible connection and it:

> . . . is not defined by a maximum or minimum prognosis, but it does require a temporal link to death in the sense that the person is approaching the end of their life in the near term.

Our view would be — I believe the minister has confirmed this on a few occasions — that while the role of that criterion is completely changed in the new bill, it's no longer a barrier to access, but as the minister says a doorway to a different pathway of safeguards, its meaning is intended to be the same.

Senator Boniface: Thank you very much for the clarification.

Senator Harder: I understand that the government's position on the exclusion of mental illness has not changed since the Supreme Court ruling in *Ontario (Attorney General) v. G*, which cautions against an undifferentiated treatment of all individuals with mental health illness.

Can you explain how the exclusion of mental illness proposed in this bill differs from the exclusion of mental health illness considered by the Supreme Court in that case, *Ontario (Attorney General) v. G*?

Ms. Klineberg: Thank you for the question. Unfortunately, senator, I am not able to do that. The witnesses you have before you today are experts in the domain of criminal law in this bill in particular. Therefore that is beyond the information I have crammed inside my head for today's meeting.

However, we have materials prepared on that and we can certainly make those available.

Dans son discours à la Chambre des communes à l'étape de la deuxième lecture du projet de loi C-7, le ministre a déclaré :

> Tel que promulgué par le Parlement en 2016, la mort naturelle devient raisonnablement prévisible lorsque l'espérance de vie est relativement courte [...]

Cela signifie que, compte tenu de toutes les circonstances, sa mort est prévue dans un délai relativement court.

Le projet de loi C-7 modifie-t-il le délai d'une mort naturelle raisonnablement prévisible, et pourquoi ou pourquoi pas?

Me Klineberg : Je vous remercie de la question. À notre avis, il n'est pas prévu de modifier la définition ou le sens de mort naturelle raisonnablement prévisible. Il y a un passage dans le contexte législatif du projet de loi C-7. C'est à la page 9 de ce contexte législatif, qui reprend en grande partie ce que vous avez mentionné, sénatrice, au sujet du contexte législatif original, à savoir que la mort naturelle raisonnablement prévisible ou MNRP exige un lien temporel, mais flexible, et qu'elle :

> [...] n'est pas définie par un pronostic maximum ou minimum, mais nécessite un lien temporel avec la mort dans le sens où la personne approche de la fin de sa vie à court terme.

Nous sommes d'avis — et je crois que le ministre l'a confirmé à quelques reprises — que même si le rôle de ce critère est complètement changé dans le nouveau projet de loi, il ne s'agit plus d'un obstacle à l'accès, mais comme le dit le ministre, une porte d'entrée vers une voie différente de mesures de sauvegarde, et son sens doit être le même.

La sénatrice Boniface : Merci beaucoup de cette précision.

Le sénateur Harder : Je crois comprendre que la position du gouvernement sur l'exclusion de la maladie mentale n'a pas changé depuis la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Ontario (Procureur général) c. G*, qui met en garde contre un traitement non différencié de toutes les personnes atteintes de maladie mentale.

Pouvez-vous expliquer en quoi l'exclusion de la maladie mentale proposée dans ce projet de loi diffère de l'exclusion de la maladie mentale envisagée par la Cour suprême dans cette affaire?

Me Klineberg : Je vous remercie de la question. Malheureusement, sénateur, je ne suis pas en mesure de le faire. Les témoins qui comparaissent devant vous aujourd'hui sont des experts du droit pénal dans le contexte de ce projet de loi. Par conséquent, cela va au-delà de l'information que j'ai en tête pour la réunion d'aujourd'hui.

Cependant, nous avons préparé des documents à ce sujet et nous pouvons certainement les mettre à votre disposition.

Senator Harder: I'd be grateful if you did that.

I have a further question, going back to data collection. It is not uncommon in bills such as this to have a hook in the bill with respect to regulatory amendments or regulatory procedures that would allow data to be collected that is relevant for the consideration of the issue that the bill addresses.

Are you saying that you don't have the capacity to collect the data that we assumed with Bill C-14 would be collected and therefore instructive in future consideration of this issue? If not, would the government consider an amendment that would cause such data to be collected through a regulatory framework?

Ms. Klineberg: Again, thank you for that question. I think that is a question better asked of our colleagues from the Department of Health, who we know will be testifying before you tomorrow. The monitoring regime, since the enactment of Bill C-14, is the responsibility of their minister. So they are the public officials who have spent the greatest amount of time with their noses in the regulations and the monitoring regime, and no doubt are turning their mind to how it might be changed once Bill C-7 is adopted. I think they will be able to give you a better answer than we can today, unfortunately.

[*Translation*]

Senator Boisvenu: I don't know who can answer my questions, which will piggyback on Senator Carignan's question, particularly concerning degenerative diseases, Alzheimer's and dementia. People who suffer from dementia in Quebec are now eligible for medical assistance in dying. In an article that appeared in *La Presse* this morning, Véronique Lauzon writes that, every hour, she receives dozens of comments from her readers saying it makes no sense that people suffering from irreversible degenerative diseases aren't entitled to medical assistance in dying via power of attorney. I'm trying to understand why, in dementia cases, for example, those people would simply be eligible for medical assistance in dying whereas those suffering from Alzheimer's would not. These are two irreversible mental illnesses, but one is also a disease that physically attacks the body. Why, as Senator Carignan said, wouldn't this bill be amended to provide exceptions for those two diseases so they can be recognized as degenerative diseases from a psychological and psychiatric standpoint, but also from a physical standpoint?

Ms. Klineberg: Thank you for your question. I think we have to be clear about the eligibility situation under the current act, and under Bill C-7, and on the issue of being able to obtain medical assistance in dying based on a request that was made a very long time ago. Under the present act and the amendments

Le sénateur Harder : Je vous serais reconnaissant de le faire.

J'ai une autre question, qui porte sur la collecte de données. Il n'est pas rare que, dans des projets de loi comme celui-ci, il soit question de modifications réglementaires ou de procédures réglementaires qui permettraient la collecte de données pertinentes pour l'examen de la question visée par le projet de loi.

Êtes-vous en train de dire que vous n'avez pas la capacité de recueillir les données que le projet de loi C-14 devait supposément permettre de recueillir pour éclairer le réexamen de cette question à l'avenir? Sinon, le gouvernement envisagerait-il un amendement qui ferait en sorte que ces données seraient recueillies au moyen d'un cadre réglementaire?

Me Klineberg : Encore une fois, je vous remercie de cette question. Je pense qu'il vaudrait mieux la poser à nos collègues du ministère de la Santé, qui, nous le savons, témoigneront devant vous demain. Le régime de surveillance relève de leur ministre depuis l'adoption du projet de loi C-14. Ce sont donc les fonctionnaires qui ont passé le plus de temps à s'occuper de la réglementation et du régime de surveillance, et il ne fait aucun doute qu'ils se demandent comment cela pourrait être changé une fois que le projet de loi C-7 sera adopté. Je pense qu'ils seront en mesure de vous donner une meilleure réponse que nous ne pouvons le faire aujourd'hui, malheureusement.

[*Français*]

Le sénateur Boisvenu : Je ne sais pas qui peut répondre à mes questions, qui font suite à la question du sénateur Carignan, touchant particulièrement les maladies dégénératives, l'alzheimer et la démence. Au Québec, les gens qui souffrent de démence peuvent actuellement être admissibles à l'aide médicale à mourir. Ce matin, il y avait un article dans *La Presse* écrit par Mme Véronique Lauzon; elle constate que chaque heure, elle reçoit des dizaines de témoignages de ses lecteurs qui disent que cela n'a aucun sens que ceux qui souffrent de maladie dégénérative irréversible ne peuvent pas avoir le droit à l'aide médicale à mourir par procuration. J'essaie de comprendre pourquoi dans un cas comme la démence, ces gens seraient admis simplement à l'aide médicale à mourir alors que ceux qui souffrent d'alzheimer ne le seraient pas. C'est pourtant deux maladies irréversibles sur le plan de la maladie mentale, mais c'est aussi une maladie qui atteint physiquement le corps. Pourquoi, comme le sénateur Carignan le disait, il n'y aurait pas dans ce projet de loi un amendement qui viendrait faire des exceptions par rapport à ces deux maladies, afin qu'elles soient reconnues non seulement comme une maladie dégénérative sur le plan psychologique ou psychiatrique, mais aussi physiquement?

Me Klineberg : Merci pour la question. Je pense qu'il faut être clair sur la situation d'admissibilité en vertu de la loi actuelle et du projet de loi C-7, puis la question de pouvoir obtenir l'aide médicale à mourir en fonction d'une demande qui a été faite il y a très longtemps. En vertu de la loi actuelle et des

provided for in the bill, there are no exclusions for neurodegenerative conditions. The background document is an attempt to clarify the fact that “mental illness” does not include neurodegenerative diseases. Consequently, the intent is not that they should be excluded under the mental illness exclusion. They are not excluded by other provisions in the act or in the bill. As a result, individuals suffering from Alzheimer’s, for example, are eligible if they meet all eligibility criteria and if all safeguards are complied with. If my understanding is correct, the term “by proxy” means that someone else gives consent for the person seeking medical assistance in dying, and that’s something beyond the scope of the present act and Bill C-7.

amendements dans le projet de loi, il n’y a pas d’exclusions pour les affections neurodégénératives. Le document du contexte tente de clarifier que « maladie mentale » ne comprend pas les maladies neurodégénératives. Donc ce n’est pas l’intention qu’elles soient exclues par l’exclusion pour les maladies mentales. Elles ne sont exclues ni par d’autres dispositions dans la loi ni le projet de loi. Donc, les personnes sont admissibles si elles souffrent d’alzheimer, par exemple, si elles répondent à tous les critères d’admissibilité et si toutes les mesures de sauvegarde sont satisfaites. Si je comprends bien, « par procuration » veut dire qu’il y a quelqu’un d’autre qui donne le consentement pour la personne qui désire l’aide médicale à mourir, et c’est quelque chose qui est à l’extérieur de la loi actuelle et à l’extérieur du projet de loi C-7.

The provision of medical assistance in dying to someone who is incapable of giving consent, but who drafted a document a very long time ago based on a diagnosis, not on intolerable suffering because it was not present at that time, falls completely outside the amendment for cases such as that of Audrey Parker, for example. It will require much more discussion as to what the safeguards should be because safeguards must be in place during the period of time when the person drafts the request, in addition to the other safeguards that must be in place when the medical assistance in dying in question is provided to that person. So this is a much more complicated situation than the one addressed by the bill and, as the minister mentioned several times —

Fournir l’aide médicale à mourir à quelqu’un qui ne peut pas consentir, mais qui a écrit un document il y a très longtemps, basé sur un diagnostic, mais pas sur les souffrances intolérables parce qu’elles ne sont pas présentes à ce moment est une question vraiment différente de l’amendement pour les cas comme Audrey Parker, par exemple. Cela prend beaucoup plus de discussions par rapport à ce que devraient être les mesures de sauvegarde parce qu’il faut des mesures dans la période de temps où la personne écrit sa demande, en plus des autres mesures de sauvegarde dans la période de temps où l’aide médicale à mourir serait fournie à cette personne. Donc, c’est une situation beaucoup plus compliquée que celle abordée par le projet de loi, et comme le ministre l’a mentionné à plusieurs reprises...

Senator Boisvenu: I understand. The minister told us this morning that accessing MAID via power of attorney, or proxy, was a no.

Le sénateur Boisvenu : Je comprends, le ministre nous a dit ce matin que par procuration, c’était non.

However, under Bill C-7, would people suffering from dementia in Quebec, who are currently eligible under Quebec legislation on medical assistance in dying, no longer be eligible for medical assistance in dying?

Cependant, est-ce que les gens qui souffrent de démence, qui sont actuellement admissibles au Québec à la loi québécoise sur l’aide médicale à mourir, est-ce que les gens qui souffrent de démence, avec le projet de loi C-7, ne seront plus admissibles à l’aide médicale à mourir?

Ms. Klineberg: Based on the intent behind the mental illness exclusion, they are not excluded. If the dementia is related to a neurodegenerative condition, there is no provision for that under the mental illness exclusion.

Me Klineberg : D’après l’intention par rapport à l’exclusion pour la maladie mentale, ils ne sont pas exclus. Si la démence est liée à une condition neurodégénérative, ce n’est pas prévu par l’exclusion pour les maladies mentales.

Senator Boisvenu: So it’s a step backward for Quebec?

Le sénateur Boisvenu : Donc, pour le Québec, c’est un recul?

Ms. Klineberg: No, those persons will still be eligible.

Me Klineberg : Non, ces personnes seront toujours admissibles.

Senator Boisvenu: It’s a very thin line when it comes to diagnosing whether it’s dementia or Alzheimer’s disease. The two are often confused. So why not put both in the same inclusion rather than exclude Alzheimer’s and include dementia? I’m trying to understand the logic.

Le sénateur Boisvenu : En matière de diagnostic de démence ou de la maladie d’Alzheimer, la ligne est très mince. Souvent, on va confondre l’une et l’autre. Alors, pourquoi ne pas inclure les deux dans la même inclusion plutôt que d’exclure l’alzheimer et d’inclure la démence? J’essaie de comprendre la logique.

Ms. Klineberg: I may not be qualified to answer you because I lack medical understanding, but, from what I understand, the only mental illnesses that will be excluded are those that are treated by psychiatrists. Dementia is associated with a neurodegenerative condition, a physical condition affecting the brain, and is therefore not excluded. They may give consent if they have made a voluntary request. They are not excluded under Bill C-7.

Me Klineberg : Je ne suis peut-être pas bien placée pour vous répondre parce que j'ai un manque de compréhension médicale, mais de ce que je comprends, c'est seulement les maladies mentales traitées par des psychiatres qui seront exclues. La démence est associée à une condition neurodégénérative, donc une condition physique qui affecte le cerveau, ce n'est pas exclu. S'ils font leur demande volontaire, ils peuvent donner le consentement. Ils ne sont pas exclus en vertu du projet de loi C-7.

Senator Boisvenu: That's really not clear. Thank you.

Le sénateur Boisvenu : Ce n'est vraiment pas clair. Merci.

Senator Dupuis: My question is for the Department of Justice representatives. I'll let them decide who will answer.

La sénatrice Dupuis : Ma question s'adresse aux représentants du ministère de la Justice, je vais leur laisser choisir qui répondra.

Under the safeguards, for persons whose death is not foreseeable, as opposed to safeguards that are relaxed for persons whose death is foreseeable, more particularly under new subsection 3.1 of Bill C-7, what in all the paragraphs from (e) to (h) applies? We're trying to understand. Since you had to work with the *Truchon* decision, what applies for someone from Quebec today whose death is not foreseeable, considering what that person obtained under *Truchon* compared to what is provided for in Bill C-7, and how is that different from what those people whose death is foreseeable would get under Bill C-7? First of all, the *Truchon* decision relative to Bill C-7 for someone whose death is not foreseeable.

Dans les mesures de sauvegarde, pour les personnes dont la mort n'est pas prévisible, par opposition aux mesures de sauvegarde qui sont allégées pour les personnes dont la mort est prévisible, plus particulièrement dans le paragraphe 3.1 du projet de loi C-7, tout ce qui est à partir de l'alinéa e) jusqu'à h), qu'est-ce qui s'applique? On essaie de comprendre. Vous avez eu à travailler avec la décision *Truchon*, alors qu'est-ce qui s'applique pour une personne du Québec aujourd'hui et dont la mort n'est pas prévisible et entre ce qu'elle a obtenu en vertu de *Truchon* par rapport à ce qui est prévu dans le projet de loi C-7, et en quoi cela est différent de ceux dont la mort est prévisible dans le projet de loi C-7? D'abord, la décision *Truchon* par rapport au projet de loi C-7 pour la mort non prévisible.

Ms. Klineberg: Pardon me, but I didn't understand the question. I heard everything you said, but not the question.

Me Klineberg : Je m'excuse, je n'ai pas compris la question, j'ai entendu tout ce que vous avez dit, mais pas la question.

Senator Dupuis: I'm a person in Quebec, and my death is not foreseeable. I meet all the Criminal Code criteria to be able to request medical assistance in dying, except that my death is not foreseeable. In principle, the *Truchon* decision has consequences for my situation in Quebec. What is the difference between that consequence and the consequence resulting from the safeguards provided for under Bill C-7 for someone whose death is not foreseeable?

La sénatrice Dupuis : Je suis une personne au Québec, ma mort n'est pas prévisible. Je corresponds à tous les critères du Code criminel pour pouvoir demander l'aide médicale à mourir sauf que ma mort n'est pas prévisible. En principe, la décision *Truchon* a des conséquences sur ma situation au Québec. Quelle est la différence entre cette conséquence et celle introduite par les mesures de sauvegarde prévues dans le projet de loi C-7 pour quelqu'un dont la mort n'est pas prévisible?

Ms. Klineberg: If I correctly understand the question, in *Truchon*, the eligibility criterion of reasonably foreseeable natural death was ruled unconstitutional, but a description of what the safeguards might be was not in issue before the court, even though the judge noted that she did not see any need to establish new safeguards. The onus is on Parliament to establish new safeguards.

Me Klineberg : Si je comprends bien la question, l'arrêt *Truchon* a eu pour effet de rendre le critère d'admissibilité de mort naturelle raisonnablement prévisible inconstitutionnel, mais ce n'était pas une question devant le tribunal de décrire ce que seraient les mesures de sauvegarde, même si Mme la juge a mentionné qu'elle ne pensait pas qu'on avait besoin de créer de nouvelles mesures de sauvegarde, c'est au Parlement de créer de nouvelles mesures de sauvegarde.

Senator Dupuis: Pardon me for interrupting. If I understand your answer, the decision in *Truchon* was clear: even if your death wasn't foreseeable, you had the option of requesting medical assistance in dying. The end-of-life or foreseeable death requirement was removed. Now, under Bill C-7, the same person whose death is not foreseeable, but who meets all the criteria, is

La sénatrice Dupuis : Excusez-moi de vous interrompre. Si je comprends votre réponse, avec la décision *Truchon*, la décision était claire, à savoir que même si votre mort n'était pas prévisible, vous aviez la possibilité d'avoir recours à l'aide médicale à mourir. On avait enlevé l'exigence de fin de vie ou de mort prévisible. Maintenant, avec le projet de loi C-7, la même

suffering irremediably, and his decline is irreversible. What is the difference between what you call safeguards — which are ultimately barriers to medical assistance in dying — in this case and those that would apply if his death were foreseeable?

Ms. Klineberg: Ah, now I understand. Thank you.

The difference is that, in the case of persons whose death is reasonably foreseeable, suffering is mainly related to the fact that the person is dying. Safeguards are established to address the risks because there are risks inherent in medical assistance in dying in all cases, and they will be reduced under this bill. The risks are different in the case of individuals who will survive for a period of time, perhaps for years, 10 or 20 years. There is a risk of misdiagnosis or failure to find an alternative that might relieve that person's suffering. The risks associated with medical assistance in dying in the case of a person who is not near death are different and greater, and, because of that, the safeguards proposed in Bill C-7 are there so that practitioners can take their time and use their expertise to ensure that all aspects of the request have been examined and that all other options have been identified so they can be offered to the patient. So it's really to confirm the person's decision to choose medical assistance in dying.

Senator Dupuis: Thank you. Earlier you mentioned the poor quality of data used to conduct the gender-based comparative analysis plus. I found the answer a bit disturbing in that Justice is ultimately responsible for analyzing consistency with the Charter.

If I correctly understand the answer we received, you feel that the data are not good and that you can't do any better than what you're doing now. When will Justice Canada clearly inform whoever does statistics in Canada, whether it be Statistics Canada, the Department of Health or whatever, that you need those data in order to conduct a genuine study, a genuine analysis, and to determine to what extent communities or social groups are more affected by statutory measures. Justice Canada is responsible for determining the data you need.

You understand that the Charter was drafted in 1982. That was a few decades ago. However, if Justice Canada never states the exact data it needs to conduct these analyses, we will always get the same answer: we don't have the data we need; we have to request them from Health Canada.

personne dont la mort n'est pas prévisible, mais qui répond à tous les critères : ses souffrances sont irrémédiables, son déclin est irréversible, quelle est la différence entre ce que vous appelez des sauvegardes — qui sont dans le fond des obstacles à obtenir l'aide médicale à mourir — par rapport à si la mort était prévisible?

Me Klineberg : Ah, je comprends maintenant, merci.

La différence est que dans le cas des personnes pour lesquelles la mort est raisonnablement prévisible, la souffrance est principalement liée au fait que la personne est en train de mourir. Les mesures de sauvegarde sont créées pour faire face aux risques parce qu'il y a des risques inhérents à l'aide médicale à mourir dans tous les cas, et on va les réduire dans le projet de loi. Lorsqu'on parle des personnes qui vont survivre pendant une période, ça peut être durant des années, 10 ans ou 20 ans, les risques sont différents; il y a un risque d'erreur dans le diagnostic ou qu'on omette de trouver une alternative qui pourrait réduire la souffrance de cette personne. Les risques associés à l'aide médicale à mourir dans le contexte d'une personne qui n'est pas proche de la mort sont différents et plus élevés et à cause de cela, les mesures de sauvegarde proposées par le projet de loi C-7 sont là pour que les praticiens prennent leur temps et utilisent leur expertise pour s'assurer que toutes les dimensions de la demande ont été examinées et qu'on a cherché toutes les autres options pour les offrir au patient. Donc, c'est vraiment pour confirmer la décision de la personne de choisir l'aide médicale à mourir.

La sénatrice Dupuis : Merci. Tout à l'heure, vous avez parlé de la faible quantité de données utilisées pour réaliser l'analyse comparative entre les sexes plus. Je trouvais la réponse un peu inquiétante, dans le sens où, dans le fond, l'analyse de compatibilité avec la Charte, c'est la justice qui en a la responsabilité.

Si je comprends bien la réponse qu'on a reçue, c'est que comme vous estimez que les données ne sont pas bonnes, vous ne pouvez pas faire mieux que ce que vous faites. Quand est-ce que Justice Canada va exprimer clairement à quiconque fait des statistiques au Canada, que ce soit Statistique Canada, le ministère de la Santé, ou peu importe, que pour réaliser une véritable étude, une véritable analyse et voir dans quelles mesures il y a des communautés ou des groupes sociaux qui sont plus affectés par les mesures législatives, vous avez besoin de ces données-là? C'est à Justice Canada que revient la responsabilité de délimiter quelles sont les données dont vous avez besoin.

Vous comprenez que la Charte a été rédigée en 1982. Ça fait quelques décennies maintenant. Mais si Justice Canada ne finit jamais par énoncer quelles sont les données précises dont elle a besoin pour mener à bien ces analyses, on va toujours se faire répondre : on n'a pas les données qu'il faut, il faut les demander à Santé Canada.

I don't consider that a very convincing answer.

[*English*]

Senator Griffin: Thank you. I also have no questions. The territory has been plowed.

Senator Batters: I have a few more questions on this. Regarding the role of witnesses, when Minister Hajdu testified at our pre-study — she was talking about the role of witnesses — and she said the only role of a witness for a MAID request is to confirm the identity of the person signing and dating the request for MAID. And then she said that witnesses play no role in determining whether someone is eligible for MAID or whether their decision is voluntary and informed.

Given what she described there, is that correct? Does the Justice Department view that as the only role of a witness for a MAID request? If so, then why did the government draft Bill C-14 and Bill C-7 with only this minimal role prescribed for a witness?

Ms. Klineberg: Thank you for the question, senator. Our view would be that the role of the witness to the written request is both to confirm that the person signing the request is the person the request is about and to confirm that that person understands what it is they are signing and is signing it voluntarily.

Senator Batters: I think you had better let your Minister of Health know that's part of it, because that's what I thought it probably was.

Another question: Is it correct to say that the new requirement in the second track, which is that there isn't a reasonably foreseeable death, is that:

> . . . the person and practitioners would have to agree that reasonable and available means of alleviating the person's suffering had been discussed and seriously considered before MAID could be provided?

Is it correct that is only for the second track, no reasonably foreseeable death, and it's not required in the first track?

Ms. Klineberg: Thank you for the question. That's a bit of a subtle question. What I will say is that in both tracks there is a requirement on the part of the two practitioners to ensure that the person gives informed consent to MAID. That's in both tracks.

Informed consent is a concept that's central to the practice of medicine. As a general matter, it involves the requirement that the person obviously has decision-making capacity and that they

Ça ne me semble pas convaincant comme réponse.

[*Traduction*]

La sénatrice Griffin : Merci. Je n'ai pas non plus de questions. Tout a été dit.

La sénatrice Batters : J'ai quelques autres questions à ce sujet. En ce qui concerne le rôle des témoins, lorsque la ministre Hajdu a témoigné dans le cadre de notre étude préalable — elle parlait du rôle des témoins —, elle a dit que le seul rôle d'un témoin dans le cadre d'une demande d'AMM est de confirmer l'identité de la personne qui signe et qui date la demande d'AMM. Ensuite, elle a dit que les témoins ne jouent aucun rôle pour ce qui est de déterminer si une personne est admissible à l'aide médicale à mourir ou si sa décision est volontaire et éclairée.

Compte tenu de ce qu'elle a décrit, est-ce exact? Le ministère de la Justice considère-t-il que c'est le seul rôle d'un témoin pour une demande d'AMM? Dans l'affirmative, pourquoi le gouvernement a-t-il rédigé les projets de loi C-14 et C-7 en ne prévoyant qu'un rôle minimal pour le témoin?

Me Klineberg : Je vous remercie de votre question, sénatrice. À notre avis, le rôle du témoin de la demande écrite est à la fois de confirmer que la personne qui signe la demande est bien la personne visée par la demande et de confirmer que cette personne comprend ce qu'elle signe et qu'elle signe volontairement.

La sénatrice Batters : Je pense que vous devriez dire à votre ministre de la Santé que cela en fait partie, car je pensais bien que c'était probablement le cas.

Autre question : peut-on dire que la nouvelle exigence pour la deuxième voie, quand la mort n'est pas raisonnablement prévisible, est que :

> [...] la personne et les praticiens conviennent que les moyens raisonnables et disponibles pour soulager les souffrances de la personne ont été discutés avec cette dernière et ont été sérieusement envisagés avant que l'aide médicale à mourir ne soit fournie?

Est-il exact que c'est seulement pour la deuxième voie, quand la mort n'est pas raisonnablement prévisible, et que ce n'est pas nécessaire pour la première voie?

Me Klineberg : Je vous remercie de la question. C'est une question un peu subtile. Je dirais que, dans les deux cas, les deux praticiens doivent s'assurer que la personne donne son consentement éclairé à l'aide médicale à mourir. Cela s'applique aux deux voies.

Le consentement éclairé est un concept essentiel à la pratique de la médecine. De façon générale, il s'agit d'exiger que la personne ait manifestement la capacité de prendre des décisions

are informed of all of the options that might be reasonable given their situation, in addition to the option that they're planning to choose.

There is already something about ensuring that the person is made aware of alternatives and has the capacity to understand them that is part of informed consent in both tracks, but in the second track of safeguards —

Senator Batters: That goes further, right?

Ms. Klineberg: We have characterized it as a clarification of the requirement of informed consent. What Bill C-7 does is it explicitly addresses certain matters in more detail for Criminal Code purposes for this track because of the heightened importance that they take in that particular context.

Senator Batters: This is my last question. In Bill C-14, there was part of the amendment that was passed by the Senate — I believe it was Senator Plett's amendment that was not accepted by the government — forbidding a person who is actually administering the assisted suicide from being a beneficiary of that person's estate. That part was not accepted by the government as an amendment, so it's not part of Bill C-14. I'm wondering if you can tell me how many assisted suicide cases in the last four years in Canada have occurred with that scenario occurring? Does the government keep track of those types of statistics about who is administering the assisted suicide — those types of things — so they would know if that amendment, that was not accepted by the government, would actually be helpful in providing proper protection for vulnerable people?

Ms. Klineberg: Thank you for the question. I wouldn't say I'm confident. I don't know if that information is collected through the current monitoring regulations and that is certainly a question that our colleagues from Health Canada would be able to answer for you tomorrow. In terms of how many cases there have been where that has happened, unfortunately, I don't have that information for you today.

Senator Batters: You would agree, though, that it would be helpful to know if that was becoming a potential concern because there were some people who were benefiting from estates and administering assisted suicide on behalf of vulnerable persons?

Ms. Klineberg: I would imagine a situation like that to be quite rare, but I would just be making an assumption.

Senator Batters: I would hope so, but we need that data. Thank you.

et qu'elle soit informée de toutes les options qui pourraient être raisonnables compte tenu de sa situation, en plus de l'option qu'elle prévoit choisir.

Il y a déjà quelque chose pour s'assurer que la personne est au courant des solutions de rechange et qu'elle a la capacité de les comprendre qui fait partie du consentement éclairé dans les deux cas, mais dans le deuxième volet des mesures de sauvegarde...

La sénatrice Batters : Cela va plus loin, n'est-ce pas?

Me Klineberg : Nous avons dit qu'il s'agissait d'une clarification de l'exigence du consentement éclairé. Ce que le projet de loi C-7 fait, c'est qu'il traite explicitement de certaines questions plus en détail aux fins du Code criminel pour cette voie en raison de l'importance accrue qu'elles prennent dans ce contexte particulier.

La sénatrice Batters : C'est ma dernière question. Dans le projet de loi C-14, une partie de l'amendement adopté par le Sénat — je crois que c'est l'amendement du sénateur Plett qui n'a pas été accepté par le gouvernement — interdisait à une personne qui administre le suicide assisté d'être bénéficiaire de la succession de cette personne. Le gouvernement n'a pas accepté cet amendement et cela ne fait pas partie du projet de loi C-14. Je me demande si vous pourriez me dire combien de cas d'aide au suicide se sont produits dans le cadre de ce scénario au cours des quatre dernières années au Canada? Le gouvernement tient-il un registre de ces statistiques sur les personnes qui administrent l'aide au suicide — ce genre de choses — afin de savoir si cet amendement, qui n'a pas été accepté par le gouvernement, serait vraiment utile pour assurer une protection adéquate aux personnes vulnérables?

Me Klineberg : Je vous remercie de la question. Je ne suis pas sûre de pouvoir vous répondre. Je ne sais pas si cette information est recueillie dans le cadre des règlements de surveillance actuels, et c'est certainement une question à laquelle nos collègues de Santé Canada pourront répondre pour vous demain. Pour ce qui est du nombre de cas où cela s'est produit, malheureusement, je ne peux pas vous fournir ce renseignement aujourd'hui.

La sénatrice Batters : Êtes-vous d'accord toutefois pour dire qu'il serait utile de savoir si cela commence à devenir un problème et si des bénéficiaires de succession s'occupent du suicide assisté de personnes vulnérables?

Me Klineberg : J'imagine qu'une telle situation doit être assez rare, mais je ne fais qu'émettre une hypothèse.

La sénatrice Batters : Je l'espère, mais nous avons besoin de ces données. Merci.

[*Translation*]

Senator Miville-Dechêne: I have a clarification question for the speakers who answered Senator Dupuis' question.

In discussing suffering, you drew a distinction between individuals approaching the end of their lives whose death is foreseeable and those whose death is not foreseeable. You said, and I quote, "As far as suffering goes, the person who is dying, that's suffering."

So if my understanding is correct, I want to be sure I clearly understand because I obviously want to point out that we are all opposed to intolerable suffering and that it must be reduced and eliminated, but, in this case, you're saying that the mere fact of being near death constitutes suffering, suffering that need not be persistent and intolerable but that is suffering in itself and that meets the Criminal Code criterion for granting medical assistance in dying.

Ms. Klineberg: Thank you. If that's what I said, then I misspoke. I didn't intend to say that the mere fact of approaching death causes suffering. What I meant instead is that, in cases where natural death is reasonably foreseeable, the suffering of individuals seeking medical assistance in dying is probably related more to the conditions of their dying process. So it's the manner in which their condition causes their death that causes their suffering, pain and the feeling that one no longer has the dignity of things.

They are therefore seeking medical assistance in dying so they can have a peaceful death process instead of a painful one.

That's what I intended to say. In this context, medical assistance in dying is provided as a way to offer a peaceful death. However, in cases where death is not foreseeable in the short term, the factors causing suffering are probably more related to a person's living conditions. Suffering associated with one's medical condition combines with suffering that could be caused by unemployment or marital problems, for example. These are all living conditions that may contribute to the person's overall pain. That is why the bill requires that practitioners take more time with these cases to explore thoroughly what forms the basis of the person's suffering. For example, if psychosocial issues are the cause, you try to remedy them in other ways.

Senator Miville-Dechêne: Thank you for that clarification.

Senator Petitclerc: I would like some clarification following the question from Senator Dupuis, who correctly noted that Judge Baudouin did not prescribe specific safeguards in her judgment. I'd like to hear you address that subject because it's clearly this government's choice to go ahead with safeguards to

[*Français*]

La sénatrice Miville-Dechêne : J'aurais une question de précision pour les intervenants qui ont répondu à la question de la sénatrice Dupuis.

Vous avez fait la différence entre les personnes en fin de vie dont la mort est prévisible et celles dont la mort n'est pas prévisible, en parlant de la souffrance. Vous avez dit, je vous cite : « Pour ce qui est de la souffrance, la personne qui est en train de mourir, c'est une souffrance. »

Donc, si je comprends bien, et je veux être certaine de bien comprendre parce que, évidemment, je précise que nous sommes tous contre les souffrances intolérables et qu'il faut les diminuer et les éliminer, mais dans ce cas-ci, vous dites que le seul fait d'être proche de la mort est une souffrance, souffrance qui n'a pas besoin d'être persistante et intolérable, mais qui est une souffrance en soi, qui remplit le critère du Code criminel pour accorder l'aide médicale à mourir.

Me Klineberg : Merci. Si c'est ce que j'ai dit, je me suis mal exprimée. Je n'avais pas l'intention de dire que le seul fait d'approcher de la mort crée de la souffrance. Ce que je voulais plutôt dire c'est que dans le cas où la mort naturelle est raisonnablement prévisible, les souffrances des personnes qui cherchent à recevoir l'aide médicale à mourir sont probablement plutôt liées aux conditions de leur processus de mort. Donc, c'est la manière dont leur condition cause leur mort qui cause leurs souffrances, la douleur, sentir qu'on a plus la dignité des choses.

Ils cherchent donc à recevoir l'aide médicale à mourir afin d'avoir un processus de mort paisible au lieu d'un processus de mort pénible.

C'est ce que j'avais l'intention de dire. Dans ce contexte, l'aide médicale à mourir est prévue comme une manière d'offrir une mort paisible. Par contre, dans les cas où la mort n'est pas prévisible à court terme, les facteurs qui créent la souffrance sont probablement plus liés aux conditions de vie de la personne. Les souffrances qui sont liées à la condition médicale sont jumelées avec la souffrance qui pourrait être causée par le manque d'emploi ou par des problèmes conjugaux, par exemple. Ce sont toutes des conditions de vie qui peuvent contribuer à la douleur totale de la personne. C'est pour cette raison que le projet de loi exige que les praticiens prennent plus de temps avec ces cas-là afin de bien explorer ce qui est à la base de la souffrance de la personne. Par exemple, s'il s'agit de questions psychosociales, on essaie d'y remédier d'autres manières.

La sénatrice Miville-Dechêne : Merci de cette clarification.

La sénatrice Petitclerc : J'aimerais avoir une précision suivant la question de la sénatrice Dupuis qui mentionnait, avec raison, que la juge Baudouin, dans sa décision, ne prescrivait pas de mesures de sauvegarde spécifiques. J'aimerais vous entendre à ce sujet parce que manifestement c'est un choix de ce

add a degree of protection following the consultations. Can you explain the process that led to those safeguards and the reasoning behind it?

Ms. Klineberg: First of all, there was a reading of the judge's decision in *Truchon*. Public consultations were conducted, together with round tables with experts and readings of numerous documents, including the reports of the Council of Canadian Academies. Throughout the process, the minister stated that it was worthwhile to establish specific safeguards in a different context. The government therefore decided that the proximity of death should no longer be a barrier to medical assistance in dying. The two scenarios represent different decisions. As I just explained, authorizing medical assistance in dying to allow a person to die peacefully when death is inevitable is something different from enabling someone who is not near death to determine whether his or her suffering is intolerable based on differences in the situations and in the responses of practitioners. In a broader context, some physicians have more concerns about medical assistance in dying. Other groups representing persons with disabilities and other groups in society have different concerns. That is why the minister decided to choose the two paths with different safeguards. It's not the fact that they are stricter — they aren't barriers — but those safeguards bring more clarification to the process that should be followed by the practitioners who consider the request of a person who is not dying in order to ensure they attempt to determine whether something else can be offered before the person chooses to die. All these measures are intended to offer options and alternatives to medical assistance in dying. All this requires time and expertise to assess the medical condition and suffering of others. Specific explanations will have to be provided during the discussions that take place.

Senator Petitclerc: Thank you very much.

[*English*]

The Chair: I want to remind senators to let the clerk know if you do not have a question if you're a committee member. If you are not a committee member, then let the clerk know.

[*Translation*]

Senators, we are doing things a bit differently with the panels. The panels will be two hours long. The witnesses will have seven minutes, and the senators will have five minutes to ask questions.

gouvernement d'y aller avec ces mesures de sauvegarde pour ajouter une certaine protection et suivant les consultations. Pouvez-vous expliquer le processus qui a mené à ces mesures de sauvegarde et le raisonnement qui se trouve derrière celui-ci?

Me Klineberg : Tout d'abord, il y a eu une lecture de la décision de Mme la juge dans l'affaire *Truchon*. Des consultations publiques, des tables rondes avec des experts et de nombreuses lectures, dont les rapports du Conseil des académies canadiennes, ont eu lieu. Pendant tout le processus, le ministre a affirmé qu'il vaudrait la peine de créer des mesures de sauvegarde spécifiques dans un contexte différent. Donc, le gouvernement a décidé que la proximité de la mort ne devrait plus être un obstacle à l'aide médicale à mourir. Les deux scénarios représentent des décisions différentes. Comme je viens de l'expliquer, le fait d'autoriser l'aide médicale à mourir afin de permettre à une personne de mourir paisiblement quand la mort est inévitable est une chose différente que de permettre à quelqu'un qui n'est pas près de la mort de déterminer si ses souffrances sont intolérables en raison des différences dans les situations et dans les réponses des praticiens. Dans un contexte plus large, certains médecins ont plus de préoccupations en ce qui concerne l'aide médicale à mourir. Certains groupes qui représentent les personnes handicapées et d'autres groupes dans la société ont des préoccupations différentes. C'est pourquoi le ministre a décidé de choisir les deux voies avec des mesures de sauvegarde différentes. Ce n'est pas le fait qu'elles sont plus strictes — ce ne sont pas des obstacles —, mais ces mesures apportent des précisions sur le processus que devraient suivre les praticiens qui tiennent compte de la demande d'une personne qui n'est pas en train de mourir afin de s'assurer qu'on cherche à trouver s'il y a autre chose qu'on peut offrir avant de choisir de mourir. Toutes ces mesures visent à offrir des options et des solutions de rechange à l'aide médicale à mourir. Tout cela demande du temps et nécessite une expertise pour évaluer la condition médicale et la souffrance d'autrui. Il faudra apporter des explications précises lors des discussions qui se tiendront.

La sénatrice Petitclerc : Merci beaucoup.

[*Traduction*]

La présidente : Je rappelle aux sénateurs qui sont membres du comité d'informer le greffier s'ils n'ont pas de questions à poser. Si vous n'êtes pas membre du comité, faites-le savoir au greffier.

[*Français*]

Sénateurs, nous faisons les choses un peu différemment avec les panels. Les panels seront d'une durée de deux heures. Les témoins auront sept minutes et les sénateurs auront cinq minutes pour poser des questions.

[*English*]

Senators, you will have five minutes for your questions.

We are joined today by our former colleague, Senator Joyal, who needs no introductions.

[*Translation*]

Welcome to the Honourable Serge Joyal. We are very happy to have you with us today.

[*English*]

Also, we are joined by Marie-Claude Landry, Chief Commissioner of the Canadian Human Rights Commission. She's joined by Marcella Daye, Senior Policy Advisor and Sheila Osborne-Brown, Acting General Counsel and Director of Legal Services.

[*Translation*]

We also have Patrick Taillon, Associate Professor in the Faculty of Law at Laval University. He is a constitutional law expert who has worked on medical assistance in dying for years. He is also a regular member of the Centre de recherche interdisciplinaire sur la diversité et la démocratie (CRIDAQ).

[*English*]

We also have A. Wayne MacKay; he's a Professor Emeritus of Law, Schulich School of Law, Dalhousie University. Professor MacKay is a nationally recognized teacher and scholar, and an accomplished author in the areas of constitutional law, the Charter of Rights, human rights, privacy law and educational law.

We have Colleen Sheppard, Professor of Law at the Faculty of Law, McGill University. She recently completed a term as director of McGill Centre for Human Rights and Legal Pluralism. We have Elizabeth Sheehy, Professor Emerita of Law, Faculty of Law, University of Ottawa, and researcher of issues of inequality and criminal law, and domestic violence.

Senators, later we will have Mr. Gerard Quinn, United Nations Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities. Mr. Quinn was appointed the UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities by the Human Rights Council at its 45th session in October 2020.

Senators, we are ready to proceed, and we will proceed with Senator Joyal. Senator Joyal and all the panellists, I remind you, you have seven minutes.

[*Traduction*]

Mesdames et messieurs les sénateurs, vous disposez de cinq minutes pour poser vos questions.

Nous accueillons aujourd'hui notre ancien collègue, le sénateur Joyal, qui n'a pas besoin de plus de présentation.

[*Français*]

Bienvenue à l'honorable Serge Joyal, nous sommes heureux que vous soyez parmi nous aujourd'hui.

[*Traduction*]

Nous accueillons également Marie-Claude Landry, présidente de la Commission canadienne des droits de la personne. Elle est accompagnée de Marcella Daye, conseillère principale en matière de politiques, et de Sheila Osborne-Brown, avocate générale et directrice des services juridiques par intérim.

[*Français*]

Nous avons aussi M. Patrick Taillon, professeur titulaire de la Faculté de droit de l'Université Laval. Il est un expert en droit constitutionnel qui a travaillé pendant des années sur l'aide médicale à mourir. Il est aussi membre régulier du Centre de recherche interdisciplinaire sur la diversité et la démocratie (CRIDAQ).

[*Traduction*]

Nous recevons également A. Wayne MacKay, professeur émérite de droit à la Schulich School of Law de l'Université Dalhousie. M. MacKay est un enseignant et un universitaire reconnu à l'échelle nationale, de même qu'un auteur accompli dans les domaines du droit constitutionnel, de la Charte des droits, des droits de la personne, du droit de la protection des renseignements personnels et du droit de l'éducation.

Nous accueillons Colleen Sheppard, professeure de droit à la Faculté de droit de l'Université McGill. Elle a récemment terminé un mandat à titre de directrice du Centre pour les droits de la personne et le pluralisme juridique de McGill. Nous recevons également Elizabeth Sheehy, professeure émérite de droit à la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa et chercheuse sur les questions d'inégalité et de droit pénal, ainsi que de violence familiale.

Mesdames et messieurs les sénateurs, nous entendrons plus tard M. Gerard Quinn, rapporteur spécial des Nations unies sur les droits des personnes handicapées. M. Quinn a été nommé à ce poste par le Conseil des droits de l'homme des Nations unies à sa 45e session, en octobre 2020.

Honorables sénateurs, nous sommes prêts à commencer. Le sénateur Joyal a la parole. Je rappelle au sénateur Joyal et à tous les témoins qu'ils disposent de sept minutes.

Senator Joyal, the floor is yours.

[*Translation*]

Hon. Serge Joyal, P.C., former senator, as an individual: I would like to thank the honourable senators, of course, for allowing me to speak to you today, for a very simple reason. I read Bill C-7 since, as you know, I had a particular interest in Bill C-14, the predecessor of this bill, which was obviously a response to the Supreme Court of Canada's 2015 judgment in *Carter*, the decision that established the right of access to medical assistance in dying subject to four specific conditions.

As you may remember, Bill C-14 imposed or added the reasonably foreseeable death condition, and I had argued before the Senate, as did other senators who are still members of this committee, that this criterion had not been included in the Supreme Court's *Carter* decision and that it was therefore discriminatory and contrary to sections 7 and 15 of the Charter.

You will also remember that the Senate amended the original bill by a majority, and the House of Commons subsequently rejected that amendment. In an attempt to resolve the impasse, I also proposed that the government refer the matter regarding that particular criterion to the Supreme Court so that persons concerned by the criterion would not have to challenge Bill C-14.

The *Truchon* judgment, with which everyone around the table is familiar, was rendered, ruling in effect that the "reasonably foreseeable death" criterion violated the Charter. Now we find ourselves with another bill, Bill C-7, which gives effect to the *Truchon* decision and adds certain elements to the procedure for access to MAID, but this bill contains a provision that, in my view, stigmatizes and discriminates against persons suffering from mental illness, subsection (2.1), with which you are obviously very familiar, and I quote:

> For the purposes of paragraph (2)(a), a mental illness is not considered to be an illness, disease or disability.

This provision will clearly be challenged immediately after the bill is passed, as Bill C-14 was by Julia Lamb, from British Columbia and Mr. Truchon and Ms. Gladu. And the reason why this provision is unconstitutional, in my view, is that it removes a right that persons suffering from mental illness had under Bill C-14, the right to access to medical assistance in dying, in the same way as all other sick persons. In its judgment in *Carter*, the Supreme Court never expressly excluded persons suffering from mental illness any more than it excluded any other class of sick persons.

Sénateur Joyal, vous avez la parole.

[*Français*]

L'honorable Serge Joyal, c.p., ancien sénateur, à titre personnel : Je voudrais remercier les honorables sénateurs, bien sûr, de m'avoir permis de m'adresser à vous aujourd'hui pour une raison très simple. C'est qu'à la lecture du projet de loi C-7, puisque comme vous le savez, j'avais un intérêt particulier pour le projet de loi C-14, le prédécesseur de ce projet de loi, qui évidemment donnait suite à la décision *Carter* de la Cour suprême du Canada de 2015, la décision avait établi le droit d'accès à l'aide médicale à mourir sous quatre conditions précises.

Vous vous souviendrez que le projet de loi C-14 imposait ou ajoutait une condition qui était celle de la mort raisonnablement prévisible et j'avais argumenté devant le Sénat, ainsi que d'autres sénateurs qui sont membres de ce comité toujours, que ce critère n'était pas inclus dans la décision de *Carter* de la Cour Suprême et qu'en conséquence, ce critère était discriminatoire et contraire aux articles 7 et 15 de la Charte.

Vous vous souviendrez que le Sénat avait amendé le projet de loi original à majorité, et la Chambre des communes a ensuite refusé cet amendement. J'avais également proposé pour tenter de dénouer l'impasse que le gouvernement fasse une référence à la Cour suprême sur ce critère particulier, de manière à éviter que les personnes qui étaient visées par ce critère aient à contester le projet de loi C-14.

Il y a eu la décision *Truchon* que tout le monde autour de la table connaît bien; cette décision a conclu effectivement que le critère de « mort raisonnablement prévisible » était contraire à la Charte. Aujourd'hui, nous nous retrouvons avec un autre projet de loi, soit le projet de loi C-7, qui donne effet à la décision *Truchon* et qui ajoute certains éléments à la procédure d'accès à l'AMM, mais ce projet de loi comporte une disposition qui, à mon avis, stigmatise et discrimine, à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale, au paragraphe 2.1 que vous connaissez évidemment très bien et je cite :

> Pour l'application de l'alinéa (2)a), la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap.

Il est clair que cet article sera contesté immédiatement le lendemain de l'adoption du projet de loi, comme le projet de loi C-14 l'a été par Mme Julia Lamb, de la Colombie-Britannique, et par M. Truchon et Mme Gladu. Et la raison pour laquelle cet article est inconstitutionnel, à mon avis, c'est qu'il enlève d'abord un droit que les personnes souffrant de maladie mentale avaient sous le projet de loi C-14, c'est-à-dire le droit d'avoir accès à l'aide médicale à mourir, comme tous les autres malades. Dans la décision *Carter*, la Cour suprême n'a jamais exclu explicitement les personnes souffrant de maladie mentale, pas plus qu'elle n'a exclu d'autres catégories de malades.

The Supreme Court established four criteria for determining a grievous and irremediable condition. Those are the two qualifiers of illness. The reason why the *Carter* decision must be given its full application is that a decision was rendered by the Alberta Court of Appeal in 2016, four years ago. It is a very important decision because the Attorney General of Canada and the Attorney General of British Columbia appealed to the Alberta Court of Appeal to deny MAID to an individual suffering from mental illness, a person identified by the letters E. and F. In response to the Attorney General of Canada's request to deny access to MAID to a person known by the initials E. and F. and suffering from mental illness, the Alberta Court of Appeal held as follows:

[*English*]

> Persons with a psychiatric illness are not explicitly or inferentially excluded from MAID if they fit the criteria.

[*Translation*]

This was a decision by the Alberta Court of Appeal, one of the highest provincial courts, rejecting the Attorney General of Canada's arguments in 2016 that persons suffering from mental illness should not have access to medical assistance in dying, and the Attorney General of Canada did not appeal that decision to the Supreme Court. Right here in November, you heard various expert witnesses clearly explain to you that persons suffering from mental illness still had the right of autonomy of the individual, the right of autonomy to decide on one's health and how it will be protected. That right is recognized by the representatives of the psychiatric associations, both the Association des médecins psychiatres du Québec, in its November 2020 report, and the Canadian Psychiatric Association, which clearly recognize that persons suffering from mental illness have the capacity to decide for themselves, if they can have access, whether they wish to have access to medical assistance in dying.

Bill C-7 therefore removes a right that was exercised under Bill C-14, the act we had previously adopted, and for no particular reason. The only general argument given in the bill is that there are risks and the issue is complex.

However, the case law is extremely clear: If you want to deny a person the right of access to MAID or any other Charter right, you must show that the limit is demonstrably justified in a free and democratic society. But nothing in the bill shows that the government has conducted that exercise or can demonstrate, or would be able to demonstrate before a court, that it can

La Cour suprême a établi quatre critères, selon lesquels il s'agit d'une maladie grave et irrémédiable. Ce sont les deux qualificatifs de la maladie. La raison pour laquelle la décision *Carter* doit recevoir sa pleine application, c'est qu'une décision a été rendue par la Cour d'appel de l'Alberta, en 2016, donc il y a quatre ans. C'est une décision très importante parce que le procureur général du Canada et le procureur général de la Colombie-Britannique ont fait appel devant la Cour d'appel de l'Alberta pour refuser l'AMM à une personne qui souffrait de maladie mentale, soit une personne identifiée par les lettres E. et F. À la demande de procureur général du Canada de refuser l'accès à l'AMM à une personne souffrant de maladie mentale, connue sous les initiales E. et F., la Cour d'appel de l'Alberta a conclu ce qui suit :

[*Traduction*]

> Les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique ne sont pas explicitement ou implicitement exclues de l'aide médicale à mourir si elles respectent les critères.

[*Français*]

Une décision de l'un des plus hauts tribunaux d'une province, soit la Cour d'appel de l'Alberta, qui a rejeté les arguments du procureur général du Canada en 2016 à savoir que les personnes souffrant de maladie mentale ne devaient pas avoir accès à l'aide médicale à mourir et le procureur général du Canada n'a pas fait appel de cette décision à la Cour suprême. Or, vous avez entendu devant vous au cours du mois de novembre différents témoins experts qui vous ont très bien expliqué que les personnes souffrant de maladie mentale avaient toujours le droit à l'autonomie de la personne, c'est-à-dire que ce droit à l'autonomie de décider de sa santé et de quelle manière sa santé sera protégée, ce droit est reconnu par les représentants des associations psychiatriques, que ce soit l'Association des médecins psychiatres du Québec, dans son rapport de novembre 2020, ou que ce soit l'Association des psychiatres du Canada qui reconnaissent très clairement que les personnes souffrant de maladie mentale ont la capacité de décider pour elles-mêmes, si elles peuvent avoir accès, si elles désirent avoir accès à l'aide médicale à mourir.

Donc, le projet de loi C-7 enlève un droit qui a été exercé sous C-14, sous la loi que nous avions adoptée antérieurement, et sans donner aucune raison particulière. Le seul argument général qui est invoqué par le projet de loi, c'est qu'il y a des risques et que la question est complexe.

Or, la jurisprudence est extrêmement claire : si l'on veut nier le droit d'accès à une personne à l'AMM ou l'exercice de tout autre droit de la Charte, il faut démontrer que la limite est justifiable dans une société libre et démocratique. Or, il n'y a rien dans le projet de loi qui démontre que le gouvernement a fait cet exercice et peut arriver à démontrer ou arriverait à démontrer

justifiably withdraw the right to access to medical assistance in dying from persons suffering from mental illness.

The other element I would like to bring to your attention, honourable senators, is the Supreme Court's judgment last November in *Ontario (Attorney General) v. G*. This Supreme Court decision is very important because it defines the rights of persons suffering from mental illness, having regard to section 15 of the Charter. What does the Supreme Court say in the decision I just cited? It is of capital importance. The Supreme Court says two things. First, under section 15, persons suffering from mental illness have a right to genuine equality, not general equality, as it were, but genuine equality.

Second, no bill introduced by any government whatsoever may perpetuate the stigmatization of persons suffering from mental illness. But what does Bill C-7 do? First, it denies a right of access without demonstrating that it is necessary to exclude those persons in order to protect them, since science acknowledges that it reserves the right to decide and retains that capacity to decide for itself, and, second, it perpetuates the stigma of persons suffering from mental illness.

The Supreme Court has very clearly held that the condition of persons suffering from mental illness must be assessed on a case-by-case basis, having regard to their specific circumstances, to ensure minimal infringement of their rights.

This is the fundamental criterion for limiting the right of access to medical assistance in dying of a person suffering from mental illness. Madam Chair, I will have a chance to clarify certain aspects during the question period. Thank you for allowing me this time.

[*English*]

The Chair: Our next panellist is Marie-Claude Landry, Chief Commissioner of the Canadian Human Rights Commission.

[*Translation*]

Marie-Claude Landry, Chief Commissioner, Canadian Human Rights Commission: Good afternoon, honourable senators, ladies and gentlemen.

Thank you for inviting the Canadian Human Rights Commission to participate in this discussion today on Bill C-7.

I am joined by my colleagues, Sheila Osborne-Brown, Acting General Counsel and Director of Legal Services, and Marcella Daye, Senior Policy Advisor. And before I continue, I would like to acknowledge that I am joining you from the traditional and

devant un tribunal qu'il est justifié de retirer le droit d'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes souffrant de maladie mentale.

L'autre élément que j'aimerais porter à votre attention, honorables sénateurs, c'est un jugement de la Cour suprême de novembre dernier, dans une cause intitulée *Ontario (Procureur général) c. G*, cette décision de la Cour suprême est très importante, parce qu'elle définit les droits des personnes souffrant de maladie mentale, eu égard à l'article 15 de la Charte. Que dit la Cour suprême dans cette décision dont je vous parle? Elle est d'une importance capitale. La Cour suprême dit deux choses. D'abord, selon l'article 15, les personnes souffrant de maladie mentale ont droit à une égalité réelle, pas à une égalité, si vous voulez, générale, mais une égalité réelle.

Deuxièmement, un projet de loi issu de quelque gouvernement que ce soit ne peut pas perpétuer la stigmatisation des personnes souffrant de maladie mentale. Or, qu'est-ce que fait le projet de loi C-7? Il nie un droit d'accès sans avoir démontré qu'il y a nécessité de les exclure pour les protéger, puisque la science reconnaît qu'elle conserve ce droit de décider et cette capacité de décider pour elle-même, et deuxièmement que le projet de loi C-7 perpétue la stigmatisation à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale.

La Cour suprême a très clairement conclu que pour les cas de personnes souffrant de maladie mentale, il faut évaluer au cas par cas, selon les circonstances particulières, leurs conditions de façon à ce qu'il y ait une atteinte minimale à leurs droits.

C'est le critère fondamental pour limiter les droits d'accès à l'aide médicale à mourir à une personne souffrant de maladie mentale. J'aurai, madame la présidente, l'occasion de préciser certains aspects lors de la période des questions. Je vous remercie de m'avoir accordé ce temps.

[*Traduction*]

La présidente : Notre prochain témoin est Marie-Claude Landry, présidente de la Commission canadienne des droits de la personne.

[*Français*]

Marie-Claude Landry, présidente, Commission canadienne des droits de la personne : Honorables sénatrices et sénateurs, mesdames et messieurs, bonjour.

Je vous remercie d'avoir invité la Commission canadienne des droits de la personne à participer aujourd'hui à la discussion qui porte sur le projet de loi C-7. Permettez-moi de vous présenter les collègues qui m'accompagnent.

Mme Sheila Osborne-Brown, avocate générale et directrice des services juridiques par intérim, ainsi que Mme Marcella Daye, conseillère principale en matière de politiques. Avant de commencer, je tiens à souligner que l'endroit d'où je vous parle

unceded territory of the Abenaki people and the Wabenaki Confederacy. Since we are all joining this discussion from various locations, I would like to honour all the traditional territories being represented here. As Canada's national human rights institutions and as a body designated with responsibility for monitoring the Government of Canada's implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, or CRPD, we are here today to lend our human rights expertise to your consideration of this bill.

fait partie du territoire traditionnel et non cédé du peuple abénaquis et de la confédération Wabanaki. Puisque nous nous trouvons tous et toutes dans des endroits différents, je tiens à reconnaître tous les territoires traditionnels qui sont représentés ici. À titre d'institution nationale des droits de la personne au Canada et en tant qu'organisme désigné pour surveiller la mise en œuvre par le gouvernement du Canada de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) des Nations unies, nous sommes ici aujourd'hui pour vous offrir notre expertise en matière de droits de la personne, alors que vous examinez ce projet de loi.

Specifically, we have three main points to share, all with the ultimate goal of improving the bill and promoting substantive equality in Canada.

Nous avons plus précisément trois points principaux à partager avec vous, avec pour objectif ultime d'améliorer le projet de loi et de promouvoir l'égalité réelle au Canada.

So, to my first point, our concern is that — especially in the absence of an end-of-life requirement — people with disabilities — who too often do not have access to adequate medical and community supports — might choose medical assistance in dying more often, simply because it is easier to access. That is not a meaningful choice. And it may not be a truly voluntary one.

Premièrement, nous craignons, surtout en l'absence d'une exigence de fin de vie, que les personnes handicapées, qui n'ont trop souvent pas accès aux services de soins médicaux et aux services communautaires de soutien adéquats, choisissent plus souvent l'aide médicale à mourir simplement parce que c'est plus facilement accessible. Le cas échéant, il ne s'agit pas ici d'un choix véritable.

And it may happen more often than we can know in Canada. This may serve to further entrench the stigma, ableism and systemic inequality that already affect people with disabilities. Canada must therefore ensure that the choice to request and receive medical assistance in dying is meaningful and truly voluntary. Accessing medical assistance in dying should not result from the existence of systemic inequality, which affects far too many people with disabilities in Canada, nor should it be a default for a state's failure to fulfil its human rights obligations under the UN CRPD, the Charter or human rights codes.

Il est possible que cette situation se produise au Canada plus souvent qu'on le soupçonne. Cela pourrait contribuer à aggraver davantage la stigmatisation, le « capacitisme » et les inégalités systémiques qui touchent déjà les personnes handicapées. Le Canada doit garantir que la décision de demander et de recevoir l'aide médicale à mourir découle d'un choix à la fois véritable et réellement volontaire. L'accès à l'aide médicale à mourir ne doit pas résulter de l'existence d'une inégalité systémique qui touche beaucoup trop de personnes handicapées au Canada ni être un choix par défaut pour un État qui ne remplit pas ses obligations en matière de droits de l'homme en vertu de la CDPH, de la Charte canadienne des droits et libertés ou des codes des droits de la personne.

These concerns have been voiced by UN experts, by rights holders themselves and by organizations that advocate on their behalf. These warnings should be heard and addressed in Bill C-7.

Ces préoccupations ont également été soulevées par des experts des Nations unies et par les titulaires des droits eux-mêmes, et par des organisations qui défendent leurs intérêts. Ces mises en garde doivent être entendues et le projet de loi C-7 doit y répondre.

Which leads me to my next point: This bill needs to ensure that a comprehensive system will be in place to better reveal who is asking for and receiving medical assistance in dying, and why. This monitoring and reporting system must be built using a human-rights-based approach. This means that it must be shaped by the meaningful input of diverse people with disabilities. It must gather both quantitative data and qualitative input, and explicitly value lived experiences. It must reveal the complex socioeconomic and cultural factors — the social determinants of health, for example — that bring individuals to request medical assistance in dying and that bring practitioners to provide it. It must gather disaggregated data in order to reveal unique impacts

Ce qui m'amène à mon deuxième point : ce projet de loi doit garantir qu'un système adéquat sera mis en place pour assurer qu'il sera possible de mieux comprendre qui sont les personnes qui choisissent l'aide médicale à mourir, et pourquoi elles le font. Ce système de surveillance et de rapport doit être fondé sur une approche des droits de la personne. Cela signifie qu'il doit être élaboré avec l'apport significatif de diverses personnes handicapées. Il doit recueillir à la fois des données quantitatives et qualitatives, et accorder expressément une grande importance à l'expérience vécue. Il doit révéler les facteurs socioéconomiques et culturels complexes, par exemple les déterminants sociaux de la santé qui amènent les personnes à

on particular populations who experience intersecting inequalities.

The system must also use this data to assess how the implementation of medical assistance in dying is affecting rights under the UN CRPD, the Charter and human rights codes in Canada and how it is measured against social determinants of health.

Third, we urge this committee to take the time to put people with disabilities, especially those who experience multiple and intersecting discrimination, at the centre of your consideration of this bill. This should include women, Indigenous peoples, prisoners, LGBTQ2SI and racialized people with disabilities, and importantly, those with disabilities living in poverty. Ensuring meaningful participation is fundamental to Canada's obligations to promote, protect and fulfill human rights, including those in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Thank you.

Before answering your questions, I' d like to draw your attention to our 2019 joint report with the Office of the Correctional Investigator, entitled *Aging and Dying in Prison: An Investigation into the Experiences of Older Individuals in Federal Custody*. It contains recommendations on allowing older offenders the possibility of dying in dignity. We recommend that you take these into consideration in your study. Thank you very much.

The Chair: Thank you, Ms. Landry. We'll now move on to our next witness, Mr. Patrick Taillon.

Patrick Taillon, Associate Professor, Faculty of Law, Laval University, as an individual: Thank you for this invitation to speak on such an important and sensitive issue. My point of view will be that of a constitutionalist, hence of someone who is interested above all in matters of rights and freedoms, shared jurisdictions, and in particular, relations between the legislator and our courts.

I have a few observations and one recommendation. The first, with respect to medical assistance in dying, is that no magic recipe has yet been found to completely avoid the risk of a challenge. The difficult problem of reconciling freedom of choice — the idea of individual autonomy, according to which people who are able to consent can make their own decisions — with the need to protect the lives of those who are particularly vulnerable reflects the fact that between these two concerns, there is no foolproof balance or ready-made solution.

demander l'aide médicale à mourir et les membres du corps médical à la prodiguer. Il doit faire la collecte de données désagrégées pour mettre en lumière les effets uniques qu'elle peut avoir sur les groupes particuliers qui vivent des inégalités intersectionnelles.

Le système doit également utiliser ces données pour évaluer de quelle façon la mise en pratique de l'aide médicale à mourir peut porter atteinte aux droits en vertu de la CDPH, de la Charte et des législations relatives aux droits de la personne au Canada, et comment ces données se situent par rapport aux déterminants sociaux de la santé.

Troisièmement, nous exhortons ce comité, alors qu'il examinera le projet de loi, à prendre le temps de placer au premier plan les personnes handicapées, et tout particulièrement celles qui subissent de la discrimination multiple et intersectionnelle. Cela devrait comprendre les femmes, les Autochtones, les personnes détenues, les personnes LGBTQ2AI et les personnes racisées qui sont handicapées, et de manière importante les personnes handicapées qui vivent dans la pauvreté. Il est indispensable d'assurer une participation significative pour que le Canada puisse s'acquitter de son obligation de promouvoir, de protéger et de réaliser les droits de la personne, y compris ceux de la Convention des droits des personnes handicapées. Merci.

Avant de répondre à vos questions, j'aimerais porter à votre attention notre rapport conjoint avec le Bureau de l'enquêteur correctionnel de 2019, intitulé *Vieillir et mourir en prison : enquête sur les expériences vécues par les personnes âgées sous garde fédérale*. Il contient des recommandations concernant la possibilité de mourir dans la dignité pour les personnes délinquantes âgées. Nous vous recommandons d'en tenir compte lors de votre étude. Merci beaucoup.

La présidente : Merci, madame Landry. Nous allons maintenant passer à notre prochain témoin, M. Patrick Taillon.

Patrick Taillon, professeur titulaire, Faculté de droit, Université Laval, à titre personnel : Merci pour cette invitation à m'exprimer sur un sujet aussi important et délicat. Mon point de vue sera celui d'un constitutionnaliste, donc celui de quelqu'un qui s'intéresse d'abord et avant tout aux questions de droits et libertés, de partage des compétences et surtout aux rapports entre le législateur et nos tribunaux.

Quelques constats et une recommandation. Premier constat, dans le dossier de l'aide médicale à mourir, il n'existe pas encore de recette magique susceptible d'éviter tout risque de contestation. La difficile conciliation entre, d'un côté, la liberté de choix — l'idée d'autonomie individuelle, selon laquelle une personne en mesure de consentir puisse faire les choix qui sont les siens — et de l'autre côté, le besoin de protection de la vie de personnes qui sont particulièrement vulnérables reflète le fait que, entre ces deux préoccupations, il n'y ait pas un équilibre ou une solution préétablie que l'on pourrait trouver avec certitude.

Not only does this risk giving rise to challenges, but to challenges on several, sometimes contradictory, fronts. When the Supreme Court of Canada overturned the *Rodriguez* decision it opened the door to allowing access to medical assistance in dying, which meant that inevitably, those who did not have such access would demand the same right. This access would also become broader, because safeguards would not only become increasingly necessary, but also more difficult to devise.

Cela a non seulement pour effet de générer des risques de contestation, mais aussi de générer des contestations sur plusieurs fronts, sur des fronts contradictoires. Du moment où la Cour suprême du Canada a renversé l'arrêt *Rodriguez*, elle a ouvert la porte à la création d'un accès à une aide médicale à mourir qui fait en sorte que, inévitablement, ceux qui n'y ont pas accès vont revendiquer le même droit. Et plus cet accès va s'élargir, plus les mesures de protection vont à la fois sembler de plus en plus nécessaires, et en même temps être de plus en plus difficiles à concevoir.

Second observation: Insofar as medical assistance in dying is decriminalized, it would mean a decline in the role of the federal Parliament. Health, private law, and professional ethics are matters of provincial jurisdiction. This issue is no different from others that Canada has lived through in its history: There was the long saga of prohibition, the abortion issue, and the decriminalization of cannabis. We could add many other examples in which it becomes clear that as morally sensitive questions have been decriminalized, the legislative space occupied by the provinces — as well as regulatory law in matters such as professional bodies in the instance under discussion here — will tend to grow.

Deuxième constat : dans la mesure où on décriminalise l'aide médicale à mourir, il faut accepter que dans notre fédération le rôle du Parlement fédéral ait vocation à progressivement décliner. Les provinces sont compétentes en matière de santé, de droit privé, de déontologie professionnelle. Ce dossier n'est pas différent d'autres dossiers que le Canada a vécus dans son histoire : la longue saga de la prohibition, la question de l'avortement, la décriminalisation du cannabis. On pourrait multiplier les exemples dans lesquels, à mesure que l'on décriminalise une question moralement sensible, en contrepartie, l'espace législatif occupé par les provinces — mais aussi par le droit réglementaire comme celui des ordres professionnels dans le cas qui nous occupe — a vocation à s'agrandir.

So there's clearly the temptation, because it's a matter of rights and freedoms, to seek a consistent solution. But a careful reading of Canadian case law shows that the balance in rights varies with such considerations as context, time, scientific knowledge, professional health practices, and ethics. It's also a balance that can vary from province to province.

Donc, il y a là évidemment la tentation, puisque c'est une question de droits et de libertés, de rechercher une solution uniforme. Or, une lecture attentive de la jurisprudence canadienne nous montre que l'équilibre des droits est un équilibre qui varie en fonction des contextes, en fonction du temps, des connaissances scientifiques, des méthodes professionnelles dans le domaine de la santé, de l'éthique, etc. C'est un équilibre qui peut varier aussi d'une province à l'autre.

Another observation: Only lengthy dialogue, or trial and error if I may use the term, leading to a solution and corrective action, between legislators and our courts, may over the longer term make it possible to achieve this sought-after balance of rights. Unfortunately, *Truchon* sometimes fosters this dialogue but in other respects makes it more difficult. In this dialogue engaged in by our institutions, our legislators and our courts, each institution has a role to play; codes of ethics, court decisions, and of course provincial and federal statutes and regulations. The better each institution plays its role, the greater the likelihood of establishing this balance.

Autre constat : seul un long dialogue, un jeu d'essais et d'erreurs si je peux m'exprimer ainsi, une solution et un correctif, entre les législateurs et nos tribunaux peut à long terme permettre d'établir cet équilibre des droits que l'on recherche. Malheureusement, l'arrêt *Truchon*, par moment, favorise ce dialogue, et à d'autres égards le rend plus difficile. Dans ce dialogue entre nos institutions, entre nos législateurs et nos tribunaux, chaque institution a son rôle; des codes de déontologie, aux décisions des tribunaux, en passant par les lois et règlements des provinces et du fédéral. Plus chaque institution est dans son rôle, plus nous aurons de chances d'atteindre cet équilibre.

In this context, it's important to be aware of the fact that judicial power is not like other powers because, as the *Rodriguez* decision shows, when judicial power rules too quickly — and I don't know where the mistake came from, but between the *Rodriguez* and the *Carter* decisions, one of the two must be wrong — because the judicial power specifies a standard, necessarily, and if this standard is not correct, if it contains an error, if it is not appropriate for Canadian society, then when this standard is stipulated by our courts it's of course more difficult

Il faut être conscient, dans ce contexte, que le pouvoir judiciaire n'est pas un pouvoir comme les autres parce que, et la décision *Rodriguez* le montre, lorsque le pouvoir judiciaire se prononce trop vite — je ne sais pas où est l'erreur, mais entre les jugements *Rodriguez* et *Carter* il y a manifestement une des deux décisions qui n'était pas la bonne —, lorsque le pouvoir judiciaire énonce une norme, nécessairement, si cette norme n'est pas la bonne, si elle contient une erreur, si elle ne convient pas à la société canadienne, lorsque cette norme est énoncée par

to remedy. Because the judge is interpreting a constitution, the standards that will arise from that judge's interpretation will be supra-legislative standards. In other words, when standards are issued directly by the courts, if that's the correct term, then so much the better; it's protected by the Constitution. If an adjustment is needed, it becomes more complicated, because a constitutional review of such a sensitive issue, or the use of section 33, is clearly very unlikely. Hence judicial power must by its very nature be a counter-power, a check, a last resort, and not a point of departure or the creator of a rule of law.

nos tribunaux elle est évidemment plus difficile à corriger. Parce que le juge est l'interprète d'une constitution, les normes qui vont se dégager de son interprétation seront des normes supralégislatives. Autrement dit, là où une majorité parlementaire peut venir en corriger une autre, lorsque les normes sont énoncées directement par les tribunaux, si c'est la bonne norme, tant mieux, elle est protégée par la garantie qu'offre la Constitution. Si un ajustement est nécessaire, c'est plus compliqué, parce qu'une révision constitutionnelle sur une question aussi délicate, ou une utilisation de l'article 33, est évidemment très peu probable. Donc, le pouvoir judiciaire doit rester, par nature, un contre-pouvoir, un contrôle, un dernier recours, et non un point de départ ou un créateur de la règle de droit.

A further observation is that the aim of the federal Parliament's exercise of its legislative authority is to create a criminal liability exemption, and not to establish a detailed system for determining how medical assistance in dying is to be practised in Canada. It involves answering the question of what criteria or what threshold needs to be in place to convict a doctor of a criminal offence or to a prison sentence. It's important to remember that this authority is one of criminal law. Because clearly, when a standard needs justification, or a safeguard in court, if the standard is regulatory and set by a professional body with attendant modest and moderate sanctions, it will not be subject to the same analysis by the courts as a standard of criminal law, accompanied by strong punitive or repressive measures.

Autre constat, l'exercice de la compétence législative du Parlement fédéral a pour vocation de créer une exemption de responsabilité criminelle, et non d'établir les moindres détails d'un régime de la manière dont l'aide médicale à mourir doit être pratiquée au Canada. Il s'agit de répondre à la question à savoir à partir de quels critères ou de quel seuil on doit condamner un médecin à un dossier criminel ou à une peine de prison, etc. Il est important de garder en tête cette idée que la compétence en est une de droit criminel. Parce que, évidemment, lorsqu'il y a lieu de justifier une norme, une mesure de protection devant le tribunal, si cette norme est issue du règlement d'un ordre professionnel qui s'accompagne de sanctions plutôt modestes et modérées, elle ne fera pas l'objet de la même analyse par les tribunaux que s'il s'agit d'une norme de droit criminel qui s'accompagne d'une forte volonté punitive ou répressive.

Federal intervention ought not to stifle what I call dialogue among our institutions by imposing a single overly detailed standard whose effect would be to limit the ability of provinces to achieve a balance between rights, free choice and protective measures. The federal Parliament must also in my view avoid an overly detailed solution that would lead the courts to rule too quickly on matters that deserve a little time, experimentation, and trial and error —

L'intervention fédérale ne doit pas étouffer ce que j'appelle le dialogue entre nos institutions, en imposant une norme uniforme trop détaillée, qui aurait pour effet d'étouffer la capacité des provinces d'établir des équilibres entre les droits, le libre choix et les mesures de protection. Il faut aussi que le Parlement fédéral évite, à mon avis, une solution trop détaillée qui amènerait les tribunaux à se prononcer trop vite sur des questions qui méritent un peu de temps, d'expérimentation, des jeux d'essais et erreurs...

[*English*]

The Chair: Mr. Taillon, can you wind up, please?

[*Traduction*]

La présidente : Monsieur Taillon, pourriez-vous conclure, s'il vous plaît?

[*Translation*]

Mr. Taillon: I'll wrap up now.

In this context, I'll be coming up with a recommendation in a minute. Federal law would do well to include what we call in the jargon an item of conditional legislation, to the effect that medical assistance in dying be permitted in Canada, that it ought not to be subject to criminal action when it meets the basic conditions stipulated in the *Carter* decision and when it complies with provincial laws. It would then allow the provinces to

[*Français*]

M. Taillon : Je conclus.

Dans ce contexte, je formule une recommandation, en une minute. La loi fédérale aurait avantage à inclure ce qu'on appelle dans le jargon une législation conditionnelle, donc que l'aide médicale à mourir soit permise au Canada, qu'elle ne fasse pas l'objet de poursuite criminelle lorsqu'elle satisfait aux conditions minimales prévues par l'arrêt *Carter* et lorsqu'elle respecte les lois provinciales. Elle laisserait ensuite les provinces établir à

establish their own safeguards in order to allow certain provinces to preclude some of the limitations imposed by the *Truchon* decision and for others to go further with respect to —

The Chair: Thank you.

[*English*]

A. Wayne MacKay, Professor Emeritus of Law, Schulich School of Law, Dalhousie University, as an individual: Honourable senators, thank you very much for this opportunity to appear before you today on this important issue.

However much we may soften the topic with terms such as "euthanasia" or "MAID," the difficult decision before us is death. It is also death, which is assisted by the state intervention, raising Orwellian concerns in some quarters. On one side, the expansion of MAID is celebrated as a victory for individual autonomy and the means to a dignified death. On the other side, the critics of this expansion describe it as a dangerous and misguided public policy, with tragic consequences for the most vulnerable members of our society.

I have submitted a more detailed brief that will be made available to you in this short time, but with what is available here, I will address two issues: the expansion of MAID beyond reasonably foreseeable death and the constitutionality of excluding mental illness.

The difficult policy choice before you in Bill C-7 is whether to expand MAID beyond when natural death is reasonably foreseeable. Because we have a constitutional democracy in which legislators must act within the parameters of the Constitution, there is a preliminary question: What limits does the Charter of Rights put on this difficult choice?

To further complicate matters, those who support Bill C-7 say you are constitutionally mandated to expand MAID, while those who oppose it say to do so is unconstitutional.

Supporters argue that *Truchon* and its interpretation of *Carter* constitutionally require the expansion of MAID beyond the end-of-life situation. In the 2015 *Carter* decision, the Supreme Court of Canada set out the broad criteria for who is entitled to MAID as a valid exercise of autonomy. In the final sentence of paragraph 127 in *Carter*, the court does seem to suggest that their ruling is a response to the parties before them rather than a broader declaration, and Ms. Taylor in *Carter* was herself within a reasonably foreseeable death.

leur manière différentes mesures de protection afin de permettre à certaines provinces de s'affranchir des contraintes qu'impose l'arrêt *Truchon* et à d'autres d'aller plus loin sur...

La présidente : Je vous remercie.

[*Traduction*]

A. Wayne MacKay, professeur émérite de droit à la Schulich School of Law, Université Dalhousie, à titre personnel : Honorables sénateurs, je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui sur cette importante question.

Même si l'utilisation de termes comme « euthanasie » ou « AMM » fait en sorte d'adoucir le sujet, la décision difficile qui doit être prise concerne la mort. C'est aussi la mort, assistée par l'intervention de l'État, qui soulève des préoccupations orwelliennes dans certains milieux. D'un côté, l'élargissement de l'aide médicale à mourir est célébré comme une victoire au chapitre de l'autonomie individuelle et de la dignité. De l'autre côté, les détracteurs de cet élargissement le qualifient de politique publique dangereuse et malavisée, qui a des conséquences tragiques pour les membres les plus vulnérables de notre société.

J'ai présenté un mémoire plus détaillé, qui vous sera remis sous peu, mais compte tenu de ce qui est disponible ici, je vais aborder deux questions, soit l'élargissement de l'aide médicale à mourir au-delà de la mort raisonnablement prévisible et la constitutionnalité de l'exclusion de la maladie mentale.

Le choix politique difficile devant lequel vous place le projet de loi C-7 est d'élargir l'aide médicale à mourir au-delà des cas où la mort naturelle est raisonnablement prévisible. Étant donné que nous avons une démocratie constitutionnelle dans laquelle les législateurs doivent agir selon les paramètres de la Constitution, il y a une question préliminaire à se poser, à savoir quelles limites la Charte des droits impose-t-elle à ce choix difficile?

Pour compliquer davantage les choses, ceux qui appuient le projet de loi C-7 disent que vous avez le mandat constitutionnel d'élargir l'aide médicale à mourir, tandis que ceux qui s'y opposent disent que cette démarche est inconstitutionnelle.

Les partisans soutiennent que l'arrêt *Truchon* et son interprétation de l'arrêt *Carter* exigent, sur le plan constitutionnel, l'élargissement de l'AMM au-delà de la situation de fin de vie. Dans l'arrêt *Carter* de 2015, la Cour suprême du Canada définit les critères généraux pour déterminer l'admissibilité à l'AMM comme un exercice valide d'autonomie. Dans la dernière phrase du paragraphe 127 de l'arrêt *Carter*, la cour semble laisser entendre que sa décision se veut une réponse aux parties qui sont devant elle plutôt qu'une déclaration plus large, et la mort de Mme Taylor, dont il est question dans cette décision, est raisonnablement prévisible.

In Bill C-14, Parliament added to the eligibility requirement for MAID that their natural death has become reasonably foreseeable. The *Carter* decision was silent on this point.

Dans le projet de loi C-14, le Parlement a ajouté au critère d'admissibilité à l'aide médicale à mourir le critère de mort naturelle raisonnablement prévisible. L'arrêt *Carter* est muet à ce sujet.

The additional requirement was successfully challenged as being a violation of both sections 7 and 15 of the Charter in the 2019 *Truchon* case decided by the Quebec Superior Court. Rather than appeal this decision, the federal government responded with Bill C-7, removing this reasonably foreseeable death requirement. If *Truchon* is correct in its analysis, the removal is constitutionally mandated.

Cette exigence supplémentaire a été contestée avec succès comme étant une violation des articles 7 et 15 de la Charte dans l'arrêt *Truchon* de 2019 de la Cour supérieure du Québec. Plutôt que d'en appeler de cette décision, le gouvernement fédéral a réagi en adoptant le projet de loi C-7, qui supprime cette exigence de mort raisonnablement prévisible. Si l'analyse de l'arrêt *Truchon* est juste, cette révocation est constitutionnelle.

While *Truchon* is the only case to directly address this question, the unanimous Alberta Court of Appeal in *Canada v. E.F.* did grant MAID to a person where death was not reasonably foreseeable. This happened prior to the passage of Bill C-14 and its requirement of foreseeable death. The Alberta court interpreted *Carter* as not implicitly requiring foreseeable death.

Bien que l'affaire *Truchon* soit la seule à traiter directement de cette question, la Cour d'appel de l'Alberta, dans l'arrêt unanime *Canada c. E.F.* a accordé l'aide médicale à mourir à une personne dont la mort n'était pas raisonnablement prévisible. Cela s'est produit avant l'adoption du projet de loi C-14 et de son exigence de mort prévisible. La Cour de l'Alberta a interprété l'arrêt *Carter* comme n'exigeant pas implicitement la mort prévisible.

Opponents of the expansion of MAID beyond reasonably foreseeable death argue that it's a violation of section 15 of the Charter and therefore prohibited. The focus of this argument is the disparately negative impact on vulnerable groups, such as the disabled. The core argument is that many challenges of everyday life deny many vulnerable people the luxury of making truly autonomous choices.

Les opposants à l'élargissement de l'aide médicale à mourir, y compris l'élimination du critère de mort raisonnablement prévisible, soutiennent qu'il s'agit d'une violation de l'article 15 de la Charte et qu'il n'est donc pas légal. Cet argument repose sur les répercussions négatives diverses pour les groupes vulnérables, comme les personnes handicapées. L'argument fondamental est que de nombreux défis de la vie quotidienne privent de nombreuses personnes vulnérables du luxe de faire des choix vraiment autonomes.

I have sympathy for this position, but I am not sure it raises a constitutional prohibition. I do think this concern needs more thought and judicial input. I also feel strongly that government at all levels need to provide support to make living a life without pain and suffering a more realistic alternative.

Je comprends cette position, mais je ne suis pas certain qu'elle justifie une interdiction constitutionnelle. Je pense qu'il faut réfléchir davantage à cette question et obtenir l'avis des tribunaux. Je crois aussi fermement que tous les ordres de gouvernement doivent offrir du soutien pour qu'une vie sans douleur ni souffrance soit une option plus réaliste.

I have two recommendations to make to this committee on the foreseeable death point. Number one, the federal government should immediately initiate a reference to the Supreme Court of Canada on the constitutionality of expanding access to MAID beyond the situation where death is reasonably foreseeable. While *Truchon* is impressive, I would like a broader judicial foundation for such a significant policy decision. The focus of this reference should be on the possible disparate effects of expanding MAID on vulnerable groups in respect to sections 7 and 15.

J'ai deux recommandations à faire au comité au sujet de la mort prévisible. Premièrement, le gouvernement fédéral devrait immédiatement soumettre à la Cour suprême du Canada la constitutionnalité de l'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir aux cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Bien que l'arrêt *Truchon* soit impressionnant, j'aimerais qu'on élargisse les fondements judiciaires d'une décision stratégique aussi importante. Ce renvoi devrait mettre l'accent sur les effets divers possibles de l'élargissement de l'aide médicale à mourir sur les groupes vulnérables dans le contexte des articles 7 et 15.

My second recommendation is that the federal government should formally commit to providing financial and other supports to home care, palliative care and general supports for people living with pain and suffering, with a particular emphasis on vulnerable groups.

Ma deuxième recommandation est que le gouvernement fédéral s'engage officiellement à fournir des mesures de soutien financier et autre pour les soins à domicile, les soins palliatifs et le soutien général des personnes qui vivent avec la douleur et la souffrance, en mettant particulièrement l'accent sur les groupes vulnérables.

Moving to my second main point, the exclusion of mental illness, given that I expressed concerns in an earlier section of this submission on the potential negative impacts of Bill C-7's expansion of MAID on vulnerable groups, you might expect that I would support this exclusion. However, I am opposed to this exclusion in Bill C-7 and believe that it is a violation of both sections 7 and 15 of the Charter. Not only is it an attempted absolute exclusion from MAID, it also takes away a constitutional right recognized in *Carter*, as pointed out earlier by former Senator Joyal.

The point is further emphasized by the Alberta Court of Appeal in *Canada v. E.F.*, where a person with mental illness was granted access to MAID.

There are also problems of vagueness as mental illness is not defined nor is psychological suffering. In addition to raising constitutional problems and vagueness, it causes real problems for front-line medical clinicians because they have to decide the line between psychological suffering and mental illness in order to determine whether or not they have committed murder.

Finally, in recommendations on that, I state that because it is a constitutional violation, the committee should recommend, one, that this section be deleted from Bill C-7; or, two, that it be included with a one-year sunset clause; or, three, that the issue of the constitutionality of this exclusion be added to the reference to the Supreme Court.

Thank you very much for your time.

The Chair: Thank you, professor. We will go on to Mr. Gerard Quinn, the UN Special Rapporteur on disability.

Gerard Quinn, United Nations Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, United Nations Human Rights Council: Thank you indeed for the high honour of addressing your committee today. In the time available, I would like to do just three things.

First of all, in order to give you some context, I will take a moment to explain the role of the UN Special Rapporteur on the rights of people with disabilities.

Second, I would like to focus on two or three core provisions in the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities that appear particularly relevant to today's debate.

En ce qui a trait à mon deuxième point principal, l'exclusion de la maladie mentale, compte tenu des préoccupations que j'ai exprimées dans une section précédente de mon mémoire au sujet des répercussions négatives possibles sur les groupes vulnérables liées à l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux termes du projet de loi C-7, on pourrait s'attendre à ce que j'appuie cette exclusion. Cependant, je m'oppose à cette exclusion dans le projet de loi C-7 et je crois que cela contrevient aux articles 7 et 15 de la Charte. Il s'agit non seulement d'une tentative d'exclusion absolue de l'aide médicale à mourir, mais cela supprime également un droit constitutionnel reconnu dans l'arrêt *Carter*, comme l'a souligné plus tôt l'ancien sénateur Joyal.

La Cour d'appel de l'Alberta insiste également sur ce point dans l'arrêt *Canada c. E.F.*, aux termes duquel une personne atteinte d'une maladie mentale s'est vu accorder l'accès à l'aide médicale à mourir.

Il y a aussi des problèmes d'imprécision, car la maladie mentale n'est pas définie et la souffrance psychologique non plus. En plus d'entraîner des problèmes constitutionnels et des imprécisions, cela cause de véritables défis aux responsables cliniques de première ligne parce qu'ils doivent tracer la limite entre la souffrance psychologique et la maladie mentale pour déterminer s'ils ont commis un meurtre ou non.

Enfin, dans mes recommandations à ce sujet, je dis qu'étant donné qu'il s'agit d'une violation de la Constitution, le comité devrait recommander, premièrement, que cet article soit supprimé du projet de loi C-7 ou, deuxièmement, qu'il soit assorti d'une disposition de temporisation d'un an, ou encore que la question de la constitutionnalité de cette exclusion soit ajoutée au renvoi à la Cour suprême.

Merci beaucoup de votre temps.

La présidente : Merci, monsieur. Nous allons passer à M. Gerard Quinn, rapporteur spécial des Nations unies sur les droits des personnes handicapées.

Gerard Quinn, rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées du Conseil des droits de l'homme des Nations unies : Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de m'inviter à m'adresser à votre comité aujourd'hui. Dans le temps dont je dispose, j'aimerais faire trois choses.

Tout d'abord, pour vous mettre un peu en contexte, je vais prendre un moment pour expliquer le rôle du rapporteur spécial des Nations unies sur les droits des personnes handicapées.

Deuxièmement, j'aimerais me concentrer sur deux ou trois dispositions fondamentales de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, qui semblent particulièrement pertinentes dans le cadre du débat d'aujourd'hui.

Third, allow me to comment on the application of these core provisions to Bill C-7, as I see it.

First of all, the backdrop to the relatively new office of UN Special Rapporteur was the conclusion of the UN disability treaty in 2006. Canada played a major role in the drafting of that treaty and deserves immense respect and credit.

The treaty, like all treaties, exists in the international sphere and engages Canadian state responsibility at that level. Conscious of the need to bring these treaties closer to home, a treaty monitoring body was organized, and, alongside the treaty monitoring body, the UN Human Rights Council added a role of Special Rapporteur from 2014. One important role of the office of the Special Rapporteur is to alert the international community to worldwide trends and to interact constructively with governments.

Chair, it is certainly not my role to dictate outcomes. To govern is to choose and you must do that. It's my role to underpin the democratic process with framings that come from international legal obligations which states have freely entered into.

In the broad debate before you today, I'm not coming completely new. The previous UN Special Rapporteur, Catalina Devandas, had already commented on the 2016 amendments to your Criminal Code in her 2019 country visit and also in her 2019 report on ableism in science and medicine. Indeed, the UN Committee on the Rights of People with Disabilities has already spoken on assisted dying under your 2016 legislation. I build on their analysis.

Second, what is it about the UN treaty that seems relevant to this bill? The reason a treaty was deemed necessary had to do with the relative invisibility of persons with disabilities, an invisibility that allowed ableist assumptions and prejudice to dominate public discourse. A key aim, therefore, was to make persons with disabilities visible and to reverse ableism.

Mostly these assumptions were implicit — even unintended — and hardly ever noticed, but their effects were always exclusionary. That's why Article 8 was inserted to "combat stereotypes and prejudices," to "promote positive perceptions" and to "nurture receptiveness" to the rights of persons with disabilities.

Troisièmement, permettez-moi de commenter l'application de ces dispositions fondamentales au projet de loi C-7, selon la perception que j'en ai.

Tout d'abord, la fonction relativement nouvelle de rapporteur spécial des Nations unies a été créée dans la foulée de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées conclue en 2006. Le Canada a joué un rôle important dans la rédaction de ce traité et sa contribution mérite d'être soulignée.

La convention, comme toutes les conventions, s'applique à l'échelle internationale et engage la responsabilité de l'État canadien à ce niveau. Conscient de la nécessité de rapprocher ces conventions, le Conseil des droits de l'homme des Nations unies a mis sur pied un organisme de surveillance et, en parallèle, a ajouté une fonction de rapporteur spécial à partir de 2014. L'un des rôles importants du rapporteur spécial est d'informer la communauté internationale des tendances mondiales et d'interagir de façon constructive avec les gouvernements.

Madame la présidente, ce n'est certainement pas mon rôle de dicter les résultats. Gouverner, c'est choisir, et vous devez le faire. Il est toutefois de mon ressort d'encadrer le processus démocratique au moyen des obligations juridiques internationales auxquelles les États ont librement souscrit.

Le débat d'aujourd'hui n'est pas complètement nouveau pour moi. La précédente rapporteuse spéciale des Nations unies, Catalina Devandas, avait déjà commenté les modifications apportées en 2016 à votre Code criminel, lors de sa visite au pays en 2019, ainsi que dans son rapport de 2019 sur l'incidence du capacitisme dans la pratique médicale et scientifique. En fait, le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies s'était déjà prononcé sur les modalités de l'aide médicale à mourir prévues dans votre loi de 2016. Je m'appuie donc sur cette analyse.

Deuxièmement, qu'y a-t-il dans la convention des Nations unies qui semble pertinent à l'égard de ce projet de loi? Cette convention a été jugée nécessaire en raison de l'invisibilité relative des personnes handicapées, une invisibilité qui a fait en sorte que les hypothèses et les préjugés capacistes ont dominé dans le discours public. L'un des principaux objectifs était donc de rendre les personnes handicapées visibles et de renverser les notions de capacitisme.

La plupart de ces hypothèses étaient implicites — et même non intentionnelles — et elles passaient presque toujours inaperçues, mais elles avaient toujours un effet d'exclusion. C'est ce qui a entraîné l'adoption de l'article 8 pour « combattre les stéréotypes et les préjugés », « promouvoir une perception positive » et « favoriser une attitude réceptive à l'égard des droits des personnes handicapées ».

Article 5 on equality lies at the heart of the treaty and informs all other rights which are to be secured equally, including the right to life.

Recently, the UN committee highlighted that its understanding of equality, which is called "inclusive equality," rests on a recognition of the personhood of persons with disabilities and their equal inherent worth as human beings. It is this concept of personhood and human agency that binds together Article 8 against ableism and Article 5 for equality.

Third, what do these norms mean in the context of Bill C-7? Chair, it's hard to see how a legislative proposal that extends a right to medically assisted dying to persons with disabilities who are not themselves close to death could send a signal that is compatible with Article 8, the obligation to combat ableism, combined with Article 5, the obligation to secure equal respect of the CRPD.

Why not? Under the bill, access to the right would be extended to those who have a grievous and irremediable condition, including a disability. One would naturally fear that the architecture of choice for persons with disabilities would be distorted given the legacy of accumulated disadvantages. However, even if safeguards could be strengthened to ensure genuine consent, the damage is still done by portraying — not directly but effectively nonetheless — that the lives of persons with disabilities are somehow worth less. So the issue is not the adequacy of the safeguards but the subtle message sent by the legislation in the first place, regardless of the safeguards.

Chair, your intentions and words as a legislator are always two different things. I'm sure no one in your committee or in your Parliament intends ableism or the intentional devaluing of the lives of your citizens with disabilities. But the extension of the right to assisted dying, as envisaged in Bill C-7, nonetheless, stands a real risk of reinforcing ableism in society. Listen closely to those most directly affected. Their antenna is highly attuned to ableism. When they see it, you should pause and reflect before proceeding. If anyone with a disability requests a premature end to their lives, then why not use the suggested 90-day period to build a service response to alleviate their living conditions and not just inform them about what is available, which may not be enough.

Chair, I cannot speak for the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, but based on their past statements, I believe it is a fair inference that they would not hold Bill C-7 as

L'article 5, qui porte sur l'égalité, est au cœur de la convention et éclaire tous les autres droits qui doivent être garantis également, y compris le droit à la vie.

Récemment, le Comité des Nations unies a souligné que sa compréhension de l'égalité, qu'on appelle « égalité inclusive », repose sur la reconnaissance de l'identité individuelle des personnes handicapées et de leur valeur inhérente en tant qu'êtres humains égaux. C'est ce concept d'identité individuelle et de pouvoir de la personne qui sert de lien entre l'article 8 contre le capacitisme et l'article 5 pour l'égalité.

Troisièmement, que signifient ces normes dans le contexte du projet de loi C-7? Madame la présidente, il est difficile de voir comment une proposition législative qui étend le droit à l'aide médicale à mourir aux personnes handicapées qui ne sont pas elles-mêmes proches de la mort pourrait envoyer un signal compatible avec l'article 8, soit l'obligation de combattre le capacitisme, combiné à l'article 5, soit l'obligation d'assurer une application uniforme de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Pourquoi en serait-il autrement? En vertu du projet de loi, l'accès à ce droit serait étendu à ceux qui ont des problèmes de santé graves et irrémédiables, y compris un handicap. On craint naturellement que la hiérarchie des choix pour les personnes handicapées soit déformée, compte tenu des désavantages accumulés. Cependant, même si les mesures de protection pouvaient être renforcées pour garantir un consentement véritable, le tort existe quand même du fait de la démonstration — indirecte, mais néanmoins efficace — que la vie des personnes handicapées a une moins grande valeur. La question n'est donc pas de savoir si les mesures de sauvegarde sont adéquates, mais elle concerne plutôt la subtilité du message envoyé, quelles que soient les mesures de sauvegarde en place.

Madame la présidente, vos intentions et vos paroles en tant que législateurs sont toujours deux choses différentes. Je suis sûr que personne au sein de votre comité ou de votre Parlement n'a l'intention de promouvoir le capacitisme et de dénigrer intentionnellement la vie de vos citoyens handicapés. Toutefois, l'élargissement du droit à l'aide médicale à mourir, tel qu'il est envisagé dans le projet de loi C-7, risque de renforcer le capacitisme dans la société. Écoutez attentivement les personnes les plus directement touchées. Leurs antennes sont très sensibles au capacitisme. Lorsqu'elles signalent des cas, vous devriez vous arrêter et réfléchir avant d'aller de l'avant. Lorsqu'une personne handicapée demande de mettre prématurément fin à sa vie, pourquoi ne pas utiliser la période suggérée de 90 jours pour lui offrir une option de service visant à alléger ses conditions de vie, plutôt que de simplement l'informer de ce qui est disponible, ce qui n'est peut-être pas suffisant.

Madame la présidente, je ne peux pas me prononcer au nom du Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies, mais d'après ses déclarations passées, je crois qu'il est juste de

currently drafted compatible with the UN disability treaty. This, to me, is a wholly avoidable risk. Thank you, chair.

dire que le projet de loi C-7, dans sa forme actuelle, ne serait pas compatible avec la Convention des Nations unies relatives aux droits des personnes handicapées. À mon avis, il s'agit d'un risque qu'il est tout à fait possible d'éviter. Merci, madame la présidente.

The Chair: Thank you. With all the challenges you had, you still worked hard and we appreciate your perseverance. We will now go on to Professor Sheehy.

La présidente : Merci. Malgré tous les obstacles, vous avez quand même travaillé fort et nous apprécions votre persévérance. Nous passons maintenant à Mme Sheehy.

Elizabeth Sheehy, Professor Emerita of Law, University of Ottawa, as an individual: Good afternoon, honourable senators, and thank you for your hearing me. I am a Professor Emerita at the University of Ottawa where I taught criminal law and procedure for 34 years. I have researched and published extensively on the subject of the criminal law's targeted and discriminatory impact on disenfranchised Canadians. I'm also the sister of Matthew, my younger brother, who has developmental disabilities as well as some physical disabilities. I have first-hand experience with medical professionals who have both directly and indirectly urged us to consider "do not resuscitate" orders when Matthew has required medical treatment.

Elizabeth Sheehy, professeure émérite de droit, Université d'Ottawa, à titre personnel : Bonjour, mesdames et messieurs les sénateurs, et merci de m'avoir invitée. Je suis professeure émérite à l'Université d'Ottawa, où j'ai enseigné le droit pénal et la procédure pendant 34 ans. J'ai effectué de nombreuses recherches et publié de nombreux articles sur les répercussions ciblées et discriminatoires du droit pénal sur les Canadiens privés de leurs droits. J'ai aussi un frère cadet, Matthew, qui a des déficiences développementales, ainsi que des déficiences physiques. J'ai une expérience de première main de situations où des professionnels de la santé nous ont exhortés, directement et indirectement, à envisager des ordonnances de non-réanimation lorsque Matthew avait besoin d'un traitement médical.

I am testifying to add my voice to the clear and unequivocal opposition expressed unanimously by disability rights groups across this country to Bill C-7. The bill suffers intolerably in both its process and its substance.

Je témoigne pour joindre ma voix à celle des groupes de défense des droits des personnes handicapées du Canada qui s'opposent clairement et sans équivoque au projet de loi C-7. Le projet de loi comporte des lacunes intolérables au chapitre du processus et du fond.

In terms of process, the bill's proponents ask us to accept the urgency of assisted death for people with disabilities rather than wait for the scheduled review of medical assistance in dying that was supposed to take place in 2020. Instead, we will effectively count the bodies after the deed is done.

Pour ce qui est du processus, les partisans du projet de loi nous demandent d'admettre l'urgence d'offrir l'aide médicale à mourir aux personnes handicapées plutôt que d'attendre l'examen prévu qui devait avoir lieu à ce sujet en 2020. Cela aura pour effet que nous compterons les morts une fois le fait accompli.

We are also asked to believe that Bill C-7 is demanded by a Quebec Superior Court decision that declared unconstitutional the current law's requirement that death be reasonably foreseeable. This is utter nonsense. *Truchon* is a trial-level decision that is not even binding on Quebec courts above the Cour du Québec, let alone across the country. It's almost unheard of for the federal government to fail to defend its own law by invoking the appeal process. This is particularly true for a law developed so recently through compromise and careful consideration of its impacts.

On nous demande aussi de croire que le projet de loi C-7 est nécessaire du fait de la décision de la Cour supérieure du Québec qui a déclaré inconstitutionnelle l'exigence de la loi actuelle selon laquelle la mort doit être raisonnablement prévisible. Cela est tout à fait insensé. La décision *Truchon* est une décision de première instance qui ne lie même pas les tribunaux du Québec au-dessus de la Cour du Québec, et encore moins ceux du reste du pays. Il est presque sans précédent que le gouvernement fédéral ne défende pas sa propre loi au moyen du processus d'appel. Cela est particulièrement vrai dans le cas d'une loi si récente, élaborée par suite de compromis et après un examen attentif de ses répercussions.

In contrast, this government has actively fought multiple rulings by the Canadian Human Rights Commission and even the UN regarding discrimination against Indigenous women and children. One ruling was made five years ago this January, and

En revanche, le gouvernement s'est opposé activement à de nombreuses décisions de la Commission canadienne des droits de la personne et même de l'ONU concernant la discrimination contre les femmes et les enfants autochtones. Une décision a été

our government is still spending millions resisting remedying its wilful and reckless discrimination against 165,000 Indigenous kids.

My final point about the appalling process unfolding around this bill is that the government has failed to engage in a thorough and respectful consultation with those groups who are clearly targeted by the bill. Only a handful of disability groups were consulted as if they were stakeholders like any others, and the unified opposition of all major disability groups in this country to Bill C-7 has been tossed aside as words on the wind.

The substance of this bill is even more intolerable. By removing the one safeguard that was promised as protection for people with disabilities when medical assistance in dying was legislated, the reasonable foreseeability of death requirement, the bill singles out disability as the precipitating condition for assisted death. No other group of Canadians will be supported in their wish to end their lives due to suffering. This amounts to discrimination on the basis of disability contrary to section 15 of our Charter. It imposes a significant social burden by its message that disabled lives are not worth living or saving. And its discriminatory effect is intensified because, as Professor Isabel Grant states, “We know that people with disabling and irremediable conditions are disproportionately older women, disproportionately Indigenous, and disproportionally unemployed, poor and socially isolated.”

The government’s pursuit of this bill regardless of its impact on people with disabilities and racialized communities raises the question of who this bill is for. The answer from disability activist Diane Coleman, founder and president of the organization Not Dead Yet is that it is for those who are well, but worried, well off and White. No doubt there may be some individuals with disabilities who do not fit this profile and who support this bill, but let us be clear. The Supreme Court has not pronounced a constitutional right to government-assisted death for those who are not dying. This bill allows individual demands to trample over the group-based constitutional rights of people with disabilities.

The preamble to the bill states that Canada is a state party to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and recognizes its obligations under it. But these are cynical, empty words. The bill runs roughshod over our obligations. A statement released by the UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities is unequivocal. Under no circumstance should the law provide that it could be a well-reasoned decision for a

rendue en janvier, il y a cinq ans, et notre gouvernement continue de dépenser des millions de dollars pour éviter de remédier à une discrimination délibérée et irresponsable à l’égard de 165 000 enfants autochtones.

Mon dernier point au sujet du processus consternant qui entoure ce projet de loi, c’est que le gouvernement n’a pas mené de consultations approfondies et respectueuses auprès des groupes qui sont clairement visés par celui-ci. Seule une poignée de groupes de personnes handicapées ont été consultés et ce, au même titre que tous les autres intervenants, et l’unité dont ont fait preuve tous les grands groupes de personnes handicapées du pays dans leur opposition au projet de loi C-7 est passée sous silence.

Le fond de ce projet de loi est encore plus inadmissible. En supprimant la seule garantie qui avait été promise pour protéger les personnes handicapées au moment de légiférer sur l’aide médicale à mourir, soit l’exigence de mort raisonnablement prévisible, le projet de loi fait de l’invalidité la cause immédiate du recours à l’aide médicale à mourir. Aucun autre groupe de Canadiens ne sera soutenu de cette façon dans son désir de mettre fin à ses jours en raison des souffrances qu’il endure. Cela équivaut à de la discrimination fondée sur les déficiences et est contraire à l’article 15 de notre Charte. Cela impose un lourd fardeau social du fait du message qui est envoyé selon lequel la vie des personnes handicapées ne vaut pas la peine d’être sauvée. Et cet effet discriminatoire est d’autant plus grand que, comme l’affirme la professeure Isabel Grant, « nous savons que les personnes atteintes de problèmes de santé invalidants et irréversibles sont majoritairement des femmes âgées, des Autochtones, ainsi que des personnes sans emploi, pauvres et socialement isolées ».

L’adoption par le gouvernement de ce projet de loi, sans égard à ses répercussions sur les personnes handicapées et les communautés racisées, soulève la question de savoir à qui il s’adresse. À cela, la militante pour les droits des personnes handicapées, Diane Coleman, fondatrice et présidente de l’organisation Not Dead Yet, répond qu’il est destiné aux personnes en bonne santé, mais inquiètes, bien nanties et blanches. Il y a sans doute des personnes handicapées qui ne correspondent pas à ce profil et qui appuient ce projet de loi, mais soyons clairs. La Cour suprême n’a pas statué sur le droit constitutionnel à l’aide médicale à mourir pour les personnes qui ne sont pas en fin de vie. Ce projet de loi accorde la préséance aux demandes individuelles, au détriment des droits constitutionnels des personnes handicapées collectivement.

Le préambule du projet de loi stipule que le Canada est un État partie à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et reconnaît ses obligations en vertu de celle-ci. Mais ce sont des affirmations cyniques et vides de sens. Le projet de loi bafoue nos obligations. La déclaration du rapporteur spécial des Nations unies sur les droits des personnes handicapées est sans équivoque. La loi ne devrait en aucun cas

person with a disabling condition who is not dying to terminate their life with the support of the state.

The claimed safeguards contained in the bill are nothing of the sort. The requirement that a person choose to end their life is meaningless where those choices are constrained by systemic inequalities like poverty, racism, homelessness and limited access to services. Even our Supreme Court has recognized that choice in this context does not relieve discrimination. The requirement that the request be witnessed by an independent witness is undercut by permitting the patient's paid caregiver to act as a witness, even though we know that there is frequently a power imbalance in such relationships, as well as a high risk of abuse.

The requirement that the person be assessed over a 90-day period in order to explore whether there are treatments or services that could alleviate their suffering is far from adequate. Given that wait lists for chronic pain specialists are two years long in some provinces, and that for example Alberta has up to a one-year wait just for a wheelchair for people with spinal cord injuries, a 90-day period is a cruel joke. For what other group would we wait only 90 days before granting their wish to end their lives when they are not dying?

Finally, the requirements that the person be informed of available services and supports to relieve their suffering, and that along with the assessing practitioners that the person agrees that these measures have been seriously considered, are empty words. There is no corresponding obligation on the state or the assessors to seek out and actually provide the necessary resources to alleviate the person's suffering.

From a personal perspective, I can only imagine that the question of whether my brother, Matthew, should be resuscitated will become an even more persistent inquiry than we have already experienced as a family.

I urge you to reconsider and withdraw this misbegotten bill and instead move Canada forth with a mandate of social, economic and political inclusion for those with disabilities. Thank you.

The Chair: Thank you very much, Professor Sheehy.

Senators, that concludes the witnesses we have for this panel. We have six witnesses. Ms. Gladu was supposed to come, but she may come at a different time. Senators, when asking the questions, please direct your question to the person you want to answer, person or persons.

prévoir qu'une personne atteinte d'une incapacité qui n'est pas en fin de vie puisse raisonnablement prendre la décision de mettre fin à ses jours avec l'appui de l'État.

Les prétendues mesures de sauvegarde contenues dans le projet de loi ne vont pas du tout dans ce sens. La disposition selon laquelle une personne choisit de mettre fin à ses jours n'a aucun sens lorsque ce choix est limité par des inégalités systémiques, comme la pauvreté, le racisme, l'itinérance et l'accès limité aux services. Même la Cour suprême a reconnu que le choix dans ce contexte n'élimine pas la discrimination. L'exigence voulant que la demande soit attestée par un témoin indépendant est amoindrie par le fait que le soignant rémunéré du patient est autorisé à agir comme témoin, même si nous savons qu'il y a souvent un déséquilibre de pouvoir dans de telles relations, ainsi qu'un risque élevé d'abus.

L'exigence voulant que la personne soit évaluée sur une période de 90 jours, afin de déterminer si des traitements ou des services pourraient alléger ses souffrances, est loin d'être adéquate. Étant donné que les listes d'attente pour consulter un spécialiste de la douleur chronique sont de deux ans dans certaines provinces, et qu'en Alberta, par exemple, l'attente peut aller jusqu'à un an pour que les personnes atteintes de lésions médullaires puissent seulement obtenir un fauteuil roulant, cette période de 90 jours est une farce cruelle. Pour quel autre groupe de personnes serions-nous prêts à accepter qu'une période de 90 jours seulement s'applique avant d'accéder à leur désir de mettre fin à leurs jours alors qu'elles ne sont pas en fin de vie?

Enfin, les exigences selon lesquelles la personne doit être informée des services et des mesures de soutien disponibles pour soulager ses souffrances, les praticiens qui évaluent la personne devant convenir que ces mesures ont été sérieusement prises en compte, sont vides de sens. Il n'y a aucune obligation correspondante pour l'État ou les évaluateurs de trouver et de fournir réellement les ressources nécessaires pour soulager les souffrances d'une personne.

D'un point de vue personnel, je peux seulement imaginer que la question de réanimer ou non mon frère Matthew deviendra encore plus insistante que ce que nous avons déjà connu dans ma famille.

Je vous exhorte à reconsidérer et à retirer ce projet de loi illégitime et à plutôt faire progresser le Canada vers un mandat d'inclusion sociale, économique et politique pour les personnes handicapées. Merci.

La présidente : Merci beaucoup, madame Sheehy.

Sénateurs, cela met fin aux témoignages de ce groupe. Nous avons six témoins. Mme Gladu devait venir, mais ce sera peut-être à un autre moment. Honorables sénateurs, lorsque vous posez des questions, veuillez les adresser à la ou aux personnes dont vous voulez obtenir une réponse.

We'll start with the sponsor of the bill, Senator Petitclerc.

[*Translation*]

Senator Petitclerc: My question is for our former colleague the Honourable Senator Joyal. In your opening statement, you commented on mental health in Bill C-7. I'd very much like to hear what you have to say about the proposed concept of vulnerability as it applies to people who are disabled, and individual rights. As you know, Justice Baudouin was very clear in her decision and I quote:

> Vulnerability should not be understood or assessed on the basis of a person's belonging to a defined group, but rather on a case-by-case basis...

As you can see, in the preliminary debates, and even today, some people have concerns and say that they've heard that people are afraid that having a disability could become an acceptable reason for suicide according to the state. In short, could you share your positions and thoughts about this with us?

Mr. Joyal: Thank you for your question, Senator Petitclerc. I haven't spent as much time on this aspect of the bill as I have on the matter of people suffering from mental illness. As Professor MacKay said earlier, my conclusion with respect to people suffering from mental illness yields two alternatives: Remove clause 2.1 or support a reference to the Supreme Court, as I had suggested to the Senate four years ago now, when the House of Commons refused to exclude or suspend the reasonably foreseeable natural death criterion. It's clear that people with disabilities are interested in the bill because the fourth reasonably foreseeable natural death criterion disappears, which is to say that the Quebec Superior Court in *Truchon* concluded that this criterion was unconstitutional. That is also my position, as it was on the reading of Bill C-14.

Where do things stand at the moment in the more general context in which we find ourselves, now that this criterion is gone? This takes us back to the original four criteria in *Carter*. What are they? You know them well. Competent individuals with a grievous and irremediable medical condition who can express their free and informed consent and who are suffering intolerably. This gets us back to the basic criteria in *Carter*. Unless a Canadian decides to challenge the exclusion of reasonably foreseeable natural death and restart the judicial process… In my view it would be inhuman to impose this burden on another Canadian citizen.

Nous allons commencer par la marraine du projet de loi, la sénatrice Petitclerc.

[*Français*]

La sénatrice Petitclerc : Ma question s'adresse à notre ancien collègue l'honorable sénateur Joyal. Dans vos remarques initiales, vous vous exprimez sur l'aspect de la maladie mentale dans le projet de loi C-7. J'aimerais beaucoup vous entendre sur le concept de vulnérabilité proposé quand on considère les personnes en situation de handicap, les droits individuels. Comme vous le savez, la juge Baudouin a été très claire dans sa décision et je cite :

> La vulnérabilité ne doit pas être comprise ni évaluée en fonction de l'appartenance d'une personne à un groupe défini, mais au cas par cas […]

Comme vous le constatez, dans les débats en étude préalable, et même aujourd'hui, certains ont des craintes et disent qu'ils ont entendu dire que des personnes ont peur qu'avoir un handicap devienne une raison acceptable de suicide par l'État. Bref, pouvez-vous partager avec nous vos positions et vos réflexions sur cet aspect?

M. Joyal : Merci de la question, sénatrice Petitclerc. Je n'ai pas consacré autant de temps à cet aspect du projet de loi qu'à celle des personnes souffrant de maladie mentale. Comme l'a dit le professeur MacKay plus tôt, ma conclusion au sujet des personnes souffrant de maladie mentale vous propose deux choix : retirer le paragraphe 2.1 ou appuyer une référence à la Cour suprême, comme je l'avais proposé au Sénat, il y a quatre ans maintenant, lorsque la Chambre des communes a refusé d'exclure ou de suspendre le critère de mort naturelle raisonnablement prévisible. Il est certain que l'intérêt des personnes handicapées à l'égard du projet de loi tient au fait que le critère de mort naturelle raisonnablement prévisible disparaît, c'est-à-dire que la Cour supérieure du Québec dans le jugement *Truchon* a conclu que ce critère n'était pas constitutionnel. C'est également ma position. C'était ma position également à la lecture du projet de loi C-14.

Qu'en est-il maintenant du contexte plus général dans lequel nous nous retrouvons où ce critère n'existe plus? Nous revenons donc aux quatre critères originaux de l'arrêt *Carter*. Quels sont-ils? Vous les connaissez bien. Une personne compétente qui souffre d'une maladie grave et irrémédiable qui peut exprimer un consentement libre et éclairé et également qui souffre d'une manière telle qu'elle ne peut plus endurer ses souffrances. Nous revenons donc aux critères de base de l'arrêt *Carter*. À moins qu'un Canadien ou une Canadienne décide de contester l'exclusion du caractère de mort naturelle raisonnablement prévisible et de redémarrer le processus judiciaire... À mon avis, ce serait inhumain d'imposer ce fardeau à un autre citoyen ou à une autre citoyenne canadienne.

What appears to me to be very clear in the current context is what the Supreme Court said in *Carter*. I would like to quote what the Supreme Court concluded in paragraph 105:

> After reviewing the evidence, she [the judge] concluded that a permissive regime with properly designed and administered safeguards was capable of protecting vulnerable people from abuse and error. While there are risks, to be sure, a carefully designed and managed system is capable of adequately addressing them [...]

That was paragraph 105 of *Carter*. In other words, the Supreme Court was very sensitive to the vulnerability of some groups of people. As you know perfectly well yourself, and you are one of the spokespersons for the disabled individuals who feel directly concerned by the situation, whose reaction is to ask why wouldn't they get discouraged. They don't have the assistance they need — as Professor Sheehy mentioned earlier — they don't have the social support or the medical support required and they're losing interest in living.

If I remember correctly, you even mentioned it in your address, that in the days following your accident, you were suffering so much that you yourself thought of ending your life.

Senator Carignan: My question is for Senator Joyal and Professor Taillon. Welcome. It's always a pleasure to see you. My question is for both of you, and it concerns the evidence given this morning by public servants who told us that the definition of mental illness is unclear, but that the support documentation may indicate that someone with Alzheimer's or who is being treated by a psychiatrist is not covered by the definition of mental illness, and hence is not excluded from MAID. They say that courts often use these documents to reach the legislators intended conclusion. I am of course concerned about this. I'd like to hear what you have to say about the cogency of using documents like that to interpret a section of the Criminal Code.

Mr. Joyal: Thank you, senator, for the question. I will be brief in order to give our colleague, Professor Taillon, the opportunity to reply. I believe that this exclusion is much too general, and that there is even some doubt about it from the psychiatric standpoint. The document claims that biodegenerative diseases are not mental illnesses. That's what I understood when you said that Alzheimer's, for example, was not a mental illness. It's a mental loss, but caused by a physical condition.

Now, you've heard — I've read the depositions from witnesses received in November — that there are circumstances in which people may be suffering from a physical condition of a kind that has an impact on their mental condition. Consequently,

Ce qui me semble très clair, dans le contexte actuel, c'est ce que la Cour suprême a dit dans le jugement *Carter*. Je voudrais citer ce que la Cour suprême a conclu au paragraphe 105 :

> Après avoir étudié la preuve, [la juge] a conclu qu'un régime permissif comportant des garanties adéquatement conçues et appliquées pouvait protéger les personnes vulnérables contre les abus et les erreurs. Certes, il existe des risques, mais un système soigneusement conçu et géré peut les contrer adéquatement [...]

C'était le paragraphe 105 du jugement *Carter*. En d'autres mots, la Cour suprême était très sensible à la situation de la vulnérabilité de certains groupes de personnes. Comme vous le savez vous-même parfaitement; et vous en êtes une des porte-parole, les personnes handicapées se sentent directement concernées par cette situation. Leur réaction est de se dire ceci : est-ce que je ne me découragerai pas? Je n'ai pas l'assistance nécessaire — comme la professeure Sheehy l'a mentionné tantôt —, je n'ai pas le soutien social requis, je n'ai pas l'appui médical requis et je perds intérêt à vivre.

Si je me souviens bien, vous-même aviez mentionné dans votre discours que dans les jours suivant votre accident, vous étiez dans telle souffrance que vous pensiez vous-même mettre fin à vos jours.

Le sénateur Carignan : Ma question s'adresse au sénateur Joyal et au professeur Taillon. Bienvenue. C'est toujours un plaisir de vous voir. Ma question s'adresse à vous deux et elle traite du témoignage de ce matin de fonctionnaires qui nous ont dit que la définition de maladie mentale n'est pas claire, sauf que des documents de soutien peuvent indiquer que la personne atteinte d'alzheimer ou suivie par un psychiatre n'est pas couverte par la définition de maladie mentale et n'est donc pas exclue de l'AMM. Ils disent que souvent, les tribunaux vont utiliser ces documents pour arriver à la conclusion de l'intention du législateur. Évidemment, j'ai une crainte par rapport à cet aspect-là. Je voudrais vous entendre sur le bien fondé d'utiliser un document comme cela pour interpréter un article du Code criminel.

M. Joyal : Merci, sénateur, pour la question. Je vais y aller rapidement pour laisser la chance à notre collègue le professeur Taillon de répondre. Je crois que cette exclusion est beaucoup trop générale et qu'il subsiste même sur le plan de la psychiatrie un doute. Le document prétend que les maladies biodégénératives ne sont pas des maladies mentales. C'est ce que j'ai compris lorsqu'on vous a dit que l'alzheimer, par exemple, n'est pas une maladie mentale. C'est une perte mentale, mais qui est causée par une condition physique.

Or, vous avez entendu — j'ai lu les dépositions des témoins reçus au mois de novembre — qu'il y a des situations où des personnes peuvent souffrir d'une condition physique qui est telle que cette maladie physique, cette situation physique aura un

they are no longer capable of giving their free and informed consent.

Both types are mixed together in the definition of mental illness. Honourable senators, we are dealing here with criminal law, as you know. In criminal law, one must be extremely precise and clear to avoid indirectly affecting or including certain people who would not even know that they are covered by the act. It strikes me that this definition, if the bill is to remain as is, needs to be much clearer and accurate than it is now. I've read the accompanying documentation and it is certainly not adequate to allay your concerns.

Mr. Taillon: I would add that it is not unheard of to use documents other than statutes or regulations for purposes of interpretation, but in criminal law, it strikes me as inappropriate or in any event less frequent, particularly when the issue is mental health. It would be very surprising for provincial courts and legislators, and for Parliament, to reach agreement on a single solution for all illnesses related to mental health. In all likelihood, some illnesses would have to be distinguished from others.

The purpose of my intervention here is to draw the attention of Parliament to the fact that as soon as it introduces a prohibition, or a safeguard for those affected by mental illness, it attracts debate on the exclusion, which could lead to rather categorical court decisions that would afterwards prevent it from being able to come up with remedies.

Conversely, if the legislator shows restraint and allows other stakeholders to establish solutions and balances on the mental health issues, then if problems were to arise, this option, this possibility, would still be available for a safeguard; however, acting too proactively could lead the courts to get stuck on this particular issue, which would probably require detailed distinctions with respect to the type of illness and the circumstances.

[*English*]

Senator Batters: My question is for Professor Sheehy.

In an opinion piece you published in December, you stated that this legislation:

> . . . promotes an ableist stereotype that significant disability is worse than death, devaluing the lives of people with disabilities by suggesting that suicide prevention for this group is less important than for others.

impact sur leur condition mentale. Par conséquent, ces personnes ne seront plus en mesure de donner un consentement libre et éclairé.

Les deux genres sont mêlés dans la définition de maladie mentale. Nous sommes en droit criminel, honorables sénateurs, comme vous le savez. La caractéristique du droit criminel est d'être extrêmement précis et clair afin d'éviter qu'indirectement on ne touche ou on n'attrape le groupe de personnes qui ne sauraient même pas qu'elles sont visées par la loi. Il me semble que cette définition, si le projet de loi devait rester tel quel, devrait recevoir une précision beaucoup plus claire que ce que nous avons à l'heure actuelle. J'ai lu les documents d'accompagnement et ils ne suffisent certainement pas à répondre à votre crainte.

M. Taillon : Je peux ajouter qu'il n'est pas inusité qu'on utilise des documents autres que des lois ou règlements pour des fins d'interprétation, mais dans le domaine du droit criminel cela me semble moins naturel ou, en tout cas, moins fréquent, surtout sur la question de la santé mentale. Ce serait très étonnant que les tribunaux et les législateurs provinciaux et le législateur fédéral, qu'à terme le droit se cristallise autour d'une solution unique pour toutes les maladies liées à la santé mentale. Fort probablement qu'il faudra distinguer certaines maladies par rapport à d'autres.

Le sens de mon intervention à cet égard est d'attirer l'attention du législateur fédéral sur le fait que, du moment qu'il crée une interdiction, une mesure de protection pour les personnes qui sont affectées par une maladie mentale, il attire un débat sur cette exclusion, qui pourrait amener une décision des tribunaux assez catégorique qui empêcherait ensuite le législateur fédéral de venir concevoir des correctifs.

À l'inverse, si le législateur fait preuve de retenue et laisse les autres acteurs établir des solutions et des équilibres sur la question de la santé mentale, en cas de problèmes, il y aura encore cette cartouche, cette possibilité de venir adopter une mesure de protection, mais d'agir de façon trop proactive pourrait amener les tribunaux à venir se crisper sur cette question particulière qui nécessite probablement de grandes distinctions selon le type de maladie et les circonstances.

[*Traduction*]

La sénatrice Batters : Ma question s'adresse à Mme Sheehy.

Dans un article d'opinion que vous avez publié en décembre, vous dites que cette loi :

> [...] fait la promotion d'un stéréotype capacitiste selon lequel un handicap important est pire que la mort, ce qui dévalorise la vie des personnes handicapées en laissant entendre que la prévention du suicide pour ce groupe est moins importante que pour d'autres.

Your article also links to a Department of Justice Canada backgrounder that essentially raises the same concern.

So while many medical experts in our pre-study demonstrated that the desire to die among MAID applicants often wanes with time, some have tried to claim that the concept of suicidality is completely distinct from a MAID request.

Professor Sheehy, could you elaborate on your assertion that the government's message with this Bill C-7 is that suicide prevention for this group is less important than others?

Ms. Sheehy: I have read the *Truchon* decision, and I have struggled with the distinction that the court drew between "suicide" and "assisted death." Many of the criteria the court used to draw that line between those two forms of ending one's life are not persuasive, for the most part.

I understand that many people are offended by the use of the term "assisted suicide." However, this bill is situated in the context of the Criminal Code, which creates a crime of assisting suicide as being a form of homicide. So both MAID and this proposed extension of MAID are, in fact, considered by the criminal law to be forms of assisted suicide.

I am not persuaded that there is a clear line between assisting suicide and MAID. I think that to offer assisted death as a response to the suffering of many people with disabilities whose suffering, in fact, is rooted in their despair and inability to have home care, for example, as one service already mentioned, or even to be able to afford pain relief. To call this assisted death, as opposed to assisted suicide, is really a way to hide the reality of what we're doing here. We're willing to sacrifice those lives rather than insist that we provide enough resources for them to have dignified, secure and healthy lives.

Senator Batters: My second question is for Mr. Quinn, the UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities.

Mr. Quinn, could you please elaborate on what rights are protected under article 10 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities? How is the right to life on an equal basis with others unique, and do you believe that article 10 is violated by Bill C-7?

Mr. Quinn: Thank you very much. I think the core right is in article 5 on equal treatment combined with article 8, which weighs heavily against ableist and stereotypical

Votre article renvoie également à un document d'information du ministère de la Justice du Canada qui soulève essentiellement la même préoccupation.

Alors que de nombreux experts médicaux qui ont participé à notre étude préalable ont démontré que le désir de mourir chez les demandeurs de l'aide médicale à mourir diminue souvent avec le temps, certains ont tenté de prétendre que le concept de suicidalité est complètement distinct d'une demande d'aide médicale à mourir.

Madame Sheehy, pourriez-vous préciser votre affirmation selon laquelle le message que lance le gouvernement avec le projet de loi C-7 est que la prévention du suicide pour ce groupe est moins importante que pour d'autres?

Mme Sheehy : J'ai lu l'arrêt *Truchon* et j'ai eu de la difficulté à comprendre la distinction faite par le tribunal entre « suicide » et « mort assistée ». Bon nombre des critères utilisés par le tribunal pour établir la distinction entre ces deux façons de mettre fin à la vie d'une personne ne sont pas convaincants.

Je comprends que beaucoup de gens sont offensés par l'utilisation du terme « suicide assisté ». Toutefois, ce projet de loi se situe dans le contexte du Code criminel, selon lequel l'acte criminel d'aide au suicide est une forme d'homicide. Par conséquent, l'aide médicale à mourir et son élargissement proposé sont, en fait, considérés par le droit pénal comme des formes d'aide au suicide.

Je ne suis pas convaincue qu'il y ait une distinction claire entre l'aide au suicide et par opposition à l'aide médicale à mourir. Je pense qu'appeler aide à mourir, par opposition à suicide assisté, l'aide offerte en réponse à la souffrance de nombreuses personnes handicapées, cette souffrance étant en fait liée au désespoir de ces personnes et à leur incapacité de recevoir des soins à domicile, par exemple, comme il a déjà été mentionné, ou même de pouvoir payer pour soulager leur douleur, est vraiment une façon de cacher la réalité telle qu'elle est. Nous sommes prêts à sacrifier ces vies plutôt que d'insister pour leur fournir suffisamment de ressources pour que ces personnes puissent vivre dans la dignité, en sécurité et en santé.

La sénatrice Batters : Ma deuxième question s'adresse à M. Quinn, rapporteur spécial des Nations unies sur les droits des personnes handicapées.

Monsieur Quinn, pourriez-vous nous en dire davantage sur les droits protégés par l'article 10 de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées? En quoi la jouissance effective du droit à la vie sur la base de l'égalité avec les autres est-elle unique, et croyez-vous que le projet de loi C-7 contrevient à l'article 10?

M. Quinn : Merci beaucoup. Je pense que ce droit fondamental est prévu à l'article 5 sur le traitement égal, combiné à l'article 8, qui milite fortement contre le capacitisme

assumptions. Then it's a question of applying article 5 and article 8 to article 10. The UN Human Rights Committee, the committee that deals with the civil and political rights covenant, allows for some slippage in the concept of the right to life [Technical difficulties] and allows for some assistance in dying, but we're very insistent on exceptional safeguards. In the context of the 2016 amendments to your Criminal Code, the previous United Nations Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities as well as the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, we're only dealing with that situation. We're not dealing with the purported extension of the medically assisted right to die outside of the proximity of death, so to speak. I would personally view that states have some latitude when it comes to article 10, but I think that that latitude is cut down very significantly, particularly in the disability context when you remember the application of article 5 and article 8.

et les stéréotypes. Il s'agit ensuite d'appliquer l'article 5 et l'article 8 à l'article 10. Le Comité des droits de l'homme des Nations unies, qui s'occupe du pacte des droits civils et politiques, permet un certain glissement dans le concept du droit à la vie [Difficultés techniques] et permet une certaine forme d'aide à mourir, mais nous insistons beaucoup sur des mesures de sauvegarde exceptionnelles. Dans le contexte des modifications apportées en 2016 à votre Code criminel, l'ancienne rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées, ainsi que le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies, il s'agit uniquement de cette situation. Il n'est pas question de l'élargissement du droit à l'aide médicale à mourir autrement qu'en cas de mort imminente, pour ainsi dire. Personnellement, je considère que les États ont une certaine latitude en ce qui concerne l'article 10, mais je pense que cette latitude est très limitée, surtout dans le contexte de l'invalidité, quand on tient compte de l'application des articles 5 et 8.

I do recall the Charter Statement in the House of Commons, which said something to the effect that the 2016 bill made no space for stereotypical assumptions, but I actually think they creep back into it, particularly with this purported extension. Thank you.

Je me souviens de l'énoncé concernant la Charte à la Chambre des communes, selon lequel le projet de loi de 2016 n'ouvrait pas la porte à des hypothèses stéréotypées, mais je pense qu'en fait, on leur a fait une place, surtout avec ce prétendu élargissement. Merci.

The Chair: I have two questions. My first question is to the human rights commissioner. How does the commission monitor that rights are preserved? Do you collect data? If yes, do you have a plan to have any mechanism to collect data on MAID based on race, ethnicity or religion?

La présidente : J'ai deux questions. La première s'adresse à la présidente de la Commission des droits de la personne. Comment la commission veille-t-elle à ce que les droits soient préservés? Des données sont-elles recueillies? Dans l'affirmative, prévoyez-vous mettre en place un mécanisme pour recueillir des données sur l'aide médicale à mourir en fonction de la race, de l'origine ethnique ou de la religion?

Ms. Landry: Thank you, senator, for your question. I'm going to turn to our senior policy advisor to answer this question.

Mme Landry : Merci, sénatrice, de votre question. Je vais demander à notre conseillère principale en matière de politiques d'y répondre.

The Chair: Thank you.

La présidente : Merci.

Marcella Daye, Senior Policy Advisor, Canadian Human Rights Commission: Thank you very much. I think that embedded in your question is perhaps two separate questions. The commission certainly does gather data regarding complaints filed with the Canadian Human Rights Commission under the Canadian Human Rights Act, and it will gather data under its new mandates, which it has assumed over recent years under the Accessible Canada Act, for example, and the Pay Equity Act. It serves an audit role under the Employment Equity Act. And so we do gather those kinds of data.

Marcella Daye, conseillère principale en matière de politiques, Commission canadienne des droits de la personne : Merci beaucoup. Je pense que votre question comporte deux volets distincts. Il est certain que la commission recueille des données sur les plaintes déposées auprès d'elle en vertu de la Loi canadienne sur les droits de la personne, et qu'elle recueillera des données dans le cadre des nouveaux mandats qui lui ont été confiés au cours des dernières années aux termes de la Loi canadienne sur l'accessibilité, par exemple, et de la Loi sur l'équité salariale. Elle joue également un rôle de vérification en vertu de la Loi sur l'équité en matière d'emploi. C'est donc dire que nous recueillons ce genre de données.

Of course, we have a new role, which has just been established recently, as the national monitoring mechanism under the UN CRPD. We're just beginning that role, so we have not begun any data gathering for monitoring purposes. We are in the stage of continuing consultation with communities, with people with

Bien entendu, nous avons un nouveau rôle, qui vient d'être créé, en tant que mécanisme national de surveillance dans le cadre de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées. Nous commençons tout juste à jouer ce rôle, ce qui fait que nous n'avons pas commencé à recueillir de

disabilities and the groups that represent them to get their input on what they want to see from a monitoring mechanism within Canada.

With regard to monitoring MAID, our sense is that the commission certainly supports an independent mechanism to monitor MAID. However, we're not certain that the Canadian Human Rights Commission is the appropriate place for the initial gathering of the data, which, for example, is presented in the annual reports for MAID right now. It may be that type of data gathering would be more appropriately situated in an agency that has the sole focus of accountability for that data under MAID. We certainly hope that once that data is gathered that it would be made available to the commission for the purpose of our analysis and our reporting in our role as the national monitoring mechanism.

The Chair: Thank you. I have a question for the United Nations —

Ms. Daye: We do have some additional input on the data gathering issue, if you have time.

The Chair: That answers my question. Thank you so much.

I'd like to ask a question of the United Nations special rapporteur. I really appreciated reading your recent report on the impact of overlooking ableism and ableist attitudes with regard to the impacts of Bill C-7. Would you agree that racism, particularly how racialized people will be impacted by this bill, is important? Would it be a valuable lens for legislators to be studying bills that are inextricably linked to people's human rights? Should they be looking at race-based and Indigenous identity data collection?

Mr. Quinn: I think an intersectional perspective is incredibly important when it comes to landmark bills like this. I know you have a large Indigenous population with disabilities in Canada. I'm sure that's a major factor in your consideration.

It's not so much the statutory language you use or you intend, but the kind of habitat that it falls into and the background culture and legacy of exclusion. You have to have a heightened antenna to that. The ableism will not arise through your specific intention. It's not there by intention in the wording, it's actually there in the impact in law [Technical difficulties]. The books are one thing, but the law in action is quite another thing. You have to take that societal impact into account in making your determinations.

données à des fins de surveillance. Nous menons des consultations permanentes avec les collectivités, les personnes handicapées et les groupes qui les représentent, afin d'obtenir leurs commentaires sur ce qu'ils attendent d'un mécanisme de surveillance au Canada.

En ce qui concerne la surveillance de l'aide médicale à mourir, nous sommes d'accord pour que la commission appuie un mécanisme indépendant. Cependant, nous ne sommes pas certains que la Commission canadienne des droits de la personne est l'endroit approprié pour la collecte initiale des données qui, par exemple, sont présentées dans les rapports annuels sur l'aide médicale à mourir à l'heure actuelle. Ce rôle reviendrait peut-être davantage à un organisme qui a comme seul objectif de rendre compte de ce type de données. Il ne fait aucun doute que nous espérons qu'une fois ces données recueillies, elles seront mises à la disposition de la commission aux fins des analyses et des rapports qu'elle produit dans le cadre de son rôle de mécanisme national de surveillance.

La présidente : Merci. J'ai une question pour le rapporteur des Nations unies...

Mme Daye : Nous avons d'autres observations sur la question de la collecte de données, si vous avez le temps de les entendre.

La présidente : J'ai eu réponse à ma question. Merci beaucoup.

J'aimerais poser une question au rapporteur spécial des Nations unies. J'ai beaucoup apprécié la lecture de votre récent rapport sur les répercussions qu'a entraînées le fait de laisser de côté le capacitisme et les attitudes qui l'accompagnent dans les impacts du projet de loi C-7. Êtes-vous d'accord pour dire que le racisme, particulièrement la façon dont les personnes racisées seront touchées par ce projet de loi, est important? Serait-il utile pour les législateurs d'étudier des projets de loi qui sont inextricablement liés aux droits de la personne? Devraient-ils envisager la collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone?

M. Quinn : Je pense qu'une perspective intersectionnelle est extrêmement importante lorsqu'il s'agit de projets de loi marquants comme celui-ci. Je sais que vous avez une importante population autochtone handicapée au Canada. Je suis sûr que c'est un facteur important dont vous tenez compte.

Il ne s'agit pas tant du libellé que vous utilisez ou que vous entendez utiliser, mais plutôt du type d'environnement auquel il appartient et des antécédents culturels, ainsi que du legs de l'exclusion. Il faut accorder plus d'attention à cela. La discrimination fondée sur le capacitisme ne découlera pas de votre intention précise. Ce n'est pas voulu dans le libellé, mais c'est déjà là dans l'impact en droit [Difficultés techniques]. Les livres sont une chose, mais l'application de la loi en est une autre. Il faut tenir compte de cet impact social au moment de prendre des décisions.

Senator Plett: I have two questions, one for Professor Sheehy and one for Mr. Quinn. I will be brief, and hopefully I can get both answers in.

Professor Sheehy, in an opinion piece you published with Professor Isabel Grant and Archie Kaiser in December, you marvel at the decision of the federal government to capitulate to a lower court ruling, thereby arguing the assisted suicide regime for the entire country. You say:

> Given that the current regime of MAiD has already saved the federal government $87M in health care costs, one might be forgiven for wondering whether the federal response here is driven by crass economic calculations.

Professor Sheehy, can you elaborate on that comment? In your view, how rare is this type of action from a federal government based on a lower court ruling by one judge in one province? What do you believe the government should have done instead?

Ms. Sheehy: Well, I believe that they should have instead appealed this decision. They should have used their considerable resources, to put together an appeal to the Quebec Court of Appeal and, if necessary, the Supreme Court of Canada.

I can't speculate about the financial motivations of the federal government. What I would say is that extending medical assistance in dying to people who are not in the process of dying and based on disability is going to be a huge cost saving to the provinces. I would suggest it's even a further disincentive to the provinces in terms of robust funding of support and community services for people with disabilities.

It's indisputable that we're going to see a real push on the part of people with disabilities to get access to MAID in circumstances where their suffering could be resolved by adequate community and medical support that we may be unwilling to provide.

We already have at least 14 cases of real human beings, who have been reported in the media, who we know have either sought or seek medical assistance in dying because they did not have access to the resources they needed to live dignified and healthy lives. It's not theoretical.

Senator Plett: Thank you. Very quickly, Mr. Quinn. Your predecessor, Catalina Devandas Aguilar — I'm sure I butchered that name pretty much — spent a week in Canada reviewing many cases, including the case of Roger Foley. Roger Foley, you will remember, was offered assisted dying repeatedly when he demonstrated no such interest and was instead seeking assisted home care.

Le sénateur Plett : J'ai deux questions, l'une pour Mme Sheehy et l'autre pour M. Quinn. Je serai bref, et j'espère pouvoir obtenir réponse aux deux.

Madame Sheehy, dans un article d'opinion que vous avez publié avec Isabel Grant et Archie Kaiser en décembre, vous vous êtes étonnée de la décision du gouvernement fédéral de capituler devant un tribunal inférieur, soutenant ainsi le régime de suicide assisté pour l'ensemble du pays. Vous dites :

> Étant donné que le régime actuel d'aide médicale à mourir a déjà permis au gouvernement fédéral d'économiser 87 millions de dollars en coûts de soins de santé, on peut se demander si la réponse du gouvernement fédéral est motivée par un vulgaire calcul économique.

Madame Sheehy, pouvez-vous nous en dire davantage à ce sujet? Selon vous, à quel point est-il rare qu'un gouvernement fédéral agisse de la sorte en se fondant sur une décision d'un tribunal inférieur rendue par un juge d'une province? À votre avis, qu'est-ce que le gouvernement aurait dû faire à la place?

Mme Sheehy : Eh bien, je crois qu'il aurait dû plutôt en appeler de cette décision. Il aurait dû utiliser les ressources considérables dont il dispose pour porter cette décision en appel devant la Cour d'appel du Québec et, si nécessaire, la Cour suprême du Canada.

Je ne peux pas spéculer sur les motivations financières du gouvernement fédéral. Ce que je dirais, c'est que le fait d'étendre l'aide médicale à mourir à des personnes qui ne sont pas en fin de vie, sur la base de leur handicap, va représenter une économie énorme pour les provinces. Je dirais même que cela les découragera encore plus de financer adéquatement les services de soutien et les services communautaires destinés aux personnes handicapées.

Il ne fait aucun doute que nous verrons un véritable mouvement de la part des personnes handicapées pour avoir accès à l'aide médicale à mourir, dans des circonstances où leurs souffrances pourraient être réglées grâce à un soutien communautaire et médical adéquat que nous ne sommes peut-être pas disposés à fournir.

Il y a déjà au moins 14 cas réels d'êtres humains dont on a fait état dans les médias qui, nous le savons, ont obtenu ou demandé l'aide médicale à mourir parce qu'ils n'avaient pas accès aux ressources dont ils avaient besoin pour vivre en santé dans la dignité. Ces cas ne sont pas théoriques.

Le sénateur Plett : Merci. Très rapidement, monsieur Quinn. Votre prédécesseure, Mme Catalina Devandas Aguilar — je suis sûr que j'ai massacré son nom — a passé une semaine au Canada à examiner de nombreux cas, dont celui de Roger Foley, à qui, vous vous en souviendrez, on a offert l'aide médicale à mourir à plusieurs reprises, alors qu'il n'avait manifesté aucun intérêt à cet égard et qu'il cherchait plutôt des soins à domicile assistés.

At one point, Ms. Catalina Devandas Aguilar wrote:

> I urge the federal government to investigate these complaints and put into place adequate safeguards to ensure that persons with disabilities do not request assistive dying simply because of the absence of community-based alternatives and palliative care.

This letter, Mr. Quinn, was published almost two years ago. Has there been any dialogue between your office and the federal government since? If so, has the Canadian government adequately responded to the recommendations? Do you believe this legislation includes any safeguards to protect against the risks that your predecessor highlighted?

Mr. Quinn: Thank you very much. I've only been in post for three months, but I promise to investigate that for you and circle right back to give you an answer.

Senator Plett: Thank you very much.

Do I have any time left, chair?

The Chair: No. It's almost over.

Senator Plett: Thank you.

Senator Cotter: First, an observation about the quality of the panel we're hearing from today. We have outstanding human rights leaders, constitutional law experts in our country, and members of the Order of Canada and the Order of Ontario. We are really blessed by your presence and that doesn't even include constitutional experts in the Senate itself, Senator Gold.

What I'm thinking, as I listen to this, is that the debates and concerns we're hearing now cry out for an authoritative answer. We are ultimately going to get that. As you might anticipate, this causes me to want to ask two questions about the need for a constitutional reference.

I have one question for Professor MacKay and one question for Senator Joyal.

Professor MacKay, can you say whether this is the kind of situation that can be constructed into a constitutional reference for the Supreme Court to consider?

Senator Joyal, I want to ask you to expand on the initiative you undertook in 2016 to propose an amendment along those lines and whether you think such a one is called for this time around. Thank you.

À un certain moment, Mme Catalina Devandas Aguilar a écrit :

> J'exhorte le gouvernement fédéral à enquêter sur ces plaintes et à mettre en place des mesures de protection adéquates pour veiller à ce que les personnes handicapées ne demandent pas l'aide médicale à mourir simplement en raison de l'absence de solutions de rechange au niveau communautaire et de soins palliatifs.

Cette lettre, monsieur Quinn, a été publiée il y a près de deux ans. Y a-t-il eu un dialogue entre votre bureau et le gouvernement fédéral depuis? Si oui, le gouvernement canadien a-t-il répondu adéquatement aux recommandations? Croyez-vous que ce projet de loi prévoit des mesures de protection contre les risques que votre prédécesseure a soulignés?

M. Quinn : Merci beaucoup. Je ne suis en poste que depuis trois mois, mais je vous promets de faire enquête à ce sujet et de vous revenir rapidement avec une réponse.

Le sénateur Plett : Merci beaucoup.

Me reste-t-il du temps, madame la présidente?

La présidente : Non. Votre temps de parole est presque écoulé.

Le sénateur Plett : Merci.

Le sénateur Cotter : Premièrement, j'aimerais faire une observation sur la qualité du groupe de témoins que nous entendons aujourd'hui. Nous avons des chefs de file exceptionnels en matière de droits de la personne, des experts en droit constitutionnel de notre pays, ainsi que des membres de l'Ordre du Canada et de l'Ordre de l'Ontario. Nous avons vraiment beaucoup de chance de vous avoir parmi nous, sans parler des experts constitutionnalistes du Sénat proprement dit, comme le sénateur Gold.

Ce que je pense, en écoutant cela, c'est que les débats et les préoccupations que nous entendons maintenant exigent une réponse plus ferme. Nous finirons par l'obtenir. Comme il était à prévoir, cela m'amène à poser deux questions sur la nécessité d'un renvoi constitutionnel.

J'ai une question pour M. MacKay et une autre pour le sénateur Joyal.

Monsieur MacKay, pouvez-vous nous dire si c'est le genre de situation qui peut faire l'objet d'un renvoi constitutionnel à la Cour suprême?

Sénateur Joyal, j'aimerais que vous nous parliez davantage de l'initiative que vous avez entreprise en 2016 en vue de proposer un amendement en ce sens et que vous nous disiez si vous pensez qu'un tel amendement est nécessaire cette fois-ci. Merci.

Mr. MacKay: First of all, my answer is that I think it can and should, as my recommendation suggested, although I defer in part to Senator Joyal who has more experience on this. I think the kinds of questions that need to be asked, actually, on two critical issues before us, are whether or not the expansion of MAID to take away the requirement of reasonably foreseeable death is potentially a section 15 violation, as so eloquently stated by Professor Sheehy and Isabel Grant and a lot of other people. As I stated in my brief, the longer version, I'm sympathetic to that view, although it's hard to know exactly how to handle that one.

I think it's a perfect question for a reference to the Supreme Court of Canada, and even though I think the exclusion is clearer, at least in my mind and those of Senator Joyal and others, that it should either be dropped or suspended or some such thing. Even there, it would be helpful to have that.

I want to pick up on the point, just briefly, a couple of people made that it is extremely unusual to take a trial decision, however good it might be, from one judge in one province and say we should, therefore, change something as big, significant and potentially problematic as the right to die with medical assistance.

I think it's actually an ideal candidate and could be carefully stated in a way that would have an impact on people from disabled communities and others who ideally would have input into how those questions would be set up. Thank you for the question.

Mr. Joyal: Thank you, senator, for your question. In fact, four years ago when we were facing the House of Commons' decision to refuse the amendment — to remove the criteria of reasonably foreseeable death — as a fallback position in the Senate at that time when the bill came back from the House of Commons refusing the Senate's amendment, I proposed, as a way out of the conundrum, to ask the government to make an immediate reference to the Supreme Court on this very criterion of unreasonably foreseeable death and suspend the application of that criterion for the time that the Supreme Court would consider it.

In the present case, it's very timely. It's one of the options that I propose in my brief, and I'll tell you why: because the Supreme Court has just ruled, less than two months ago, on *Attorney General of Ontario v. G* case regarding this very issue of the rights of people suffering from mental illness.

In other words, the court has already appraised the status of the law and its relation to the Charter, section 7 and section 15. Those were the two articles of the Charter that were at stake in

M. MacKay : Tout d'abord, je crois que cela peut et doit être possible, comme je l'ai indiqué dans ma recommandation, même si je m'en remets en partie au sénateur Joyal, qui a plus d'expérience dans ce domaine. Je pense que le genre de questions qui doivent être posées, en fait, sur deux enjeux cruciaux dont nous sommes saisis, c'est de savoir si l'élargissement de l'aide médicale à mourir comprenant l'élimination de l'exigence de mort raisonnablement prévisible constitue une violation potentielle de l'article 15, comme l'ont si bien démontré Mmes Sheehy et Grant, ainsi que bien d'autres personnes. Comme je l'ai dit dans la version plus longue de mon mémoire, je comprends ce point de vue, bien qu'il soit difficile de savoir exactement comment gérer cette situation.

Je pense que c'est une question parfaite pour un renvoi à la Cour suprême du Canada, et même si je pense que l'exclusion est plus claire, du moins dans mon esprit et dans celui du sénateur Joyal et d'autres, elle devrait être abandonnée ou suspendue ou quelque chose du genre. Même dans ce cas, ce recours serait utile.

J'aimerais revenir brièvement sur le point soulevé par quelques personnes, à savoir qu'il est extrêmement inhabituel de se servir d'une décision de première instance, aussi bonne soit-elle, d'un juge d'une province pour dire que nous devrions changer quelque chose d'aussi vaste, important et potentiellement problématique comme le droit de mourir avec une aide médicale.

Je pense que c'est en fait un cas idéal et qu'un énoncé clair pourrait avoir un impact sur les personnes handicapées et d'autres qui, idéalement, auraient leur mot à dire sur la façon dont ces questions seraient posées. Je vous remercie de la question.

M. Joyal : Merci, sénateur, de votre question. En fait, il y a quatre ans, lorsque la Chambre des communes a décidé de rejeter l'amendement — à savoir supprimer le critère de mort raisonnablement prévisible — qui constituait une solution de repli au Sénat à l'époque, lorsque la Chambre des communes a renvoyé le projet de loi en refusant l'amendement du Sénat, j'ai proposé, pour sortir de l'impasse, de demander au gouvernement de soumettre immédiatement à la Cour suprême le critère même de la mort raisonnablement prévisible et de suspendre l'application de ce critère pendant son examen par la Cour suprême.

Dans le cas présent, c'est très opportun. C'est l'une des options que je propose dans mon mémoire, et je vais vous dire pourquoi. La Cour suprême vient de se prononcer, il y a moins de deux mois, dans l'affaire *Procureur général de l'Ontario c. G.* sur cette question même des droits des personnes atteintes de maladie mentale.

Autrement dit, la Cour suprême a déjà évalué l'état du droit et son lien avec les articles 7 et 15 de la Charte. Ce sont les deux articles de la Charte qui étaient en jeu dans l'affaire que je viens

the case I just quoted, *Attorney General of Ontario v. G*. In other words, the court is ready now, more or less, as it has almost everything it needs to come forward with a decision on the issue of the admissibility of people suffering from mental illness to MAID.

On the other hand, on the criterion of unreasonably foreseeable death, as Professor Sheehy has mentioned, when I read the *Truchon* case, a decision from the Superior Court of Quebec, I stated publicly that my position was for the government to appeal, to make a reference to the Supreme Court, and not to impose on Mr. Truchon and Ms. Nicole Gladu another time frame of years of judicial process against two people who had been fighting for their rights among themselves.

In order to alleviate the conditions of Canadians finding themselves in that position, as Julia Lamb in B.C. was in the same position at that time, there were two cases in the Superior Courts of two provinces, whether to go to the Supreme Court immediately.

The Chair: Thank you, Senator Joyal.

[*Translation*]

Senator Dupuis: My first question is for Professor Taillon. Professor Taillon, in your presentation you spoke about the fact that the federal government should be content with passing laws that are not too detailed, with being more general, and with allowing the provinces to develop their own provincial laws.

My question concerns the criterion for death that is not reasonably foreseeable, as reintroduced into Bill C-7, but which has come up against more serious barriers for those whose death is foreseeable.

When you spoke about not formulating a single standard that was too detailed, does this amount to saying that Bill C-7 might have some criteria that are already in the act, but that all references to the progression of an illness should be eliminated?

In other words, to ensure that precautions are taken for existing criteria, which focus on the quality of the consent. Is this what you might mean by legislation that is not too detailed?

Mr. Taillon: Thank you for your question. Yes, this is somewhat of a paradox and it is to a degree counterintuitive, but the essence of my message is to say that in striking this difficult balance between permission and protection, paradoxically, the federal Parliament can provide better safeguards if it holds on to a few of its cards rather than immediately making an effort to specify the rules, particularly those that would lead to very serious restrictions, such as a mental health exclusion like the 90-day assessment period. The more explicit the rules, the more

de citer, *Procureur général de l'Ontario c. G.* C'est donc dire que la Cour suprême est maintenant à peu près prête à prendre une décision sur la question de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir des personnes souffrant de maladie mentale, puisqu'elle a presque tout ce qu'il lui faut pour le faire.

Par contre, à propos du critère de la mort raisonnablement prévisible, comme Mme Sheehy l'a rappelé, j'ai déclaré publiquement, après lecture de l'arrêt de la Cour supérieure du Québec dans l'affaire *Truchon*, que le gouvernement devait selon moi interjeter appel, devait saisir la Cour suprême d'un renvoi, au lieu d'imposer à M. Truchon et à Mme Nicole Gladu des années de procédures judiciaires encore, eux qui se sont battus seuls pour faire valoir leurs droits.

Pour soulager les Canadiens qui se retrouvent en pareille situation, comme Julia Lamb l'a été, en Colombie-Britannique, il y a eu deux affaires dont les cours supérieures de deux provinces ont été saisies où il était possible de s'adresser immédiatement à la Cour suprême.

La présidente : Merci, sénateur Joyal.

[*Français*]

La sénatrice Dupuis : Ma première question s'adresse au professeur Taillon. Professeur Taillon, dans votre présentation vous avez parlé du fait que le gouvernement fédéral devrait se contenter de faire des lois pas trop détaillées, d'être plus général et de laisser les lois provinciales se développer selon les provinces.

Ma question pour vous concerne le critère de la mort non raisonnablement prévisible qui est réintroduit dans le projet de loi C-7, mais qui est confronté à des obstacles plus importants pour les personnes dont la mort est prévisible.

Lorsque vous parlez de ne pas définir une norme uniforme trop en détail, est-ce que cela équivaut à dire que le projet de loi C-7 pourrait avoir des critères qui sont déjà dans la loi, mais où il s'agirait d'éliminer toute référence au stade de l'évolution d'une maladie?

Autrement dit, les critères qui existent sont concentrés sur la qualité du consentement, s'assurer que des précautions sont prises. Est-ce que cela pourrait correspondre à ce que vous appelez une législation qui n'est pas trop détaillée?

M. Taillon : Je vous remercie de votre question. Oui, il y a quelque chose de paradoxal et d'un peu contre-intuitif, mais le cœur de mon message est de dire que, dans cet équilibre difficile entre permettre et protéger, paradoxalement, le Parlement fédéral conserve une meilleure capacité de protéger s'il garde des cartes dans son jeu plutôt que s'il s'efforce immédiatement d'énoncer des règles, surtout certaines qui génèrent des restrictions très importantes comme l'exclusion sur la santé mentale comme le délai de 90 jours. Plus ces règles sont explicites, plus elles ont de

likely they are to be challenged. Once invalidated, they become written in stone in the Constitution, and the federal Parliament would lose its ability to take remedial action in the future. Medical assistance in dying is a new subject, one in which Canada is positioned in the forefront, and has concerns about people with disabilities and vulnerable people, which several people have raised today and for which we have not yet found the perfect recipe for the rule of law that would allow the provision of safeguards for these people under any circumstances. Hence the more we move forward with the details, the more we are exposing ourselves to invalidations, as opposed to holding back some cards for the legislator for any future remedies that may be required.

Senator Dupuis: Thank you. I have a question for Mr. Quinn, UN Special Rapporteur. Mr. Quinn, you referred to the international convention that protects rights and guarantees true equality for people who are disabled.

There is something about the protection of vulnerable people while they are alive, and providing support services for them to assure them a proper quality of life. With respect to medical assistance in dying, disabled people were very clear in explaining to us that it was essential to respect their decision to determine for themselves when they could no longer continue to live under their circumstances and that it was paternalistic to try to prevent them from making this decision for themselves. What do you have to say about this?

[*English*]

Mr. Quinn: I think this is getting close to some deep truths. Obviously, people with disabilities have autonomy rights, just like everybody else. But equally obviously, there is a countervailing article on equality, or mandate for equality. One has to pursue and push forward autonomy rights by paying attention also to the kind of ecosystem within which people find themselves. I think the idea of some sort of reference to a supreme court to really think through the balancing between these two rights is actually where it's at, and I'm not sure that has been done well thus far.

[*Translation*]

Senator Dupuis: Thank you.

[*English*]

Senator Boyer: My question is for Chief Commissioner Landry and her team. As you are well aware, Indigenous people in Canada who are disabled face multiple forms of discrimination. They must deal with the effects of colonization and racism, as well as the societal perceptions of their physical and/or mental abilities. Unfortunately, Indigenous people often

chances d'être contestées. Une fois qu'elles seront invalidées, ce sera coulé dans le béton de la Constitution, ce sera scellé dans le marbre de la Constitution et là, le Parlement fédéral perdra sa capacité d'apporter un correctif à l'avenir. Or, l'aide médicale à mourir reste un sujet nouveau, un sujet où le Canada se positionne à l'avant-garde, une préoccupation à l'endroit des personnes handicapées, à l'endroit des personnes vulnérables que plusieurs ont soulevée aujourd'hui pour laquelle nous n'avons pas encore trouvé de recette miracle; la règle de droit qui permettrait en toute circonstance d'assurer une protection à ces personnes. Donc, plus nous nous avançons avec des détails, plus nous nous exposons à des invalidations plutôt que de garder ces cartes dans le jeu du législateur pour de futurs correctifs s'il y a lieu.

La sénatrice Dupuis : Merci. J'ai une question qui s'adresse à M. Quinn, le rapporteur spécial des Nations unies. Monsieur Quinn, vous avez fait référence à la convention internationale qui protège les droits et qui vise à assurer l'égalité réelle des personnes qui vivent en situation de handicap.

Il y a un élément qui est la protection des personnes vulnérables tant qu'elles sont en vie, assurer des services de soutien aux personnes pour faire en sorte qu'elles aient une véritable qualité de vie. Par rapport à l'aide médicale à mourir, des personnes qui vivent avec un handicap ont été très claires lorsqu'elles nous ont expliqué considérer que leur droit de choisir pour elles-mêmes le moment où elles ne peuvent plus supporter de vivre dans des conditions qui sont les leurs doit être respecté et qu'il est paternaliste de vouloir les empêcher de faire ce choix elles-mêmes. Que répondez-vous à cette affirmation?

[*Traduction*]

M. Quinn : Nous abordons là de profondes vérités. Évidemment, les personnes handicapées ont le droit à l'autonomie, comme tout le monde. Mais, de façon tout aussi évidente, il y a aussi, faisant contrepoids, un article sur l'égalité, ou le mandat d'instauration de l'égalité. Il faut promouvoir le droit à l'autonomie en prêtant attention au genre d'écosystème dans lequel chacun se trouve. L'idée d'un renvoi à une cour suprême pour mener une réflexion sérieuse sur l'équilibre entre ces deux droits est cruciale, car je n'ai pas la certitude que cette réflexion ait été correctement menée jusqu'à maintenant.

[*Français*]

La sénatrice Dupuis : Merci.

[*Traduction*]

La sénatrice Boyer : Ma question s'adresse à la présidente Landry et à son équipe. Vous n'ignorez pas que les Autochtones handicapés du Canada sont victimes de multiples formes de discrimination. Ils doivent composer avec les effets de la colonisation et du racisme, ainsi qu'avec les perceptions que la société peut avoir de leurs capacités physiques ou

do not receive the care and services they are entitled to because of jurisdictional disputes between federal and provincial governments.

In your opinion, should the government be removing the foreseeable death clause if there still exist jurisdictional disputes over which government should fund necessary health services for Indigenous persons with disabilities? And what steps should the federal government take to ensure that Indigenous persons living on reserve who are disabled do not access MAID out of desperation because they are unable to access necessary health services?

Ms. Landry: Thank you, Senator Boyer, for your question. Marcella will answer this question.

Ms. Daye: Thank you, Ms. Landry. Certainly we share the very serious and long-standing concerns about the impact of colonization and the intergenerational trauma that has left the conditions of systemic discrimination affecting Indigenous populations in Canada today. We've raised this concern a number of times, both domestically and in international fora.

You have raised a couple of questions. One of them is the shared jurisdiction, and that is always a tricky one. We've been encouraging the governments responsible for human rights to reinstitute regular meetings to discuss the shared jurisdiction on human rights issues, among themselves on a regular basis, to help iron out or to work through jurisdictional issues before they arise in individual cases. We certainly want to ensure that takes place in a manner that avoids particularly tragic circumstances like those we know of in the past.

You've also raised the question of ensuring that Indigenous persons on reserves have the appropriate services, both to support their health and well-being, but also perhaps to receive MAID in appropriate manners. We strongly support some of the testimony you have heard, about the importance of culturally appropriate services, both in terms of delivering health services overall and in the process of delivering a dignified death where that is requested. That must ensure the involvement of the communities themselves, including, where appropriate, the involvement of elders, so that the events around providing a dignified death are not narrowed to a medical physician-oriented process but that they can fully encompass the ceremonial and cultural importance that exists for many Indigenous persons. In that way, it can help to move forward on reconciliation in an individual manner. Also, it can also ensure that we are respecting the role of Indigenous persons as we seek to provide them with dignified services in health and in death.

Does that answer the question?

mentales. Hélas, il arrive souvent que les Autochtones ne reçoivent pas les soins et les services auxquels ils ont droit à cause de conflits de compétence entre les gouvernements fédéral et provinciaux.

À votre avis, le gouvernement devrait-il supprimer le critère de la mort prévisible s'il y a encore des conflits de compétence au sujet du financement des services de santé dont les Autochtones handicapés ont besoin? Quelles mesures le gouvernement fédéral devrait-il prendre pour que les Autochtones qui vivent dans les réserves et sont handicapés n'aient pas recours à l'AMM en désespoir de cause, faute d'avoir accès aux services de santé nécessaires?

Mme Landry : Merci de votre question, sénatrice Boyer. Mme Daye répondra à votre question.

Mme Daye : Merci, madame Landry. Nous partageons certainement ces préoccupations très graves qui ne datent pas d'hier au sujet des répercussions de la colonisation et du traumatisme intergénérationnel qui ont laissé des séquelles de discrimination dont les populations autochtones au Canada souffrent encore. Nous avons fait ressortir cette préoccupation à maintes reprises, sur des tribunes tant nationales qu'internationales.

Vous avez soulevé quelques questions, dont celle du partage des compétences. C'est toujours délicat. Nous avons encouragé les gouvernements responsables des droits de la personne à rétablir des réunions régulières pour discuter de ce partage en matière de droits de la personne afin d'aider à régler les problèmes de compétence avant qu'ils ne se posent dans des cas individuels. Nous tenons à ce que cela se fasse de manière à éviter des circonstances particulièrement tragiques comme celles qui sont survenues par le passé.

Vous avez également soulevé la question des services à assurer aux Autochtones des réserves à la fois pour veiller à leur bon état de santé et leur offrir correctement l'AMM. Nous appuyons fermement certains des témoignages que vous avez entendus au sujet de l'importance de services adaptés à la culture, aussi bien au plan de la prestation des services de santé en général qu'à celui de l'aide à mourir dignement lorsque cela est demandé. À cet égard, la participation de la collectivité s'impose et, lorsqu'il y a lieu, il faut faire appel aux aînés, de sorte que le cadre de cette aide ne soit pas étroitement axé sur les médecins, mais fasse place sans restrictions à la dimension rituelle et culturelle qui existe pour beaucoup d'Autochtones. Ainsi, au plan individuel, la réconciliation peut progresser. Cela peut également garantir le respect des Autochtones lorsque nous cherchons à leur assurer des services de santé dignes, dans la santé comme dans la mort.

Ai-je répondu à votre question?

Senator Boyer: Yes. Thank you, Marcella. And thank you, chief commissioner.

[*Translation*]

Senator Keating: My question is for former Senator Joyal with whom, unfortunately, I never had the opportunity to work.

First of all, Mr. Joyal, I would like to thank you very much for your ongoing contribution and for your enlightened discussion of the mental health issue and recent case law further to the *Truchon* decision.

You mentioned in your presentation that there were two options for mental health. The first was to reject the bill and the second was a referral to the Supreme Court. A third option, which would be the addition of an exclusion, was also discussed by several people. In other words, the exclusion of mental health would be allowed to go forward, but with a time limit, let's say 12 months, to allow the federal government to do more work on the mental health issue.

I apologize for putting you on the spot, but would you be more comfortable with a provision of this kind for a constitutional analysis than with the existing wording without the exclusion clause? Thank you.

Mr. Joyal: Thank you for your question, Senator Keating. I'd like to clear something up. My suggestion was not to reject the bill, but to remove clause 2.1, and I want to be clear on that.

Senator Keating: Yes, of course. Thank you.

Mr. Joyal: I just wanted to be absolutely clear about this.

Your question is about whether it might not be better to add a sunset clause to the bill with respect to the application of clause 2.1. In other words, you would vote in favour of clause 2.1, but another clause would be added to mention that the government would have a 12-month period to address questions concerning the ability to offer medical assistance in dying to people suffering from mental illness.

The sunset clause would not challenge the actual right to medical assistance in dying. That right is, in my view, confirmed in *Carter*. What the bill would do is suspend the right of access to medical assistance in dying for a period of 12 months, as clearly set out in the act. It should not take the form, as stated in the preamble, of asking Parliament to consider medical assistance in dying within a 12-month period. Parliament had previously been asked to consider the impact of Bill C-14 within a 4-year period, which took us to June 2020, and we all know what conditions Parliament has been working under since the

La sénatrice Boyer : Oui. Merci, madame Daye. Merci à vous aussi, madame la présidente.

[*Français*]

La sénatrice Keating : Ma question s'adresse à l'ex-sénateur Joyal avec qui, malheureusement, je n'ai pas eu l'occasion de travailler.

Monsieur Joyal, tout d'abord, je vous remercie beaucoup pour votre contribution continue et votre présentation éclairée sur la question de la maladie mentale et de la jurisprudence récente au-delà de la décision *Truchon*.

Vous avez mentionné dans votre présentation qu'il y avait deux options en ce qui concerne la maladie mentale. La première était le rejet du projet de loi et la deuxième était un renvoi à la Cour suprême. Une troisième option a été discutée avec plusieurs qui serait l'ajout d'une disposition d'exclusion. Autrement dit, on laisserait passer l'exclusion de la maladie mentale, mais avec une date d'échéance, disons de 12 mois, pour permettre au gouvernement fédéral de faire plus de travail sur la question de la maladie mentale.

Je m'excuse de vous mettre sur la sellette, mais est-ce que vous seriez plus à l'aise avec ce genre de disposition en matière d'analyse constitutionnelle que celles qui existent sans clause d'exclusion? Merci.

M. Joyal : Je vous remercie de cette question, sénatrice Keating. J'aimerais apporter une petite précision. Ma proposition n'est pas de rejeter le projet de loi, mais de retirer le paragraphe 2.1 et je tiens à être clair sur ce point.

La sénatrice Keating : Oui, tout à fait, merci.

M. Joyal : Je voulais être tout à fait clair sur cette question.

Votre question est à savoir si on ne devrait pas plutôt ajouter au projet de loi une clause crépusculaire à la mise en application du paragraphe 2.1. En d'autres mots, vous voteriez en faveur de l'article 2.1, mais il y aurait un article qui s'ajouterait et qui mentionnerait que le gouvernement aurait un délai de 12 mois pour répondre aux interrogations concernant la capacité à offrir l'aide médicale à mourir aux personnes souffrant de maladies mentales.

La clause crépusculaire n'est pas une clause qui remettrait en cause le droit comme tel d'avoir accès à l'aide médicale à mourir. Ce droit-là reste confirmé à mon avis par la décision *Carter*. Ce que le projet de loi ferait, c'est de suspendre le droit d'accès à l'aide médicale à mourir pour une période de 12 mois, clairement défini dans la loi. Il ne faut pas que ce soit sous la forme, comme le préambule le dit, d'inviter le Parlement à considérer l'aide médicale à mourir dans un délai de 12 mois. On avait déjà une clause d'invitation du Parlement pour considérer l'impact du projet de loi C-14 dans un délai de quatre ans qui

arrival of the COVID-19 pandemic. What will conditions be in June 2021? No one knows, though it is hoped that the situation will have improved. But no one can guarantee this.

I also read the commitment made by Minister Lametti when he appeared here in November 2020, to the effect that he would do his best to get the government started on the study. That's not good enough. It's not a real commitment, but rather a political promise, which is not a legal constraint. The legal constraint must be extremely clear about the start date of the time period and about what should happen within this time period. What kind of study or proposal will the government have committed itself to bring before Parliament or to table in Parliament as the process to be followed for individuals suffering from mental illness?

It would have to be extremely well defined and limited in terms of time, and not just a general request to consider the impact of the act without holding anyone accountable. A clearly identified and effective form of accountability within an accurately specified time period is required in the bill. That's what would make it possible to temporarily suspend this right; but when a right is suspended, it is not denied.

In the meantime, someone could still go to court and describe their specific conditions, and request authorization for access to medical assistance in dying because they meet the four criteria in *Carter*. So that too is important, meaning that someone suffering from mental illness is not prevented from having medical assistance in dying, and that person could still in the meantime request authorization from the court, as was the case before...

Senator Keating: Thank you. That answers my question.

[*English*]

Senator Harder: My question is for the Special Rapporteur, Mr. Quinn. He will be aware that Benelux countries have allowed MAID without much restriction and outside of the end-of-life context for many years now. I ask whether his organization has looked at MAID legislation in those countries and its impact on the disabled community, and has the permissive nature of the legislation in those countries led to an over inclusion of disabled persons? And related to that, is there any evidence that MAID legislation in the Benelux countries has led to people with disabilities feeling subtly pressured to end their lives prematurely due to attitudinal barriers as well as the lack of appropriate services and support?

nous amenait au mois de juin 2020, et vous connaissez les conditions particulières du Parlement; la pandémie de COVID-19 est arrivée. Dans quelles conditions serons-nous au mois de juin 2021? Personne ne le sait, on espère que la situation se sera améliorée, mais personne ne peut le garantir.

D'autre part, j'ai lu l'engagement du ministre Lametti lorsqu'il a comparu devant vous au mois de novembre 2020 et il a dit qu'il ferait de son mieux pour que le gouvernement démarre l'étude. Cela n'est pas suffisant, ce n'est pas un vrai engagement; c'est un engagement politique, mais ce n'est pas une contrainte juridique. Il faut que la contrainte juridique soit extrêmement claire sur la date du délai et ce qui devrait survenir à l'intérieur de ce délai. Quel type d'étude ou quel type de proposition le gouvernement serait-il commis à revenir au Parlement ou à déposer auprès du Parlement comme étant le processus à suivre pour les personnes souffrant de maladies mentales?

Cela ne peut être que dans un contexte extrêmement circonscrit et contraignant sur le plan du temps et non pas une invitation générale à considérer l'impact de la loi sans que personne puisse demander des comptes. Il faut une reddition de comptes efficace précisément définie à l'intérieur d'un délai rigoureusement déterminé dans le projet de loi. C'est ce qui permettrait de suspendre temporairement ce droit; mais quand on suspend un droit, on ne le nie pas.

Entre-temps, une personne pourrait encore aller devant un tribunal et présenter ses conditions particulières et demander l'autorisation d'avoir accès à l'aide médicale à mourir étant donné qu'elle satisfait les quatre critères du jugement *Carter*. Donc, il y a cet élément-là qui est important, c'est qu'on n'empêche pas une personne qui souffre de maladie mentale d'avoir accès à l'aide médicale à mourir, cette personne devrait pouvoir requérir l'autorisation entre-temps devant le tribunal, comme on l'avait...

La sénatrice Keating : Merci beaucoup, cela répond à ma question.

[*Traduction*]

Le sénateur Harder : Ma question s'adresse au rapporteur spécial, M. Quinn. Il sait sans doute que les pays du Benelux ont autorisé il y a déjà des années l'AMM sans trop de restrictions et en dehors du contexte de la fin de vie. Son organisation a-t-elle examiné les lois sur l'aide médicale à mourir dans ces pays et son incidence sur les personnes handicapées? Le caractère permissif de la loi dans ces pays a-t-il entraîné une surreprésentation des personnes handicapées parmi ceux qui reçoivent l'AMM? Dans le même ordre d'idées, y a-t-il des preuves que les lois sur l'aide médicale à mourir dans les pays du Benelux ont poussé les personnes handicapées à se sentir subtilement incitées à mettre fin à leurs jours prématurément à cause de l'attitude d'autrui à leur égard ou d'un manque de services et de soutien?

Mr. Quinn: Thank you, sir. As I said at the outset, we're looking at international trends. The legislation pending before your Parliament, similar legislation is pending before three or four parliaments around the world at the moment. We're actually gathering intelligence on that legislation to find out where it's at. We have not yet made a comparative study of how the legislation in the Benelux countries is working, but we will certainly look into that and come back.

Senator Harder: Do you have a time frame for that, because the Benelux experience is some years now?

Mr. Quinn: No. We're just beginning. I'm just three months in post. We're putting our work program together, and that's obviously going to form part of the work program. So we don't have a timeline yet, no.

Senator Harder: None of your predecessors inquired therein?

Mr. Quinn: No, but that's why it's ripe to be an issue for the upcoming mandate.

Senator Harder: Thank you.

[*Translation*]

Senator Boisvenu: My question is for Senator Joyal. Thank you for being here today.

I'm returning to degenerative diseases, including Alzheimer's and dementia. In the bill, there appears to be confusion between the minister's position this morning, in which he said that it was not possible to allow power of attorney for these patients, while the wording of the bill itself appears to allow that it might be possible for such patients, with assistance from their doctor, to pre-authorize the use of medical assistance in dying in the event of total incapacity or loss of consciousness.

There appears to be a gap in this act, making it subject to interpretation and potentially leading many patients to initiate legal challenges, as I was telling the minister, or to go to other countries or American states which are more open to or even totally open to suicide in certain instances. Do you believe that this bill needs to be clarified in terms of degenerative and psychomotor diseases?

Mr. Joyal: Thank you very much for your question, Senator Boisvenu. I'm very concerned about the current confusion surrounding the bill with respect to biodegenerative illnesses like Parkinson's, Alzheimer's, and certain other diseases of this kind that affect people physically, but that may of course, inherently, also affect their cognitive capacities.

M. Quinn : Merci, monsieur. Comme je l'ai dit au début, nous examinons les tendances internationales. Un projet de loi est à l'étude au Parlement du Canada et trois ou quatre parlements dans le monde sont saisis de mesures semblables en ce moment. En fait, nous nous renseignons sur ces mesures législatives pour faire le point. Nous n'avons pas encore réalisé d'étude comparative sur l'application des lois dans les pays du Benelux, mais nous allons certainement étudier la question et livrer nos observations.

Le sénateur Harder : Quand le ferez-vous? Au Benelux, l'expérience dure depuis quelques années déjà.

M. Quinn : Aucune date n'est arrêtée. Nous nous mettons tout juste à l'œuvre. Je ne suis en poste que depuis trois mois. Nous sommes en train d'élaborer notre programme de travail, et cette étude y figurera assurément. Nous n'avons donc pas encore de calendrier.

Le sénateur Harder : Aucun de vos prédécesseurs n'a fait de recherche sur la question?

M. Quinn : Non. C'est justement pourquoi il est temps de l'aborder pendant le prochain mandat.

Le sénateur Harder : Merci.

[*Français*]

Le sénateur Boisvenu : Ma question s'adresse au sénateur Joyal. Je vous remercie pour votre présence aujourd'hui.

Je reviens encore aux maladies dégénératives, dont l'alzheimer ou la démence. Lorsqu'on lit le projet de loi, il semble y avoir une confusion entre la position du ministre ce matin, où il a affirmé qu'il n'y avait pas de possibilité de donner une procuration pour ces patients, alors que lorsqu'on lit le projet de loi, il semble y avoir possibilité pour ces patients, avec l'aide de leur médecin, de préautoriser en cas d'incapacité totale ou de perte de conscience le recours à l'aide médicale à mourir.

Il semble y avoir un trou dans cette loi qui est sujette à interprétation et qui risque d'amener beaucoup de patients vers la contestation judiciaire, comme je le disais au ministre, ou vers l'appel à d'autres pays ou d'autres états américains où c'est plus ouvert, ou même strictement au suicide dans certains cas. Est-ce que, selon vous, ce projet de loi doit absolument être clarifié au niveau des maladies dégénératives et des maladies psychomotrices?

M. Joyal : Merci beaucoup, sénateur Boisvenu, de votre question. Je suis très préoccupé par la confusion actuelle autour du projet de loi entre les maladies qui sont biodégénératives comme le parkinson, l'alzheimer et certaines autres maladies de ce genre qui sont des maladies qui affectent le physique d'une personne, mais qui peuvent, évidemment, comme condition inhérente, affecter également les capacités cognitives de la personne.

The minister says in the accompanying notes that these people are not suffering from mental illness, and that there is a stage in the progression of diseases with which you are familiar, like Alzheimer's and Parkinson's, at which the person completely loses the ability to give consent. There are also other physical illnesses that can cause suffering and affect a person's mental capacities, meaning that a person has lost control over the ability to consent, and that is what the bill would appear to be covering when it says that if someone at a certain point in the progression of a physical disease were to lose the mental ability to consent, a prior authorization could be signed and those close to that person could confirm that this had been done, then that person would be entitled to medical assistance in dying.

Lorsque le ministre vous dit, dans les notes accompagnatrices, que ces personnes-là ne sont pas des personnes qui souffrent de maladie mentale, il y a un stade dans l'évolution, par exemple, de la maladie d'Alzheimer que vous connaissez bien ou du parkinson, où la personne perd complètement sa capacité d'exprimer son consentement. Il y a d'autres maladies également physiques qui peuvent provoquer des souffrances qui affectent les capacités mentales de la personne, c'est-à-dire que cette personne-là perd la maîtrise de son consentement, et c'est ce que le projet de loi semble couvrir en disant que si cette personne-là à un moment donné dans l'évolution de sa maladie physique perd sa capacité mentale à consentir, à ce moment-là, on pourra signer une autorisation préalable et les personnes de son entourage pourront confirmer que cela avait été fait; par conséquent, la personne aura accès à l'aide médicale à mourir.

Similarly, for mental illness, there are very specific conditions. The psychiatrists who have given evidence have said that there are very precise conditions at the end of which people who are suffering from mental illness do not lose their ability to consent and to remain in control of their decisions with respect to their health. It is a fundamental right set out in section 7 of the Charter.

De la même façon, en ce qui a trait à la maladie mentale, il y a des conditions très précises. Les psychiatres qui ont comparu devant vous l'ont bien dit, des conditions très précises existent au terme desquelles une personne qui souffre de maladie mentale ne perd pas sa capacité de consentir et de rester maître de ses décisions en ce qui a trait à sa santé. C'est un droit fondamental stipulé à l'article 7 de la Charte.

The bill has some grey areas that cause a form of permanent uncertainty among people because the concept of mental health, as explained in clause 2, is so general that it can include both everything and nothing at the same time, because the bill provides an exception.

Le projet de loi contient des zones floues qui font en sorte que le public sera laissé dans une sorte d'incertitude permanente, parce que le concept de maladie mentale, comme le dit l'article 2, est si général qu'il peut à la fois tout inclure et ne pas tout inclure en même temps, car le projet de loi prévoit une exception.

In its preamble, the bill maintains another area of uncertainty by saying that Parliament will study prior consent for certain forms of mental illness. Everything is, after a fashion, put on the table at the same time without specifying any precise criteria. Don't forget that we're not dealing with criminal law here. In situations like this, how can doctors disentangle everything? They'll probably apply the theological principle to the effect that when you doubt, abstain. But when you abstain, you are condemning people to what the Supreme Court itself found: They will either prematurely put an end to their lives through violent or dangerous means, or suffer until natural death occurs.

Le projet de loi maintient dans son préambule une autre incertitude en disant que le Parlement va étudier le consentement préalable pour certaines formes de maladie mentale. Tout est, en quelque sorte, mis sur la table en même temps sans toutefois qu'il y ait des critères précis. N'oubliez pas qu'on se trouve dans le domaine du droit criminel. Comment les médecins dans cette situation vont-ils démêler l'écheveau? Ils appliqueront probablement le principe théologique qui veut que dans le doute on s'abstienne. Or, si on s'abstient, on condamne les personnes à ce que la Cour suprême a elle-même constaté : soit elles mettront fin prématurément à leurs jours par des moyens violents ou dangereux, ou elles se laisseront souffrir jusqu'à ce que la mort naturelle s'ensuive.

This brings us back to the fundamental point that led to *Carter*. In my view, this is precisely what is imprecise in the bill. This lack of precision that is being kept in the system needs to be clarified if we want everyone to be entitled to equal benefit under the law. Section 15 says that every individual has the right to equal benefit of the law. However, owing to the lack of clarity being introduced into the bill, in the explanatory notes, the preamble and clause 2.1 as worded, some people are not in a position to exercise the same right. In my view, that is where the bill is defective.

On revient donc au point fondamental qu'a amené l'affaire *Carter*. À mon avis, c'est précisément ce qu'il y a d'imprécis dans le projet de loi. C'est cette imprécision qu'on garde dans le système qui doit être éclaircie si on veut que tout le monde bénéficie de la loi de façon égale. En vertu de l'article 15, tout le monde a le droit de bénéficier de la loi d'une façon égale. Or, par l'imprécision qu'on instaure dans le projet de loi, avec les documents d'accompagnement, le préambule et le paragraphe 2.1 tel qu'il est libellé, les personnes ne se trouvent pas en position d'exercer le même droit. À mon avis, c'est là où le projet de loi est fautif.

Senator Boisvenu: Thank you, Senator Joyal.

Senator Carignan: My question is more a request for clarification, because Senator Keating covered this point very well with Senator Joyal, and it concerns the sunset clause.

Did you talk about an individual being able to submit a request for an exemption during the time period introduced by the sunset clause? Should this exemption or recourse be placed in an amendment, or is it clear in your opinion that it will be accessible?

Mr. Joyal: Indeed, what I am suggesting is that essentially, the Supreme Court had added something to *Carter*. It had allowed Parliament time to adopt a bill to give effect to the *Carter* decision. If you recall, we had granted a time period of one year. Elections were triggered and a six-month extension was allowed, followed by another period. In the meantime, a Canadian citizen could invoke the conditions of the *Carter* decision and ask the court for authorization to put an end to their life. That is exactly the case I cited in the Alberta Court of Appeal decision, in 2016, which was unanimous, for a person wishing to benefit immediately from their right of access to medical assistance in dying, while Parliament had not yet legislated on it. Under the same conditions, a person suffering from mental illness in Canada would normally be recognized as having the capacity to go before a court if that person felt that the right needed to be exercised immediately in the interim during which Parliament gave the government an extremely precise amount of time to come up with a monitoring process for the system under which that right could be exercised, which would then be applicable generally afterwards. In the meantime, I would not deprive any Canadian from exercising their right to medical assistance in dying if they are suffering from mental illness, as they can now under Bill C-14.

[*English*]

Senator Batters: Senator Joyal, my question is for you. It's nice to see you again. In your view, Senator Joyal, which specific illnesses are irremediable?

Mr. Joyal: Thank you very much, Senator Batters. It is a pleasure to see you. Unfortunately I am not seeing you face to face. I would have loved to do that.

I believe you have heard some expert witnesses, and I remember Dr. Rajji, for instance, whom you have heard from Toronto. The experts, the psychiatrists, say there are three groups suffering from mental illness: 30% would be in a situation which could be cured; 30% would be in between, where they might be cured but we don't know; and 30% of people we know can't be cured. Those are irremediable.

Le sénateur Boisvenu : Merci, sénateur Joyal.

Le sénateur Carignan : Ma question en est une davantage de précision, car la sénatrice Keating a très bien couvert ce point avec le sénateur Joyal, et elle concerne la disposition de temporisation.

Avez-vous parlé de la possibilité pour la personne de présenter une demande d'exemption pendant le délai imposé par la disposition de temporisation? Devrait-on préciser cette exemption ou ce recours dans le cadre d'un amendement, ou s'il va de soi, à votre avis, que ce sera accessible?

M. Joyal : En fait, ce que je propose, c'est essentiellement ce que la Cour suprême avait ajouté à la décision *Carter*. Elle avait laissé au Parlement le temps d'adopter un projet de loi pour donner effet à l'arrêt *Carter*. Vous vous souviendrez qu'on avait accordé un délai d'un an. Des élections ont été déclenchées, on a accordé une prolongation de six mois, puis un autre délai. Entre-temps, un citoyen canadien pouvait se prévaloir des conditions de l'arrêt *Carter* et demander au tribunal l'autorisation de mettre fin à ses jours. C'est exactement le cas que j'ai cité dans la décision de la Cour d'appel de l'Alberta, en 2016, qui a été rendue à l'unanimité, pour une personne voulant bénéficier immédiatement de son droit d'accès à l'aide médicale à mourir, alors que le Parlement n'avait pas encore légiféré. Dans ces mêmes conditions, on devrait normalement reconnaître à une personne souffrant de maladie mentale au Canada la capacité de se présenter devant un tribunal si elle estime que son droit doit immédiatement être exercé, dans l'intérim où le Parlement donnera au gouvernement un délai extrêmement précis pour proposer une approche de contrôle, de régime d'exercice du droit qui serait d'application générale par la suite. En attendant, je ne priverais pas un Canadien d'exercer son droit d'accès à l'aide médicale à mourir s'il souffre de maladie mentale, comme il peut le faire actuellement en vertu du projet de loi C-14.

[*Traduction*]

La sénatrice Batters : Sénateur Joyal, ma question s'adresse à vous. Heureuse de vous retrouver. Selon vous, quelles maladies particulières sont considérées comme irrémédiables?

M. Joyal : Merci beaucoup, sénatrice Batters. C'est un plaisir de vous revoir. Malheureusement, je ne vous vois pas en personne. J'aurais bien aimé.

Vous aurez entendu le point de vue de témoins experts. Je me souviens du Dr Rajji, par exemple, qui a témoigné depuis Toronto. Les experts, les psychiatres, distinguent trois groupes de malades mentaux : 30 % peuvent guérir, 30 % se situent dans le milieu, c'est-à-dire qu'ils peuvent guérir, mais sans que nous en ayons la certitude, et 30 % ne peuvent pas guérir, nous le savons. Ces derniers sont ceux qui sont dans une situation irrémédiable.

It is for the psychiatrists, in fact, to come up with a diagnosis that determines in which group of people that patient would find himself or herself. So it's for the psychiatrists to determine that.

I have the testimony of Professor Rajji.

The Chair: Senator Joyal, we will not be able to go to that. Thank you so much.

Senator Pate: Following up on Senator Harder's question, I would ask that the Special Rapporteur ensure that a review include looking at the amount of GDP percentage spent in different OECD countries on health and long-term care as part of the analysis of the measures taken in addition to the application of the legislation for both the Special Rapporteur and the chief commissioner.

As some of you know, I've spent the better part of four decades working in prisons. Since the introduction of MAID in 2016, our office has received many requests from prisoners, most of whom have mental illness issues, some of which were generated in and by the prisons, some of which they had pre-existing, who are requesting medical assistance in dying.

My question to both of you is this: Would you agree that Canada needs to take steps to ensure that prisoners with disabling health issues who request medical assistance in dying are first transferred or released into a community health setting?

Mr. Quinn: Yes, we will include that in our research. Thank you for the suggestion. We will be opening up a project on prisoners with disabilities worldwide, so I'd love to come back to you on that.

Sheila Osborne-Brown, Acting General Counsel and Director of Legal Services, Canadian Human Rights Commission: Thank you for the question. Yes, in the *Aging and Dying in Prison* report that the chief commissioner mentioned, we do say that prison is not the appropriate environment to provide end-of-life care, and that would include medical assistance in dying. Thank you.

[*Translation*]

Senator Miville-Dechêne: I have a short question for Mr. Joyal. I understand your line of argument about the fact that depriving people with mental health problems from medical assistance in dying violates sections 7 and 15 of the Charter. However, I have trouble understanding why you don't consider an argument that is scientific rather than legal, by which I mean that psychiatry is truly divided over the fact that it is not always possible to know whether a decision by a mentally ill person to end their life or commit suicide is the result of the illness or stems from much broader criteria. So it seems to me that your legal argument, which is very strong, lacks this consideration as

C'est aux psychiatres, en fait, de poser un diagnostic qui détermine la catégorie où se trouve le patient. C'est donc à eux qu'il appartient de se prononcer.

J'ai le témoignage du Dr Rajji.

La présidente : Sénateur Joyal, nous ne pourrons pas reprendre ce témoignage. Merci beaucoup.

La sénatrice Pate : Pour faire suite à la question du sénateur Harder, je demanderais au rapporteur spécial de veiller à ce que l'examen porte également sur le pourcentage du PIB consacré dans les différents pays de l'OCDE à la santé et aux soins de longue durée. Cela ferait partie, en plus des modalités d'application de la loi, de l'analyse des mesures prises réalisée pour le rapporteur spécial et la présidente.

Comme certains d'entre vous le savent, j'ai passé près de quatre décennies à travailler dans les prisons. Depuis la mise en place de l'AMM, en 2016, notre bureau a reçu de nombreuses demandes d'AMM de la part de prisonniers. La plupart de ceux qui ont fait une demande ont des problèmes de santé mentale dont certains sont apparus en prison et à cause de la prison et d'autres existaient avant l'incarcération.

Êtes-vous tous les deux d'accord pour dire que le Canada doit veiller à ce que les prisonniers ayant des problèmes de santé invalidants qui demandent l'aide médicale à mourir soient d'abord transférés ou envoyés dans un service de santé communautaire?

M. Quinn : Oui, nous tiendrons compte de ces éléments dans nos recherches. Merci de cette idée. Nous allons lancer un projet portant sur les prisonniers handicapés dans le monde entier. C'est avec grand plaisir que je vous tiendrai au courant.

Sheila Osborne-Brown, avocate générale et directrice des services juridiques par intérim, Commission canadienne des droits de la personne : Je vous remercie de la question. Oui, dans le rapport *Vieillir et mourir en prison* dont la présidente a parlé, nous disons que la prison n'est pas un milieu qui convient pour fournir des soins de fin de vie, et cela vaut également pour l'aide médicale à mourir. Merci.

[*Français*]

La sénatrice Miville-Dechêne : J'ai une courte question pour M. Joyal. J'ai très bien compris votre argumentaire sur le fait que priver les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale de l'aide médicale à mourir contrevient aux articles 7 et 15 de la Charte. Toutefois, ce que je comprends moins, c'est pourquoi dans votre raisonnement vous ne tenez pas compte d'un argument qui n'est pas juridique, mais scientifique, c'est-à-dire qu'il y a une division réelle dans la psychiatrie sur le fait qu'on ne peut pas toujours savoir si la volonté de mettre fin à ses jours ou le suicide d'une personne atteinte est due à sa maladie ou à des critères beaucoup plus larges. Donc, il me semble que votre

to whether scientific evidence should be taken into account as a precautionary measure and not move too quickly on this matter.

Mr. Joyal: Thank you, Senator Miville-Dechêne, for that question. As I mentioned in response to the question from your colleague Senator Batters, we're dealing here with probabilities. It's therefore extremely important to remember that there is consensus among psychiatrists about people suffering from mental illness, and I explained this clearly in my brief, which includes the following quote:

> Patients whose sole underlying medical condition is a mental disorder should not be systematically excluded from MAID on the basis of their diagnoses.

In other words, people suffering from mental illness are capable of determining their condition, and to give consent as to whether they want treatment or not. They have not lost this fundamental right and that's what the psychiatrists have affirmed. There is clear consensus on this question. I would refer you to the briefs from the two associations.

There are people suffering from irremediable mental illness. Psychiatrists, on a case-by-case basis, are responsible for analyzing such instances. The vast majority of people suffering from mental illness are not in this category. They are either curable or stable. However, for a percentage of them — Dr. Rajji explained this in his testimony in November — the condition is irremediable. This limited minority of patients suffering from mental illness would have access to medical assistance in dying following medical consultations and assessments, as provided in the bill. Consequently, they cannot automatically be excluded indefinitely without a case-by-case assessment of the condition of each person suffering from mental illness who is eligible for medical assistance in dying. Particularly as the doctors have said —

[*English*]

The Chair: The last question is from Senator Kutcher. It really has to be two minutes; otherwise, I'll have to cut you off.

Senator Kutcher: My question is for Professor Taillon. We heard from Professor MacKay and Senator Joyal that a sunset clause might be an option in this bill. I wonder what your thoughts are on that.

argument juridique, qui est très fort, manque cet aspect, soit que l'on doit aussi tenir compte de la science pour prendre finalement un principe de précaution et ne pas aller trop vite sur cette question.

M. Joyal : Merci, sénatrice Miville-Dechêne, de la question. Comme je l'ai mentionné en réponse à la question de votre collègue la sénatrice Batters, nous sommes dans le domaine des probabilités. Donc, il est extrêmement important de retenir qu'il y a un consensus chez les psychiatres, soit que les personnes qui souffrent de maladie mentale, et je l'ai très bien expliqué dans mon mémoire dans lequel vous retrouverez la citation :

> Les patients dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental ne devraient pas être systématiquement exclus de l'AMM sur la base de leurs diagnostics.

En d'autres mots, les personnes qui souffrent de maladie mentale ont la capacité de pouvoir déterminer leur état, de donner un consentement, à savoir si elles veulent recevoir ou non le traitement. Elles n'ont pas perdu ce droit fondamental et c'est ce que les psychiatres affirment. Il y a un consensus clair sur cette question. Je vous réfère aux mémoires de ces deux associations.

Il y a des personnes qui souffrent de maladie mentale dont la condition est irrémédiable. Ce sont des psychiatres qui, au cas par cas, arriveront à cette conclusion. La vaste majorité des personnes souffrant de maladie mentale ne se retrouvent pas dans cette situation. Ils sont soit guérissables, ou encore dans un état stable. Toutefois, un certain pourcentage d'entre eux — le docteur Rajji vous l'a expliqué dans son témoignage en novembre dernier — se retrouve dans une condition irrémédiable. Cette catégorie limitée et minoritaire de patients souffrant de maladie mentale aurait accès à l'aide médicale à mourir, après les consultations, les évaluations des médecins comme le projet de loi le prévoit. Par conséquent, on ne peut pas les exclure de façon automatique, indéfinie et sans évaluation, cas par cas, de la condition de chaque personne souffrant de maladie mentale qui peut recourir à l'aide médicale à mourir. D'autant plus que les médecins vous l'ont dit...

[*Traduction*]

La présidente : Le sénateur Kutcher posera la dernière question. Il doit vraiment se limiter à deux minutes, sans quoi je vais devoir l'interrompre.

Le sénateur Kutcher : Ma question s'adresse à M. Taillon. Selon M. MacKay et le sénateur Joyal, il serait possible d'envisager l'ajout d'une disposition de caducité dans le projet de loi. Qu'en pensez-vous?

[*Translation*]

Mr. Taillon: A sunset clause would be preferable to a generalized exclusion without a waiting period, but that too is a restriction that would remain open to a legal challenge. Personally, I'd prefer to see these restrictions come from the provinces and the professional bodies, and for this to give rise to many discussions in this dialogue between legislators and the courts. If Parliament insists on applying this restriction, that is to say a sunset clause, it is much better than a definitive exclusion, at least in my view.

[*English*]

The Chair: To all the panellists, you can see that there is such a lot of interest; we could listen to you all day. It's really, really interesting. I had the terrible task of cutting people off, which is not a job that I'm suited for, but I want to say to you all thank you very much. I can see that this is just a beginning of a conversation. We will be having many conversations with each of you in the future. I'm sure you'll be invited back as well for future matters. I want to thank each and every one of you. Under these very difficult circumstances, you all came through. Thank you very much.

We have today with us David Shannon. Mr. Shannon is an advocate for persons with disabilities and has worked tirelessly advancing the rights of the disabled and other minority groups in Canada and abroad.

We have Dr. Naheed Dosani, a Palliative Care Physician and Health Justice Activist. Dr. Dosani is an advocate for palliative care access for the homeless and structurally vulnerable people.

[*Translation*]

Ms. Danielle Chalifoux, lawyer in health law at the Institut de planification des soins du Québec. Ms. Chalifoux has sat on several committees, and was the chair of the health law committee, the equality committee and the seniors law committee of the Canadian Bar Association, Quebec division. She was also a member of the Barreau du Québec's right to die in dignity committee.

[*English*]

And we have Jonathan Marchand, Chair, Quebec Cooperative for Independent Living, (Quebec Coop ASSIST). Jonathan is an advocate who strives to draw attention to dehumanizing conditions in long-term care.

We have Sarah Jama, Lead Organizer, Disability Justice Network of Ontario. It is a youth-led, grassroots organization based in Hamilton, Ontario, led by Black and racialized

[*Français*]

M. Taillon : Une clause de temporisation serait préférable à une exclusion généralisée sans délai, mais c'est quand même une restriction qui expose ensuite à une contestation judiciaire. Personnellement, je préférerais que ces restrictions viennent des provinces, des ordres professionnels et que cela donne lieu à de multiples échanges, dans ce dialogue entre les législateurs et les tribunaux. Si le législateur fédéral tient à appliquer cette restriction, c'est-à-dire une clause de temporisation, c'est nettement mieux qu'une exclusion définitive, selon mon point de vue, du moins.

[*Traduction*]

La présidente : Tous les témoins peuvent constater à quel point l'intérêt est vif. Nous pourrions vous écouter toute la journée. C'est passionnant. J'ai eu la terrible tâche de couper la parole aux intervenants, ce qui n'est pas un rôle qui me convient, mais je tiens à vous remercier tous infiniment. Je constate que ce n'est que l'amorce de nos échanges. Nous en aurons bien d'autres avec chacun d'entre vous à l'avenir. Je suis sûre que vous serez également invités à revenir nous parler d'autres questions qui surgiront. Je tiens à remercier chacun d'entre vous. Dans ces circonstances très difficiles, vous avez tous su dominer la situation. Merci beaucoup.

Nous accueillons David Shannon. Me Shannon défend les droits des personnes handicapées et a travaillé sans relâche pour faire avancer les droits de ces personnes et d'autres groupes minoritaires au Canada et à l'étranger.

Nous accueillons également le Dr Naheed Dosani, médecin en soins palliatifs et militant pour la justice en santé. Le Dr Dosani est un défenseur de l'accès aux soins palliatifs pour les sans-abri et les personnes qui ont une vulnérabilité structurelle.

[*Français*]

Me Danielle Chalifoux, avocate en droit de la santé, Institut de planification des soins du Québec. Me Chalifoux a été membre de plusieurs comités, notamment présidente du Comité du droit de la santé, du Comité de l'égalité et du Comité du droit des personnes âgées de l'Association du Barreau canadien, division du Québec. Elle a également été membre du Comité sur le droit de mourir dans la dignité du Barreau du Québec.

[*Traduction*]

Nous accueillons en outre Jonathan Marchand, président de la Coopérative québécoise pour la vie autonome, ou Coop ASSIST. M. Marchand s'efforce d'attirer l'attention sur les conditions déshumanisantes dans les soins de longue durée.

Nous accueillons aussi Sarah Jama, organisatrice principale au Disability Justice Network of Ontario. Il s'agit d'un organisme communautaire d'Hamilton, en Ontario, dirigé par des jeunes. Il

disablement. Ms. Jama has a passion for community engagement, disability justice and activism.

Then we have Professor Heidi Janz, who is an Adjunct Professor at John Dossetor Health Ethics Centre at the University of Alberta and Chair of the Ending-of-Life Ethics Committee for the Council of Canadians with Disabilities. Professor Janz's testimony is a recording and then the professor will ask questions.

We will start with Professor Heidi Janz.

Mr. Palmer: We will start the recording right now.

Heidi Janz, Chair, Ending-of-Life Ethics Committee, Council of Canadians with Disabilities: Senators, thank you for the opportunity to speak to you today. Ableism is discrimination against people with disabilities based on the belief that typical abilities are superior. Like racism and sexism, ableism classifies entire groups of people as less than and perpetuates harmful stereotypes. Ableism remains, in the words of Canadian disability scholar, Gregor Wolbring, ". . . one of the most societally entrenched and accepted isms."

The plan to expand MAID legislation is an example of ableism. Research indicates that people with disabilities frequently encounter discrimination in health care settings even in ordinary times. Studies have consistently shown that health care professionals substantially underestimate the quality of life of people with disabilities. Erroneous judgments about the quality of life experienced by people with disabilities can result in their treatment options being either limited or altogether eliminated. At the heart of such decisions is what disability scholar, Joel Reynolds, has termed the ableist conflation of disability, suffering and death. Running contrary to the ubiquitous public health mantra since the pandemic "we are all in this together" has been a development of critical care triage protocols which list the pre-existence of a disability as an exclusion criterion for critical care — [Technical difficulties]

Mr. Palmer: Let's move on to the next witness and I'll see if we can figure out something for the statement of Ms. Heidi Janz.

The Chair: Maybe go to Mr. Shannon. I already have explained who Mr. Shannon is. After Mr. Shannon, we'll go to Dr. Dosani.

David Shannon, Barrister and Solicitor, as an individual: Thank you very much, chair.

est dirigé par des Noirs et des personnes handicapées racialisées. Mme Jama est passionnée par l'engagement communautaire, la justice pour les personnes handicapées et le militantisme.

Enfin, nous avons avec nous Mme Heidi Janz, professeure auxiliaire au Centre d'éthique en santé John Dossetor de l'Université de l'Alberta et présidente du Comité d'éthique en fin de vie du Conseil des Canadiens avec déficiences. Le témoignage de Mme Janz est enregistré. Elle posera ensuite des questions.

Nous allons commencer par Mme Heidi Janz.

M. Palmer : Nous allons démarrer l'enregistrement.

Heidi Janz, présidente, Comité d'éthique en fin de vie, Conseil des Canadiens avec déficiences : Honorables sénateurs, je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Le capacitisme est une discrimination à l'encontre des personnes handicapées fondée sur l'idée que les capacités typiques sont supérieures aux leurs. Tout comme le racisme et le sexisme, le capacitisme place des groupes entiers de personnes dans une catégorie inférieure et perpétue des stéréotypes préjudiciables. Pour reprendre les termes de Gregor Wolbring, spécialiste canadien de la condition des personnes handicapées, le capacitisme demeure un des « ismes » les plus socialement enracinés et les plus acceptés.

L'élargissement du champ d'application des dispositions sur l'AMM est un exemple de capacitisme. Les recherches révèlent que les personnes handicapées sont souvent victimes de discrimination dans les soins de santé, même en temps normal. Les études ont toujours montré que les professionnels de la santé sous-estiment considérablement la qualité de vie des personnes handicapées. Des jugements erronés à cet égard peuvent avoir pour conséquence que l'éventail des traitements qui leur sont offerts est limité, quand ils ne sont pas carrément écartés. Au cœur de ces décisions se trouve ce que Joel Reynolds, spécialiste des questions d'invalidité, a appelé l'amalgame capacitiste de l'invalidité, de la souffrance et de la mort. Allant à l'encontre du mantra de solidarité de la santé publique, omniprésent depuis le début de la pandémie, on a élaboré des protocoles de triage pour les soins intensifs qui comprennent, parmi les critères d'exclusion, l'existence préalable d'un handicap... [Difficultés techniques]

M. Palmer : Passons au témoin suivant et je vais voir si nous pouvons trouver le moyen d'écouter la déclaration de Mme Heidi Janz.

La présidente : Me Shannon, peut-être? J'ai déjà expliqué qui il est. Après lui, nous passerons au Dr Dosani.

Me David Shannon, avocat, à titre personnel : Merci beaucoup, madame la présidente.

Hamlet asked whether it is “nobler in the mind to suffer the slings and arrows of outrageous fortune . . . .” Shakespeare left that question open and your task with this proposed amendment is far graver because you must answer the question, senators.

Hamlet demandait : « Y a-t-il pour l’âme plus de noblesse à endurer les coups et les revers d’une injurieuse fortune [...] ? » Shakespeare a laissé la question sans réponse. Votre tâche, devant la modification proposée, est bien plus lourde, car vous devez répondre à la question, sénateurs.

I state that as an individual who has been a quadriplegic for 40 years and I’ve practised law for 25 of those years.

Celui qui vous tient ce discours est quadriplégique depuis 40 ans et a exercé le droit pendant 25 de ces 40 ans.

It is my opinion that the proposed legislation will limit the right to life rather than protect it. It is divorced from the well-researched social context that is the reality of disability. It sets arbitrary dates for the adjustment to a disability, presupposes that to be disabled is to suffer intolerably, and does not link doctor-assisted suicide to the imminence of death. It’s flawed and is built upon a prejudicial and faulty premise.

À mon avis, le projet de loi limitera le droit à la vie plutôt que de le protéger. Il est déconnecté du contexte social bien documenté qu’est la réalité de l’invalidité. Il fixe des dates arbitraires pour l’adaptation à un handicap, présuppose que l’invalidité entraîne des souffrances intolérables et n’établit pas de lien entre l’aide au suicide et l’imminence de la mort. Cette proposition est viciée et repose sur une prémisse préjudiciable et erronée.

As the UN committee — just last Monday, January 25 — noted with alarm, disability should never be a ground or justification to end someone’s life directly or indirectly. This, for you, senators, must be the guidepost on whether or not to amend this legislation. I ask that you don’t. But if amend you must, please keep in the reasonable foreseeability of death before there is MAID to be allowed.

Comme le comité des Nations unies — pas plus tard que lundi dernier, le 25 janvier — l’a fait remarquer avec inquiétude, l’invalidité ne devrait jamais être un motif ou une justification pour mettre fin à la vie d’une personne directement ou indirectement. Pour vous, honorables sénateurs, cela doit être le grand point de repère pour décider s’il faut ou non modifier la loi. Je vous demande de ne pas le faire. Toutefois, s’il faut à tout prix apporter une modification, je vous demande de bien vouloir maintenir le critère de la mort raisonnablement prévisible.

The United Nations, senators, we would submit, has found Bill C-7 to be irretrievably lost. For several weeks after my accident, I lay in bed close to death more times than I care to imagine. Whilst faced with the impending reality that I would not move my body the way I had just a little while ago, I found quite paradoxically — [Technical difficulties]

Les Nations unies, sénateurs, estiment que le projet de loi C-7 est irrécupérable. Pendant plusieurs semaines après mon accident, j’ai été alité, très proche de la mort bien plus souvent que je n’ose l’imaginer. Devant le fait imminent que je ne pourrais plus bouger mon corps comme je le faisais peu de temps auparavant, j’ai trouvé assez paradoxalement... [Difficultés techniques]

What I found immediately after my accident is that I had lost my sense of liberty and my mobility, and I knew that I would not be able to move the same again. I had lost autonomy. Just like so many people facing the prospects of MAID, instead I found that I wanted to embrace life. I found that I wanted to find the rigours and joys of life, but I also had profound love and profound supports. I do know that several of my spinal-cord-injured peers did not have the same supports in their lives.

Ce que j’ai constaté immédiatement après mon accident, c’est que j’avais perdu mon sens de la liberté et ma mobilité, et j’ai su que je ne pourrais plus bouger de la même façon. J’avais perdu mon autonomie. Tout comme beaucoup de gens confrontés à l’idée du recours à l’AMM, j’ai plutôt trouvé que je voulais prendre la vie à bras-le-corps. J’ai découvert que je tenais à éprouver les rigueurs et les joies de la vie, mais je pouvais aussi compter sur un amour profond et des appuis solides. Je sais que plusieurs blessés médullaires n’ont pas eu droit à un soutien comparable.

I know that since the Criminal Code was amended just a few years ago, some of my disabled peers, my spinal-cord-injured peers, have chosen MAID. Their dreams were deferred by the steely tip of a lethal injection rather than embraced by and within the slings and arrows of outrageous fortune that bring forth a brighter day. Their central point of suffering arose from failed social supports, not the implication of disability or a disabling condition. That failure is squarely in the hands of government.

Depuis que le Code criminel a été modifié, il y a quelques années à peine, certains de mes compagnons handicapés, blessés médullaires, ont choisi l’aide médicale à mourir. Leurs rêves ont été repoussés par la pointe d’acier d’une injection létale, plutôt que d’être épousés avec « les coups et les revers d’une injurieuse fortune » et d’ouvrir un avenir plus prometteur. Le point central de leur souffrance, ce fut la défaillance de leurs soutiens sociaux, et non les conséquences d’un handicap ou d’une invalidité. Cette défaillance, c’est nettement le gouvernement qui doit en assumer la responsabilité.

Therefore, I would submit to you that the wrong question is being contemplated. We should not introduce the subjective elements of what it is to suffer intolerably, but instead, there must be an objective assessment of whether or not the person with a disability has enough supports in place in order to live an independent lifestyle.

I dare anyone, senators, to suggest MAID to any other equality-seeking group in Canada and not expect cries of outrage and bigotry.

As the expert committee also indicated last Monday, we all accept that it could never be a well-reasoned decision for a person belonging to any other protected group — be it a racial, gender or sexual minority — to end their life because they experience suffering on account of their status.

We, the Canadians with disabilities, change our physique but we do not suffer. We, as a community, do not go gently into that good night. We simply move across the earth's crust in a different way. Give us the tools to do so.

In addition to the inherent bias imbued in the proposed legislation, implying or pre-supposing that to be disabled is to suffer unbearably, the other great defence created by removing the reasonably foreseeable death clause is that it is empirically wrong. There are not concerns to trigger the life rights of individuals because the current regime has made access to physician-assisted suicide much easier, and it increases every year.

By radically loosening the safeguards, as is imposed, it opens the door to abuse of those safeguards and implicitly promotes rather than permits MAID. It normalizes premature death due to a condition called disability and does not impose the legal standard of reasonable foreseeability of death. It is critically important to identify that distinction. Failing to do so would be a failure to guarantee full and equal citizenship to over 6 million Canadians who are living with disabilities. It would tell everyone with a disability that your life is expendable, and that would be an unintended consequence of the greatest proportion.

I thank you, Madam Chair.

The Chair: Thank you, Mr. Shannon. Now we will go to Dr. Naheed Dosani.

Dr. Naheed Dosani, Palliative Care Physician and Health Justice Activist, as an individual: Hi, everyone. Thank you very much for having me. My name is Dr. Naheed Dosani, and I am a palliative care physician who provides palliative care for people who experience structural vulnerabilities like homelessness, poverty and systemic racism. I'm the founder of

Je vous dirais donc que nous ne nous posons pas la bonne question. Il ne faut pas faire jouer des éléments subjectifs comme la notion de souffrance intolérable. Il faut plutôt faire une évaluation objective : la personne handicapée peut-elle se reposer sur des soutiens suffisants pour mener une vie autonome?

Sénateurs, je lance un défi à n'importe qui : allez proposer l'AMM à n'importe quel autre groupe en quête d'égalité au Canada. Pensez-vous que vous ne seriez pas accueillis par des cris d'indignation et des accusations de fanatisme?

Comme le comité d'experts l'a également dit lundi dernier, nous acceptons tous que ce ne peut être une décision rationnelle si une personne appartenant à un autre groupe protégé — qu'il s'agisse d'une minorité raciale, sexuelle ou de genre — choisit de mettre fin à ses jours parce qu'elle souffre en raison de son statut.

Nous, Canadiens handicapés, voyons notre corps changer, mais nous ne souffrons pas. En tant que groupe, nous ne nous évanouissons pas doucement dans la bonne nuit de la mort. Nous parcourons simplement la terre d'une façon différente. Donnez-nous les moyens de le faire.

Outre les idées préconçues omniprésentes dans le projet de loi, selon lesquelles la situation de handicap revient à subir d'insupportables souffrances, l'autre grand argument invoqué pour supprimer le critère de la mort raisonnablement prévisible est que cette notion est empiriquement erronée. On ne se préoccupe pas du droit à la vie des gens parce que le régime actuel a rendu l'accès à l'aide au suicide beaucoup plus facile, et qu'il est de plus en plus facile d'année en année.

En assouplissant radicalement les mesures de sauvegarde, comme cela est imposé, on ouvre la porte à des abus et on favorise implicitement l'aide médicale à mourir plutôt que de simplement la permettre. Cette mesure normalise la mort prématurée due à une condition appelée invalidité sans que s'applique la norme juridique de prévisibilité raisonnable de la mort. Il est essentiel de faire cette distinction. Ne pas la faire reviendrait à ne pas garantir la citoyenneté pleine et entière à plus de six millions de Canadiens handicapés. Ce serait dire à quiconque a un handicap qu'on peut se passer de sa vie. Ce serait là une conséquence non recherchée de la plus grande importance.

Merci, madame la présidente.

La présidente : Merci, maître Shannon. Nous allons maintenant passer au Dr Naheed Dosani.

Dr Naheed Dosani, médecin en soins palliatifs et activiste pour la justice en matière de santé, à titre personnel : Bonjour à tous. Merci beaucoup de m'avoir invité. Je m'appelle Naheed Dosani, et je suis médecin en soins palliatifs. Je prodigue des soins aux personnes aux prises avec des vulnérabilités structurelles comme l'itinérance, la pauvreté et le racisme

the world's first mobile palliative care program focused on meeting the needs of people experiencing homelessness, the PEACH program, Palliative Education and Care for the Homeless in Toronto, Ontario.

Our team, comprised of a group of compassionate health workers, cares for between 110 and 120 people at any given time, whether they live on the street, under a bridge or in a shelter, through trauma-informed care, harm reduction and a human rights approach so that everyone has an opportunity to have equitable access to palliative care.

I'm also the founder of Toronto's first hospice for people experiencing homelessness, serve as medical director for the region of Peel's COVID-19 homeless response and —

The Chair: Dr. Dosani, can you just slow down, please? It's very hard for the interpreters.

Dr. Dosani: No problem. And hold faculty appointments in the division of palliative care at both the University of Toronto and McMaster University.

Given my understanding that Bill C-7 will likely pass in one form or another, today I'm here to convince you of three things. One, that palliative care is not equally accessed by all people across Canada. Two, that people who experience structural vulnerabilities, like poverty, homelessness and racism, face even more barriers to accessing palliative care. And three, that there are circumstances where people choose to pursue MAID because the social conditions around them create the conditions for them to do so. We must do better.

Part one, palliative care is an approach that improves the quality of life of people and their caregivers facing life-limiting illness. In 2016, the Canadian Society of Palliative Care Physicians released a report entitled *How to improve palliative care in Canada*. The report highlighted major gaps in palliative care in Canada but also made six significant recommendations to address this. In 2018, Health Canada released the Framework on Palliative Care in Canada, but aside from this, few, if any, of these recommendations have been put into place in any meaningful way. They need to be.

Part two, what gets talked about even less, are the even larger barriers that exist to palliative care access for those who experience marginalization. I've provided street-based palliative care for over seven years to communities that face these barriers. I have seen this with my own eyes. In 2014, I had the opportunity to join a research team out of the University of Victoria to answer the question: What are the barriers that people on the margins of society experience in accessing palliative care?

systémique. Je suis le fondateur du premier programme de soins palliatifs mobiles au monde axé sur les besoins des sans-abri, le programme PEACH, Palliative Education and Care for the Homeless, à Toronto, en Ontario.

Notre équipe, composée d'un groupe de travailleurs de la santé compatissants, s'occupe à tout moment de 110 à 120 personnes, qu'elles vivent dans la rue, sous un pont ou dans un refuge, en leur apportant des soins modulés selon le traumatisme, en cherchant à atténuer les préjudices et en appliquant une approche axée sur les droits de la personne afin que tous aient un accès équitable aux soins palliatifs.

Je suis également le fondateur du premier centre de soins palliatifs de Toronto pour les sans-abri, et je suis directeur médical de l'intervention de la région de Peel auprès des sans-abri dans la lutte contre la COVID-19...

La présidente : Docteur Dosani, pourriez-vous ralentir, s'il vous plaît? C'est très difficile pour les interprètes.

Dr Dosani : Pas de problème. Et j'occupe des postes de professeur à la division des soins palliatifs à l'Université de Toronto et à l'Université McMaster.

Étant donné que, sauf erreur, le projet de loi C-7 sera probablement adopté sous une forme ou une autre, je comparais pour vous convaincre de trois choses. Premièrement, tous les Canadiens n'ont pas également accès aux soins palliatifs. Deuxièmement, ceux qui ont une vulnérabilité structurelle, comme la pauvreté, l'itinérance et le racisme, doivent surmonter encore plus d'obstacles que d'autres pour obtenir ces soins. Troisièmement, il arrive que certains optent pour l'AMM parce que leur contexte social crée des conditions qui les y incitent. Nous devons faire mieux.

Premièrement, les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie limitant leur espérance de vie et de ceux qui s'occupent d'elles. En 2016, la Société canadienne des médecins de soins palliatifs a publié un rapport intitulé *Améliorer les soins palliatifs au Canada*. Le rapport a mis en lumière des lacunes importantes dans les soins palliatifs au Canada, mais il a aussi formulé six recommandations importantes pour les combler. En 2018, Santé Canada a publié le Cadre sur les soins palliatifs au Canada, mais cela mis à part, on a vraiment mis en œuvre fort peu de ces recommandations, voire aucune. Il faut leur donner suite.

Deuxièmement, il y a, et on en parle encore moins, des obstacles encore plus importants que les marginalisés doivent surmonter pour obtenir des soins palliatifs. J'offre ces soins dans la rue depuis plus de sept ans à des groupes qui butent sur ces obstacles. J'ai observé la situation de mes propres yeux. En 2014, j'ai pu me joindre à une équipe de recherche de l'Université de Victoria qui voulait à répondre à cette question : quels sont, pour ceux qui vivent en marge de la société, les obstacles à surmonter pour accéder aux soins palliatifs?

The study, led by my mentor and colleague Dr. Kelli Stajduhar, and the report that followed, is called *Too Little, Too Late* and it tells a damning story. Through 300 hours of observational research, our team followed 25 vicariously housed people, their support persons and service providers. What did we find? That people who live on the margins have difficulty accessing palliative care. Why? Because the need to survive trumps discussions about palliative care when you live on the street. Because death is so common on the streets. Because early identification of palliative care needs for people on the streets is challenging. Because our systems operate in silos for housing, food, health care and income, and crosstalk across those silos is rare. Because there are often barriers for home care organizations to provide care in non-traditional home environments. And because there's so much death on the streets, that it's created a world of grief and vicarious trauma.

L'étude a été menée par la Dre Kelli Stajduhar, qui est pour moi à la fois une collègue et un mentor. Le rapport qui a suivi, *Too Little, Too Late*, dépeint une situation affligeante. L'équipe, qui a cumulé 300 heures d'observation, a suivi 25 personnes logées précairement, et ceux qui les aident et leur apportent des services. Constatation? Les gens qui vivent en marge ont du mal à obtenir des soins palliatifs. Pourquoi? Parce que la nécessité de survivre l'emporte sur les discussions sur les soins palliatifs lorsqu'on vit dans la rue. Parce que la mort est chose tellement banale dans les rues. Parce qu'il est difficile de cerner rapidement les besoins en soins palliatifs des gens de la rue. Parce que nos systèmes qui occupent du logement, de l'alimentation, des soins de santé et du revenu sont cloisonnés et échangent rarement entre eux. Parce qu'il y a souvent des obstacles qui empêchent les organismes de soins à domicile de fournir des soins dans des milieux non traditionnels. Et parce qu'il y a tellement de morts dans les rues que cela a créé tout un monde à part qui vit dans le deuil et la précarité.

In summary, to make palliative care more equitably accessed, we must build up the systems that support people who experience marginalization.

En somme, pour rendre l'accès aux soins palliatifs plus équitables, nous devons renforcer les systèmes qui soutiennent les personnes marginalisées.

Part three, given that today's testimony is focused on Bill C-7 and MAID, let's talk about MAID. I work in the trenches, on the front lines of the homelessness crisis, the opioid overdose death crisis and now the COVID-19 pandemic crisis. I work in a world where I can successfully arrange for MAID in two weeks in an organized and efficient fashion, but also a world where it takes years to get the people I care for into housing, months to get people income supports and weeks to get them mental health and harm reduction support, if we're lucky. While I appreciate that these processes are not mutually exclusive and do not necessarily come from the same pool of resources, I find this morally distressing.

Troisièmement, étant donné que le témoignage d'aujourd'hui porte sur le projet de loi C-7 et l'AMM, parlons donc de l'AMM. Je travaille sur le terrain, aux premières lignes de la crise de l'itinérance, de la crise des décès par surdose d'opioïdes et maintenant de la pandémie de COVID-19. Je travaille dans un monde où je peux prendre des dispositions pour accorder l'aide médicale à mourir en deux semaines de façon structurée et efficace, mais aussi dans un monde où, avec de la chance, il faut des années pour arriver à loger ceux dont je m'occupe, des mois pour leur obtenir un soutien au revenu et des semaines pour avoir un soutien en santé mentale et en réduction des préjudices. Bien que je comprenne que ces processus ne s'excluent pas mutuellement et que les ressources nécessaires ne proviennent pas nécessairement du même endroit, je trouve cela navrant sur le plan moral.

I want to be clear. I've seen people who have pursued MAID because they experience marginalization. Take Bob — not his real name, of course — a man in his 50s with multiple sclerosis and complex wounds who was referred to our palliative care service for pain management. Despite optimizing his pain and providing good wound care, he pursued MAID. Why? Because his progressive disease and the complications of it led to an alcohol-use disorder, which led to him losing housing, which led to him losing his family and ultimately being alone.

Je tiens à être clair. J'ai vu des gens demander l'aide médicale à mourir parce qu'ils étaient marginalisés. Prenons Bob — c'est un prénom fictif, bien sûr —, un homme dans la cinquantaine atteint de sclérose en plaques et affligé de blessures complexes qui a été aiguillé vers notre service de soins palliatifs pour que nous l'aidions à gérer sa douleur. Même si nous avons soulagé au mieux ses souffrances et avons bien soigné ses plaies, il a opté pour l'AMM. Pourquoi? Parce que sa maladie évolutive, avec son cortège de complications, a entraîné un problème de consommation d'alcool, ce qui lui a fait perdre son logement puis sa famille et, en fin de compte, l'a condamné à la solitude.

On the other hand, I've also witnessed how treating the social determinants of health can make a difference such that it can change the course of whether or not someone pursues MAID. Take Mary — not her real name — a woman in her 30s with untreated HIV. She was on the brink of AIDS. She did not want

Par ailleurs, j'ai aussi vu comment, en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, on peut avoir une influence marquante au point que la personne se ravise, si elle songeait à l'AMM. Prenons Mary — encore une fois un prénom fictif —, une femme dans la trentaine, séropositive, qui ne suivait aucun

to take her HIV medications because she was on the streets, had a substance-use disorder and no health care team. She wanted to die through MAID. But after addressing her emotional and physical pain, helping her with housing, income and wraparound support, she changed her mind. She didn't want to die via MAID. She wanted to live because she had a better quality of life.

traitement. Elle était au bord du sida. Elle ne voulait pas prendre de médicaments contre le VIH parce qu'elle était dans la rue, qu'elle était toxicomane et qu'elle n'avait pas d'équipe soignante. Elle voulait mourir en demandant l'AMM. Mais une fois surmontées ses souffrances morales et physiques, après avoir reçu de l'aide pour trouver un logement, toucher un revenu et bénéficier d'un soutien complet, elle a changé d'avis. Elle ne voulait plus mettre fin à ses jours en recourant à l'AMM. Elle voulait vivre parce qu'elle avait une meilleure qualité de vie.

In the discourse on MAID, I do not see the stories of Bob and Mary reflected. I'm told that based on current research, stories like Bob and Mary's are not common. How do we really know? Have we really conducted enough research to know about the experiences of those who live on the margins? Further to this, I worry that Bill C-7 will have a disproportionate impact on working class, disabled people, people experiencing homelessness, poverty and marginalization, people who can't afford their basic needs like food and shelter and medications, and that without investing in any of the structures that create these situations, MAID may not be a fair choice for everyone. With 35,000 Canadians experiencing homelessness each night, I expect it takes the same energy that's been put into passing MAID into our world and country — that we'll put that same energy into housing, gearing up harm reduction, implement basic income and Pharmacare. On the one hand, if you're making it easier for people to get MAID, you also have an obligation to ensure that people are not forced into vulnerable situations where they feel that they need to access MAID to escape these vulnerable situations.

Dans le débat sur l'AMM, il n'est jamais question d'expériences comme celles de Bob et de Mary. On me dit que, d'après les recherches qui se font maintenant, les histoires comme celles de Bob et de Mary sont peu courantes. Comment vraiment savoir? Avons-nous vraiment fait suffisamment de recherches pour connaître les expériences de ceux qui vivent en marge? De plus, je crains que le projet de loi C-7 n'ait un impact disproportionné sur la classe ouvrière, les personnes handicapées, les sans-abri, les pauvres et les marginalisés, les personnes qui n'ont pas les moyens de subvenir à leurs besoins fondamentaux comme la nourriture, le logement et les médicaments, et que, si nous n'injectons des fonds dans aucune des structures dont les faiblesses sont à l'origine de ces situations, l'AMM ne soit peut-être pas un choix équitable pour tous. Chaque nuit, 35 000 Canadiens sont dans l'itinérance. Nous avons mis beaucoup d'énergie à faire adopter l'aide médicale à mourir dans notre monde et dans notre pays, mais il faudrait en consacrer autant au logement, à la réduction des préjudices, à l'instauration d'un revenu de base et à l'assurance-médicaments. Si vous facilitez l'accès à l'AMM, vous avez également l'obligation de veiller à ce que personne ne soit réduit à une situation de vulnérabilité telle que l'AMM devienne le seul moyen d'y échapper.

Thank you very much for hearing me out today.

Merci beaucoup de m'avoir écouté.

The Chair: Thank you very much, Dr. Dosani. We will now go to Danielle Chalifoux, our advocate.

La présidente : Merci beaucoup, docteur Dosani. Nous allons maintenant passer à Me Danielle Chalifoux, avocate.

[*Translation*]

[*Français*]

Danielle Chalifoux, Lawyer in health law, Institut de planification des soins du Québec: Ladies and gentlemen, senators, thank you for inviting me to present the position of the Institut de planification des soins du Québec.

Me Danielle Chalifoux, avocate en droit de la santé, Institut de planification des soins du Québec : Mesdames et messieurs les sénatrices et sénateurs, merci de m'avoir invitée à présenter la position de l'Institut de planification des soins du Québec.

The institute's mission is to help and support individuals, groups and organizations with care planning, and also to defend the rights of those who use the Quebec health system.

L'institut a pour mission d'aider et soutenir les personnes, les groupes et les organisations relativement à la planification des soins, et aussi de défendre les droits des usagers au sein du système de santé québécois.

Personally, I'm a lawyer who has been a member of the bar since 1985 and I began to take an interest in medical assistance in dying in the early 2000s. I should add that I take pride in

Personnellement, je suis avocate membre du barreau depuis 1985 et je m'intéresse depuis à peu près le début des années 2000 à l'aide médicale à mourir. Je dois dire aussi que je

having studied nursing and practised palliative care for a number of years, which gave me some field experience.

I will only address a few points because of the short amount of time available. To begin with, at the institute, our view is that the federal government handled the matter badly after the *Truchon* and *Gladu* decisions. Why did they not appeal the decision, since it applied only in Quebec?

The situation in Quebec is different than in the other provinces. At the moment in Quebec, it's possible, through a constitutional exemption application, for a person whose death is not reasonably foreseeable to obtain medical assistance in dying if that person meets the other conditions.

There are not many applications for a constitutional exemption in Quebec, but they do exist. To my knowledge, they were all accepted, at least those that have been documented and that I've been able to learn about. That's the situation in Quebec. In the other provinces, the matter is still under the jurisdiction of Bill C-14; what we have, then, is a double standard.

With the additional extensions of the suspension period, it has been this way now for a year and a half, and close to the moment when it would have to have been appealed. The other advantage that a government appeal would have provided was the real possibility of setting aside the *Truchon* and *Gladu* decisions. For example, there was the case of Ms. Julia Lamb, a young woman with a serious irremediable degenerative disease who was not really in a condition that could be described as one of reasonably foreseeable natural death, and yet who was considered eligible as a result of a broad and liberal application of the concept. In the end, she withdrew her case because she had succeeded in getting what she wanted. So this proves that *Truchon* and *Gladu* were perhaps simply a matter of interpretation rather than constitutionality. I put a question mark on this because we do not have the benefit of an appeal, and we'll never know.

A further benefit would have been that the time required to reach the Supreme Court would have allowed for a cooling-off period to think about things more carefully, and a re-examination that could have come up with a more complete act that could address mental illness and possibly also advance consent for medical assistance in dying.

Some have recommended a reference to the Supreme Court. Would this be a reference pertaining to Bill C-14, Bill C-7 or both? There would certainly be advantages to a reference. As Professor Beaulac said earlier, it would be better to thoroughly

suis fière d'avoir fait des études en soins infirmiers et j'ai pratiqué en soins palliatifs pendant quelques années. Cela m'a donné une certaine expérience du terrain.

Je m'attarderai seulement sur quelques points étant donné le court délai à ma disposition. Tout d'abord, nous considérons à l'institut que le gouvernement fédéral a mal géré le dossier à la suite des décisions *Truchon* et *Gladu*. Pourquoi ne pas en avoir appelé de la décision, alors qu'elle ne s'applique qu'au Québec?

La situation du Québec par rapport aux autres provinces est différente. Présentement, au Québec, il est possible, avec des requêtes en exemption constitutionnelle, pour une personne qui se trouve dans la situation où sa mort n'est pas raisonnablement prévisible, de se prévaloir de l'aide médicale à mourir si, par ailleurs, elle remplit les autres conditions.

Au Québec, les demandes en exemption constitutionnelle sont peu nombreuses, mais elles existent. À ma connaissance, elles ont toutes été acceptées, du moins celles qui sont répertoriées et dont j'ai pu prendre connaissance. Telle est la situation au Québec. Par ailleurs, dans les autres provinces on comprend que c'est encore sous la juridiction du projet de loi C-14; c'est donc deux poids, deux mesures.

Cela dure depuis un an et demi avec les délais qui ont été accordés, et on n'est pas loin du temps qu'il aurait fallu pour interjeter appel. L'autre avantage qu'aurait eu un appel pour le gouvernement, c'est que la possibilité d'infirmer les décisions *Truchon* et *Gladu* n'était pas futile du tout. Par exemple, on peut se remémorer la cause de Mme Julia Lamb, une jeune femme dont la maladie dégénérative était grave et irrémédiable, mais qui n'était pas véritablement dans une condition de mort naturelle raisonnablement prévisible, et qui a tout de même été considérée comme admissible par une application large et libérale de la notion. Finalement, elle s'est désistée de sa cause, parce qu'elle a réussi à obtenir ce qu'elle voulait. Cela prouve donc que, éventuellement, les décisions *Truchon* et *Gladu* n'étaient peut-être qu'une simple question d'interprétation plutôt qu'une question de constitutionnalité. Je le dis avec un point d'interrogation, puisqu'on n'a pas le bénéfice d'un appel, on ne le saura pas.

Un autre avantage est que le temps qu'il aurait fallu pour se rendre à la Cour suprême aurait permis un délai de réflexion plus serein, permettant le réexamen pour en arriver à une loi plus complète, qui aurait pu traiter de la maladie mentale et possiblement aussi des demandes anticipées d'aide médicale à mourir.

À cet égard, certains proposent un renvoi à la Cour suprême. Est-ce que ce serait un renvoi sur le projet de loi C-14, ou sur le projet de loi C-7, ou sur les deux? Il y aurait certainement des avantages à obtenir un renvoi. Comme le disait le professeur

settle the matter of Bill C-14 because Bill C-7 is a response to Bill C-14, and takes it for granted that Bill C-14 is unconstitutional.

So if there were to be a reference solely on Bill C-7, it would mainly address exclusion on grounds of mental illness. With respect, based on a strictly legal analysis, we find this exclusion somewhat problematic. As for straightforwardly excluding mental illness in the application of Bill C-7, the Institut de planification des soins du Québec considers this exclusion on grounds of mental illness to be unconstitutional because it does not comply with *Carter*.

I could also, if you're interested, discuss a very interesting Alberta Court of Appeal decision on this matter. Excluding mental illness also violates section 1 of the Charter. A reading of the criteria in *Oakes* and some subsequent cases makes this clear.

If we ask whether outright exclusion constitutes a minimal infringement of human rights, then with respect, I believe the answer is obvious.

So we don't really understand the federal government's attitude to this. How can it serve the people of Canada by adopting a provision that's so clearly unconstitutional, and that deprives an entire category of persons with a mental illness from the right to medical assistance in dying, without any apparent justification under applicable law?

We are necessarily headed towards new challenges and the process will have to start over again. Once again we ask whether the Senate should recommend the inclusion of mental illness in Bill C-7? It's certainly possible, but perhaps not within the allotted time period, because the act has to be passed on or before February 26.

Moreover, if the deadline is not met and the Quebec Superior Court refuses to allow another extension, which we believe to be not only possible, but perhaps even probable, it would not be a disaster for Quebec. That's because, first of all, it would no longer be required to apply for constitutional exemptions. And secondly, Quebec has its own end-of-life care act and can amend it if it feels the need.

For example, the Collège des médecins could develop practical guidelines and directives, and government authorities could also issue a notice guaranteeing that doctors who provide MAID within these directives would not be prosecuted.

Beaulac que vous avez entendu récemment, il vaudrait mieux vider la question du projet de loi C-14, parce que le projet de loi C-7 constitue une réponse au projet de loi C-14, tenant pour acquis que l'inconstitutionnalité du projet de loi C-14 existe.

Donc, s'il y avait un renvoi uniquement sur le projet de loi C-7, celui-ci porterait surtout sur l'exclusion des maladies mentales. Respectueusement, si on en fait une analyse strictement juridique, cette exclusion nous semble assez problématique. Quant à l'exclusion pure et simple de la maladie mentale dans l'application du projet de loi C-7, l'Institut de planification des soins du Québec considère que cette exclusion en matière de maladie mentale est inconstitutionnelle, parce qu'elle ne respecte pas l'arrêt *Carter*.

Je pourrai d'ailleurs vous entretenir, si jamais cela vous intéresse, d'une décision de la Cour d'appel de l'Alberta à cet égard qui est très intéressante. L'exclusion de la maladie mentale viole également l'article 1 de la Charte. On n'a qu'à se rapporter aux critères de l'arrêt *Oakes* et des arrêts subséquents pour s'en convaincre.

Si on pose la question, à savoir si l'exclusion pure et simple constitue une atteinte minimale aux droits des personnes, respectueusement, je crois que poser la question c'est y répondre.

Alors, nous ne comprenons pas vraiment l'attitude du gouvernement fédéral à cet égard. Comment sert-il la population canadienne s'il adopte une disposition si clairement inconstitutionnelle, qui prive toute une catégorie de personnes atteintes de maladie mentale du droit à l'aide médicale à mourir, sans que cela ne paraisse justifié en fonction du droit applicable?

On s'achemine nécessairement vers de nouvelles contestations et il faudra encore reprendre le processus. On se pose la question. Est-ce que le Sénat devrait proposer l'inclusion des maladies mentales dans le projet de loi C-7? Ce serait sûrement possible, mais peut-être pas dans le délai imparti, parce que la loi doit être adoptée le ou avant le 26 février.

De plus, si le délai n'est pas respecté et si la Cour supérieure du Québec refuse d'octroyer un autre délai, ce qui nous semble non seulement possible, mais peut-être probable, à ce moment-là ce ne serait pas une catastrophe, par ailleurs, pour le Québec. Parce que premièrement, il ne serait plus dans l'obligation de demander des exemptions constitutionnelles. Deuxièmement, n'oublions pas que le Québec a sa propre loi sur les soins de fin de vie, et qu'il peut l'amender s'il en sent le besoin.

Par exemple, le Collège des médecins pourrait formuler des guides de pratique et des directives, alors que les autorités gouvernementales pourraient aussi émettre un avis qui garantit que les médecins qui procurent l'AMM dans le respect de ces directives ne seraient pas poursuivis.

As for the other Canadian provinces and territories, unfortunately, or fortunately, depending on the point of view, Bill C-14 would continue to apply. Furthermore, we would be in a position to monitor the development of the concept, which might take on a broader and more liberal aspect.

We also wondered, if the Senate were not to propose such an amendment, whether a sunset clause might be appropriate? The answer is yes, of course, but it would be a lesser evil, and according to us, the time period should not exceed one year.

If the Senate were to propose the inclusion of mental illnesses in Bill C-7, what safeguards would be appropriate? I refer you to the report of the Association des médecins psychiatres du Québec, *Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux*, which was studied in considerable depth at a national forum held recently at the request of the Government of Quebec, about medical assistance in dying and mental illness. I believe that it was Dr. Mona Gupta who explained the guidelines in this report to you.

I'd like to share a number of the findings in this report with you because we, at the institute, believe they could suggest highly appropriate safeguards. To begin with, the findings are that it is essential: to conduct a substantial and specific assessment of mental disorders, and in particular an assessment of the decision-making capacity of people with these disorders; to properly formulate criteria for the incurable and irreversible nature of the illness; to give consideration to its progression over time and also to have found that numerous attempts at treatment had been carried out and failed, in which instance it would require a very lengthy study that could take years. The measures envisaged by the association also include a dynamic relationship between the patient, the family and the care team, as well as the need to improve care and access to it in a timely manner. This is applicable to Quebec, and I would imagine it could be applicable elsewhere in Canada and the territories.

These then are the main recommendations made by our institute concerning Bill C-7, and also on approaches that could be taken to come up with an act that is compatible with the Canadian Charter of Rights and Freedoms and Supreme Court case law.

Thank you, and I would be glad to answer your questions.

The Chair: Thank you.

[*English*]

Jonathan Marchand, Chair, Coop ASSIST — Quebec Cooperative for Independent Living: I am from Quebec. I am the senior network engineer in computer science, and I am an activist and an advocate for people with disabilities. I have a

Quant aux autres provinces et territoires du Canada, malheureusement — ou heureusement, tout dépendant du point de vue, le projet de loi C-14 continue de s'appliquer. Par ailleurs, on serait à même de voir l'évolution de cette notion qui prendrait peut-être une application plus large et plus libérale.

On s'est posé la question aussi, à défaut pour le Sénat de proposer un amendement en ce sens. Est-ce qu'une disposition de temporisation serait appropriée? Oui, certainement, mais ce serait un moindre mal, et selon nous, le délai ne devrait pas dépasser un an.

Si le Sénat proposait l'inclusion des maladies mentales dans le projet de loi C-7, quelles mesures de sauvegarde seraient appropriées? Je vous réfère au rapport de l'Association des médecins psychiatres du Québec intitulé *Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux*, qui a d'ailleurs été étudié assez en profondeur dans un forum national qui a eu lieu récemment, demandé par le gouvernement du Québec, au sujet de l'aide médicale à mourir et des maladies mentales. C'est la Dre Mona Gupta qui, je crois, vous a présenté les lignes directrices de ce rapport.

Il y a quelques constats de ce rapport que j'aimerais vous partager qui, nous croyons à l'institut, pourraient servir de mesures de sauvegarde très appropriées. D'abord, les constats sont la nécessité de procéder à une évaluation substantielle et spécifique reliée aux troubles mentaux, particulièrement de l'évaluation de l'aptitude décisionnelle de ces personnes, de bien définir les critères concernant l'aspect incurable et irréversible de la maladie, tenir compte de sa chronicité et aussi d'avoir constaté que de nombreuses tentatives de traitements auraient été faites et leur échec, le cas échéant, ce qui ne se ferait qu'à la suite d'un très long parcours, on parle d'années. Les mesures envisagées par l'association comprennent également qu'il y ait une dynamique relationnelle entre le patient, la famille et l'équipe de soins et mentionnent aussi la nécessité de l'amélioration des soins et de leur accès en temps opportun. Cela s'applique au Québec et j'imagine que cela s'applique ailleurs aussi au Canada et dans les territoires.

Alors, ce sont les principales recommandations de notre institut par rapport au projet de loi C-7 et aussi des pistes à suivre pour avoir une loi qui soit compatible avec la Charte canadienne des droits et libertés et la jurisprudence de la Cour suprême.

Je vous remercie et je suis prête à répondre à vos questions.

La présidente : Merci.

[*Traduction*]

Jonathan Marchand, président, Coop ASSIST — Coopérative québécoise pour la vie autonome : Je viens du Québec. Je suis ingénieur principal de réseau en informatique, et je suis un militant et un défenseur des personnes

form of muscular dystrophy, and I have had a disability all my life. I am appearing before you from what I consider my medical prison cell, a long-term care facility in Quebec.

I oppose Bill C-7 because death without dignity doesn't exist without life with dignity.

I'm 44 years old, and just like Jean Truchon, I'm forced to live here because there is no proper support to live in the community.

For 10 years now, I've been fighting to get out of here and regain my freedom and open a path to community living for everyone because living in the community is a human right.

Before being trapped into the institutional system, I had a good life. I was successful.

In 2010, following a severe pneumonia, I ended up in intensive care. I was given an emergency tracheotomy to help me breathe with the assistance of a ventilator. It was explained to me that now someone had to be with me 24 hours a day in case I needed assistance. Unable to speak, several doctors pressured me to accept euthanasia, "comfort care" as they called it, to end my life. I never asked for this.

I spent the next few weeks thinking and crying my eyes out. My life is really over? The thought had never crossed my mind. I was getting better. But losing control over my life, being completely dependent on others and becoming a burden to my loved ones was unbearable for me.

There are no support services to live outside of hospitals. I had to choose between killing myself or living in a hospital for the rest of my life. I was never offered the choice to continue my life at home with the required assistance. I wasn't ready to abandon my partner, my family and my friends. I signalled my refusal to be euthanized.

I was prepared to do anything to get out of this medical hell, but just like Jean Truchon, I was denied the home care support that I needed. I complained to the highest instances. I was told that it was a political issue as living in the community with the necessary support is not a right in Canada. After two and a half years in the hospital, I ended up in a long-term care facility.

This place is a medical prison. You no longer have choice and control over your life. Your love life? It's over. You can't live with your partner. Your private life? Forget it. A record is kept on your every move. You are now the property of the government. Now it is managers, civil servants, nurses and others who will decide how you will live. You are too

handicapées. J'ai une forme de dystrophie musculaire et j'ai eu un handicap toute ma vie. Je comparais devant vous depuis ce que je considère comme ma cellule médicale, un établissement de soins de longue durée au Québec.

Je m'oppose au projet de loi C-7 parce que la mort sans dignité n'existe pas sans la vie dans la dignité.

J'ai 44 ans, et tout comme Jean Truchon, je suis obligé de vivre ici parce qu'il n'y a pas de soutiens adéquats pour que je puisse vivre dans la collectivité.

Depuis 10 ans maintenant, je me bats pour sortir d'ici, retrouver ma liberté et ouvrir une voie vers la vie en société pour tout le monde, car vivre dans la société est un droit de la personne.

Avant d'être piégé dans le système institutionnel, j'ai eu une bonne vie. J'étais prospère.

En 2010, à cause d'une pneumonie sévère, je me suis retrouvé aux soins intensifs. On a pratiqué une trachéotomie d'urgence pour m'aider à respirer avec l'aide d'un respirateur. On m'a expliqué qu'il fallait désormais que quelqu'un soit avec moi 24 heures sur 24 au cas où j'aurais besoin d'aide. J'étais incapable de parler, et plusieurs médecins m'ont incité à accepter l'euthanasie, les « soins de confort », ont-ils dit, pour mettre fin à ma vie. Je n'ai jamais rien demandé de tel.

J'ai passé les quelques semaines suivantes à réfléchir et à pleurer toutes les larmes de mon corps. Ma vie est vraiment terminée? Cette pensée ne m'avait jamais traversé l'esprit. Mon état de santé s'améliorait. Mais perdre le contrôle de ma vie, être complètement dépendant des autres et devenir un fardeau pour mes proches, tout cela m'était insupportable.

Il n'y a pas de services de soutien qui permettent de vivre à l'extérieur des hôpitaux. J'ai dû choisir entre me tuer ou passer le restant de mes jours à l'hôpital. On ne m'a jamais offert la possibilité de continuer ma vie à la maison avec l'aide nécessaire. Je n'étais pas prêt à abandonner ma conjointe, ma famille et mes amis. J'ai signifié mon refus de l'euthanasie.

J'étais prêt à tout pour sortir de cet enfer médical, mais tout comme dans le cas de Jean Truchon, on m'a refusé les soins à domicile dont j'avais besoin. Je me suis plaint aux plus hautes instances. On m'a dit que c'était une question politique, car vivre dans la communauté avec le soutien nécessaire n'est pas un droit au Canada. Après deux ans et demi à l'hôpital, je me suis retrouvé dans un établissement de soins de longue durée.

Cet endroit est une prison médicale. Aucun libre choix. Aucun contrôle sur sa propre vie. La vie amoureuse? C'est terminé. Impossible de vivre avec sa partenaire. Vie privée? À oublier. Chaque geste est consigné. On est désormais la chose de l'État. Ce sont des gestionnaires, des fonctionnaires, des infirmières et d'autres qui décident comment vous allez vivre. Vous êtes trop

independent for their taste? They will break you. You have to submit to their rules. You have to be a good, kind, obedient, grateful little cripple.

I gave up and sank into depression. I was ashamed to live in this ghetto. Without humanity and freedom, life no longer has any meaning. I regretted having refused euthanasia. I simply wanted to live with my partner, work and have a normal social life. I wanted to die. I was Jean Truchon.

I discovered that about 70% of people with severe disabilities live in institutions in Quebec. The others cling to living at home, but often find themselves also isolated. Many have committed suicide or have accepted euthanasia to avoid suffering my fate.

My disability is not the cause of my suffering, but rather the lack of adequate support, accessibility, and the discrimination I endure every day. As a last resort, I occupied a space in a cage in front of the National Assembly in Quebec for five days and five nights to protest my incarceration and to implement community living solutions. Why is it so hard to be seen and heard when we want to live?

Suicide prevention is offered to people without disabilities, but I deserve assisted suicide? I've been told before: If you're not satisfied with what you're being offered, why not accept euthanasia? My life is worth living. I want to be free. I don't trust the government, politicians, civil servants and doctors to tell me what I can and cannot do in my life or how my death should unfold.

I am an unlikely survivor. Senators, you must end this bill or remove the special second track. There can be no death with dignity and freedom of choice as long as we are forced to live in institutions, made to feel like burdens, while we face discrimination and systemic violence at all levels. Thank you.

The Chair: Thank you very much. Relating what you had to, it takes a lot of courage. Thank you very much.

Sarah Jama, Lead Organizer, Disability Justice Network of Ontario: Thank you for having me speak to you today. My name is Sarah Jama and I'm a lead organizer with the Disability Justice Network of Ontario. DJNO aims to build a just and accessible Ontario where people with disabilities have the personal and political agency to thrive and foster community and build the power, capacity and skills needed to hold people, communities and institutions responsible for the spaces they create.

indépendant à leur gré? Ils vont vous briser. Vous devez vous soumettre à leurs règles. Il faut être un bon, gentil, obéissant et reconnaissant petit infirme.

J'ai laissé tomber et j'ai sombré dans la dépression. J'avais honte de vivre dans ce ghetto. Sans humanité ni liberté, la vie n'a plus aucun sens. Je regrettais d'avoir refusé l'euthanasie. Je voulais simplement vivre avec ma compagne, travailler et mener une vie sociale normale. J'en suis venu à vouloir mourir. J'étais devenu Jean Truchon.

J'ai appris qu'environ 70 % des personnes gravement handicapées vivent dans des établissements au Québec. Les autres s'entêtent à rester chez eux, mais ils se retrouvent souvent tout aussi isolés. Beaucoup se sont suicidés ou ont accepté l'euthanasie pour éviter un sort comme le mien.

Ce n'est pas mon handicap qui me fait souffrir. Ce sont le manque de soutien et d'accessibilité, et la discrimination dont je fais l'objet quotidiennement. En dernier recours, j'ai occupé un espace dans une cage devant l'Assemblée nationale du Québec pendant cinq jours et cinq nuits pour protester contre mon incarcération et pour obtenir des moyens de vivre dans mon milieu. Pourquoi est-ce si difficile de se faire remarquer et entendre quand on veut vivre?

La prévention du suicide est offerte aux personnes non handicapées, mais je mérite l'aide au suicide? On m'a déjà dit : si vous n'êtes pas satisfait de ce qu'on vous offre, pourquoi ne pas accepter l'euthanasie? Ma vie vaut la peine d'être vécue. Je veux être libre. Je ne fais pas confiance au gouvernement, aux politiques, aux fonctionnaires et aux médecins pour me dire ce que je peux faire ou pas dans ma vie ou comment je dois mourir.

Je suis un survivant improbable. Honorables sénateurs, vous devez saborder le projet de loi ou supprimer la deuxième série spéciale de garanties. Il ne peut y avoir de mort dans la dignité, ni de liberté de choix tant que nous sommes forcés de vivre dans des établissements, qu'on nous fait sentir comme des fardeaux, tandis que nous sommes victimes de discrimination et de violence systémique à tous les niveaux. Merci.

La présidente : Merci beaucoup. Vous avez dû faire preuve de beaucoup de courage pour nous expliquer votre situation. Merci beaucoup.

Sarah Jama, organisatrice principale, Disability Justice Network of Ontario : Merci de m'avoir invitée à prendre la parole devant vous. Je m'appelle Sarah Jama et je suis organisatrice principale au Disability Justice Network of Ontario. Le DJNO vise à bâtir une société ontarienne juste et accessible où les personnes handicapées ont la possibilité, sur les plans personnel et politique, de s'épanouir et d'apporter leur contribution, et de se donner le pouvoir, la capacité, les compétences voulus pour obliger les gens, les collectivités et les établissements à assumer la responsabilité des espaces de vie qu'ils créent.

I'm also an organizer with Black Lives Matter and do a lot of anti-Black racism work in my city. I note this because part of my everyday work is to keep Black alive in a world that consistently causes harm due to the colour of our skin.

Je suis également organisatrice pour Black Lives Matter et je contribue beaucoup à la lutte contre le racisme à l'égard des Noirs dans ma ville. Je le souligne parce qu'une partie de mon travail quotidien consiste à garder les Noirs en vie dans un monde qui leur inflige des préjudices constants à cause de la couleur de leur peau.

I have cerebral palsy and from the beginning of my life, assisted death was actually an option. As my mom tells it, the doctors tried to get her to terminate me in her first trimester because they thought I would be a vegetable. New to this country she wasn't sure how to push back except to express her rage.

Je suis atteinte de paralysie cérébrale et, depuis le début de ma vie, l'aide à mourir est un choix qui m'est offert. Comme ma mère le raconte, les médecins ont essayé de la convaincre de mettre fin à mon existence au cours de son premier trimestre de grossesse parce que, selon eux, je serais un légume. Nouvellement arrivée au Canada, elle ne savait pas trop comment résister, sinon par la colère.

And she fought to keep me. She was bedridden until her second trimester, and then I was born at six months. My heart stopped, I was revived and I remained on oxygen in an incubator for the first three months of my life. According to a lung specialist, I likely have reduced lung capacity, and I don't really tell people this, but on some days, breathing hurts.

Elle s'est battue pour me garder. Elle a été alitée jusqu'à son deuxième trimestre, puis je suis née à six mois. Mon cœur s'est arrêté, j'ai été ranimée et je suis restée sous oxygène dans un incubateur pendant les trois premiers mois de ma vie. Selon un pneumologue, j'ai probablement une capacité pulmonaire réduite, et je n'en parle pas vraiment, mais certains jours, respirer me fait mal.

I think about how the doctors wanted me dead and how they're still in the medical profession — how these same doctors would probably provide me MAID if the opportunity arose, because they saw my life as not having value.

Je songe à la façon dont les médecins ont voulu que je meure, eux qui exercent encore leur profession, à la façon dont ces mêmes médecins voudraient probablement me procurer l'aide à mourir s'ils en avaient l'occasion, car à leurs yeux, ma vie ne vaut rien.

There's no real way to protect against systemic racism or systemic ableism in our medical field. I'm thinking of Joyce Echaquan, an Indigenous woman who recorded racist commentary from negligent nurses before she died.

Il n'y a pas vraiment de moyen de se protéger contre le racisme systémique ou le capacitisme systémique dans nos milieux médicaux. Je pense à Joyce Echaquan, une Autochtone qui a enregistré les propos racistes d'infirmières négligentes avant de mourir.

In the same way that police have the ability to adjudicate police when it comes to wrongdoing, doctors have the ability to adjudicate doctors. In the same way, there is a silent brotherhood in policing, there is a silent brotherhood of medical professionals who, at times, can protect their own when harm is caused.

De la même façon que la police a le pouvoir de se prononcer sur les actes répréhensibles des policiers, les médecins peuvent se prononcer sur les actes d'autres médecins. Et s'il existe une fraternité tacite dans les services de police, il y en a aussi une entre les médecins, qui peuvent se protéger si leurs actes causent un préjudice.

I also think about the period during this pandemic. Across this country, disabled people are dying in long-term-care homes. This institutionalization and mass death would not be possible, if home care and personal support workers were funded adequately, if housing options were both affordable and accessible, and if we did not live in a society that devalues people outside of the workforce. Across this country, disabled people are living with government-sanctioned poverty rates on social assistance and without properly funded medication or therapy. What does choice truly look like under these conditions? A choice that, for some, would extinguish the choice of others is unjust.

Je pense aussi à la pandémie. Partout au Canada, des personnes handicapées meurent dans des établissements de soins de longue durée. Cette institutionnalisation et ces décès innombrables ne seraient pas possibles si les soins à domicile et les services de soutien à la personne étaient financés adéquatement, s'il y avait des logements abordables et accessibles, et si nous ne vivions pas dans une société qui dévalorise ceux qui ne font pas partie de la population active. D'un bout à l'autre du Canada, des personnes handicapées ont des taux de pauvreté que les pouvoirs publics tolèrent. Elles sont réduites à l'aide sociale, sans l'argent qu'il faudrait pour leurs médicaments ou leurs thérapies. Quel choix ont-elles, en pareilles circonstances? Un choix qui, pour certains, éliminerait le choix des autres est injuste.

There is no way to ensure that people like Chris Gladders from Hamilton, Ontario, who chose to die enduring terrible conditions in a long-term-care home where he was covered with urine and feces actually wanted to die. Even Jean Truchon accessed MAID, saying it was in part because of pandemic isolation in a long-term care home.

Il n'y a aucun moyen de s'assurer que ne veuillent pas mourir des gens comme Chris Gladders, de Hamilton, en Ontario, qui a choisi la mort à cause des conditions terribles qu'il devait endurer dans un établissement de soins de longue durée où il était couvert d'urine et d'excréments. Même Jean Truchon a obtenu l'aide médicale à mourir, disant que c'était en partie à cause de l'isolement où, pandémie oblige, il était maintenu dans un établissement de soins de longue durée.

We live in a country where Black and Indigenous people — Eishia Hudson, D'Andre Campbell, Andrew Loku, Jermaine Carby — people across this country are killed after calling for mental health supports. They claim to kill us in order to prevent us from killing ourselves.

Nous vivons dans un pays où les Noirs et les Autochtones — Eishia Hudson, D'Andre Campbell, Andrew Loku, Jermaine Carby — sont tués un peu partout au Canada après avoir réclamé de l'aide à cause de problèmes mentaux. On prétend nous tuer pour nous empêcher de nous tuer nous-mêmes.

At the same time, we are debating today over amending the Criminal Code at a speed that is unprecedented in order to allow Black and Indigenous disabled people the choice to kill themselves. These priorities do not line up with the realities of classism, racism and ableism in our country. Black people are disproportionately impacted by COVID and will face long-term impacts of disability as an outcome. Indigenous youth face the highest suicide rates across this country.

Pendant ce temps, nous débattons aujourd'hui de la possibilité de modifier le Code criminel à une vitesse sans précédent afin de permettre aux Noirs et aux Autochtones handicapés de choisir de se suicider. Ces priorités sont déconnectées de la réalité du classisme, du racisme et du capacitisme dans notre pays. Les Noirs sont touchés de façon disproportionnée par la COVID et subiront les effets à long terme de l'invalidité. Les jeunes Autochtones ont les taux de suicide les plus élevés au Canada.

To allow easier access to MAID before our government has reckoned with these circumstances is a mistake.

Permettre un accès plus facile à l'aide médicale à mourir avant que notre gouvernement ait tenu compte de ces circonstances est une erreur.

Senators, if you understand the nature and problems with systemic ableism in this country, you understand that to be disabled and poor in Canada is to entertain suicidality every day.

Honorables sénateurs, si vous comprenez la nature et les problèmes du capacitisme systémique au Canada, vous comprenez aussi qu'être handicapé et pauvre au Canada, c'est penser au suicide tous les jours.

The problem isn't medical assistance in dying. I'm not anti-MAID; I am against your decision to amend the Criminal Code without listening to Black, Indigenous and working-class people across the country. I'm against provinces pushing for triage protocols and revoking consent acts like what we're seeing in Ontario, taking notes from this bill, which tells us that disabled lives are to be devalued. I'm ashamed at your sheer lack of effort on the part of my government to truly hear from Black people, working-class people and from Indigenous people on this life-and-death matter. I am ashamed of the speed this bill has moved forward while disabled people are in despair across this country.

Le problème n'est pas l'aide médicale à mourir. Je ne suis pas contre, mais je suis contre votre décision de modifier le Code criminel sans écouter les Noirs, les Autochtones et les membres de la classe ouvrière partout au Canada. Je m'oppose à ce que les provinces préconisent des protocoles de triage et révoquent des lois sur le consentement, comme nous le voyons en Ontario. Cette province s'inspire du projet de loi à l'étude, qui dévalorise la vie des personnes handicapées. J'ai honte de l'absence totale d'efforts de la part de mon gouvernement pour vraiment entendre le point de vue des Noirs, des travailleurs et des Autochtones sur cette question de vie ou de mort. J'ai honte de la rapidité avec laquelle l'étude du projet de loi progresse alors que les personnes handicapées sont dans le désespoir d'un bout à l'autre de notre pays.

Bill C-7 is ableist and anti-Black. It is anti-working class, and earlier today United Nations experts expressed alarm at the growing trend to enact legislation enabling MAID based on disability. In their written statement on Monday, they specifically said that it's paramount that voices of people with disabilities of all ages and backgrounds are heard when drafting policies and regulations that affect their rights.

Le projet de loi C-7 est capaciste et anti-noir. Il est hostile à la classe ouvrière. Plus tôt aujourd'hui, les experts des Nations unies ont exprimé leur inquiétude face à la tendance croissante à adopter des lois permettant l'aide médicale à mourir fondée sur le handicap. Dans leur déclaration écrite de lundi, ils ont dit expressément qu'il est essentiel que les personnes handicapées de tous âges et de tous horizons puissent se faire entendre lorsqu'on élabore des politiques et rédige des règlements qui touchent leurs droits.

As such, we're asking you to vote Bill C-7 down. I'm asking you not to encode into law the injustices I have laid out that will clearly harm Black and Indigenous people most. Please vote against this. A new generation of disabled Canadians are paying attention, and we will mobilize if necessary, including pushing against this in court if Bill C-7 is to pass.

Thank you.

The Chair: Ms. Jama, thank you for coming here. Thank you for taking the time. I assure you, we have heard you.

We will now go to Professor Heidi Janz.

Heidi Janz, Chair, Ending-of-Life Ethics Committee, Council of Canadians with Disabilities: Honourable senators, thank you for the opportunity to speak to you today.

Ableism is discrimination against people with disabilities, based on the belief that typical abilities are superior. Like racism and sexism, ableism classifies entire groups of people as less than and perpetuates harmful stereotypes. Ableism remains, in the words of Canadian disability scholar Gregor Wolbring, ". . . one of the most societal entrenched and accepted isms."

The plan to expand MAID legislation is an example of ableism. Research indicates that people with disabilities frequently encounter discrimination in health care settings, even in ordinary times. Studies have consistently shown that health care professionals substantially underestimate the quality of life of people with disabilities. Erroneous judgments about the quality of life experienced by people with disabilities can result in their treatment options being either limited or altogether eliminated. At the heart of such decisions is what disability scholar, Joel Michael Reynolds, has termed "the ableist conflation" of disability, suffering and death.

Running contrary to the ubiquitous public health mantra since the pandemic, "we're all in this together," has been the development of critical care triage protocols that list the pre-existence of a disability as an exclusion criterion for critical care, if rationing becomes necessary. Hence, when I became critically ill with pneumonia in November, I was forced to go into ER alone and terrified. Over the years, I'd heard numerous accounts from friends and colleagues with disabilities who have had DNR orders arbitrarily placed on their charts without their knowledge and who consequently needed family and friends to monitor their charts for the appearance of unauthorized DNR orders and to advocate for their removal.

Nous vous demandons donc de rejeter le projet de loi C-7. Je vous demande de ne pas consacrer dans la loi les injustices que j'ai décrites et qui causeront clairement le plus de tort aux Noirs et aux Autochtones. Je vous prie de voter contre cette mesure. Une nouvelle génération de Canadiens handicapés est à l'écoute, et nous nous mobiliserons au besoin, y compris en faisant valoir notre position devant les tribunaux, si le projet de loi C-7 est adopté.

Merci.

La présidente : Madame Jama, merci d'avoir comparu. Merci d'avoir pris le temps de le faire. Je vous assure que nous vous avons entendue.

Nous passons maintenant à Mme Heidi Janz.

Heidi Janz, présidente, Comité d'éthique en fin de vie, Conseil des Canadiens avec déficiences : Honorables sénateurs, je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Le capacitisme est une discrimination à l'encontre des personnes handicapées fondée sur l'idée que les capacités typiques sont supérieures aux leurs. Tout comme le racisme et le sexisme, le capacitisme place des groupes entiers de personnes dans une catégorie inférieure et perpétue des stéréotypes préjudiciables. Pour reprendre les termes de Gregor Wolbring, spécialiste canadien de la condition des personnes handicapées, le capacitisme demeure un des « ismes » les plus socialement enracinés et les plus acceptés.

L'élargissement du champ d'application des dispositions sur l'AMM est un exemple de capacitisme. Les recherches révèlent que les personnes handicapées sont souvent victimes de discrimination dans les soins de santé, même en temps normal. Les études ont toujours montré que les professionnels de la santé sous-estiment considérablement la qualité de vie des personnes handicapées. Des jugements erronés à cet égard peuvent avoir pour conséquence que l'éventail des traitements qui leur sont offerts est limité, quand ils ne sont pas carrément écartés. Au cœur de ces décisions se trouve ce que Joel Michael Reynolds, spécialiste des questions d'invalidité, a appelé l'amalgame capacitiste de l'invalidité, de la souffrance et de la mort.

Contrairement au sempiternel mantra de la santé publique qu'on entend depuis le début de la pandémie, selon lequel nous serions tous dans le même bateau, des protocoles de triage en soins intensifs précisent que la préexistence d'une incapacité serait un critère d'exclusion des soins intensifs si le rationnement devient nécessaire. Ainsi, quand mon état s'est sérieusement détérioré en novembre à cause d'une pneumonie, j'ai été forcée de me rendre à l'urgence seule, terrifiée. Au fil des ans, j'avais entendu de nombreux témoignages d'amis et de collègues handicapés pour qui des ordonnances de non-réanimation avaient été placées arbitrairement dans leur dossier, à leur insu. Ils avaient donc dû demander à leur famille et à leurs amis de

Others recounted how physicians repeatedly asked whether they would want interventions such as receiving supplemental oxygen through a nasal cannula, treatments that would generally be considered routine for non-disabled people, and then being asked again, “Are you sure?” It was with all these things percolating in my mind that I pre-emptively responded to the ER doctor’s inquiry about goals of care with all the clarity and force that my 82% oxygen-saturated lungs could muster, “R1.”

I soon became accustomed to hearing myself described in the following terms at every shift change: “Complicated pneumonia, R1.” But then came the day that I went for a CT scan. Two nurses in radiology were looking through my chart, when one looked at the other and exclaimed, incredulously, “She’s an R1?” and shook her head. Any ostensible status I have as an ethics professor or a disability rights advocate was instantly stripped away, and I became a presumptively non-verbal spastic quadriplegic, who already had a feeding tube, and now had complicated pneumonia. It was clear from this nurse’s reaction to my goals of care that she could not imagine my life to be worth living.

This is what medical ableism looks and feels like.

I had a friend with disabilities who, after being forced to live in a nursing home and hearing, “She is an R1?” one too many times changed her goals of care, agreed to forgo what would otherwise have been routine treatment with oxygen and died.

This is what medical ableism, internalized, does.

People with disabilities are at a higher risk of suicide due to systemic and internalized ableism, yet they face substantial barriers when trying to access suicide prevention services. Medical professionals overlook typical sources of stress. Problems arising from relationship breakdowns, depression and isolation are wrongly attributed to disability.

News reports indicate that some people with disabilities living in poverty are being driven to end their lives through MAID because they lack the means to survive. Physicians report that patients with disabilities are requesting MAID upon learning that the wait time for accessible housing with the supports they require is ten years or more. In a truly just and progressive society, suicide prevention measures should be applied equally to all people.

surveiller leur dossier pour voir s’il ne contenait pas d’ordonnance de non-réanimation non autorisée et, le cas échéant, pour réclamer qu’on l’en retire.

D’autres m’ont raconté que des médecins leur avaient demandé à plusieurs reprises et avec insistance s’ils voudraient recevoir de l’oxygène d’appoint par canule nasale, un traitement qui est normalement considéré comme routinier chez un non-handicapé. C’est avec tout cela à l’esprit que j’ai répondu a priori à l’urgentiste, qui me parlait des objectifs de soins, le plus clairement possible et avec la force dont étaient capables mes poumons saturés à 82 % d’oxygène : « R1 ».

Je me suis vite habituée à m’entendre décrire ainsi à chaque changement de quart : « Pneumonie avec complications, R1 ». Puis est venu le jour du tomodensitogramme. Deux infirmières en radiologie examinaient mon dossier quand elles se sont soudainement regardées et que l’une d’elles a lancé sur un ton incrédule : « C’est une R1? » en secouant la tête. Au diable mon statut reconnu de professeure d’éthique et de défenseure des droits des personnes handicapées! En l’espace d’un instant, je n’étais plus qu’une handicapée atteinte de tétraplégie cérébrale spastique, incapable d’articuler une parole, munie d’une sonde gastrique et maintenant atteinte d’une pneumonie avec complications. D’après la réaction de cette infirmière à mes objectifs de soins, il était clair qu’elle ne pouvait pas imaginer que ma vie valait la peine d’être vécue.

C’est cela le capacitisme médical.

J’avais une amie handicapée qui, après avoir été forcée de vivre dans un foyer de soins et avoir entendu « C’est une R1? », a trop souvent changé ses objectifs de soins, jusqu’à accepter de renoncer à une oxygénothérapie et à en mourir.

C’est ce que fait le capacitisme médical quand il est internalisé.

Les personnes handicapées sont plus à risque que les autres de se suicider en raison de cette forme de discrimination internalisée, et elles se heurtent aussi à des obstacles de taille quand elles essaient d’accéder à des services de prévention du suicide. Les professionnels de la santé négligent les sources de stress typiques chez ces personnes. Les problèmes découlant des ruptures d’une relation, de la dépression et de l’isolement, par exemple, sont attribués à tort à leur handicap.

Selon les médias, il arrive que des personnes handicapées vivant dans la pauvreté se sentent poussées à mettre fin à leurs jours en recourant à l’aide médicale à mourir parce qu’elles n’ont pas les moyens de survivre. Des médecins signalent que des patients handicapés ont réclamé l’AMM après avoir appris que le temps d’attente pour obtenir un logement accessible avec le soutien dont ils avaient besoin était de 10 ans ou plus. Dans une société vraiment juste et progressiste, les mesures de prévention du suicide devraient être appliquées de façon égale à tous.

Given the prevalence of ableism in Canada, the Council of Canadians with Disabilities urges that the following amendments be made to Bill C-7 in hopes of limiting the bill's capacity to cause death through ableism:

One, receipt of adequate housing, income support, palliative care and home-based services must be prerequisite eligibility requirements for MAID. The onus for providing these supports at the level required must fall on governments; a person with disabilities should never bear the burden of trying to lobby for adequate supports.

Two, refer to the Supreme Court of Canada by way of constitutional reference Bill C-14's existing protections limiting MAID to cases where a person's natural death is reasonably foreseeable.

Three, any changes to Canada's MAID law must meaningfully respond to the 2019 End of Mission Statement of the United Nations Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, wherein Ms. Catalina Devandas-Aguilar cites a lack of protocol to ". . . demonstrate that persons with disabilities have been provided with viable alternatives when eligible for assistive dying," and notes that she received:

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

Four, Canada's amended MAID law should follow the judicial directive of the SCC in *Carter*, which required " . . . a carefully-designed system . . ." that imposes stringent limits that are scrupulously monitored and enforced.

Five, remove Bill C-7's provision allowing a disabled person's health care or personal care provider to be an eligible witness to that person's request for MAID.

Six, retain Bill C-14's mandatory 10-day waiting period requirement, as it currently stands, and the requirement for independent verification of all MAID requests by two witnesses.

Seven, in response to the prevalence of medical ableism, add language to Bill C-7 that will ensure that all discussions surrounding MAID are patient-led and not prematurely initiated by the physician.

Compte tenu de la prévalence du capacitisme au Canada, le Conseil des Canadiens avec déficiences demande que les modifications suivantes soient apportées au projet de loi C-7 dans l'espoir de limiter le risque que ce texte cause la mort par capacitisme interposé.

Premièrement, l'obtention d'un logement adéquat, d'un soutien du revenu, de soins palliatifs et de services à domicile doit précéder l'admissibilité éventuelle à l'AMM. Le fardeau de fournir ces mesures de soutien au niveau requis doit incomber aux gouvernements; une personne handicapée ne devrait jamais devoir faire pression sur les institutions pour bénéficier de mesures de soutien adéquates.

Deuxièmement, adresser un renvoi à la Cour suprême du Canada, en vertu de la Constitution, au sujet des protections existantes du projet de loi C-14 qui limitent l'AMM aux cas où la mort naturelle d'une personne est raisonnablement prévisible.

Troisièmement, tout changement apporté à la loi canadienne sur l'AMM doit résolument aller dans le sens des conclusions de la rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées. Dans son énoncé de fin de mission de 2019, Mme Catalina Devandas-Aguilar mentionne le manque de « protocole [...] pour démontrer que les personnes handicapées ont reçu des solutions de rechange viables lorsqu'elles sont admissibles à l'aide médicale à mourir », et indique avoir reçu :

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

Quatrièmement, la loi canadienne sur l'AMM modifiée devrait respecter la directive judiciaire de la CSC dans l'arrêt *Carter*, qui exige « [...] un régime soigneusement conçu qui impose des limites strictes scrupuleusement surveillées et appliquées ».

Cinquièmement, il faut supprimer la disposition du projet de loi C-7 qui permet à un fournisseur de soins de santé ou de soins personnels d'une personne handicapée d'être un témoin admissible à la demande d'aide médicale à mourir de cette personne.

Sixièmement, il convient de conserver la période d'attente obligatoire de 10 jours prévue dans le projet de loi C-14, dans sa forme actuelle, ainsi que l'exigence d'une vérification indépendante par deux témoins de toutes les demandes d'aide médicale à mourir.

Septièmement, face à la prévalence du capacitisme, il faut ajouter au projet de loi C-7 un libellé qui garantira que toutes les discussions entourant l'aide médicale à mourir seront dirigées par les patients et non lancées prématurément par le médecin.

Eight, remove Bill C-7's provisions waiving Bill C-14's important and necessary final consent requirements.

Proponents of Bill C-7 claim that the expansion of eligibility and the dismantling of safeguards for MAID that it prescribes will enhance the autonomy and dignity of people with disabilities, but in reality, Bill C-7 will enshrine a lethal form of ableism into Canadian law by choosing to focus policy efforts on facilitating the death of disabled people rather than ensuring the provision of community-based supports to assist people with disabilities to live.

The role of the Senate is to provide sober second thought for legislation that will impact our future as a country. The Council of Canadians with Disabilities, along with the entire disability-rights community in Canada, is therefore pleading with you. Fulfill your duty: Do not pass Bill C-7 in its current form. Send it back to the government with amendments that respond to the reality of systemic ableism. You must ensure that MAID does not become medical-ableism-instigated death. Thank you for your attention.

The Chair: Thank you very much, Professor Janz, for sharing your thoughts and remarks with us. We all appreciate it.

[*Translation*]

Senator Petitclerc: I'd like to thank each and every one of our witnesses today; you've truly shed important light on the bill that we are examining.

My question is for Ms. Chalifoux, and if there is enough time, I would perhaps like to put the same question to someone else.

Ms. Chalifoux, you're well aware of the background to this bill. We've had people like Nicole Gladu, Jean Truchon and others ask that their right to self-determination be respected. We also have the *Carter* decision and Justice Baudouin's decision. On the other hand, even today, we're hearing concerns from some groups and individuals. It's a passionate discussion. We have a bill that is asking us to respect the rights of individuals. In Bill C-7, we have safeguards which, in my humble opinion, are balanced and appropriate, even though some people have deemed them too restrictive, and others not restrictive enough. I'd like to hear what you have to say, if you're willing to do so, of course, about the safeguards for people whose death is not reasonably foreseeable.

Huitièmement, il faut supprimer les dispositions du projet de loi C-7 qui annulent les exigences importantes et nécessaires du projet de loi C-14 en matière de consentement définitif.

Les partisans du projet de loi C-7 prétendent que l'élargissement de l'admissibilité et l'abandon des mesures de protection concernant l'AMM qu'ils prescrivent amélioreront l'autonomie et la dignité des personnes handicapées. En réalité, le projet de loi C-7 reviendrait à consacrer une forme de capacitisme mortel dans le droit canadien parce qu'on concentrerait les efforts stratégiques sur la facilitation de la mort des personnes handicapées plutôt que de leur garantir la prestation de services de soutien communautaires pour les aider à vivre.

Le rôle du Sénat est de procéder à un second examen objectif des projets de loi susceptibles d'avoir une incidence sur l'avenir de notre pays. Le Conseil des Canadiens avec déficiences, ainsi que toute la communauté de défense des droits des personnes handicapées au Canada, vous supplie. Faites votre devoir : n'adoptez pas le projet de loi C-7 dans sa forme actuelle. Renvoyez-le au gouvernement avec des amendements qui répondront à la réalité du capacitisme systémique. Vous devez veiller à ce que l'AMM ne devienne pas synonyme d'une mort due au capacitisme. Je vous remercie de votre attention.

La présidente : Merci beaucoup, madame Janz, de nous avoir fait part de vos réflexions et de vos commentaires. Nous l'apprécions tous.

[*Français*]

La sénatrice Petitclerc : Merci beaucoup à chacun et chacune de nos témoins aujourd'hui; vous apportez vraiment une lumière importante sur ce projet de loi que nous examinons.

Ma question sera pour Me Chalifoux, et si le temps le permet j'aurais la même question peut-être pour quelqu'un d'autre.

Maître Chalifoux, vous connaissez bien le contexte de ce projet de loi. Nous avons des individus comme Nicole Gladu et Jean Truchon et d'autres qui demandent le respect de leur droit à l'autodétermination. Nous avons aussi la décision *Carter* et la décision de la juge Baudouin. De l'autre côté, nous entendons encore aujourd'hui des craintes de la part de certains groupes et individus. C'est une discussion qui est passionnée. Nous avons ce projet de loi qui nous demande de respecter le droit des individus. Nous avons, dans le projet de loi C-7, des mesures de sauvegarde qui, à mon humble avis, sont équilibrées et adéquates, mais certains les ont jugées trop restrictives et d'autres, pas assez. J'aimerais vous entendre sur ces mesures de sauvegarde pour les individus dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, si vous le pouvez, bien sûr.

Ms. Chalifoux: Thanks for the question. I think you're referring to the distinction between the waiting period for persons whose natural death is reasonably foreseeable, and persons for whom natural death is not reasonably foreseeable.

We believe that an additional waiting period for persons whose death is not reasonably foreseeable, which would show evidence of a carefully considered decision, would be acceptable under the Charter, although 90 days strikes us as a bit long. We would prefer to see it reduced — as I think is the case in Belgium — to a waiting period of one month rather than three months. That's our position. We don't think it falls outside the scope of law and it could even be included in the criteria of the famous *Oakes* case, where, as a criterion, it has a minimal impact on the act. We think that it would be justified.

Then, there is the final consent waiver. I don't know whether you were thinking of that. If someone loses their capacity between the time they made the application and the time when medical assistance in dying was to be administered, the person loses that right. It's a little like the situation experienced by Ms. Audrey Parker. She spoke about it publicly. She had cancer, was eligible for medical assistance in dying, but requested it early because she was concerned about losing capacity, thus losing her eligibility for medical assistance in dying. So we agree with this final consent waiver. In Quebec, a group of experts, including myself, studied the whole question of medical assistance in dying in circumstances of incapacity. The first recommendation was to remove the condition of continued capacity to the very end for persons acknowledged to be eligible and who have made an application.

We largely agree with these conclusions with respect to these two considerations in Bill C-7. I hope this answers your question.

Senator Carignan: My question is also for Ms. Chalifoux. If we amend Bill C-7 by adding something like a sunset clause to require a one-year waiting period before medical assistance in dying could be made available to persons with a mental illness, should we not also include the concept of advance consent in the bill?

Ms. Chalifoux: I'm glad you asked, senator, because advance consent is my baby. It's something I've been studying and promoting at the institute for several years now. The problem is that enough time needs to be allowed to deal with problems that the legislator or the government have promised to address in the course of the required re-examination, which I don't believe has really begun, and which is about advance consent for medical assistance in dying and mental illnesses. In Quebec, our group of

Me Chalifoux : Merci pour la question. Je pense que vous faites référence à la distinction entre le délai de réflexion pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et pour ceux dont la mort naturelle ne serait pas raisonnablement prévisible.

Nous pensons qu'un délai supplémentaire pour les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible et qui pourrait attester de la décision mûrement réfléchie serait acceptable au niveau de la Charte, sauf que 90 jours nous semblent un peu longs. Nous préférerions que ce soit ramené — comme je pense que c'est le cas en Belgique, je crois bien — à un délai d'un mois plutôt que trois. Voilà notre position là-dessus. Nous ne pensons pas que ce soit exorbitant du droit et que cela pourrait entrer dans les critères du fameux arrêt *Oakes* qui donne une atteinte minimale comme critère à la loi. Nous pensons que ce serait justifié.

Ensuite, il y a la renonciation au consentement final. Je ne sais pas si vous aviez cela en tête. Si la personne perd son aptitude entre le moment où elle fait la demande et le moment où on va lui administrer l'aide médicale à mourir, elle perd son droit. C'est un peu la situation que Mme Audrey Parker a vécue. Elle avait fait des représentations à cet effet-là. Elle avait un cancer, elle avait été admissible à l'aide médicale à mourir, mais elle l'a eu de façon prématurée parce qu'elle redoutait énormément de devenir inapte, ce qui lui aurait enlevé le droit à l'aide médicale à mourir. Alors nous sommes d'accord avec cette renonciation au consentement final. Au Québec, il y a eu un groupe d'experts dont je faisais partie qui a étudié toute la question de l'aide médicale à mourir dans les situations d'inaptitude. Leur première recommandation était d'enlever cette condition du maintien de l'aptitude jusqu'à la toute fin pour les personnes reconnues comme admissibles et ayant fait des demandes en bonne et due forme.

Pour ces deux considérations du projet de loi C-7, nous sommes plutôt d'accord avec ces conclusions-là. J'espère que cela répond à votre question.

Le sénateur Carignan : Ma question s'adresse également à Me Chalifoux. Si nous amendons le projet de loi C-7 avec une clause crépusculaire pour prévoir, par exemple, un délai d'un an avant que l'aide médicale à mourir soit accessible aux personnes atteintes d'une maladie mentale, ne devrait-on pas également mettre le concept de directive anticipée à l'intérieur du projet de loi?

Me Chalifoux : Je suis très contente de votre question, sénateur, parce que la question des demandes anticipées, c'est un peu mon bébé. C'est quelque chose que j'étudie et dont je fais la promotion au sein de l'Institut de planification des soins du Québec depuis plusieurs années. Le problème est qu'il faudrait laisser du temps pour aborder les problèmes que le législateur ou le gouvernement ont promis d'aborder lors du réexamen qui doit être fait, mais qui je crois n'a pas vraiment été commencé, et qui

experts submitted a report to the government that provided a complete system for dealing with advance consent requests. We also studied all aspects of these requests. This could very well get Parliament moving. I hope that answers your question.

porte sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir et les maladies mentales. Au Québec, notre groupe d'experts a présenté au gouvernement un rapport qui comporte un régime complet sur les demandes anticipées. Nous avons étudié tous les aspects de ces demandes. Cela pourrait très bien inspirer également le législateur fédéral. J'espère que cela répond à votre question.

Senator Carignan: Yes. Thank you.

Le sénateur Carignan : Oui, merci.

[*English*]

Senator Batters: Thank you very much. First of all, I want to say to all the witnesses that I wish I had more time, to give you more time to speak today, because there were so many powerful presentations. Thank you very much for being here and relaying those to us.

My first question is for Mr. Shannon. Mr. Shannon, in an op-ed you wrote on December 2, you explained that if you had been given the option of MAID by a medical professional in the first years after your injury, you may not be here with us today. Given what a profound and meaningful life you have led, the statement is quite heartbreaking, and I'm wondering if you could elaborate on that.

Also, do you believe that suicidal ideation can wane for those living with a disability?

Do you believe there are any safeguards present in Bill C-7 that would protect against unnecessary death?

Mr. Shannon: Thank you very much for the question. Indeed, suicidal ideation does wane. I would say that there may be periods of the blues. However, in study after study across North America, it's well researched that persons with disabilities do adjust to their disability.

I'm very happy you asked that question, because I did have the good fortune of having an adjustment period, the good fortune of having love and support in my life, the good fortune of being an 18-year-old who was able to access housing, go to university and, in other words, have the opportunity for the very social supports that we have heard people crying for today. Literally, it is a cry for supports. You can't divorce the fact that when those supports do not exist, oppression begins. To say that there's autonomy or that MAID is an autonomous decision is completely divorced from the reality of what it is to have a disability.

Yes, we have dreams. All individuals in the disability community have dreams. We speak in Canada of the need for diversity, of the need not to extinguish potential but to enhance it. Unfortunately, with this legislation, that says your dreams may be extinguished; your life is not worthy of the fulfillment

[*Traduction*]

La sénatrice Batters : Merci beaucoup. Tout d'abord, je tiens à dire à tous les témoins que j'aurais aimé pouvoir leur donner plus de temps pour parler aujourd'hui, parce que nous avons entendu beaucoup d'exposés très éloquents. Merci beaucoup d'être ici et de nous avoir fait part de ces propos.

Ma première question s'adresse à Me Shannon. Maître Shannon, dans une lettre d'opinion que vous avez écrite le 2 décembre, vous avez expliqué que, si un professionnel de la santé vous avait donné la possibilité de vous prévaloir de l'AMM dans les premières années ayant suivi votre blessure, vous ne seriez peut-être pas ici aujourd'hui. Compte tenu du sens profond et véritable que vous avez donné à votre vie, je trouve cette déclaration déchirante et je me demande si vous pourriez nous en dire davantage à ce sujet.

De plus, croyez-vous que les idées suicidaires puissent s'estomper chez les personnes handicapées?

Croyez-vous que le projet de loi C-7 contient des mesures de protection contre une mort inutile?

Me Shannon : Merci beaucoup pour la question. En effet, les idées suicidaires s'estompent avec le temps. Je dirais qu'il peut y avoir des périodes de déprime, mais de nombreuses études nord-américaines montrent que les personnes handicapées s'adaptent à leur handicap.

Je suis très heureux que vous ayez posé cette question, parce que j'ai eu la chance de pouvoir vivre une période d'adaptation, la chance de recevoir de l'amour et du soutien dans ma vie, la chance d'être devenu un adulte de 18 ans ayant a pu avoir accès à un logement et aller à l'université. Autrement dit, il faut donner aux gens l'accès aux soutiens sociaux qu'ils réclament aujourd'hui. C'est littéralement un appel à l'aide. On ne peut pas dissocier le fait que lorsque ce genre de soutien n'existe pas, l'oppression commence. Dire qu'il y a autonomie ou que l'AMM est une décision autonome est complètement déconnecté de la réalité du handicap.

Oui, nous avons des rêves. Tous les membres de la communauté des personnes handicapées en ont. Au Canada, on parle de la nécessité d'assurer la diversité, de la nécessité non pas d'étouffer le potentiel de chacun, mais de le stimuler. Malheureusement, avec ce projet de loi, qui dit que nos rêves

that is equal to everyone else. Ultimately, without the safeguard that there must be a foreseeable death, it opens the door to far too much abuse.

Senator Batters: I want to ask Ms. Jama my second question. Ms. Jama, thank you very much for your powerful opening statement and your presence here today.

As a community organizer and disability justice advocate, you clearly told us today that disability groups have not been sufficiently consulted with during the parliamentary process of Bill C-7. I'm wondering if you could please tell us a bit more about your views and about how disability groups have not been heard in a meaningful way. Also, could you please tell us about the lack of consultation from people of colour on this crucial issue? Thank you very much for challenging parliamentarians and the government to do better on this critical issue.

Ms. Jama: I think it's quite obvious that there have only been a handful of Black and racialized people to speak both in Parliament and in front of the Senate on this issue. I also think it's quite obvious that there has been a lack of diversity around people's income and class. A lot of the speakers that you've heard from, from Dying With Dignity, have been people of an upper-middle-class background and have lobbying support, support with networks, and family and friends to support pushing this bill. You've not done enough work to go talk with people who are living in poverty or to people who are living on social assistance. The two views are quite different in terms of what this means, in terms of the medical racism and medical ableism that these groups face.

Senator Batters: Thank you, Ms. Jama. I appreciate it.

The Chair: Ms. Jama, I also have a question for you. You have spoken about a lack of representation. I couldn't agree more with you, but I would like to hear from you, being a lead organizer at the Disability Justice Network of Ontario and an active member of the Black activist community, do you think that if there were a collection of race-based data that would assist in your work, would you be able to access more services?

Ms. Jama: Yes. Thank you for the question. With regard to race-based data, I'm going to be honest; we've talked about race-based data collection for years. We know that Black people are being disproportionally impacted by COVID-19 right now. The data that we have is not changing the outcome of this for our communities. It's not enough to continuously talk about data collection while pushing forward legislation that will cause harm to certain communities.

peuvent s'éteindre, il semble ne plus valoir la peine de vivre une vie aussi remplie que celle des autres. En fin de compte, sans la garantie que la mort doit être prévisible, ce texte ouvre la porte à beaucoup trop d'abus.

La sénatrice Batters : J'aimerais poser ma deuxième question à Mme Jama. Madame Jama, je vous remercie beaucoup de votre déclaration d'ouverture percutante et de votre présence.

En tant qu'organisatrice communautaire et défenseure de la justice pour les personnes handicapées, vous nous avez clairement dit aujourd'hui que les groupes de personnes handicapées n'ont pas été suffisamment consultés au cours du processus parlementaire entourant le projet de loi C-7. Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur votre point de vue et sur le fait que les groupes de personnes handicapées n'ont pas été réellement entendus? De plus, pourriez-vous nous parler du manque de consultation des personnes de couleur sur cette question cruciale? Merci beaucoup d'avoir mis les parlementaires et le gouvernement au défi de faire mieux dans ce dossier crucial.

Mme Jama : Je pense qu'il est assez évident que seule une poignée de personnes noires et de personnes racialisées ont pris la parole au Parlement et devant le Sénat sur cette question. Je pense aussi que le manque de diversité en ce qui concerne le revenu et la classe sociale des gens est tout aussi apparent. Un grand nombre d'intervenants de Dying With Dignity que vous avez entendus appartiennent à la classe moyenne supérieure. Ils ont l'appui de lobbyistes, de réseaux, de leur famille et de leurs amis pour faire avancer ce projet de loi. Vous n'avez pas suffisamment cherché à aller parler aux petites gens qui vivent dans la pauvreté ni aux assistés sociaux. Les deux points de vue sont très différents quant à ce que signifient les expressions « racisme médical » et « capacitisme médical » auxquels ces groupes sont confrontés.

La sénatrice Batters : Merci, madame Jama. J'apprécie.

La présidente : Madame Jama, moi aussi, j'ai une question à vous poser. Vous avez parlé d'un manque de représentation. Je suis tout à fait d'accord avec vous, mais j'aimerais que vous me disiez, en votre qualité d'organisatrice principale du Disability Justice Network of Ontario et de membre active de la communauté des activistes noirs, si vous pensez qu'une collecte de données fondées sur la race pour vous aider dans votre travail vous permettrait d'avoir accès à plus de services.

Mme Jama : Oui. Je vous remercie de la question. En ce qui concerne les données fondées sur la race, je vais être honnête; nous parlons de la collecte de données fondées sur la race depuis des années. Nous savons que les personnes noires sont actuellement touchées de façon disproportionnée par la COVID-19. Les données dont nous disposons ne changent pas ce qui arrive aux nôtres. Il ne suffit pas de parler continuellement d'aller recueillir des données si l'on propose en même temps des

Yes, data is important, but oftentimes it's used in these spaces to stop the work and to listen to what the community is saying. I don't need the data. I know, anecdotally, and Dr. Dosani knows; he spoke to that as well. Almost every other panellist who spoke against Bill C-7 understands the ramifications. We don't need the data to be clear on what's about to happen and what's about to unfold if Bill C-7 passes.

The Chair: Thank you very much, Ms. Jama.

My next question is to you, Dr. Dosani. You work with the homeless and the most vulnerable. Also, you are, as you call yourself, a health activist. As an advocate for the most vulnerable, would it help if there were better race-based analysis to get better services within the community and also for the community to be heard?

Dr. Dosani: I thank you for the question. At the end of the day, we have to be conscious when we talk about evidence, particularly around medical assistance in dying and the research we've done. I'm not convinced that we've collected data that describes the experience of those who experience poverty, particularly those who deal with the long-standing effects of systemic racism in our communities. The Black, South Asian and Indigenous communities I serve, those who are struggling the most in this COVID-19 pandemic — I live in a city where 83% of COVID-19 cases have happened in racialized communities. It goes without saying that the collection of data across the board could potentially make a difference. But, as Ms. Jama said earlier, I do concur that we've been collecting race-based data in many areas in social services and health care for years. What have we done about it? What are we going to do about it? What changes are we going to inspire? Even in the first round of data that we received around medical assistance in dying, I'm told that stories like I told of Bob and Mary are not present and don't really bubble up to the top. The truth is, how do we really know that? Until we take an equity-inspired lens that includes the collection of race-based data, we won't really know the answer.

An equity-in-all approach is needed for all conversations such as this one. Yes, race-based data is important, but we can't stop there.

The Chair: Dr. Dosani, I want to stop you. My time will run out.

mesures législatives qui causeront du tort à certaines communautés.

Oui, les données sont importantes, mais elles sont souvent utilisées dans ces espaces pour arrêter le travail et écouter ce que la communauté dit. Je n'ai pas besoin de données. Je sais ce qui se passe de façon anecdotique, tout comme le Dr Dosani; il en a aussi parlé. Presque tous les autres témoins qui se sont prononcés contre le projet de loi C-7 en comprennent les ramifications. Nous n'avons pas besoin de données pour savoir clairement ce qui va se passer et ce qui va se passer si le projet de loi C-7 est adopté.

La présidente : Merci beaucoup, madame Jama.

Ma prochaine question s'adresse à vous, docteur Dosani. Vous travaillez auprès des sans-abri et des personnes les plus vulnérables. De plus, vous êtes, comme vous le dites, un militant pour la santé. En tant que défenseur des plus vulnérables, croyez-vous qu'il serait utile de disposer d'une meilleure analyse fondée sur la race pour obtenir de meilleurs services au sein de la collectivité et aussi pour que la communauté soit entendue?

Dr Dosani : Je vous remercie de la question. En fin de compte, nous devons savoir exactement ce dont on parle en matière de données probantes, particulièrement en ce qui concerne l'aide médicale à mourir et les recherches que nous avons effectuées. Je ne suis pas convaincu que nous ayons recueilli des données décrivant l'expérience de ceux qui vivent dans la pauvreté, surtout de ceux qui doivent composer avec des effets d'un racisme systémique qui ne date pas d'hier. Les communautés noires, sud-asiatiques et autochtones que je sers, celles qui sont le plus aux prises avec cette pandémie de COVID-19... je vis dans une ville où 83 % des cas de COVID-19 sont survenus dans des communautés racialisées. Il va sans dire que la collecte de données à grande échelle pourrait faire une différence. Cependant, comme Mme Jama l'a dit plus tôt, je conviens que nous recueillons des données fondées sur la race dans de nombreux domaines des services sociaux et des soins de santé depuis des années. Qu'avons-nous fait de tout cela? Qu'allons-nous en faire? Quels changements allons-nous inspirer? Même dans la première série de données que nous avons reçues au sujet de l'aide médicale à mourir, on me dit qu'on ne retrouve pas des cas comme ceux de Bob et de Mary que j'ai cités; ces cas ne ressortent pas. En réalité, comment vraiment savoir? Tant que nous n'aurons pas adopté une perspective axée sur l'équité, une démarche qui comprenne la collecte de données fondées sur la race, nous n'auront pas vraiment la réponse.

Il faut adopter une approche équitable dans toutes les conversations comme celle-ci. Oui, les données fondées sur la race sont importantes, mais nous ne devons pas nous arrêter là.

La présidente : Docteur Dosani, je vous arrête. Mon temps de parole touche à sa fin.

I have been really upset while preparing for this hearing. We got gender-based analysis plus from the minister, which means he assured me that they had done race-based analysis, and when we received the analysis, there was nothing about race. I hope I am not misquoting him. I understood that it's hard to collect the data. Is that correct? Is it a challenge to collect race data?

J'ai été très contrariée en préparant cette audience. Nous avons reçu une analyse comparative entre les sexes plus du ministre après que celui-ci m'eut assuré avoir fait faire une analyse fondée sur la race. Cependant, quand nous avons reçu le document, nous n'y avons rien vu au sujet de la race. J'espère ne pas déformer ses propos. J'ai compris qu'il est difficile de recueillir ce genre de données. Est-ce exact? Est-il difficile de recueillir des données sur la race?

Dr. Dosani: That's a great question. My understanding, in health care and in health care administration, is that there are many points of entry and many points for data collection where one can actually collect race-based data. We have numerous examples of this process in play, from our hospitals to our primary care services. We've been able to slice and dice race-based data through the COVID-19 pandemic. While I don't understand all the implications of what you were told, Senator Jaffer, I do want to say that there are many examples of race-based data collection and it can work and can make a difference.

Dr Dosani : C'est une excellente question. D'après ce que je comprends, dans le domaine des soins de santé et de l'administration des soins de santé, il existe de nombreux points d'entrée et de nombreux points de collecte de données où l'on peut recueillir des données fondées sur la race. Nous avons de nombreux exemples de ce processus, depuis nos hôpitaux jusqu'à nos services de soins primaires. Nous avons été en mesure de saucissonner les données fondées sur la race grâce à la pandémie de COVID-19. Même si je ne comprends pas toutes les implications de ce qu'on vous a dit, sénatrice Jaffer, je tiens à dire qu'il y a de nombreux exemples de collecte de données fondées sur la race et que cela peut fonctionner et faire une différence.

The Chair: Thank you, Dr. Dosani.

La présidente : Merci, docteur Dosani.

Senator Plett: Let me start by thanking all of the witnesses for the powerful message that you have sent us today, each and every one of you. I thank you for that.

Le sénateur Plett : Permettez-moi d'abord de remercier tous les témoins pour le message senti qu'ils nous ont fait passer aujourd'hui. Merci, donc à chacun de vous.

I have two questions, one for Mr. Marchand and one for Ms. Janz. They are related questions.

J'ai deux questions, une pour M. Marchand et une pour Mme Janz. Ce sont des questions connexes.

During our pre-study, Mr. Marchand, we heard heartbreaking testimony from Roger Foley and Taylor Hart, both of whom encountered health care workers who they felt suggested to them that death was their best option. Mr. Foley taped one such occurrence of being pressured to receive assisted suicide. It was publicized through mainstream media. We understand this type of coercion can be subtle, but it is extremely impactful and, sadly, all too common, including your own testimony today.

Au cours de notre étude préalable, monsieur Marchand, nous avons entendu les témoignages déchirants de Roger Foley et de Taylor Hart. Ils ont tous deux rencontré des travailleurs de la santé qui, selon eux, leur ont laissé entendre que la mort était leur meilleure option. M. Foley a enregistré un cas où il a subi des pressions pour obtenir une aide au suicide. L'enregistrement a été diffusé dans les médias grand public. Nous comprenons que ce type de coercition peut être subtil, mais ses répercussions sont énormes et, malheureusement, le phénomène est trop fréquent, comme nous l'avons encore entendu dans votre témoignage d'aujourd'hui.

These cases, of course, occurred under the existing assisted suicide regime. In your view, does Bill C-7 offer any protection against subtle coercion? If not, do you believe the bill before us could be improved to protect the vulnerable from this type of coercion?

Ces cas, bien sûr, se sont produits dans le cadre du régime actuel de suicide assisté. Selon vous, le projet de loi C-7 offre-t-il une protection contre la coercition subtile? Sinon, croyez-vous que le projet de loi dont nous sommes saisis pourrait être amélioré pour protéger les personnes vulnérables contre ce genre de pression?

Mr. Marchand: Thank you for this question. Something that's very important to understand is that often for medical professionals, especially in intensive care units, if we cannot be cured, we're seen as disposable. If you cannot cure me, then it's a waste of resources, a waste of time and what you need to offer is end-of-life options. That's often how we're seen. That's my

M. Marchand : Je vous remercie de cette question. Il est très important de comprendre que, souvent, aux yeux des professionnels de la santé, surtout dans les unités de soins intensifs, ceux qui ne peuvent être guéris sont considérés comme jetables. Quand le patient n'est pas guérissable, c'est une perte de ressources, une perte de temps que d'insister, et il faut lui

experience dealing with many doctors, to deal with that kind of attitude. Often you have no idea until the time comes for the doctor to really help you out and they don't go and help you out.

I was denied many care options from medical professionals. It took me years to sort that out and find doctors who were willing to help me out. There's this culture in the medical field. Now, is there a way around that? I don't think so. It's a cultural issue, and that's why I want to get out of the medical system. Even now in the medical long-term care facilities I am treated this way.

I've got, now, good doctors around me, but often the professionals see me as disposable, and there's a culture with this tendency that underpins all that.

I teach the only way to safeguard the lives of people like me, Carter and others is to remove this special circumstance that's been proposed. The foreseeable death needs to remain and needs to be the only way you can access medical assistance in dying —

Senator Plett: Thank you. I appreciate that.

Professor Janz, it's a related question. Thank you for sharing the Council of Canadians with Disabilities' suggested amendments.

One of your recommendations is to add language to Bill C-7 that will ensure that all discussions about MAID are patient-led and not prematurely initiated by the physician. This concept is something that was raised numerous times in the pre-study, again today and even had some support when I asked Minister Qualtrough about it.

Could you explain more about why you think that the discussions about assisted suicide must be patient led? How would this work to bring dignity and autonomy to persons with disabilities?

Ms. Janz: Thank you for the question. Basically, the simple answer is because of medical ableism and the fact that it's so prevalent. The discussions about MAID must be initiated by the patient because, already, there are mountains of evidence where doctors have brought up life termination by withholding treatment, by taking people off life support, all on the assumption that a life with disabilities is not worth living.

Unless there is some protection, where it is the person with disabilities bringing forward the discussion of MAID, the potential for wrongful death is going to be huge.

Senator Plett: Thank you very much.

offrir des options de fin de vie. C'est souvent ainsi qu'on nous voit. C'est ce que j'ai constaté en traitant avec de nombreux médecins, pour composer avec ce genre d'attitude. Souvent, on ne comprend pas ce qui se passe jusqu'au moment où le médecin qui devrait vous aider ne le fait pas vraiment.

Les professionnels de la santé m'ont refusé de nombreux soins. Il m'a fallu des années pour démêler tout cela et trouver des médecins prêts à m'aider. C'est la culture du milieu médical. Y a-t-il un moyen de la contourner? Je ne crois pas. C'est une question de culture, et c'est pourquoi je veux sortir du système médical. Même dans les établissements de soins de longue durée, on me traite de cette façon.

J'ai, maintenant, de bons médecins autour de moi, mais souvent des professionnels me considèrent comme jetable. C'est une tendance qui s'inscrit sur un fond culturel.

J'enseigne que la seule façon de protéger la vie de gens comme la mienne et celle de Carter et d'autres consiste à éliminer la possibilité de formuler cette proposition spéciale. La notion de mort prévisible doit demeurer et doit être le seul moyen d'accéder à l'aide médicale à mourir...

Le sénateur Plett : Merci. Je comprends cela.

Madame Janz, voici une question connexe. Merci de nous avoir fait part des modifications proposées par le Conseil des Canadiens avec déficiences.

L'une de vos recommandations est d'ajouter au projet de loi C-7 un libellé garantissant que toutes les discussions sur l'AMM soient dirigées par les patients et non lancées prématurément par un médecin. Ce concept a été soulevé à maintes reprises au cours de l'étude préalable, et de nouveau aujourd'hui, et il a même reçu un certain appui lorsque j'ai posé la question à la ministre Qualtrough.

Pourriez-vous nous expliquer davantage pourquoi vous pensez que les discussions sur le suicide assisté doivent être dirigées par les patients? En quoi cela pourrait-il contribuer à la dignité et à l'autonomie des personnes handicapées?

Mme Janz : Je vous remercie de la question. La réponse est fondamentalement simple : c'est à cause du capacitisme très répandu. Les discussions au sujet de l'AMM doivent être amorcées par le patient parce que, déjà, il a été abondamment prouvé que les médecins ont mis fin à des vies en refusant des traitements ou en débranchant des patients de leur respirateur artificiel, tout cela pour avoir présumé qu'une vie avec un handicap ne vaut pas la peine d'être vécue.

À moins qu'il existe une certaine protection voulant qu'il revienne à la personne handicapée de soulever la question de l'aide médicale à mourir, le risque de mort injustifiée sera énorme.

Le sénateur Plett : Merci beaucoup.

Senator Pate: Thank you to all of the witnesses.

We've heard from other witnesses, particularly from disability groups, that they have not been opposed in principle to medical assistance in dying but have particular concerns, as you have each raised, around the issue of the lack of availability of supports. We certainly heard that from witnesses in the pre-study around the lack of availability of income supports, health care supports, housing supports, and you've all identified that.

I have two questions, one for Mr. Shannon and then the same question for Mr. Marchand, Ms. Jama — and Dr. Dosani, I think you have ample experience.

Mr. Shannon, from your perspective, what does the lack of meaningful access to alternatives to MAID raise in terms of the compliance of Bill C-7 with the Charter or with human rights standards? If the Senate passes this bill despite such concerns and a person with a disability who is also living in poverty wanted to mount a legal challenge on these grounds, could you please describe what that process would involve, the cost, both personally and financially, for the persons involved, the implications and the length of time that would likely take? That's your question.

For the others, you've drawn our attention to the ableism, the racism and the intersections of both of those with classism or certainly poverty for folks who are living. If you could, please elaborate on that in the time that is available to connect the dots further between these various intersections of discrimination and how profoundly that impacts the people you represent. Thank you very much.

Mr. Shannon: Thank you for the question. Given that we've seen clearly since 2016 the number of individuals who have been seeking MAID, there is a strong empirical indicator that, in fact, a right to autonomy is already being served. Therefore, to take away further the connection to imminent death does not protect section 7, in other words, the right to life under our Charter. In fact, it diminishes it. In a backward way, it does not protect; it permits the diminution of life. In particular, that lands quite squarely on the backs of persons with a disability.

Therefore, it also means that we are discriminated against as people with disabilities. We lose our right-to-life protections, but we also lose what is to be guaranteed, which is equality, under the Charter.

I would further say that cannot be proportional, what is being offered by removing the reasonable foreseeability of death, because ultimately there are unintended and dire consequences.

In [Technical difficulties] —

La sénatrice Pate : Merci à tous les témoins.

D'autres témoins, surtout des représentants de groupes de personnes handicapées, nous ont dit qu'ils ne s'opposaient pas en principe à l'aide médicale à mourir, mais qu'ils étaient préoccupés par le manque de soutien disponible, comme vous l'avez tous mentionné. À l'occasion de l'étude préliminaire, des témoins nous ont bien sûr parlé du manque de soutien du revenu, de soutien des soins de santé, de soutien au logement, autant d'éléments que vous avez tous soulignés.

J'ai deux questions, une pour Me Shannon et la même pour M. Marchand, Mme Jama, et... Docteur Dosani, je pense que vous avez beaucoup d'expérience.

Maître Shannon, selon vous, quels problèmes l'absence d'un véritable accès à des solutions autres que l'aide médicale dans le projet de loi C-7 soulève-t-elle quant au respect de la Charte ou des normes en matière de droits de la personne? Si le Sénat adopte ce projet de loi malgré ces préoccupations et qu'une personne handicapée qui vit aussi dans la pauvreté veuille intenter une contestation judiciaire pour ces motifs, à quoi ressemblerait la procédure? Quel en serait le coût, tant personnel que financier, pour les personnes concernées, quelles en seraient les conséquences et quel temps cela pourrait-il prendre? Voilà la question que je vous pose.

J'aimerais que nos autres témoins, qui nous ont parlé de capacitisme, de racisme et de croisement entre classisme et pauvreté, nous en disent davantage à ce sujet, dans le temps dont ils disposent. J'aimerais qu'ils établissent pour nous le lien qui existe entre ces différents facteurs de discrimination et l'incidence profonde sur les gens qu'ils représentent. Merci beaucoup.

Me Shannon : Je vous remercie de la question. Comme nous le constatons clairement depuis 2016 d'après le nombre de personnes ayant demandé l'AMM, il ressort qu'un certain droit à l'autonomie est déjà respecté. Par conséquent, le fait de supprimer la notion de mort imminente n'améliore pas l'application de l'article 7, soit la protection du droit à la vie en vertu de notre Charte. En fait, cette suppression affaiblit l'article. Loin de protéger la vie, elle en permet la réduction, en particulier dans le cas des personnes handicapées.

Cela veut donc dire que nous sommes victimes de discrimination en tant que personnes handicapées. Nous perdons nos protections du droit à la vie, mais nous perdons aussi ce qui est garanti, soit l'égalité, en vertu de la Charte.

Je dirais aussi qu'il n'y a rien de proportionnel dans le fait de retirer la notion de caractère raisonnablement prévisible de la mort parce que, à terme, il peut y avoir des conséquences imprévues et désastreuses.

Dans [Difficultés techniques]...

The Chair: He's frozen. He's back. Mr. Shannon, you were frozen.

Mr. Shannon: I'm very sorry.

Poverty and the further intersection of race and isolation that goes with being held in long-term care, all of the social determinants of health precluding youth from both access to community and access to justice, means one may not be able to receive basic community advocacy let alone the very sophisticated legal supports that would be needed in order to bring the matter to a Superior Court and ultimately an appellate court or the Supreme Court. They would need further support both of private financing and/or a non-governmental organization. In other words, it would be a — [Technical difficulties] —

The Chair: Mr. Shannon is frozen.

Senator Pate, you have a minute left.

Senator Pate: Perhaps we could go to the other witnesses, maybe to Ms. Jama, then Mr. Marchand and Dr. Dosani.

The Chair: You have a minute. You can choose which one.

Senator Pate: Let's start with Ms. Jama, then.

Ms. Jama: Can I actually pass it to the next speaker?

The Chair: Who would you like, senator?

Senator Pate: Then Mr. Marchand.

Mr. Marchand: Thank you. You have to understand, people with severe disabilities in Canada are segregated away from Canadian society. We don't live in the same world as you do. We're warehoused into institutions, or we're made to use special paratransit for transportation, or we're made to use special schools. There is next to no inclusion for people with disabilities in Canada, even though we helped to create the CRPD, the convention regarding the rights of persons with disabilities. So that's the issue here. We're invisible in Canadian society, and we're the poor, and we face systemic violence at all levels, as I said. And it's not an exaggeration. You seldom see people like me and others in your workplace, in public, because we are forced to live outside the realm of where you live.

Senator Pate: Is there any time for —

The Chair: No.

Senator Pate: Thank you.

La présidente : Il est figé. Ah, il est de retour. Maître Shannon, vous étiez figé.

Me Shannon : Je suis vraiment désolé.

La pauvreté et la coexistence de la race et de l'isolement qui est caractéristique des soins de longue durée sont autant de déterminants sociaux de la santé qui empêchent les jeunes d'avoir accès à la collectivité et à la justice. Autrement dit, une personne dans cette situation pourrait ne pas pouvoir bénéficier des services communautaires fondamentaux de défense et encore moins du genre de soutien juridique très complexe nécessaire pour porter une cause devant une cour supérieure et, à terme, devant une cour d'appel ou la Cour suprême. Il lui faudrait se prévaloir d'une aide additionnelle auprès du secteur privé ou d'une organisation non gouvernementale, ou des deux. Autrement dit, ce serait un... [Difficultés techniques]

La présidente : Me Shannon est figé.

Sénatrice Pate, il vous reste une minute.

La sénatrice Pate : Nous pourrions peut-être entendre les autres témoins, soit Mme Jama, puis M. Marchand et le Dr Dosani.

La présidente : Il vous reste une minute. Choisissez.

La sénatrice Pate : Commençons donc par Mme Jama.

Mme Jama : Puis-je laisser la parole à quelqu'un d'autre?

La présidente : Qui aimeriez-vous entendre, sénatrice?

La sénatrice Pate : Eh bien, M. Marchand, alors.

M. Marchand : Merci. Il faut comprendre qu'au Canada, les personnes lourdement handicapées sont isolées du reste de la société. Nous ne vivons pas dans le même monde que vous. Nous sommes enfermés dans des établissements, ou on nous oblige à utiliser des transports adaptés ou à fréquenter des écoles spéciales. Il n'y a pratiquement aucune inclusion pour les personnes handicapées au Canada, même si nous avons contribué à la création de la CDPH, la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Voilà donc le problème. Nous sommes invisibles dans la société canadienne, nous sommes pauvres et nous sommes confrontés à la violence systémique à tous les niveaux, comme je l'ai dit. Et ce n'est pas une exagération. Vous voyez rarement des gens comme moi et d'autres dans votre milieu de travail, en public, parce que nous sommes obligés de vivre en marge de votre milieu de vie.

La sénatrice Pate : Y a-t-il du temps pour...

La présidente : Non.

La sénatrice Pate : Merci.

[*Translation*]

Senator Boisvenu: I'd like to join my colleagues in congratulating all the panellists we heard this afternoon for their very moving testimony. I would like to wish them all the best.

Ms. Chalifoux, my question is for you. There is one subject in the bill that looks confusing to me, and that is advance consent. Nor does the bill address power of attorney requests. I would like to hear your position on these two matters — advance consent and power of attorney requests.

Ms. Chalifoux: Thank you for your question, Senator Boisvenu. Bill C-7 doesn't mention advance consent. I remembered the *Parker* case, the woman who was likely to lose capacity who requested medical assistance in dying. One could argue that this is a form of advance consent because from the moment the request had been accepted, her consent would be valid until she lost capacity. But this is not like the advance consent of people who would normally be expected to give it in the event of lost capacity, because those who request it will eventually lose capacity, perhaps within six months, a year or even years later. This aspect has not been covered at all in Bill C-7. And we'd very much like it to be, but that would definitely require much more deliberation.

Senator Boisvenu: I fully understand that a patient to whom we explain today that they are at stage X of Alzheimer's disease might be unable, even with the assistance of their attending physician of many years or a specialist, to determine when they will no longer be conscious or incapacitated. That patient and the attending physician will not be able to make an end-of-life decision; when all is said and done, that patient is condemned to suffer a slow or painful death. Is that what you're telling me?

Ms. Chalifoux: Yes, precisely. That's the law in effect at the moment. And I must say that in Quebec, the group of experts that studied the question proposed a complete system for advance consent. It went into considerable detail and we hope that together with the federal government, because it is impossible to move forward strictly on the initiative of a province, the bill will ultimately include it.

Senator Boisvenu: Should there be an amendment to the current bill to enable Quebec's request to be accepted?

Ms. Chalifoux: Do you mean Bill C-7?

Senator Boisvenu: Yes.

[*Français*]

Le sénateur Boisvenu : Je joins ma voix à celle de mes collègues pour saluer tous les témoignages très touchants et très sentis des panélistes qu'on a entendus cet après-midi. Je ne peux que leur souhaiter bon courage.

Maître Chalifoux, ma question s'adresse à vous. Il y a un sujet qui m'apparaît confus dans le projet de loi, ce sont les demandes anticipées. Le projet de loi ne touche pas non plus les demandes par procuration. J'aimerais connaître votre position par rapport à ces deux sujets, soit les demandes anticipées et les demandes par procuration.

Me Chalifoux : Merci de votre question, sénateur Boisvenu. Pour ce qui est des demandes anticipées, le projet de loi C-7 n'en fait pas mention. Je me suis souvenue du cas de Mme Parker, la dame qui était susceptible de devenir inapte et qui avait demandé l'aide médicale à mourir. On pourrait prétendre que c'est une façon anticipée parce que dès le moment où la demande aurait été acceptée, son consentement serait valide pour la période où elle pourrait éventuellement devenir inapte. Mais ce n'est pas la demande anticipée des personnes qui devraient normalement le faire en cas d'inaptitude que l'on imagine d'habitude, parce que cette personne-là qui va le demander va éventuellement devenir inapte peut-être dans six mois, peut-être un an ou peut-être des années plus tard. Cet aspect n'a pas été traité du tout dans le projet de loi C-7. Et nous aimerions beaucoup que cela le soit, mais c'est sûr que cela prend encore beaucoup de délibération par rapport à cela.

Le sénateur Boisvenu : Je comprends bien qu'un patient à qui on annonce aujourd'hui qu'il est au stade X de la maladie d'Alzheimer ne puisse pas, avec son médecin traitant de longue date ou le spécialiste, déterminer le moment où il n'aurait plus conscience ou perdrait la raison. Il ne pourrait pas prendre avec son médecin traitant une décision de fin de vie; tout compte fait, cela le condamne à mourir dans la souffrance ou à petit feu. C'est ce que vous me dites?

Me Chalifoux : Oui, exactement. C'est le droit qui s'applique présentement. Et je dois dire qu'au Québec, le groupe d'experts qui a étudié la question propose un régime complet pour les demandes anticipées. On est allé vraiment dans le détail et on espère que de concert avec le gouvernement fédéral, parce que cela ne peut pas se faire à l'initiative exclusive d'une province, le projet de loi pourrait éventuellement l'inclure.

Le sénateur Boisvenu : Est-ce qu'il devrait y avoir une modification au projet de loi actuel pour que la demande du Québec soit acceptée?

Me Chalifoux : Vous voulez dire du projet de loi C-7?

Le sénateur Boisvenu : Oui.

Ms. Chalifoux: Yes. That would certainly require an amendment. It would mean accepting the fact —

Senator Boisvenu: So, if denied, it would mean Quebec taking a step backward from where it is today in its overall position on medical assistance in dying?

Ms. Chalifoux: Senator, I'm a little uncomfortable about discussing backward steps. But let's say that Quebec has studied the issue and is very positive about it. Let's put it that way.

Senator Boisvenu: Could we say that it might prevent it from moving forward?

Ms. Chalifoux: Perhaps.

Senator Boisvenu: Thank you very much.

Ms. Chalifoux: You're welcome.

The Chair: Thank you.

[*English*]

Senator Cotter: I don't have any questions. Thank you.

Senator Harder: My question is for Mr. Shannon. Mr. Shannon, you will know that in the *Carter* decision, the Supreme Court recognized a right to MAID for individuals with:

> . . . a grievous and irremediable medical condition (including an illness, disease or disability) that causes enduring suffering that is intolerable to the individual in the circumstances of his or her condition.

Is it your suggestion to distinguish disabilities from illnesses and diseases that cause similar enduring and intolerable suffering? As you know, the Supreme Court has excluded such a distinction. I would be interested to hear your view.

Mr. Shannon: That's a very good question and one I've grappled with frequently. In my view, disability is very distinct because we are talking about a very distinct community within Canada, and therefore frequently persons may have a distinction. They may have a disability but not be ill. The real dilemma of the current legislation is that it appears to thread the two together and/or marry the two. As a result, discrimination arises. To simply see a person with a disability, one does not see an equal member of the Canadian family. One sees a sick individual, and then the step from illness to having a grievous illness is all too very close.

Now, as a result, I don't think that the word "disability" is necessary within the legislation because if a condition is grievous and irremediable, then the person probably does have a

Me Chalifoux : Oui, cela demanderait une modification, c'est sûr. Cela demanderait d'accepter ce fait...

Le sénateur Boisvenu : Donc, en cas de refus, cela ferait reculer le Québec par rapport à où il est rendu aujourd'hui dans sa réflexion globale par rapport à l'aide médicale à mourir?

Me Chalifoux : Monsieur le sénateur, j'aurais peut-être une petite gêne considérant la question du recul. Mais disons que le Québec a étudié la question et y est très favorable. Disons-le comme cela.

Le sénateur Boisvenu : Disons que cela l'empêcherait d'avancer.

Me Chalifoux : Peut-être.

Le sénateur Boisvenu : Merci beaucoup.

Me Chalifoux : Je vous en prie.

La présidente : Merci.

[*Traduction*]

Le sénateur Cotter : Je n'ai pas de questions. Merci.

Le sénateur Harder : Ma question s'adresse à Me Shannon. Maître Shannon, vous savez que, dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême a reconnu le droit d'une personne à recourir à l'aide médicale à mourir si elle :

> . . . est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition.

Suggérez-vous de faire une distinction entre les handicaps et les maladies qui causent des souffrances persistantes et intolérables? Comme vous le savez, la Cour suprême a exclu une telle distinction. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Me Shannon : C'est une très bonne question et j'y ai souvent réfléchi. À mon avis, les personnes handicapées sont particulièrement distinctes parce qu'elles appartiennent à une communauté très distincte au Canada et que, par conséquent, il arrive souvent que les gens fassent une distinction. Elles peuvent avoir un handicap, mais ne pas être malades. La loi actuelle pose un véritable dilemme, en ce sens qu'elle semble faire un lien entre les deux. C'est ce qui est cause de discrimination. On ne considère pas que la personne handicapée est un membre à part entière de la famille canadienne. On voit en elle une personne malade jusqu'au passage soudain de la simple maladie à la maladie grave.

Par conséquent, je ne pense pas que la référence au handicap ou à l'invalidité s'impose dans la loi parce que, si une maladie est grave et irrémédiable, c'est que la personne a probablement

disability. So it is, within the context of what you have just raised, I would think or I would suggest is superfluous.

Senator Harder: Thank you.

[*Translation*]

Senator Dupuis: I'd like to thank the witnesses we've been hearing from for more than an hour, and helping us explore the question of medical assistance in dying. So thank you for your testimony.

My first question is for Ms. Chalifoux. Ms. Chalifoux, you spoke about advance consent. In the working group on medical assistance in dying for those who had lost capacity, of which you were a member, and which submitted its report in 2019, you made a recommendation about advance consent.

For Bill C-7, might it be possible, without addressing your recommendation on advance consent, for Bill C-7 to be changed to ensure that the final consent waiver should remain applicable, because it is a consent that would be waived in all instances, whether death is foreseeable or not?

Ms. Chalifoux: Thank you for your question, Senator Dupuis. The issue of reasonably foreseeable natural death and loss of capacity with respect to the proposal that has been made for Bill C-7 would not really be applicable to the advance consent of someone who is afraid of losing capacity over the long term to benefit from medical assistance in dying simply on the strength of a final consent waiver.

That's because it is an extremely complex problem. It requires establishing an entire system of applications and forms, and making sure that consent is free and enlightened. When will this happen? Does the person wish to have medical assistance in dying when there is a total loss of capacity? What does that mean precisely? Will the family's opinion be requested? How will all of this be articulated? We've studied all kinds of data in our report, much of which cannot be addressed with merely a short section stating that there is a final consent waiver. I further believe that it would be a disservice to citizens to do so without any guarantees or safeguards, because it is also an extremely sensitive issue.

Senator Dupuis: Thank you. My second question is about end-of-life continuous sedation. We know that in Quebec there is a commission on end-of-life care that monitors the Quebec system. In its report, the commission provided statistical data about the number of people who received, and hence who had agreed that the doctor at a certain point would administer

un handicap. Donc, dans le contexte de ce que vous avez cité, je dirais que c'est superflu.

Le sénateur Harder : Merci.

[*Français*]

La sénatrice Dupuis : Je voudrais aussi remercier les témoins qu'on entend depuis plus d'une heure de nous aider dans nos réflexions sur la question de l'aide médicale à mourir. Alors, merci de votre témoignage.

Ma première question s'adresse à Me Chalifoux. Maître Chalifoux, vous avez parlé des directives anticipées. Dans le groupe de travail sur l'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'inaptitude dont vous étiez membre, qui a remis son rapport en 2019, vous avez fait une recommandation sur les directives anticipées.

Dans le cas du projet de loi C-7, est-ce qu'on peut imaginer, sans que cela réponde à votre recommandation sur les directives anticipées, que le projet de loi C-7 pourrait être changé pour faire en sorte que la renonciation au consentement final s'applique, puisque c'est une question de consentement auquel on renoncerait dans tous les cas, c'est-à-dire peu importe que la mort soit prévisible ou non?

Me Chalifoux : Merci de votre question, sénatrice Dupuis. La question de la mort naturelle raisonnablement prévisible et de l'inaptitude pour ce qui est de la proposition qui est faite dans le projet de loi C-7 ne s'appliqueraient pas vraiment pour une demande anticipée d'une personne qui craint de devenir inapte à long terme pour pouvoir bénéficier de l'aide médicale à mourir avec simplement cette recommandation de renonciation au consentement final.

Parce que c'est un problème extrêmement complexe. Cela demande de mettre sur pied tout un régime de demandes ou de formulaires, d'assurer le consentement libre et éclairé. Quand cela surviendra-t-il? Est-ce que la personne veut avoir l'aide médicale à mourir quand elle sera totalement inapte? Qu'est-ce que cela veut dire exactement? Est-ce qu'on prendra l'avis de la famille? Comment tout cela s'articulera-t-il? Il s'agit là de beaucoup de données que nous avons étudiées dans notre rapport et qui ne pourraient pas s'appliquer simplement avec un article court énonçant qu'il y a renoncement au consentement final. Selon moi, ce serait d'ailleurs ne pas rendre service aux citoyens de le faire sans garantie ni sauvegarde, car c'est un sujet extrêmement délicat aussi.

La sénatrice Dupuis : Merci. Ma deuxième question pour vous porte sur la sédation finale, continue. On sait qu'au Québec il y a la Commission sur les soins de fin de vie, l'organisme de surveillance du régime québécois. Dans son rapport, la commission donne des données statistiques sur le nombre de personnes qui reçoivent, donc qui ont accepté que le médecin, à

continuous palliative sedation to them, in other words sedation leading to death.

I'm trying to reconcile the idea of palliative sedation administered on the initiative of the physician without the person in question being involved in the decision, because palliative sedation is often administered to people who are not necessarily still capable of consenting, and hence it is the physician who takes the initiative. Is this a problematic issue — the administration of palliative sedation on the initiative of the physician, without anyone being informed of it, and without consent?

Ms. Chalifoux: This reminds me of my years in palliative care practice because at the time, there was no medical assistance in dying and continuous palliative sedation occurred on a regular basis. It was an accepted practice and still is, and it's better regulated now than it was before. The question of free and enlightened consent for people to whom continuous palliative sedation is being administered until death has been accepted legally in instances where the family makes the decision, that is to say when the person or respondent gives a mandate in anticipation of incapacity, requests that a person be appointed, or in accordance with section 15 of the Quebec Civil Code, it would be the father, the mother, the spouse or another person who would make the decision. The process is assumed to have been carried out, that is to say that the physician, in accordance with the person legally authorized to decide for the patient, determines whether under the circumstances it would be appropriate to administer continuous palliative sedation. Because very often at that point, the patient does indeed have reduced capacity, while perhaps not entirely incapacitated, but has trouble making a free and informed decision. You're right. But based on my experience and the law, the physician may inform people that he is available and that that might be done, but final consent is given by the legally authorized respondent.

Senator Dupuis: That means that in the current circumstances, we agree that people other than the persons themselves make a decision about continuous palliative sedation whereas we do not necessarily allow the people themselves to decide to request medical assistance in dying?

Ms. Chalifoux: Those individuals could request it if they have not lost capacity. That's the first thing. If capable, it's the person who decides. If not, that's when substituted consent comes into play.

Senator Dupuis: Thank you.

Ms. Chalifoux: You're welcome.

un certain moment, leur administre une sédation palliative continue, autrement dit une sédation qui les amène à la mort.

J'essaie de réconcilier l'idée d'une sédation palliative qui est déterminée à l'initiative du médecin sans que la personne en question intervienne dans cette décision, parce qu'il y a beaucoup de sédations palliatives qui sont administrées à des gens qui ne sont pas nécessairement encore aptes ou capables de consentir et donc, c'est de l'initiative du médecin. Est-ce une question problématique, l'administration de la sédation palliative de l'initiative du médecin, sans que la personne soit informée, sans qu'elle ait consenti?

Me Chalifoux : Vous me rappelez mes années de pratique en soins palliatifs, parce qu'à l'époque, il n'y avait pas l'aide médicale à mourir et les sédations palliatives continues se faisaient régulièrement. C'était une pratique acceptée et cela l'est encore, une pratique encore mieux réglementée qu'elle l'était auparavant. La question du consentement libre et éclairé pour les personnes qui auraient une sédation palliative continue jusqu'au décès, elle a été acceptée légalement, dans les cas où la famille prend la décision, c'est-à-dire lorsque la personne ou le répondant, à la suite d'un mandat en prévision d'inaptitude, demande qu'une personne soit nommée, ou selon l'article 15 du Code civil du Québec, ce sera le père, la mère, le conjoint, etc., qui prendra la décision. Le processus qui est censé être fait, c'est que le médecin, en accord avec la personne qui est autorisée légalement à décider pour le patient, décide si dans les circonstances ce serait approprié de faire une sédation palliative continue. Parce que très souvent, quand on en arrive là, le patient a en effet des problèmes d'aptitude, il n'est peut-être pas complètement inapte, mais il a de la difficulté à prendre une décision libre et éclairée; vous avez raison. Mais selon mon expérience et selon le droit, le médecin peut informer les gens que c'est disponible et que cela pourrait être fait, mais le consentement final est donné par le répondant légal.

La sénatrice Dupuis : Cela veut dire que dans la situation actuelle, on accepte que des gens autres que la personne elle-même prennent une décision au sujet de la sédation palliative continue alors qu'on n'accepte pas nécessairement que la personne elle-même fasse le choix de demander l'aide médicale à mourir?

Me Chalifoux : La personne elle-même pourrait le demander si elle était apte. C'est la première chose. Si elle est apte, c'est la personne qui va décider. Si elle est inapte, c'est alors qu'entre en jeu le consentement substitué.

La sénatrice Dupuis : Merci.

Me Chalifoux : Je vous en prie.

[*English*]

Senator Batters: Mr. Shannon, can you tell me, in your view, is there any amendment that could make Bill C-7 acceptable, or from your perspective is the very motion of expanding assisted suicide to those who are not approaching their natural death too problematic to proceed?

Mr. Shannon: I've indicated that I do not believe an amendment is necessary. We are just on the cusp of the fifth anniversary of Bill C-14, which requires a review. That would be the proper forum in which to have a thorough review and test the data — which currently has been flawed — that has been accumulated and then really give it a proper and thorough analysis. Right now, the amendments, I would submit, are premature.

However, if there is to be any amendments, it does require many more thoughtful legal safeguards, and I would suggest, for example, that a personal support worker or a home-care worker should not be able to be a signatory to a request for MAID.

To physicians: I'm deeply concerned that just providing information to a person on where they can find community supports is something like asking a cardiologist to be a carpenter. It is a specialization and expertise within the disabled person's community to know where those supports are and how to find them. It's not in the bailiwick of specialists. So when you talk about whether there should be any amendments, the safeguards are inadequate. Therefore, I do think, if anything, there must be a better review, an autonomous and arm's-length form of judicial or quasi-judicial oversight, and a test that there is not only consent but there is not coercion by family members and never should resources be a rationale for MAID. Thank you.

Senator Boyer: I'm going to pick up on what Senator Batters has just asked, but my question is for Dr. Dosani. We've heard through the pre-study and we've heard this evening that a common concern among Indigenous communities and disability organizations is that the expansion of MAID may disproportionately affect Indigenous persons and persons with disabilities if these individuals do not have sufficient access to health care or support services. As you know, lack of access to health care is a serious concern for the population that you serve.

In your opinion, are the safeguards that are in Bill C-7 sufficient to address these concerns, and do you believe there are additional safeguards that this committee should consider offering better protection?

[*Traduction*]

La sénatrice Batters : Maître Shannon, pourrait-on, selon vous, imaginer un amendement susceptible de rendre le projet de loi C-7 acceptable, ou estimez-vous trop problématique l'idée d'étendre le suicide assisté à ceux chez qui la mort naturelle n'est pas imminente?

Me Shannon : Comme je l'ai dit, je ne crois pas qu'un amendement soit nécessaire. Nous sommes à l'aube du cinquième anniversaire du projet de loi C-14, qui doit alors faire l'objet d'un examen. Ce serait la tribune appropriée pour procéder à un examen approfondi et vérifier les données accumulées — qui sont erronées —, puis pour se livrer à une analyse adéquate et approfondie. Pour le moment, j'estime que des amendements seraient prématurés.

Cependant, s'il doit y avoir des amendements, il faudra songer à beaucoup plus de garanties juridiques véritables, comme le fait d'empêcher qu'un préposé aux services de soutien à la personne ou un préposé aux soins personnels puisse signer une demande d'aide médicale à mourir.

Je dis ceci aux médecins : je crains que le simple fait de fournir des renseignements à une personne sur les endroits où elle peut trouver un soutien communautaire ne revienne, pour un cardiologue, à jouer les menuisiers. Le fait de savoir où se trouve le soutien nécessaire et comment l'obtenir relève d'une spécialisation et d'une expertise au sein de la communauté des personnes handicapées. Ce n'est pas du rayon des spécialistes. Donc, vous dites qu'il faudrait apporter des modifications, mais les mesures de protection sont inadéquates. Par conséquent, je crois qu'il faudrait un examen plus rigoureux, et l'application d'une forme de surveillance judiciaire ou quasi judiciaire autonome et indépendante. De plus, il faudrait non seulement imposer le consentement, mais aussi interdire toute coercition de la part des membres de la famille et éviter que le manque de ressources justifie l'aide médicale à mourir. Merci.

La sénatrice Boyer : Je vais poursuivre dans la même veine que la sénatrice Batters, mais j'adresse ma question au Dr Dosani. À l'étape de l'étude préliminaire, puis de nouveau ce soir, nous avons entendu dire de la part des communautés autochtones et des organisations de personnes handicapées que l'expansion de l'AMM pourrait toucher de façon disproportionnée les personnes autochtones et les personnes handicapées qui n'ont pas un accès suffisant aux soins de santé ou à des services de soutien. Comme vous le savez, le manque d'accès aux soins de santé est très préoccupant pour la population que vous desservez.

À votre avis, les mesures de protection prévues dans le projet de loi C-7 sont-elles suffisantes pour répondre à ces préoccupations, et estimez-vous que le comité devrait envisager d'offrir d'autres mesures de protection?

Dr. Dosani: It goes without saying that due to ableism and the long-standing effects of systemic racism, the impacts and inequities we see as outcomes for people with disabilities and people who are Indigenous in our communities are grave. There are stark differences. For example, in Toronto people experiencing homelessness represent 25% of the homeless population but 1% of the people who live in the city, for example.

Again, my understanding is Bill C-7 is likely to pass. Canadians have spoken. We're moving ahead. If we don't build up the structures around them, around money, around housing, around harm reduction, around mental health, people will be put into vulnerable positions where they may be more likely to choose medical assistance in dying because they don't have access to care. I mean any kind of care: palliative care, sure, I'm a palliative care doctor, but health care, primary care, food, money, and so on and so forth.

When looking at the safeguards that have been put into place, I could get into the minutia of making small suggestions of moves here, micro-movements right or left. There is no micro-movement that can really protect people other than investing in housing, other than investing in basic income strategies, pharmacare.

I know that these are not mutually exclusive processes, and I know I'm coming off somewhat as an ideologue. I also appreciate these are not from the same pool of resources at the same time, but this energy, this motive to get this through, I think because it's tightly packaged and it's a medical procedure, we can do it. I just hope we have the same energy around these other bits that really can derive equity for people.

I don't think there is any specific micro-change I can suggest to address what I am talking about, which is essentially suffering due to inequities, ableism and racism. Thank you for that question.

Senator Boyer: Thank you, Dr. Dosani.

Senator Pate: Dr. Dosani, if you wanted to elaborate any further on what measures you think the Senate should be taking with respect to these areas, you may, recognizing that we have no ability to invoke any kind of legislation that involves government spending and in light of the fact that the government, during this during COVID process, has pivoted and provided national initiatives, albeit that have left behind 1 in 10 people in Canada. I would welcome that addition if you would like to add anything further at this stage.

Dr Dosani : Il va sans dire qu'en raison du capacitisme et des effets de longue date du racisme systémique, les répercussions et les inégalités dont sont victimes les personnes handicapées et les Autochtones dans nos collectivités sont graves. Il y a des différences marquées. Par exemple, à Toronto, les sans-abri représentent 25 % de la population itinérante, mais 1 % de ceux qui vivent en ville, par exemple.

Encore une fois, je crois comprendre que le projet de loi C-7 sera probablement adopté. Les Canadiens se sont prononcés. Nous allons de l'avant. Si nous ne nous dotons pas des structures appropriées, si nous ne disposons pas des fonds, des logements, des programmes de réduction des préjudices et la santé mentale nécessaires, les gens se retrouveront dans des positions vulnérables où ils seront plus susceptibles de choisir l'aide médicale à mourir parce qu'ils n'auront pas accès aux soins. Je parle de tous les types de soins : les soins palliatifs, bien sûr, qui est mon domaine de spécialité, mais aussi les soins de santé, les soins primaires, la nourriture, l'argent, et ainsi de suite.

Pour ce qui est des mesures de protection qui ont été mises en place, je pourrais aller dans le menu détail et recommander des modifications, des micro-changements ici et là. Mais rien de la sorte ne permettra vraiment de protéger les gens si nous n'investissons pas dans le logement, dans des stratégies de revenu de base et dans l'assurance-médicaments.

Je sais que ces processus ne s'excluent pas mutuellement, et je sais que je m'écarte un peu du sujet en idéologue que je suis. Je comprends aussi que ce ne sont pas les mêmes ressources qui sont mobilisées pour cela, mais nous pouvons exploiter cette énergie, cette motivation pour faire adopter ce projet de loi parce qu'il est, je crois, très bien ficelé et qu'on y parle d'une procédure médicale. J'espère seulement que nous trouverons la même énergie à propos des autres éléments pour garantir une véritable équité universelle.

Je ne pense pas pouvoir vous suggérer un quelconque micro-changement qui puisse régler ce dont je parle, c'est-à-dire les souffrances causées essentiellement par les inégalités, le capacitisme et le racisme. Je vous remercie de cette question.

La sénatrice Boyer : Merci, docteur Dosani.

La sénatrice Pate : Docteur Dosani, si vous voulez nous en dire davantage sur les mesures que le Sénat devrait prendre dans ces domaines, n'hésitez pas, étant entendu que nous n'avons pas le pouvoir d'invoquer de mesure législative qui entraînerait des dépenses gouvernementales et que le gouvernement, à la faveur de la pandémie, a apporté des changements et mis en œuvre des initiatives nationales, même si un Canadien sur 10 a été laissé pour compte. Je serais heureuse de vous entendre si vous voulez ajouter quelque chose à ce stade-ci.

Dr. Dosani: Thank you so much. I appreciate that the focus of Bill C-7 is not particularly this component, but the conversation needs to happen. MAID has highlighted structural vulnerabilities, as my colleagues across the country have talked about today. We need to work to address them.

The first is the National Housing Strategy Act which really needs to be put into play. For those who are not aware, the Canadian Alliance to End Homelessness Recovery For All campaign provides a six-step approach to ending homelessness in Canada. It is tangible. It is doable. We can cure homelessness, and COVID has shown us that we can do that.

Another piece to consider is the role of basic income in ending homelessness in Canada. Another one would definitely be pharmacare. Given that one in 10 Canadians cannot afford medications, this is an important upstream social policy that can derive change. Scaling up harm-reduction approaches and services across Canada, from supervised consumption sites to overdose prevention sites and the licensure that is needed to do that, has to be part of these kinds of conversations.

I said it before; I'll say it one more time very quickly. It's okay with me if Canadians have spoken and the persons I care for want to get medical assistance in dying. Fine, we'll get it for them. But it will be neatly packaged. In two weeks, we'll get it for them. It will go down. It will happen, but it takes me years to get people housing. It takes me months to get them income supports. And it takes weeks to months to get them mental health and addiction services. That is morally distressing for front-line health workers like me. You can see what I'm talking about. It just doesn't fully make sense, although I appreciate that's not the full capacity of this conversation. Thank you for the question.

Senator Pate: Thank you, Dr. Dosani.

Ms. Jama, thank you for sharing about your early years. It seems like you've had a lifetime of challenges.

I thank all of you for speaking about your work as well as your lives in terms of these challenges. What is it about Bill C-7, in particular, that seems to have brought together an entire new generation of disability justice advocates? What is it that's different or more alarming in Bill C-7 than it is in health care in general, again expanding on what Dr. Dosani has said? If you're comfortable, Ms. Jama?

Ms. Jama: The conversation that we're having right now across the country is about what we value. Consistently, we are seeing Canadians are not valued if we don't have the ability to

Dr Dosani : Merci beaucoup. Je comprends que le projet de loi C-7 ne porte pas particulièrement sur cet élément, mais il faut en discuter. L'AMM a mis en évidence des vulnérabilités structurelles, comme mes collègues de partout au pays en ont parlé aujourd'hui. Nous devons nous attaquer à ces problèmes.

La première est la Loi sur la stratégie nationale sur le logement, qu'il faut vraiment mettre en œuvre. Pour ceux qui ne le savent pas, la campagne Recovery For All de l'Alliance canadienne pour mettre fin à l'itinérance propose une approche en six étapes pour régler ce problème. C'est tangible. C'est faisable. Nous pouvons guérir de l'itinérance, et la COVID nous a montré que nous pouvons le faire.

Un autre élément à considérer est le rôle du revenu de base pour mettre fin à l'itinérance au Canada. Il y a aussi l'assurance-médicaments. Étant donné qu'un Canadien sur 10 n'a pas les moyens de se payer des médicaments, il s'agit là d'une importante politique sociale d'amont susceptible d'entraîner des changements. L'élargissement des approches et des services de réduction des préjudices à l'échelle du Canada, depuis les centres de consommation supervisée jusqu'aux centres de prévention des surdoses et le permis d'exercice nécessaire à cette fin, doit faire partie de ce genre de conversations.

Je l'ai dit et je vais le répéter très rapidement. Je n'ai pas d'objection à ce que les Canadiens se soient exprimés à ce sujet ni à ce que des personnes dont je m'occupe veuillent obtenir l'aide médicale à mourir. Ça va, nous allons les écouter et le tout sera bien ficelé. Dans deux semaines, ils auront ce qu'ils demandent. Ce sera accepté. Cela va arriver, mais à moi, il me faut des années pour leur trouver un logement. Il me faut des mois pour leur obtenir un soutien du revenu. Il me faut des semaines, voire des mois, pour leur obtenir des services de santé mentale et de toxicomanie. C'est moralement désolant pour les travailleurs de la santé de première ligne comme moi. Vous voyez ce dont je parle. Ce n'est tout simplement pas tout à fait logique, même si je comprends que ce n'est pas tout à fait le but de cette conversation. Je vous remercie de la question.

La sénatrice Pate : Merci, docteur Dosani.

Madame Jama, je vous remercie de nous avoir parlé de votre jeunesse. Il semble que vous ayez eu toute une vie de défis à relever.

Je vous remercie tous d'avoir parlé de votre travail et de votre vie face à ces défis. Que peut donc renfermer le projet de loi C-7 pour avoir, semble-t-il, mobilisé toute une cohorte de défenseurs des droits des personnes handicapées? Qu'y a-t-il de différent ou de plus alarmant dans le projet de loi C-7 par rapport aux soins de santé en général, pour revenir à ce que disait le Dr Dosani? Allez-y, madame Jama, si cela vous va?

Mme Jama : Le débat que nous tenons actuellement à l'échelle du pays porte sur ce que nous valorisons. Il nous arrive régulièrement de constater que les Canadiens qui n'ont pas la

produce or hold a job. We're not seen as people who are able to secure housing and social services on our own, without supports from government. We need to be having conversations that say, at the centre, that disabled people, regardless of our income and our ability to produce, every life is valuable. But instead of centring these conversations, our governments are pushing forward and have pushed forward Bill C-7, while not doing things like passing universal basic income or giving more than piecemeal funding to disabled communities during a literal pandemic.

People with disabilities in our long-term care home systems and across this country have been the hardest hit when it comes to COVID-19. I think Indigenous and Black peoples specifically who have experienced forced sterilization in the history of this country, forced institutionalized at the Orillia Asylum for the Idiots and the Feeble-minded. It's engrained in our history in Canada that disabled people and racialized people have been abused because our bodies are seen as different, and that connects race and our abilities. Not to centre that in this conversation, while we're passing this bill around euthanasia, is dangerous. It's opening a can of worms that I think will be a regrettable part of our history here in Canada.

The Chair: Thank you very much.

Senators, we have reached the end of our day just now. I caution you tomorrow is going to be a very long day. We start at 9.

Mark, do you have anything to add to what I've said?

Mr. Palmer: No. That's correct. We start at 9 a.m. EST tomorrow.

The Chair: We will see you all tomorrow morning.

To the panellists, what you have said will stay with us for a very long time, whether in this bill or in our other work. You showed courage in sharing with us about your challenges. But you weren't really talking about your challenges; you were talking about your community, meaning the disabled people with whom you share your lives with, and how tough it is. I can assure you we will remember this, and it will reflect in other work we have as well. So thank you for being here today. We really appreciate it.

(The committee adjourned.)

capacité de produire ou d'avoir un emploi ne sont pas valorisés. Nous ne sommes pas perçus comme des gens capables d'obtenir des logements et des services sociaux sans l'aide du gouvernement. Au cœur de toute conversation, nous devons rappeler que chaque personne handicapée, peu importe son revenu et sa capacité de produire, représente une vie qui est précieuse. Au lieu de cela, le gouvernement fait avancer son projet de loi C-7 au pas de charge, sans adopter de mesures comme un revenu de base universel ou le versement aux communautés de personnes handicapées d'un financement autre que parcellaire, en pleine pandémie.

Les personnes handicapées dans nos foyers de soins de longue durée et ailleurs au pays ont été les plus durement touchées par la COVID-19. Je pense surtout aux Autochtones et aux personnes noires, qui ont déjà été les cibles de programmes de stérilisation forcée dans l'histoire de ce pays et qu'on a placés de force à l'asile d'aliénés d'Orillia. L'histoire du Canada nous apprend que les personnes handicapées et les personnes racialisées ont été victimes de mauvais traitements parce que nos corps sont vus comme étant différents, ce qui établit un lien entre la race et l'incapacité. Il serait dangereux de ne pas penser essentiellement à ces choses, tandis que nous parlons d'un projet de loi sur l'euthanasie. Nous sommes en train d'ouvrir une boîte de Pandore qui, si nous n'y prenons garde, pourrait être un triste chapitre de notre histoire.

La présidente : Merci beaucoup.

Honorables sénateurs, nous sommes arrivés à la fin de notre journée. Je vous préviens que la journée de demain sera très longue. Nous la commencerons à 9 heures.

Monsieur Palmer, avez-vous quelque chose à ajouter à ce que j'ai dit?

M. Palmer : Non. C'est cela. Nous commencerons demain à 9 heures, heure normale de l'Est.

La présidente : Nous nous reverrons demain matin.

Chers témoins, ce que vous avez dit va nous occuper pendant très longtemps, que ce soit pour ce projet de loi ou dans nos autres travaux. Vous avez fait preuve de courage en nous faisant part de vos difficultés. Mais vous n'avez pas vraiment parlé de vos difficultés à vous; vous avez parlé de la communauté à laquelle vous appartenez, celle des personnes handicapées avec qui vous partagez votre vie, une vie faite de difficultés. Je peux vous assurer que nous nous en souviendrons et que cela se reflétera dans nos autres travaux. Je vous remercie donc de vos témoignages d'aujourd'hui. Nous vous en sommes très reconnaissants.

(La séance est levée.)