Library of Parliament
Bibliothèque du Parlement

J
103
H7
34-3
T46
A1
no.1-10

LIBRARY OF PARLIAMENT
MAR 05 2012
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 1

Monday, September 30, 1991
Tuesday, October 29, 1991

Chairman: Derek Blackburn

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 1

Le lundi 30 septembre 1991
Le mardi 29 octobre 1991

Président: Derek Blackburn

Minutes of Proceedings and Evidence of Legislative Committee H on

BILL C-203

An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)

Procès-verbaux et témoignages du Comité législatif H sur le

PROJET DE LOI C-203

Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)

RESPECTING:

Order of Reference

CONCERNANT:

Ordre de renvoi

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament, 1991

Troisième session de la trente-quatrième législature, 1991

24126—1

COMMITTEE H ON BILL C-203

: Blackburn

Members

elin

8)

(Quorum 5)

Bill Farrell

Clerk of the Committee

COMITÉ LÉGISLATIF H SUR LE PROJET DE LOI C-203

Président: Derek Blackburn

Membres

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Bill Farrell

ıthority of the Speaker of the
s by the Queen's Printer for Canada.

ıada Communication Group — Publishing,
s Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre
des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

DER OF REFERENCE

Extract from the Votes & Proceedings of the House of Commons Tuesday, September 24, 1991:

At 5:46 p.m., the House proceeded to the consideration of vate Members' Business, pursuant to Standing Order 33(2) l 24(2).

The Order being read for the second reading and reference Legislative Committee H of Bill C–203, An Act to amend the minal Code (terminally ill persons).

Mr. Wenman, seconded by Mr. Wilbee, moved,—That the Bill now read a second time and referred to Legislative Committee

After debate thereon, the question being put on the motion, was agreed to.

Accordingly, the Bill was read the second time and referred Legislative Committee H.

ATTEST

ROBERT MARLEAU

The Clerk of the House of Commons

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès–verbaux de la Chambre des communes du mardi 24 septembre 1991:

À 17 h 46, la Chambre aborde l'étude des affaires émanant des députés, conformément aux articles 33(2) et 24(2) du Règlement.

Il est donné lecture de l'ordre portant deuxième lecture et renvoi au Comité législatif H du projet de loi C–203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale).

M. Wenman, appuyé par M. Wilbee, propose,—Que ce projet de loi soit maintenant lu une deuxième fois et renvoyé au Comité législatif H.

Après débat, cette motion, mise aux voix, est agréée.

En conséquence, le projet de loi est lu une deuxième fois et renvoyé au Comité législatif H.

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes

ROBERT MARLEAU

MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, SEPTEMBER 30, 1991
(1)

[*Text*]

Legislative Committee H on Bill C–203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons) met at 3:50 o'clock p.m. this day, in Room 209, West Block, for the purpose of organization.

Members of the Committee present: Doug Fee, Bob Kilger and Nicole Roy–Arcelin.

Acting Members present: Harry Brightwell for Dave Worthy; Clément Couture for Jim Hawkes; Jim Karpoff for Rod Murphy.

In attendance: From the Office of the Law Clerk: Louis–Philippe Côté, Legislative Counsel and Diane L. McMurray, Legislative Counsel. *From the Research Branch, Library of Parliament:* Margaret Young, Research Officer.

Derek Blackburn announced his appointment as Chairman of the Committee pursuant to Standing Order 113(2).

The Order of Reference dated Tuesday, September 24, 1991, being read as follows:

ORDERED,—That Bill C–203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons) be now read a second time and referred to Legislative Committee H.

On motion of Nicole Roy–Arcelin, it was agreed,—That the Committee print 750 copies of its *Minutes of Proceedings and Evidence* as established by the Board of Internal Economy.

On motion of Clément Couture, it was agreed,—That the Chairman be authorized to hold meetings in order to receive evidence and authorize its printing when a quorum is not present provided that three (3) Members are present, including the Chairman and in the absence of the Chairman, the person designated to be Chairman of the Committee and including at least one (1) Member of the Opposition Party.

On motion of Nicole Roy–Arcelin, it was agreed,—That during the questioning of the witnesses, one Member from each party be allotted ten (10) minutes in the first round and thereafter five (5) minutes per member in the second round.

In motion of Harry Brightwell, it was agreed,—That the Clerk of the Committee, in consultation with the Deputy Principal Clerk, Public Bills Office, be authorized to engage the services of temporary secretarial staff as required and for a period not to exceed 30 working days after the Committee has presented its Report to the House.

At 4:02 o'clock p.m., it was agreed,—That the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, OCTOBER, 29, 1991
(2)

Legislative Committee H on Bill C–203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons), met at 3:40 o'clock p.m. this day, in Room 209, West Block, the Chairman Derek Blackburn presiding.

PROCÈS–VERBAUX

LE LUNDI 30 SEPTEMBRE 1991
(1)

[*Traduction*]

Le Comité législatif H sur le projet de loi C–203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), tient aujourd'hui sa séance d'organisation à 15 h 50, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest.

Membres du Comité présents: Doug Fee, Bob Kilger et Nicole Roy–Arcelin.

Membres suppléants présents: Harry Brightwell remplace Dave Worthy; Clément Couture remplace Jim Hawkes; Jim Karpoff remplace Rod Murphy.

Aussi présents: Du Bureau du légiste et conseiller parlementaire: Louis–Philippe Côté et Diane L. McMurray, conseillers législatifs. *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Margaret Young, attachée de recherche.

Derek Blackburn annonce qu'il a été nommé président du Comité en application du paragraphe 113(2) du Règlement.

Lecture est donnée de l'ordre de renvoi en date du mardi 24 septembre 1991, ainsi libellé:

IL EST ORDONNÉ,—Que le projet de loi C–203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), soit maintenant lu une deuxième fois et renvoyé au comité législatif H.

Sur motion de Nicole Roy–Arcelin, il est convenu,—Que le Comité fasse imprimer 750 exemplaires de ses *Procès–verbaux et témoignages*, suivant les directives du Bureau de régie interne.

Sur motion de Clément Couture, il est convenu,—Que le président soit autorisé à tenir des séances, à entendre des témoignages et en permettre l'impression en l'absence de quorum, pourvu que trois membres du Comité soient présents, dont le président ou, en son absence, la personne désignée pour le remplacer, ainsi qu'un membre de l'opposition.

Sur motion de Nicole Roy–Arcelin, il est convenu,—Que lors de l'interrogation des témoins, dix minutes soient accordées au premier intervenant de chaque parti, et cinq minutes par la suite, à chaque autre intervenant.

Sur motion de Harry Brightwell, il est convenu,—Que le greffier, en consultation le greffier principal du Bureau des projets de loi d'intérêt public, soit autorisé à engager du personnel de soutien temporaire, selon les besoins, pour une période ne dépassant pas 30 jours après la présentation du rapport à la Chambre.

À 16 h 02, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 29 OCTOBRE 1991
(2)

Le Comité législatif H sur le projet de loi C–203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), se réunit à 15 h 40, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Derek Blackburn (*président*).

Member of the Committee present: Doug Fee.

Acting Members present: Stanley Wilbee for Jim Hawkes; Don Boudria for Bob Kilger; Chris Axworthy for Rod Murphy and Robert Wenman for Dave Worthy.

In attendance: From the Library of Parliament: Margaret Smith and Susan Alter, Research Officers.

Witnesses: From Dying with Dignity: Marilynne Seguin, Executive Director. *From Alliance for Life:* Marilyn Bergeron, National President; Jacqueline Jeffs, Executive Director General of Ontario.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, September 24, 1991, relating to bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)(*See Minutes of Proceedings and Evidence of Monday, September 30, 1991, Issue No. 1*).

Marilynne Seguin made an opening statement and answered questions.

Marilyn Bergeron made an opening statement and with the other witness answered questions.

At 5:12 o'clock p.m. it was agreed,—That the Committee adjourn to the call of the Chair.

Bill Farrell

Clerk of the Committee

Membre du Comité présent: Doug Fee.

Membres suppléants présents: Stanley Wilbee remplace Jim Hawkes; Don Boudria remplace Bob Kilger; Chris Axworthy remplace Rod Murphy; Robert Wenman remplace Dave Worthy.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Margaret Smith et Susan Alter, attachées de recherche.

Témoins: De Mourir dans la dignité: Marilynne Seguin, directrice exécutive. *De l'Alliance pour la vie:* Marilyn Bergeron, présidente nationale; Jacqueline Jeffs, directrice générale de l'Ontario.

Conformément à son ordre de renvoi du mardi 24 septembre 1991, le Comité reprend l'étude du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), (*voir les Procès-verbaux et témoignages du lundi 30 septembre 1991, fascicule no 1*).

Marilynne Seguin fait un exposé et répond aux questions.

Marilyn Bergeron fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 17 h 12, il est convenu,—Que le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Bill Farrell

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Monday, September 30, 1991

• 1550

The Chairman: I see a quorum of five members, so I will call the organizational meeting to order.

The first order of business is the letter appointing me as your chair. The letter says:

Dear Mr. Blackburn:

Pursuant to Standing Order 113, this is to confirm your appointment as chairman of the legislative committee H on Bill C-203, an Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons).

Yours sincerely,

John A. Fraser.

I will now call on the clerk to read the order of reference.

The Clerk of the Committee: Ordered, that Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons) be now read a second time and referred to legislative committee H.

The Chairman: I have no opening remarks to make, so I will continue with item 5, which is the introduction of staff assigned to committee by the chairman.

The first is from the Office of the Law Clerk and Parliamentary Counsel, Louis-Philippe Côté, legislative counsel. With him is Diane L. McMurray, legal counsel. From the Research Branch of the Library of Parliament, we have Margaret Smith. Margaret Smith will be with us just for today, I understand, or perhaps on some future occasions.

Routine business motions is next. I will need a motion for the printing of the minutes of the meetings. The motion would be that the committee print 750 copies of the *Minutes of Proceedings and Evidence* as established by the Board of Internal Economy.

Mrs. Roy-Arcelin (Ahuntsic): I so move.

Motion agreed to

The Chairman: Receiving and printing of evidence when quorum is not present. The motion would read that the chairman be authorized to hold meetings in order to receive evidence and authorize its printing when a quorum is not present provided that three members are present, including the chairman or, in his absence, the person designated to be chairman of the committee.

Mr. Couture (Saint-Jean): I so move.

Motion agreed to

The Chairman: Questioning of witnesses. The motion reads that during the questioning of witnesses, the first spokesperson of each party be allotted 10 minutes and thereafter 5 minutes for other members of the committee.

Mrs. Roy-Arcelin: I so move.

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le lundi 30 septembre 1991

Le président: Je constate qu'il y a quorum de cinq membres. La séance d'organisation est donc ouverte.

Le premier point à l'ordre du jour a trait à la lettre qui me nomme président. Je vous en donne lecture:

Cher M. Blackburn,

Conformément à l'article 113 du Règlement, la présente lettre confirme votre nomination en tant que président du Comité législatif H sur le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale).

Bien à vous,

John A. Fraser.

J'invite maintenant le greffier à lire l'ordre de renvoi.

Le greffier du Comité: Il est ordonné que le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale) soit maintenant lu une deuxième fois et déféré au Comité législatif H.

Le président: Comme je n'ai pas de déclaration à faire, je passe tout de suite au point 5 concernant la présentation du personnel affecté au comité.

D'abord, du Bureau du légiste et conseiller parlementaire, Louis-Philippe Côté, conseiller législatif, de même que Diane L. McMurray, conseiller juridique. Ensuite, du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement, Margaret Smith. Elle est au comité seulement pour aujourd'hui. Elle pourra revenir occasionnellement.

Passons maintenant, aux motions courantes. En ce qui concerne l'impression des *Procès-verbaux et témoignages*, j'aimerais que quelqu'un propose que le Comité fasse imprimer 750 exemplaires de ses *Procès-verbaux et témoignages*, ainsi que l'a établi le Bureau de la régie interne.

Mme Roy-Arcelin (Ahuntsic): J'en fais la proposition.

La motion est adoptée

Le président: Relativement à l'audition et à l'impression des témoignages en l'absence de quorum, la motion se lit comme suit: Que le président soit autorisé à tenir des réunions pour recevoir des témoignages et en autoriser l'impression en l'absence de quorum, pourvu que trois membres, dont le président ou, en son absence, son suppléant, soient présents.

M. Couture (Saint-Jean): J'en fais la proposition.

La motion est adoptée

Le président: Pour l'interrogation des témoins, la motion se lit comme suit: Que lors de l'interrogation des témoins, 10 minutes soient accordées au premier intervenant de chaque parti, et cinq minutes par la suite, à chaque autre intervenant.

Mme Roy-Arcelin: J'en fais la proposition.

[*Texte*]

Motion agreed to

The Chairman: Support staff. The motion is that the clerk of the committee, in consultation with the Deputy Principal Clerk, Public Bills Office, and the chairman, be authorized to engage the services of temporary secretarial staff as required, for a period not to exceed 30 working days after the committee has presented its report to the House.

Mr. Brightwell (Perth—Wellington—Waterloo): I so move.

Motion agreed to

The Chairman: Item 7 on my agenda is future business. As you know, members may have informal discussions with the chairman before another meeting is called by the chairman. Is there any discussion on this?

Mr. Karpoff (Surrey North): I believe this would be the appropriate time to discuss the calling of witnesses. In looking at the bill, there are a number of people who it would be important to call. I'm sure other members have other suggestions.

I think the Canadian Medical Association's ethics committee should be called because they have looked into this matter. I know both the United Church and the Anglican Church have issued statements or have committees that are looking at it. There are a number of societies that have looked into this matter—the Right To Die Society and the Hemlock Society.

There is also another doctor, and I think I have his name right. It is Dr. Morton, who has developed a health care directive in conjunction with a number of extended care facilities in Toronto. I can get the correct name and address for the clerk afterwards, but he presented some information to another health committee that I have been on and I found it most useful. He has done a lot of work, not only with caregivers, but with the elderly in this matter.

The Chairman: Any other comments?

Mr. Kilger (Stormount—Dundas): Mr. Chairman, in addition to those listed by Mr. Karpoff—and I certainly agree with the chairman of the ethics committee of the Canadian Medical Association—I also wonder if we might consider the chairman of the Law Reform Commission of the province of Manitoba, who most recently tabled a very comprehensive study on the subject-matter. There is also the Canadian Nurses Association and, the final two, Alliance for Life and the Campaign Life Coalition. That would be my list for consideration.

• 1555

The Chairman: Okay. Do you wish to add to the list? I think we have a pretty big plateful there, at least for the time being, to get us launched.

Mr. Couture: It is already too long.

The Chairman: It is fairly lengthy.

[*Traduction*]

La motion est adoptée

Le président: Au titre du personnel de soutien, la motion se lit comme suit: Que le greffier du Comité, en consultation avec le greffier principal adjoint du Bureau des projets de loi d'intérêt public, ainsi qu'avec le président, soit autorisé à retenir au besoin les services d'employés additionnels, pour la durée du mandat du Comité, pour une période ne dépassant pas 30 jours ouvrables après le dépôt de son rapport final.

M. Brightwell (Perth—Wellington—Waterloo): J'en fais la proposition.

La motion est adoptée

Le président: Le septième point de l'ordre du jour a trait au programme futur du comité. Comme vous le savez, les membres du comité peuvent discuter de façon officieuse avec le président avant que celui-ci ne convoque la prochaine réunion. Quelqu'un désire-t-il intervenir sous ce rapport?

M. Karpoff (Surrey-Nord): Je pense que c'est l'article approprié pour discuter des témoins que doit entendre le comité. Il y en a un certain nombre qui viennent tout de suite à l'esprit dans le contexte du projet de loi. Je suis sûr que mes collègues voudront en proposer d'autres.

Je pense d'abord que le Comité d'éthique de l'Association médicale canadienne devrait être entendu parce qu'il a examiné la question. De même, l'Église unie et l'Église anglicane ont émis des avis sur le sujet ou ont établi des comités chargés de l'examiner. Il y a des sociétés qui s'y intéressent: La Right To Die Society et la Hemlock Society.

Il y a également un médecin, le docteur Morton, je pense que c'est le bon nom. Il a établi une ligne directrice pour les soins de santé en collaboration avec un certain nombre d'installations de soins prolongés à Toronto. Je peux obtenir son nom exact et son adresse pour le greffier. Il a donné de l'information à un autre comité sur la santé auquel j'ai siégé et j'ai trouvé que cette information était des plus utiles. Il a travaillé non pas seulement auprès des dispensateurs de soins, mais également auprès des personnes âgées.

Le président: Y a-t-il d'autres interventions?

M. Kilger (Stormount—Dundas): Monsieur le président, en plus des témoins indiqués par M. Karpoff—je suis certainement d'accord pour entendre le président du Comité d'éthique de l'Association médicale canadienne—je proposerais le président de la Commission de réforme du droit de la province du Manitoba, qui vient de déposer une étude très poussée sur le sujet. Il y aurait également, en ce qui me concerne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Alliance pour la vie et la Coalition Campagne vie.

Le président: Voulez-vous ajouter d'autres noms à la liste? Je pense que c'est largement suffisant pour nous permettre de commencer notre travail.

M. Couture: C'est plus que suffisant.

Le président: C'est une bonne liste.

[*Text*]

If that is agreeable, I will ask the clerk to contact these individuals to see if, first of all, they wish to appear and, second, when we can accommodate them, which leads me to the other important order of business, the timetabling of future meetings. It is doubtful, in my opinion, that this committee will be able to meet prior to the week break that we have to return to our constituencies. We are talking about the week of October 21 as the earliest possible date.

Second, my own committee work ties me up Tuesday and Thursday mornings and Wednesday afternoon. Other than that, I am relatively flexible.

Mr. Brightwell: You did not say anything about Sundays.

The Chairman: There is Friday afternoon, Friday night and Saturday morning if you wish. No, I am sorry. I am in my constituency Saturday morning.

Mme Roy-Arcelin: Peut-être pourrait-on aussi suggérer d'avoir quelques témoins du Québec. Je ne peux pas vous donner vraiment des noms mais peut-être qu'avec l'aide de notre recherchiste on pourrait en avoir.

The Chairman: Certainly. Would any of these organizations have Quebec wings? They must have. Right to Die or Campaign Life Coalition, Alliance for Life? The Canadian Medical Association?

Mme Roy-Arcelin: Peut-être l'Association médicale canadienne.

M. Kilger: L'Association des infirmières, *Nurses Association.*

The Chairman: The Canadian Nurses Association, the Canadian Medical Association.

Mme Roy-Arcelin: Oui, nous pourrions leur demander, bien sûr.

The Chairman: Plus the Quebec Medical Association. It may wish to—

Mme Roy-Arcelin: Oui, bien sûr, ou la Corporation des médecins du Québec aussi. Il y en a tant et plus, je pense qu'on pourrait en choisir plusieurs. Je pense que la Corporation des médecins du Québec, ce serait bien aussi.

The Chairman: Good. Are there any other offerings on the witnesses that you might want, or can we go to the timetabling now?

Perhaps we should begin with the sponsor of the bill, Mr. Wenman. I think it would be only fair to have Mr. Wenman here first.

Can we then see if Mr. Wenman is available the week of October 21, preferably Tuesday afternoon, which would be October 22. Are you free October 22 in the afternoon, or is that going to cause a problem?

Mme Roy-Arcelin: J'ai toujours des problèmes, parce que j'ai deux comités qui siègent en même temps, les mêmes jours, aux mêmes heures. Le mardi c'est ma plus grosse journée, les Communications et maintenant le Comité législatif sur le projet de loi C-17, et je ne sais jusqu'à quand il va exister.

[*Translation*]

Avec votre permission, je vais demander au greffier de communiquer avec ces témoins afin de déterminer d'abord s'ils désirent comparaître et deuxièmement quand nous pouvons les recevoir, ce qui m'amène à un autre point important de notre ordre du jour, le calendrier de nos réunions. Je doute d'abord que nous puissions tenir une autre réunion avant la semaine de congé que nous aurons pour aller dans nos circonscriptions. Donc, la prochaine semaine au cours de laquelle nous pourrons nous rencontrer de nouveau risque d'être celle du 21 octobre.

Deuxièmement, mes autres engagements vis-à-vis des comités me retiennent les mardis et jeudis matin ainsi que les mercredis après-midi. En dehors de ces périodes, j'ai une certaine marge de manoeuvre.

M. Brightwell: Vous n'avez pas parlé du dimanche.

Le président: Il reste en effet le vendredi après-midi et le samedi matin, quoique le samedi matin, je sois dans ma circonscription.

Mrs. Roy-Arcelin: Could we not also have some witnesses from Quebec? I cannot think of names for now, but I am sure that our researcher could help us in that regard.

Le président: Certainement. Les organismes que nous avons mentionnés n'auraient-ils pas d'antennes québécoises? Right to Die, Coalition Campagne vie, Alliance pour la vie? L'Association médicale canadienne?

Mrs. Roy-Arcelin: Maybe the Canadian Medical Association.

Mr. Kilger: The Nurses' Association, *l'Association des infirmières.*

Le président: L'Association des infirmières. L'Association des infirmiers et des infirmières du Canada et l'Association médicale canadienne.

Mrs. Roy-Arcelin: We could certainly ask them.

Le président: Plus l'Association médicale du Québec. Elle pourrait. . .

Mrs. Roy-Arcelin: Of course, the Corporation des médecins du Québec. I know that there are many among which we could chose. The Corporation des médecins du Québec would be a good choice.

Le président: Très bien. Y a-t-il d'autres suggestions en ce qui concerne des témoins ou pouvons-nous passer au calendrier de nos réunions?

Nous pourrions commencer par le parrain du projet de loi, M. Wenman. Ce ne serait que juste.

Pouvons-nous déterminer si M. Wenman est disponible la semaine du 21 octobre, plus précisément le mardi après-midi, 22 octobre? Etes-vous libre l'après-midi du 22 ou cela vous pose-t-il un problème?

Mrs. Roy-Arcelin: I always have problems, because I have two committees sitting at the same time, the same days at the same hours. Tuesday is my busiest day because I have Communications and currently the legislative committee on Bill C-17. I do not know for how long.

[*Texte*]

An hon. member: I have exactly the same problem.

The Chairman: I am informed that Bill C-17 may be over by then.

Mme Roy-Arcelin: Oui, ah bon!

An hon. member: I think that is overly optimistic.

The Chairman: Is that right?

Mr. Kilger: A certain point. There is—

• 1600

The Chairman: I am speaking of October 22, which would be the Tuesday.

Mr. Kilger: Sorry, October 22, the Tuesday.

The Chairman: Can you be here on Monday afternoon, October 21? It is not normally a good day for committees to sit, but by late afternoon, 3.30 p.m., most of us are back.

Mr. Brightwell: We only need three, Mr. Chairman, so really—

The Chairman: That is true.

Mr. Brightwell: —I think you are going to have to call the meetings when you can. You are the most important person to be there, plus the witness. Then you can get two more. You want to have as many as you can, but you cannot fight too long over the hours because we will never find one that is convenient.

The Chairman: I know. Let us call it for the afternoon of Tuesday, October 22, 3.30 p.m.

Mr. Karpoff: Tuesday, October 22, at 3.30 p.m.?

The Chairman: Yes. In the meantime, the clerk will find a room for us.

Mr. Kilger: Mr. Chairman, with the indulgence of the rest of the committee, when you were moving item (b) on page 3, regarding members being present, including the chairman, sometimes we ask, "provided a member of the opposition is present". Was that included in your motion? I am sorry, but I was not paying close enough attention.

The Chairman: I can read it again. That the chairman be authorized to hold meetings in order to receive evidence and authorize its printing when a quorum is not present, provided that three members are present, including the chairman, or, in his absence, a person designated to be chairman of the committee.

Mr. Kilger: I would ask that there be an amendment to stipulate the following: providing a member of the opposition is present.

Mr. Fee (Red Deer): There should be a member of the opposition in this case, inasmuch as the chairman is a member of the opposition.

Mr. Kilger: The point is well made then.

The Chairman: Except that I am not a member of the committee. I am just the chairman.

[*Traduction*]

Une voix: Je suis exactement dans la même situation.

Le président: On me dit que l'étude du projet de loi C-17 sera terminée à ce moment-là.

Mrs. Roy-Arcelin: Fine, then!

Une voix: Je pense que c'est faire preuve de beaucoup d'optimisme.

Le président: Vous croyez?

M. Kilger: Jusqu'à un certain point. Il y a...

Le président: Je dis donc le 22 octobre, qui tombe un mardi.

M. Kilger: Le mardi 22 octobre.

Le président: Pouvez-vous siéger l'après-midi du lundi 21? Le lundi n'est habituellement pas une bonne journée pour les comités, mais si la réunion avait lieu à 15h30, par exemple, nous pourrions être rentrés pour la plupart.

M. Brightwell: Nous n'avons besoin que d'être trois, monsieur le président, de sorte...

Le président: C'est juste.

M. Brightwell: ...que vous faites mieux de tenir vos réunions quand vous le pouvez. Vous êtes l'élément le plus important, en plus des témoins. Vous pouvez sûrement en trouver deux autres. Vous voulez en avoir le plus possible, mais vous devez éviter de vous montrer trop difficile pour les heures de réunions. Vous risquez de ne rien trouver du tout.

Le président: Je sais. Nous allons donc dire l'après-midi du mardi 22 octobre à 15h30.

M. Karpoff: Le mardi 22 octobre à 15h30?

Le président: Oui. Nous allons demander au greffier de nous trouver une salle.

M. Kilger: Monsieur le président, avec la permission des autres membres du comité, j'aimerais revenir au paragraphe b), page 3, concernant le quorum, y compris le président; normalement, il est indiqué: «pourvu qu'un député de l'Opposition soit présent». Pourquoi la motion ne contient-elle pas cette mention? Je regrette, mais je n'y ai pas prêté attention plus tôt.

Le président: Je vous relis la motion, si vous le voulez bien. Il est proposé que le président soit autorisé à tenir des réunions pour recevoir des témoignages et en autoriser l'impression en l'absence de quorum, pourvu que trois membres, dont le président ou, en son absence, son suppléant, soit présent.

M. Kilger: Je proposerais la modification suivante: pourvu qu'un député de l'Opposition soit présent.

M. Fee (Red Deer): Il doit y avoir un député de l'Opposition dans ce cas-ci, puisque le président est député de l'Opposition.

M. Kilger: Je vois.

Le président: Sauf que je ne suis pas membre du comité, j'en suis seulement le président.

[*Text*]

Mr. Fee: For this bill, I think it is also a moot point, inasmuch as it is a private member's bill. It is not a government-sponsored bill, so it should not be relevant whether someone is a government member or an opposition member.

The Chairman: Is there any other thought on the subject? What is your wish? Leave as is?

Mr. Kilger: Leave as is. No amendment.

The Chairman: Okay. Is there anything else you wish to raise at this time?

If there is no objection, I will move that we adjourn.

Tuesday, October 29, 1991

• 1535

The Chairman: I now call the meeting to order.

We are meeting to discuss Bill C-203, an Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons).

Our first witness is Marilynne Seguin, Executive Director of Dying with Dignity.

We have allotted approximately 30 minutes for each witness. It's entirely up to the witness as to how he or she would like to use that 30 minutes. We would prefer a brief opening statement of up to 10 minutes. We would then throw open the remainder of the period to questions by members of the committee. However, it's up to the witness as to how they would like to proceed.

Ms Marilynne Seguin (Executive Director, Dying with Dignity): Thank you very much for the opportunity to appear.

This presentation was done on short notice, so I didn't have time to send it to the clerk for translation. If members of the committee would like to have a copy in English, however, I do have some copies here.

The Chairman: I will distribute them for you.

Ms Seguin: I would like to talk briefly about the concerns of Dying with Dignity in addressing this matter, and then I would be quite prepared to answer questions from the committee.

I am the Executive Director of Dying with Dignity and have been one of the founding members since 1980. By profession I am a nurse. I have worked in intensive care and done private duty. I taught nurses for 10 years, and for 25 years I have been a patient advocate of people at the end of life.

Dying with Dignity is a Canadian society concerned with the care and treatment of the terminally ill and with the quality of dying.

We strongly support the amendment to the Criminal Code, as has been presented by Mr. Wenman. We support the right of a competent person to make an advance directive to govern the course of the treatment of a person who is not competent.

[*Translation*]

M. Fee: Dans le cadre de ce projet de loi, c'est un point qui a encore moins d'importance, puisqu'il s'agit d'un projet de loi d'initiative parlementaire. Ce n'est pas un projet de loi émanant du gouvernement; dans ces circonstances, le fait d'être député ministériel ou député de l'Opposition importe peu.

Le président: Y a-t-il d'autres interventions à ce sujet? Quelle est votre décision? Laissez-vous la motion telle quelle?

M. Kilger: Oui. Je retire ma proposition.

Le président: Très bien. Avez-vous d'autres points à soulever à ce moment-ci?

Non? La séance est levée.

Le mardi 29 octobre 1991

Le président: Je déclare la séance ouverte.

Nous sommes réunis pour discuter du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale).

Notre premier témoin est M^me^ Marilynne Seguin, directeur exécutif de l'association «Mourir dans la dignité».

Nous avons alloué une trentaine de minutes à chaque témoin, qui les utilisera comme il l'entend. Nous préférerions qu'il ne consacre qu'une dizaine de minutes à sa déclaration, laissant ainsi le temps aux membres du comité de poser des questions, mais la décision appartient au témoin.

Mme Marilynne Seguin (directrice exécutive, «Mourir dans la dignité»): Je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître.

Je n'ai eu que peu de temps pour préparer cette allocution et je n'ai donc pu l'envoyer au greffier pour la faire traduire, mais je peux en remettre un exemplaire en anglais aux membres du comité, s'ils le désirent.

Le président: Je vais les faire distribuer pour vous.

Mme Seguin: Je voudrais vous exposer brièvement le point de vue de l'association «Mourir dans la dignité», et je me ferai ensuite un plaisir de répondre à vos questions.

Je suis le directeur exécutif de cette association, créée en 1980, et j'en suis l'un des membres fondateurs. J'ai exercé la profession d'infirmière dans un service de réanimation, ainsi que dans le secteur privé; j'ai enseigné dans une école d'infirmières pendant 10 ans, et, depuis 25 ans, je plaide la cause de ceux qui voient leur fin approcher.

L'association «Mourir dans la dignité» est un organisme canadien qui s'occupe des questions touchant aux soins palliatifs et au traitement des personnes atteintes d'une maladie incurable, et qui cherche à améliorer les conditions dans lesquelles meurent les gens.

Nous appuyons fortement la modification au Code criminel présentée par M. Wenman. Nous pensons qu'une personne en possession de toutes ses facultés a le droit de décider à l'avance du déroulement de son traitement.

[*Texte*]

We support substitute decision-making that is consistent with the wishes and best interests of the patient/person.

We strongly believe the Criminal Code should be amended to remove risk from prosecution for health care providers who follow the advance directive of a competent person.

• 1540

Dying with Dignity was formed in 1980 to address the problems being experienced by those who were near the end of life.

The problems came about in essentially three types of situations: conditions of an acute nature, people with cancer, heart disease, and so on; people with chronic, debilitating and irreversible conditions. Examples are stroke, Lou Gehrig's disease, victims of accidents. The third is perhaps a little more subtle in nature but no less irremediable: people with persistent or constant distressing symptoms, such as nausea, insomnia, itching, chronic and debilitating fatigue, wounds that do not heal, incontinence, loss of appetite. We could go through a great list of horrors. But these anguishing times and constant situations are incompatible with quality of life.

We empathize most strongly with those who are enduring serious yet temporary or transitory illnesses and conditions, and we recognize that their suffering may be extreme. But Dying with Dignity does not advocate that the living will or durable power of attorney can be used effectively in those situations. The living will, specifically, must properly be reserved for those with irreversible end-of-life conditions.

DWD's constituency is nation-wide. We have over 6,200 members in our society and we respond to inquiries from all over Canada. We have addressed more than 11,000 inquiries in the past year. We serve people who are at the end of life and who need help to sort out the various decisions to be made and the alternatives available tp these individuals. Each one varies with the person involved. We serve individuals who have experienced the death of a family member or friend so profoundly that they wish to take control to articulate their wishes in a living will or durable power of attorney for health care. We assist doctors and nurses and other health care providers. They have been quite enthusiastic in their support of Dying with Dignity, but they, too, need assistance in caring for the dying person and their family.

We are consulted by many legal advisers, teachers, professional counsellors of all kinds, on end-of-life decisions. Always our first job is the people who come to Dying with Dignity, who seek assistance in their suffering and who need to be guaranteed the respect of their rights through this legislation.

[*Traduction*]

Nous pensons que le droit devrait être donné à une personne de décider du sort d'une autre conformément au souhait et à l'intérêt du malade.

Nous pensons que le Code criminel devrait être modifié pour que les médecins et infirmières ne risquent pas d'être poursuivis en justice s'ils exaucent le voeu préalablement exprimé d'une personne en possession de toutes ses facultés.

L'association «Mourir dans la dignité» a été créée en 1980 pour s'occuper des difficultés que connaissent ceux dont la mort approche.

Les difficultés qu'ils éprouvent découlent essentiellement de trois types de situations: premièrement, elles peuvent être dues à une maladie aiguë, le cancer ou des troubles cardiaques, par exemple. Deuxièmement, elles peuvent être dues à une affection chronique, débilitante et irréversible, causée par exemple par une attaque, la maladie de Lou Gehrig, un accident. Troisièmement, il y a des affections un peu moins graves, mais néanmoins sans remèdes: il s'agit des gens qui souffrent de troubles pénibles, persistants ou constants, comme les nausées, l'insomnie, les démangeaisons, la fatigue chronique et débilitante, les plaies qui ne se cicatrisent pas, l'incontinence, la perte d'appétit. La liste de ce genre d'horreurs pourrait être longue. Mais ces situations angoissantes et constantes ne permettent aucunement de mener une vie agréable.

Ceux qui souffrent de maladies ou d'affections graves, qui sont cependant temporaires ou transitoires, ont toute notre sympathie, et nous reconnaissons que leurs souffrances peuvent être parfois très grandes. Toutefois, «Mourir dans la dignité» ne prétend pas que les testaments biologiques et les procurations permanentes peuvent servir dans ces cas-là. En effet, le testament biologique doit être spécifiquement réservé à ceux qui souffrent de maladies incurables.

Notre association est représentée dans tout le pays et nous avons 6,200 membres. Les demandes de renseignements nous parviennent des quatre coins du Canada, et l'année dernière nous avons répondu à 11,000 demandes. Nous aidons les gens qui sont sur le point de mourir et qui ont besoin de conseils au moment de faire un choix entre les diverses possibilités qui s'offrent à eux. L'aide varie suivant le cas. Nous aidons des gens qui ont perdu un membre de leur famille ou un ami et qui en ont été si profondément affectés qu'ils souhaitent inscrire leurs dernières volontés dans un testament biologique ou encore les exprimer au moyen d'une procuration permanente accordée pour tous soins qui leur seraient dispensés. Nous venons en aide au personnel médical, médecins, infirmières et autres. Ceux-ci ont appuyé avec beaucoup d'enthousiasme notre association, «Mourir dans la dignité», car il faut bien dire qu'ils ont besoin eux aussi d'aide lorsqu'il s'agit de soigner des personnes mourantes et de s'occuper de leur famille.

Bien des conseillers juridiques, des enseignants, des conseillers professionnels de tous genres, nous consultent au sujet de la décision d'abréger l'agonie d'un mourant. Mais notre première préoccupation demeure les gens qui s'adressent à nous parce qu'ils souffrent et parce qu'ils souhaitent obtenir la garantie que leurs droits seront respectés grâce à ce projet de loi.

[*Text*]

I would like to tell you about three people who would have benefited from these amendments. I have disguised them to protect their privacy. These were people whom I assisted very directly at the time of their dying.

In the first situation, the patient has signed a living will, but as such a process has not been acknowledged by law in Canada, the physician has chosen to disregard it.

Eva has lived in a home for the aged for the past six years, since she had a stroke. When she had the stroke, her only family, who was her son, admitted her to the home and promptly moved to Detroit to live there. When asked about his mother, Steven says, "my mother died six years ago". However, he holds a power of attorney for property of Eva, and in the eyes of the institution where she is housed, this gives him the authority to make decisions for her health care, too.

Eva's friend Mary has been visiting her every week. They have been friends for many, many years. They experienced much in life together. They both survived a concentration camp and came to Canada to be free, to receive the quality of life denied them in their native land.

Eva is now half paralysed. She is 82 years of age. She speaks only with difficulty and preferably in her childhood language. She has no money, and, most importantly, she's denied the right to live where and how she would choose. She is not experiencing severe pain. Her quality of life is deteriorating, and she wishes to have no aggressive measures used to keep her alive.

• 1545

Many years ago she signed a living will. Last week Eva developed pneumonia and asked that she not be treated with antibiotics or oxygen, and demanded that resuscitation be withheld if she suffered cardiac or respiratory arrest. I know that she understood these concepts very clearly when we met and talked about them. The doctor supervising her care has phoned her son and asked for his direction. The son has not seen his mother in over three years, but his instructions to the doctor were, "Do everything you can to keep her alive. Just don't bother me about it". Mary had called Dying with Dignity to ask if we would intervene on Eva's behalf to have her wishes respected. I believe if the living will were legislated in Canada, there would be no question as to how a decision would be reached: Eva's wishes are very clear and specific, and they would prevail.

When the course of events is certain and a disease is entirely predictable, when one of the elements of the condition is that the person will be deprived of the ability to speak and to communicate, when a person wishes to have another person delegated to direct care on their behalf, a durable power of attorney for health care is essential.

[*Translation*]

Je voudrais vous donner trois cas de figure, des gens à qui ce projet de loi aurait pu être utile. J'ai changé les noms pour protéger l'identité de ces personnes, mais je les ai aidées directement au moment de leur agonie.

Dans le premier cas, le patient avait signé un testament biologique mais, comme cette mesure n'est pas reconnue par la loi canadienne, le médecin traitant a décidé de ne pas en tenir compte.

Eva vit dans un foyer pour personnes âgées depuis six ans, depuis qu'elle a eu une attaque. À ce moment-là, elle n'avait pour famille que son fils, qui l'a mise au foyer et s'est empressé d'aller vivre à Détroit. Quand on a demandé à Steven des nouvelles de sa mère, il a répondu: «Ma mère est morte il y a six ans». Toutefois, il a une procuration pour les biens d'Eva et, pour l'établissement où elle vit, cela signifie que c'est lui qui peut prendre les décisions concernant les soins administrés à sa mère.

Eva a une amie, Mary, qui lui rend visite toutes les semaines. Elles sont toutes deux amies depuis bien des années, ayant connu bien des expériences ensemble, notamment un séjour dans un camp de concentration avant de venir au Canada, où elles ont trouvé la liberté et la qualité de vie qu'elles n'avaient pas pu trouver dans leur pays natal.

Eva est maintenant à moitié paralysée et elle a 82 ans. Eva parle avec difficulté et de préférence dans la langue de son enfance. Elle n'a pas d'argent et, ce qui est encore plus déplorable, on lui refuse le droit de vivre là où elle voudrait et de la façon qu'elle choisirait. Elle ne souffre pas de douleurs aiguës mais sa qualité de vie se détériore et elle souhaite qu'on ne prenne pas de moyens extraordinaires pour la garder en vie.

Il y a bien des années, elle avait signé un testament biologique. La semaine dernière, Eva a attrapé une pneumonie et elle a demandé qu'on ne lui donne ni antibiotiques ni oxygène et qu'on s'abstienne de la réanimer dans l'éventualité d'un arrêt cardiaque ou respiratoire. Je sais qu'elle comprenait très bien de quoi il s'agissait quand nous nous sommes rencontrés pour en parler. Le médecin qui s'occupe d'elle a téléphoné à son fils pour lui demander son avis. Le fils n'a pas vu sa mère depuis trois ans mais il a répondu au médecin: «Faites tout ce que vous pouvez pour la garder en vie, mais ne m'embêtez pas». Mary avait téléphoné à l'association «Mourir dans la dignité» pour demander que nous intervenions au nom d'Eva, afin que ses souhaits soient respectés. Je pense que si les testaments biologiques étaient légaux au Canada, il n'y aurait aucun doute quant à la décision: puisque les souhaits d'Eva sont clairs et précis, ils seraient respectés.

Quand le cours des événements est certain et qu'une maladie est tout à fait prévisible, quand un des résultats de la maladie sera la perte de la parole, laissant le patient dans l'impossibilité de communiquer, quand une personne souhaite déléguer à une autre personne les décisions concernant les soins dont elle fera l'objet, une procuration permanente pour les soins est essentielle.

[*Texte*]

Harry is 55 years old. He's always been a mover and shaker in his business. He was a strong family man, and now he needs the support of everyone in his family. He was diagnosed with Lou Gehrig's disease four years ago, and Harry must now face some very difficult choices. If his breathing fails, does he want to be connected to a respirator? If the fluids build up in his lungs, does he want the suction tube put down his nose and his throat to keep these secretions away? He fully understands that he might die a more comfortable death if these procedures were in place, but he also knows that dying would certainly take much longer and that it would be less dignified and more demeaning for him.

Harry's speech is almost entirely gone, and he wishes to give his directions in writing. Debra, his wife, is willing to assume decision-making authority for Harry through a durable power of attorney for health care, and the physician has agreed to abide by the decision of the substitute. However, there is not appropriate legislation to allow this to happen. A physician, too, must be protected from prosecution or from harassment for providing the best medical care in accordance with the wishes and directions of the patient.

Last Friday at 5 p.m., a physician phoned me in great distress. Joseph, his patient of only recent acquaintance, was dying of cancer and had asked for help. I had known Joseph for a year, when he first came to me to help him draft a living will. I was quite surprised to receive a call about Joseph's death, particularly because I knew that in this instance, the physician and patient were entirely in accord with what the course of care would be. What we couldn't predict was that Joseph's 81-year-old brother would arrive on the scene the night before his death and say that everything must be done to preserve his life.

"I am not ready for Joseph to die, and if you let him die, there's going to be big trouble" were his words. To the physician, his duty was clear. His responsibility was to respect the patient's wishes and to allow him to die in peace and comfort, but the peace they had sought was interfered with by a member of the family. In this case, it was not a very rational decision, but it is the brother who would sue the physician if he chose to do so.

• 1550

If living wills were legally recognized in Canada, there would be no hesitancy on the part of the doctor. The only consideration he would make would be the wish of the patient. I believe if it came to court, the physician would be exonerated from any wrongdoing. But why should his or her professional life be placed on hold or put in jeopardy? Why should a doctor be forced to endure the cost and inconvenience of a legal battle in this situation?

Living wills have been in use in Australia, Belgium, Colombia, South America, Denmark, England, France, Germany, the Netherlands, Israel, Japan, Luxembourg, New Zealand, South Africa, Sweden, Switzerland, the United

[*Traduction*]

Harry a 55 ans. Il a toujours été la cheville ouvrière de son entreprise. C'est un homme qui aime la vie de famille et qui a besoin de l'appui de tous les membres de sa famille. Il y a quatre ans, il a appris qu'il était atteint de la maladie de Lou Gehrig et il lui faut prendre maintenant des décisions très difficiles. Si sa respiration s'arrêtait, souhaite-t-il être branché sur un respirateur? Si ses poumons s'emplissent de liquide, veut-il qu'on extraie ce liquide en faisant passer un tube par ses voies nasales et sa gorge? Il comprend très bien que sa mort sera moins douloureuse s'il en a recours à ces aides-là, mais il sait en même temps, que la mort sera plus lente et que sa dignité en souffrira.

Harry a presque entièrement perdu la parole et il souhaite exprimer sa volonté par écrit. Debra, sa femme, est prête à prendre les décisions nécessaires pour Harry grâce à une procuration permanente pour soins, et le médecin a accepté de respecter la décision du titulaire de cette procuration. Toutefois, il n'existe pas de dispositions législatives permettant cela. Un médecin doit aussi se protéger contre d'éventuelles poursuites ou toutes mesures de harcèlement quand il décide de donner les meilleurs soins possibles compte tenu des souhaits et des indications de son patient.

Vendredi dernier, à 17 heures, j'ai reçu un coup de téléphone d'un médecin très bouleversé. Joseph, son patient depuis peu, est sur le point de mourir d'un cancer, et il a demandé de l'aide. Pour ma part, je connais Joseph depuis un an, car à ce moment-là, il m'a demandé de l'aider à rédiger un testament biologique. J'étais donc étonnée de recevoir un coup de téléphone concernant la mort de Joseph parce que je savais que, dans ce cas-là, le patient comme le médecin étaient tout à fait d'accord sur ce qui devait être fait. Ce que l'on n'avait pas prévu, c'est que le frère de Joseph, qui a 81 ans, débarquerait la veille de sa mort et exigerait qu'on fasse l'impossible pour le garder en vie.

Il a dit: «Je ne suis pas prêt à affronter la mort de Joseph et si vous le laissez mourir, je vais faire des difficultés». Le médecin savait très bien ce qu'il avait à faire. Sa responsabilité est de respecter les souhaits du patient et de lui permettre de mourir dans la paix et sans trop de souffrances, mais voilà qu'un membre de la famille intervient pour bouleverser tout cela. Dans ce cas-là, on n'est pas en présence d'une décision rationnelle, mais le frère risque fort d'intenter des poursuites contre le médecin.

Si les testaments biologiques jouissaient d'une reconnaissance juridique au Canada, le médecin n'hésiterait absolument pas. Il ne prendrait en compte que le souhait de son patient. S'il y avait poursuite en justice, le médecin serait tout à fait exonéré. Mais pourquoi risquerait-il de mettre en jeu sa vie professionnelle? Pourquoi un médecin devrait-il faire les frais d'une bataille juridique?

Depuis près de 10 ans, sinon plus dans la plupart des cas, des pays comme l'Australie, la Belgique, la Colombie, les pays d'Amérique du Sud, le Danemark, l'Angleterre, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, Israël, le Japon, le

[*Text*]

States and throughout Canada for the better part of a decade, and in most countries much longer. In the United States of America, millions of documents are in circulation. Here in Canada, to my direct knowledge, at least 150,000 have been distributed since 1980.

The living will is simply one type of advance health care directive that may be used to express to others a person's wishes concerning his or her choice of health care treatment should the individual be unable to express these wishes for himself or herself. The living will directs the physician about the health care treatment the person accepts and the type of health care intervention an individual would refuse under given circumstances.

A durable power of attorney for health care is another form of advanced health care directive. In a durable power of attorney for health care, one names the person to whom they delegate the decision-making responsibility. This is a substitute or proxy who is informed on the person's philosophy of life, who accepts the responsibility and who will direct care as the patient would himself or herself.

If you would like further information on advanced health care directives rather than take your time now, I would refer you to an excellent document that has been prepared by the Manitoba Law Reform Commission. It has dealt with the issues simply but not simplistically. I think it has covered most of the bases in terms of good, safe legislation. Dying with Diginity believes the living will and a durable power of attorney to be companion documents that would work well in concert for health care needs.

The Canadian Medical Association supports the living wills. In their meeting this past August, they came forward with a very strong position paper on this.

Finally, I would like to commend Mr. Robert Wenman for his interest and courage in bringing a very sensitive subject before the eyes of the Canadian public and the House. Dying with Dignity reiterates our full support of Bill C-203. We would urge you to consider in favour of the matters before you today.

The Chairman: Thank you very much, Ms Seguin, for your presentation. I will go directly to questioning. Mr. Boudria.

Mr. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Thank you, Mr. Chairman. Initially, I was not even a member of this committee, but as things turned out, I am quite pleased to be here. I want to have the opportunity to hear as much testimony as possible on this very important issue.

Madam, you indicated you are a nurse. Am I correct?

Ms Seguin: Yes.

Mr. Boudria: Is food and water a medical treatment?

[*Translation*]

Luxembourg, la Nouvelle-Zélande, l'Afrique du Sud, la Suède, la Suisse, les États-Unis et le Canada, connaissent les testaments biologiques. Aux États-Unis, des millions de documents de ce genre existent, et, rien qu'au Canada, il y en aurait 150,000 depuis 1980.

Le testament biologique est tout simplement un genre de directive préalable concernant les soins, qui peut servir à indiquer aux autres les souhaits d'une personne concernant les traitements qu'elle veut recevoir au cas où elle ne pourrait pas exprimer ses souhaits elle-même. Le testament biologique donne des directives au médecin en ce qui concerne les soins que la personne accepte de recevoir et le genre d'intervention qu'elle refuse dans certaines conditions.

Une procuration permanente pour soins est une autre forme de directive préalable en matière de traitement. Grâce à ce genre de procuration, une personne désigne une autre personne à qui elle délègue la responsabilité de prendre des décisions. Celle-ci est un mandataire qui connaît la philosophie de cette personne et qui accepte la responsabilité de décider quels soins seront administrés.

Si vous voulez de plus amples renseignements sur les directives préalables concernant les soins, je vous demanderai de vous reporter à un excellent document préparé par la Commission de réforme du droit du Manitoba. La Commission explique les choses de façon simple, mais non simpliste. Je pense qu'elle a prévu tous les arguments, de façon à ce qu'on puisse rédiger une loi solide et incontestable. L'association «Mourir dans la dignité» pense que le testament biologique et la procuration permanente sont des documents qui se révèleraient très utiles pour ce qui est de l'administration des soins.

L'Association médicale canadienne appuie les testaments biologiques. À sa dernière réunion, en août, l'Association a exprimé très fermement sa position là-dessus.

En terminant, je voudrais féliciter M. Robert Wenman pour son intérêt et le courage dont il a fait preuve en soulevant cette question devant le public canadien et à la Chambre. L'association «Mourir dans la dignité» appuie résolument le projet de loi C-203. Nous vous exhortons à examiner d'un oeil favorable les questions qui vous sont soumises aujourd'hui.

Le président: Merci beaucoup, madame Seguin, de votre exposé. Nous allons passer tout de suite aux questions.

M. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Merci, monsieur le président. Au départ, je ne faisais pas partie du comité, mais je suis très heureux d'être ici. Je veux avoir l'occasion d'entendre le plus de témoignages possible sur cette question fort importante.

Madame, vous avez dit que vous étiez infirmière. C'est cela, n'est-ce pas?

Mme Seguin: Oui.

M. Boudria: La nourriture et l'eau sont-ils des traitements médicaux?

[*Texte*]

Ms Seguin: I think it is. It depends very much on the situation. I think that food and water are very much a part of caring for each other. When you go to visit my mother, the first thing she asks is whether you would like a cup of tea or something. This is part of our understanding of comforting and caring for each other, but it is still a life-prolonging measure.

Mr. Boudria: It is definitely life-prolonging, but that was not the question. What worries me here is that if we are talking about, for instance, the decision as to whether or not we will plug this terminally ill patient onto a machine that will extend his or her life for another six hours, maybe, and will cause additional suffering, that is one issue. At least in my mind, that is a different issue from the issue of whether we stop feeding this patient, either intravenously or otherwise. The method by which we feed the patient is not at question. When our statements in legislation or otherwise indicate withholding medical treatment, do we consider water and food to be that medical treatment? As far as I am concerned, it is very different.

• 1555

You are telling us that you consider food and water fed intravenously or otherwise to be medical treatment. Therefore, under this bill you would think that withholding food and water would be possible or even the appropriate thing to do—I don't want to put words in your mouth here.

Ms Seguin: I won't let you put words in my mouth. I believe all treatment is determined as the patient perceives, as the person perceives. If this person perceives that food and water are part of the ordinary circumstance of life and he or she wishes it, that is fine. To put somebody in restraints and to tie that person down for days, weeks, months or years, to implant a tube surgically into his stomach, I believe that is an intervention and an aggressive procedure, and I see a great deal of this.

Mr. Boudria: I was just trying to figure out exactly what the position was in regard to food and water, and I think I've cleared it up in my own mind. I don't agree with it, but I understand what you are telling us.

I would like to ask you a question of a different tone, but still on the same topic, obviously. What do you think of conscience clauses for health care workers, either with regard to this bill—should it ever become law, and I am almost tempted to say, Heaven forbid that it would ever become law, but I will withhold that—or with regard to an abortion bill, and so on? Should there be a conscience clause for someone who, for moral reasons, does not want to participate in this kind of activity, either withholding medical treatment or anything like that? Could that person be exempted from practising that kind of medicine? Could that person be protected from being reprimanded?

[*Traduction*]

Mme Seguin: Je pense que oui. Tout dépend de la situation. Je pense que la nourriture et l'eau nous permettent de faire preuve de considération envers les autres. Si vous rendez visite à ma mère, la première chose qu'elle vous offrira, c'est une tasse de thé ou autre chose. Cela fait partie de nos habitudes quand il s'agit de faire preuve de considération envers quelqu'un, mais il n'en demeure pas moins que c'est une mesure qui permet de prolonger la vie.

M. Boudria: Absolument, mais vous ne répondez pas à ma question. Ce qui me préoccupe, c'est que si on parle de la décision de brancher un patient en phase terminale sur une machine qui peut prolonger sa vie de six heures encore, et ajouter à ses souffrances, c'est un aspect de la question. Dans mon esprit du moins, c'est une question autre que celle qui consiste à savoir s'il faut cesser de nourrir ce patient, par voie intraveineuse ou autrement. Peu importe comment on s'y prend pour nourrir le patient. Quand les directives inscrites dans la loi ou ailleurs indiquent qu'il y a lieu de supprimer un traitement médical, est-ce qu'on considère l'eau et la nourriture comme un traitement médical? Pour ma part, c'est quelque chose de très différent.

Vous nous dites que vous considérez que l'administration de nourriture et d'eau par voie intraveineuse ou autrement est un traitement médical. Par conséquent, en vertu de ce projet de loi, vous estimeriez que l'on pourrait ou même que l'on devrait cesser de donner à manger et à boire au patient—mais je ne veux pas parler à votre place.

Mme Seguin: Je ne vous laisserai pas parler à ma place. J'estime que tout dépend de la perception qu'a le patient du traitement. Si le patient estime que la nourriture et l'eau sont des choses qui vont de soi et qu'il veut en recevoir, c'est bien. Cependant, quand on attache ce patient pendant des jours, des semaines, des mois et même des années, qu'on lui insère un tube dans l'estomac, j'estime que c'est là une intervention, une procédure agressive, et je suis très souvent témoin de telles situations.

M. Boudria: Je voulais simplement préciser qu'elle était votre position à l'égard de l'administration de nourriture et d'eau, et je pense avoir saisi. Je n'y souscris pas, mais je comprend ce que vous dites.

J'aimerais vous poser une question d'une autre nature, mais sur le même sujet, évidemment. Que pensez-vous des dispositions relatives à la conscience qui s'appliquerait dans le cas des professionnels de la santé, soit en ce qui concerne le projet de loi qu'on étudie—si jamais il était adopté, et je suis presque tenté de dire que j'espère qu'il ne le sera pas, mais je ne le dirai pas—ou en ce qui concerne un projet de loi sur l'avortement ou d'autres questions? Devrait-on y ajouter une disposition sur les cas de conscience pour tenir compte de la situation de quelqu'un qui, pour des raisons morales, ne veut pas participer à une activité de cette nature, qu'il s'agisse d'arrêter un traitement médical ou de prendre une autre mesure analogue? Est-ce que cette personne pourrait être exemptée de l'obligation d'agir ainsi? Est-ce qu'elle serait à l'abri de réprimandes?

[*Text*]

Ms Seguin: I don't presume to know the legalities of this, but if you are asking me as a nurse who would be employed by a hospital or required to care for someone, I believe I have to do that according to my conscience and I don't think any legislation should interfere with that. People should not be held hostage to a system. On the other hand, a health care worker who does not choose to provide certain kinds of care is usually able to work someplace else. Different hospitals, different institutions have different policies, and there are many policies that you have to agree with when you go to work at that institution. In some institutions a nurse is not allowed to do certain procedures. She is not allowed to witness certain documents, to do other things, and this is part of the whole perspective of free choice for health care professionals as well as for patients.

Mr. Boudria: Well, that wasn't the question. Obviously, someone who isn't licensed to practice medicine cannot do it. I was asking whether health care workers should be protected under a conscience clause when this kind of legislation or abortion legislation is such that it is for them a conscience matter in which they feel they cannot participate. Should there be rules that protect them from being reprimanded? That was the question, not the other way around.

• 1600

Ms Seguin: I agree. I think everyone should be protected and allowed to practice their profession in accordance with their conscience.

I can't force a doctor to give a treatment that is not appropriate to his belief of how this patient should be treated, and I think nurses and all health care workers should be protected.

Mr. Boudria: Historically, the problem has not been with doctors, of course, because generally they are self-employed. The problem has been with people like nurses who don't have that kind of liberty. As you know, there is even a nurses organization that is fighting for the issue I am referring to.

Ms Seguin: The nurses are being protected in many ways, though—the nurses who feel that they are being forced to administer care that is not in accord with their conscience. It goes both ways. As well, those nurses should not be subject to harassment.

Mr. Boudria: Do you mean to say that nurses who feel in good conscience that they should not care for a patient should not be forced to do so?

Ms Seguin: They shouldn't administer certain kinds of care, yes.

Mr. Boudria: Wow, that is frightening.

[*Translation*]

Mme Seguin: Je ne prétends pas connaître les subtilités juridiques qui s'appliqueraient, mais si vous me posez cette question à moi, en tant qu'infirmière travaillant dans un hôpital ou prenant soin de quelqu'un, je répondrais que je crois devoir faire ce que me dicte ma conscience et qu'aucun texte de loi ne devrait intervenir. Personne ne doit servir d'otage. Par ailleurs, un professionnel de la santé qui décide de ne pas fournir certains types de soins peut généralement trouver du travail ailleurs. Les hôpitaux, les établissements de santé ont des politiques différentes, et il faut s'accommoder d'un grand nombre de politiques quand on accepte de travailler dans tel ou tel établissement. Dans certains d'entre eux, une infirmière n'a pas le droit d'exercer certaines activités. Elle n'a pas le droit de consulter certains documents, de faire certaines autres choses, et tout cela fait partie du cadre dans lequel les professionnels de la santé comme les patients usent de leur libre arbitre.

M. Boudria: Ce n'est pas ce que je vous demandais. Il est bien certain que quelqu'un qui n'est pas autorisé à pratiquer la médecine ne peut pas le faire. Ce que je demandais, c'est si les professionnels de la santé devraient bénéficier d'une protection aux termes d'une disposition sur la conscience pour le cas où un texte de loi de ce genre ou une loi sur l'avortement les placeraient dans une situation où leur conscience leur dicterait de ne pas fournir tels ou tels soins. Devrait-il exister des règles les mettant à l'abri de toutes réprimandes? C'est ce que je vous demandais, et non pas l'inverse.

Mme Seguin: D'accord. Je pense que tout le monde devrait être protégé et être autorisé à exercer sa profession selon sa conscience.

Je ne peux pas forcer un médecin à dispenser un traitement au mépris de celui qu'il estime être le traitement approprié pour ce patient, et je pense que les infirmières et tout les professionnels de la santé devraient être protégés.

M. Boudria: L'histoire montre que le problème ne se pose pas dans le cas des médecins, bien sûr, puisqu'ils sont généralement établis à leur compte. Le problème se pose pour des gens comme les infirmiers, qui ne sont pas dans le même cas. Comme vous le savez, il y a même une organisation d'infirmières qui se bat pour cette cause dont je parle.

Mme Seguin: Les infirmières sont protégées de bien des manières—les infirmières qui estiment être forcées de fournir des soins contre leur conscience. C'est une arme à double tranchant. En outre, ces infirmières ne devraient pas être soumises à des mesures de harcèlement.

M. Boudria: Voulez-vous dire que les infirmières qui en toute conscience estiment ne pas devoir prendre soin d'un patient ne devraient pas être forcées de le faire?

Mme Seguin: Elles ne devraient pas donner certains types de soins, oui.

M. Boudria: Dites donc, c'est effrayant.

[*Texte*]

Ms Seguin: Nurses in intensive care units who are sustaining somebody with a minimal life for years... I came from a case like that last week. The man had a stroke 7.5 years ago. He has been in a persistent vegetative state ever since, and he now weighs 80 pounds. He is one massive putrefying bedsore, and the nurses caring for him are feeling that this is wrong, that it is not good medical practice.

It has gone to an ethics committee and the ethics committee is dealing with it. Fortunately, or unfortunately, the man died 24 hours ago. They would have reached their decision next week.

Mr. Boudria: When you say that what you have just described is not good medical practice... Medicine and everything that it entails was invented about 2,500 years ago. As far as I know, the oath administered to doctors works something like this:

> I will give no deadly medicine to anyone if asked, nor suggest any such counsel; and in like manner I will not give to a woman a pessary to produce abortion.

That is the hippocratic oath. Is that not what medicine—

Ms Seguin: There are very few doctors today who take a hippocratic oath. Regardless of that, that is the issue of euthanasia. What we are dealing with is advanced directives, the patient directing their own health care.

Mr. Boudria: But deliberately withholding food from a patient...

I am sorry, my time is up.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): I have two questions, but first I'd like to thank you for your presentation, for the clear articulation of your goals, and for presenting us with three or four cases in which I think we would all find it difficult, were we faced with the same situation. I think it is important that we are faced with some actual cases to cause us to think more seriously about these particular issues.

I would like to ask you one fairly specific question and then a more general one. What do you say to those people who argue that we don't need this bill, that doctors are already adequately protected from criminal sanction in the event of assisting patients who request to die?

Ms Seguin: Ten years ago I would have agreed with you. When Dying with Dignity started in 1980 we thought we did not need to have legislation in this matter. We felt that if we could educate people, if we could change attitudes, it would not have to be legislated, but I believe the temperature has changed. Doctors are feeling quite vulnerable in terms of the legislation, but more importantly, I think, ordinary people feel they need to be empowered to be in charge of their own health care; they need the legislation.

• 1605

Mr. Axworthy: So you don't think doctors are adequately protected under the present legal regime.

[*Traduction*]

Mme Seguin: Il y a des infirmières dans des services de soins intensifs qui maintiennent des personnes en vie en leur assurant le minimum vital pendant des années... J'ai eu connaissance d'un cas comme celui-là la semaine dernière. Le patient a eu une crise d'apoplexie il y a sept ans et demi. Il vit dans un état végétatif depuis, et il ne pèse plus que 80 livres. Il n'est plus qu'une énorme escarre. Les infirmières qui le soignent réprouvent cela et elles estiment que ce n'est pas une pratique médicale appropriée.

Le dossier a été soumis à un comité d'éthique, qui l'examine. Heureusement, ou malheureusement, le patient est mort il y a 24 heures. Le comité aurait rendu sa décision la semaine prochaine.

M. Boudria: Quand vous dites que ce que vous venez de décrire n'est pas une pratique médicale appropriée... La médecine, et tout ce qui l'entoure, remonte à 2,500 ans. À ma connaissance, le serment que prêtent les médecins dit à peu près ceci:

> Je ne remettrai à personne du poison si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative de pareille suggestion; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif.

C'est le serment d'Hippocrate. N'est-ce pas ce à quoi la médecine...

Mme Seguin: De nos jours, très rares sont les médecins qui prêtent ce serment. Cela étant dit, c'est une question d'euthanasie. Il est ici question de directives données à l'avance, d'un patient qui décide de son traitement.

M. Boudria: Mais le fait de priver délibérément un patient de nourriture...

Je suis désolé, mon temps est écoulé.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): J'ai deux questions à poser, mais je tiens d'abord à vous remercier pour votre exposé, pour avoir clairement précisé vos objectifs, et pour avoir mentionné trois ou quatre cas qui nous auraient paru à tous aussi épineux si nous nous étions trouvés dans la même situation. Il me semble important que nous soyons confrontés à des situations réelles pour nous amener à réfléchir plus sérieusement à ces questions.

J'aimerais vous poser une question assez précise et une autre d'ordre plus général. Que répondez-vous à ceux qui vous disent que nous n'avons pas besoin de ce projet de loi, que les médecins sont déjà suffisamment protégés contre les sanctions prévues au Code criminel s'ils aident des patients qui demandent à mourir?

Mme Seguin: Il y a 10 ans, j'aurais été d'accord avec vous. Quand l'association «Mourir dans la dignité» a été créée en 1980, nous estimions ne pas avoir besoin d'un texte de loi à cet égard. Nous croyions qu'en éduquant la population, nous pouvions changer les attitudes, qu'il n'était pas nécessaire de légiférer en la matière, mais je crois que la conjoncture a évolué. Les médecins se sentent assez vulnérables vis-à-vis de la loi, mais je crois surtout que les patients veulent être à même de prendre des décisions concernant leur propre santé; ils ont besoin de la législation.

M. Axworthy: Par conséquent, vous ne pensez pas que les médecins sont suffisamment protégés par la législation actuelle.

[*Text*]

Ms Seguin: There hasn't been a case, except for Dr. Shulman, but I think that has made people nervous.

Mr. Axworthy: Perhaps you could give us some indications of your experiences with families and the medical profession and nurses in the context of some of the cases in which you have been involved, basically their reactions. In particular, you might want to talk about the role of families and friends in these decisions, what role you feel they have, if any.

Ms Seguin: It is extremely important to have families who can care for you, who can wrap you in a cocoon of warmth and who can make you feel supported, but families can also go the other way. They can also interfere in a good relationship between the patient and the physician.

I think the experience we are having in recent years with AIDS is particularly important, where you have families who disagree with lifestyle, families who are non-supportive of people with AIDS and, quite frankly, don't want to have anything to do with the patient when they are going through the long and decimating illness. But so many times I see these same families want to jump in during the last few days of life and say, "this is how it's going to be", and it is just not appropriate.

If somebody wishes to take that authority and put it in the hands of someone who knows him better, who share more closely their particular philosophy, it must be so.

Mr. Axworthy: Those were all the questions I had.

Mr. Wilbee (Delta): I appreciate the presentation you have made today. I just have two or three comments and questions.

As you were presenting your brief, I thought you were advocating strictly a very passive form of euthanasia. In other words, you were suggesting that people be allowed to die rather than intervening to keep them alive. Then when I read your brochure, under the voluntary euthanasia declaration it says that it is the idea that under certain specified circumstances, you want to be assisted in achieving a gentle death, either by withdrawal of medical treatment or with medical assistance. Does that mean that you are advocating the use of drugs to hasten death? What are you suggesting, or what does your organization suggest there?

Ms Seguin: I believe there will be a time when voluntary euthanasia needs to be in place in Canada, but I think we need to do a lot of homework before then. We have to study what is happening in other places and we have to establish a protocol that we can agree is compatible with standards in medical practice.

I believe also that voluntary euthanasia is happening every day in this country. We don't want to talk about it. It is a discreet, quiet transaction between patient and physician. It has not been to our advantage or to the advantage of anyone else at this particular time to make a big hoopla about it, because actually the care of the dying person is much more important. I think it will come. I think it needs to come.

[*Translation*]

Mme Seguin: Il n'y a pas eu de problème, à part celui du D[r] Shulman, mais je pense que, depuis cette affaire, les gens sont nerveux.

M. Axworthy: Vous pourriez peut-être nous parler de vos expériences avec les familles, la profession médicale et les infirmières. Parlez-nous de leur réaction dans les situations auxquelles vous avez été mêlée. Vous avez peut-être des choses à nous dire sur le rôle que les familles et les amis peuvent jouer, à votre avis, dans de telles décisions.

Mme Seguin: Il est extrêmement important, pour un malade de savoir qu'il peut s'appuyer sur sa famille, de se sentir entouré par elle. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas dans les familles. En effet, les membres de la famille peuvent également nuire à une bonne relation entre le patient et son médecin.

Ce que nous vivons depuis quelques années avec le sida est particulièrement important. Certains parents ne sont pas d'accord avec la façon de vivre de leurs enfants; certaines familles n'ont aucune compassion pour les sidéens et ne veulent pas entendre parler de la personne atteinte pendant sa lente et cruelle agonie. Il arrive souvent que la famille de ces malades intervienne vers la fin de ses jours pour décider de son sort, et c'est vraiment regrettable.

Il serait préférable que de telles décisions soient prises par une personne qui connaît mieux le malade et qui partage sa philosophie.

M. Axworthy: Je n'ai pas d'autres questions.

M. Wilbee (Delta): Je vous remercie pour l'exposé que vous nous avez présenté. J'ai simplement deux ou trois commentaires et questions.

Lorsque vous avez présenté votre mémoire, je pensais que vous étiez en faveur d'une euthanasie purement passive. Autrement dit, je pensais que vous proposiez de laisser les gens mourir plutôt que d'intervenir pour les garder en vie. Je me suis rendu compte par la suite, en lisant votre brochure, qu'elle contient une déclaration d'euthanasie volontaire. Ce type d'euthanasie consiste pour le malade à obtenir de l'aide, dans certaines circonstances précises, pour mourir en douceur, soit par l'interruption du traitement médical, soit à l'aide d'une intervention médicale. Est-ce que cela signifie que vous préconisez l'utilisation de médicaments pour précipiter la mort? Qu'est-ce que l'euthanasie active signifie pour vous ou pour votre organisation?

Mme Seguin: Je pense qu'il faudra, un jour, instaurer l'euthanasie volontaire au Canada, mais, pour le moment, nous ne sommes pas encore prêts. Nous devons examiner ce qui se fait ailleurs et établir un protocole qui nous semble compatible avec les normes de la pratique médicale.

Je suis convaincu également qu'il y a chaque jour des cas d'euthanasie volontaire au Canada, mais que personne n'en parle. C'est un arrangement discret entre le malade et son médecin. Personne n'a intérêt à ce qu'on en parle trop, car le soin des mourants est beaucoup plus important. Un jour, pourtant, il faudra en parler.

[*Texte*]

Mr. Wilbee: So your organization does feel that in certain circumstances it is permissible to use drugs or medication to hasten death?

Ms Seguin: Many people would like to have that option.

Mr. Wilbee: My original question was going to be as follows. In medicine, there is always this matter of progression. We can provide morphine to relieve pain in cancer deaths, but we also know that if we increase that dosage, it is going to suppress respirations and hasten death. You are maintaining that this is acceptable?

• 1610

Ms Seguin: If the intent is the comfort of the patient, that is the primary goal here. That is what we are dealing with—comfort for the patient. If a side effect of that comfort, as in any other form of treatment of a side effect, is that death would be hastened, then that is what we have to accept.

Mr. Wilbee: One of the comments of the Canadian Medical Association is that these various types of livings wills, etc., should be reviewed frequently between doctor and patient, or I guess in your situation it would be between your organization and the patient. Do you have anything like that? Very often these documents are many, many years old by the time they actually come into use. Do you recommend that every three months, six months, or something, this be reviewed? Do you advocate a time limit, or is this something that needs to be reassessed? Should that be included in the law?

Ms Seguin: I don't know that it needs to be in the law, but certainly Dying with Dignity has been distributing a form of living will for as long as we have been an association.

We have developed a new document, and there is a package that goes with it that is very cheap—we are not trying to make money. We do advocate that people sign their living will, initial and date it, initial any amendments and so on, once a year. I think if you are in a situation of crisis of health care, it needs to be much more frequent than that. We also advocate that people signing living wills should have discussed them with their physician, not just asked him to put it on their medical record and so on, but actually had a dialogue with the physician to know that they are in accord with each other in understanding what is meant by certain quality-of-life decisions.

Mr. Wenman (Fraser Valley West): In the case of living will or health care directives, is it not fair to say that if you wish to call for withdrawal of care, you may do so, but if you wish to call for heroic measures and the maximum level of science and technology available in the medical field, you may also call for that? In other words, what this is really about is the individual giving direction to his own health care. It can be to the heroic measures side or it can be to the withdrawal of treatment side.

[*Traduction*]

M. Wilbee: Votre organisation pense donc qu'il est normal, dans certaines circonstances, de provoquer la mort à l'aide de certains médicaments?

Mme Seguin: Beaucoup de gens aimeraient avoir cette possibilité.

M. Wilbee: La première question que je voulais vous poser était la suivante. En médecine, il est toujours une question de progression. On peut donner de la morphine pour alléger les souffrances d'une personne qui meurt du cancer, mais on sait également que si l'on augmente la dose de morphine, on bloquera la respiration et on provoquera la mort. Est-ce que vous pensez qu'une telle pratique est acceptable?

Mme Seguin: C'est ce qu'on doit faire si l'on cherche avant tout à assurer le confort du patient. Ce qui nous préoccupe, c'est le confort du patient. Nous devons accepter que le médicament utilisé pour alléger les souffrances ait des effets secondaires, comme n'importe quel traitement, et qu'il puisse même précipiter la mort.

M. Wilbee: L'Association médicale canadienne pense que le malade devrait réviser fréquemment avec son médecin le testament biologique de vie ou tout autre document qu'il aurait pu signer. Dans votre cas, je crois que cela se passerait entre votre organisation et le patient. Est-ce que vous avez prévu une telle révision? Il arrive très souvent que les documents en question aient été signés bien longtemps avant qu'ils entrent en application. Est-ce que vous recommanderiez qu'ils soient révisés tous les trois mois, tous les six mois ou à d'autres intervalles? Pensez-vous qu'il faudrait imposer un délai de péremption ou réexaminer cette notion? Est-ce qu'il faudrait que cela soit stipulé dans la loi?

Mme Seguin: Je ne sais pas s'il faudrait le préciser dans la loi, mais l'association «Mourir dans la dignité» distribue des formulaires de testament biologique depuis qu'elle existe.

Nous avons mis au point un nouveau formulaire accompagné d'une documentation. Le tout est très bon marché, car notre but n'est pas de nous enrichir. Nous recommandons aux gens de signer et de dater leur testament biologique et de parapher toutes les modifications une fois par an. Je crois même que cette procédure doit être plus fréquente lorsque l'auteur du testament biologique a des problèmes de santé. Nous recommandons également aux personnes qui établissent un testament biologique d'en parler avec leur médecin, pas seulement pour qu'il le classe dans leur dossier médical, mais afin d'avoir avec lui un véritable dialogue et de s'assurer qu'ils s'entendent sur la signification de certaines décisions relatives à la qualité de la vie.

M. Wenman (Fraser Valley-Ouest): Le testament biologique ou les directives concernant les soins ne doivent-ils pas aller dans les deux sens et permettre, d'une part l'interruption des soins si la personne le souhaite, mais, d'autre part, la prestation de soins extraordinaires faisant appel à toute la science et à toutes les techniques médicales disponibles? Autrement dit, le signataire du testament biologique donne des directives sur les soins qu'il souhaite recevoir. Selon les options, il peut s'agir de soins extraordinaires ou d'interruption du traitement.

[*Text*]

Ms Seguin: Absolutely. That is stipulated in our living will. We have qualifications for both: "affirming treatment under these situations, I would want all of these things done"; and we give options for the other side: "under these situations I would not wish these treatments". But it has to be both ways. The people have to feel it is free choice for them.

Mr. Wenman: We could all understand that life begins at birth, at either conception or some time during nine months. There is general agreement on that. But when does one come to the end of one's life? What do you mean by "coming to the end of one's life"? When is that? How do you judge that?

Ms Seguin: You have to judge that for yourself. I think everybody sees it somewhat differently. My nephew, who was nine at the time, asked me this same sort of qustion when his father—my brother—died at 39 three years ago. Danny said to me, "When did my dad really die?" Was it when the metre read his respirations were 78, when it read they were 40, when they were 10, or was it when the nurse pulled the screen over in front of the metre so it couldn't be read any more? "When did my dad really die?" I can't answer that question for him.

There is a time, certainly, when people who are in a devastating illness recognize it is the end of their life. I have been present for more than 300 deaths in the last couple of years, and I would say that most people receive a peaceful sense. They know when it is the end of their life. I'm not saying it is the same for everybody, but most people have less pain. They certainly don't experience hunger, thirst, etc., at the end of life. There is a sense of when it is.

• 1615

Mr. Wenman: Die a natural death— it's a matter of when doctors or medical technology will allow that natural death to occur. If there's a withdrawal of treatment, then the next stage is up to natural death. Right?

That's usually what we're waiting for, that time of peace and whatever. In other words, we stop fighting it. Medical science stops fighting it, and the human body stops fighting it. Your mind and your whole system, which is always fighting for life, gives up and accepts death, and we have to try to find that point as peaceably as possible. Agreed?

Ms Seguin: I agree entirely.

Mr. Fee (Red Deer): Ms Seguin, you're causing me a problem because you're coming across as a very caring, compassionate person, and as I was telling the drafter of the bill, I had a few problems with the concept before we started. Like Mr. Boudria, I welcome the opportunity to get involved in this and do some serious soul-searching and thinking about the whole concept.

I'd like to know just whether this bill is needed or not.

[*Translation*]

Mme Seguin: Tout à fait. Notre testament biologique prévoit les deux options: «Dans un tel cas, je souhaite bénéficier de tous les traitements disponibles»; et nous donnons également l'autre possibilité: «Dans un tel cas, je souhaite ne recevoir aucun de ces traitements». Il faut que le testament biologique présente les deux options et que le signataire ait le sentiment de pouvoir véritablement choisir.

M. Wenman: On comprend facilement que la vie commence à la naissance, soit au moment de la conception, soit quelque temps plus tard au cours des neuf mois de gestation. Tout le monde semble s'entendre là-dessus. À quel moment peut-on dire que l'on est parvenu à la fin de notre vie? Qu'entendez-vous par là? À quel moment peut-on dire que l'on est parvenu à la fin de notre vie et comment peut-on en juger?

Mme Seguin: Chacun est son propre juge. C'est différent pour tout le monde. Mon neveu m'a posé ce genre de question lorsque son père, mon frère, est mort à l'âge de 39 ans, il y a trois ans. Danny, qui avait alors neuf ans, m'a demandé: «Quand est-ce que papa est vraiment mort? Est-ce que c'est lorsque l'appareil indiquait qu'il avait 78 respirations par minute, 40 ou 10, ou lorsque l'infirmière a mis le cache sur l'appareil pour nous empêcher de lire? Quand est-ce que papa est mort?» Je ne peux pas répondre à cette question pour lui.

Les gens qui sont atteints d'une maladie grave savent quand ils arrivent au bout de leur vie. Depuis deux ans, j'ai assisté à plus de 300 décès et je peux vous dire que la plupart des gens ressentent à un moment donné une sensation de paix. Ils savent quand ils arrivent au terme de leur vie. Je ne prétends pas que ce soit la même chose pour tout le monde, mais la plupart des gens éprouvent un certain répit dans leur souffrance. Les malades n'ont ni faim ni soif à la fin de leur vie. Ils savent quand la mort est là.

M. Wenman: Un malade peut mourir de mort naturelle lorsque les médecins et la science médicale cessent d'intervenir. Après la suspension du traitement, la prochaine étape, c'est la mort naturelle, n'est-ce pas?

Le malade attend généralement cette période d'apaisement. Autrement dit, le malade cesse de lutter. La science médicale cesse d'intervenir et le corps humain ne lutte plus pour la vie. L'esprit et l'organisme tout entier qui se battent toujours pour la vie, finissent par accepter la mort, et le malade doit essayer de parvenir à ce point de la manière la plus paisible possible. Est-ce que vous êtes d'accord?

Mme Seguin: Je suis tout à fait d'accord.

M. Fee (Red Deer): Madame Seguin, vous me posez un problème, parce que je vous perçois comme une personne douce et pleine de compassion et, comme je l'ai fait savoir au rédacteur du projet de loi, cette question me pose un problème. Tout comme M. Boudria, je saisis l'occasion d'examiner sérieusement cette question et de réfléchir à tout cela.

J'aimerais savoir si ce projet de loi est utile.

[*Texte*]

Obviously, from your viewpoint, you have some examples that make you feel it is, in order to protect the physician from potential legal action later. I am not aware of any action that's been started or concluded in Canada against a doctor who has withheld medical aid at the request of a patient or a family. You've spent more time looking at this than I have, so you might be able to comment. I may be wrong.

My second question relates to the status of the living will. Much of your argument was based on the fact that if we had that, we wouldn't have to worry about family interfering later on, prolonging life when someone didn't want it prolonged. But I have a concern that even if someone signed a living will, and then later became incompetent to look after themselves, their decision could be overruled by a well-meaning family member. Would you comment?

Ms Seguin: To deal with the first one, I don't know. There has not been any case put forward in Canada of a physician being charged for going against the wishes of the patient in end-of-life decisions.

Mr. Fee: That's what I thought, but I wasn't aware of it for certain. Thank you.

Ms Seguin: No, that is absolute. But that doesn't mean physicians aren't very nervous about this. Our health care is changing drastically. What we can do now, we just couldn't do 10 years ago. I think the decisions are becoming very different on a day-to-day basis in medicine.

Doctors are nervous. Maybe their insurance agents are making them nervous. I don't know, but they want some guidance on this. What harm is this legislation going to do? I can't see that there is any great harm in it.

On the other hand, there may be a great deal of benefit if people feel more comfortable. If they feel they are in a stronger position, that they have more control over the end of their life, it is a very valuable thing.

Mr. Fee: I have another concern that I will address to Mr. Wenman later.

The status of the living will— If a person's no longer competent to make his or her own decisions once it has been signed, suppose the belief system of a relative or a well-meaning family member says it has to be negated.

Ms Seguin: This is why we need the companion documents. We need the durable power of attorney for health care. You need to put that power in a specific person's hands to act on your behalf. I can show you a very recent case of a person with nine children. Three were for, four were against, two sat on the fence— what are we going to do? They all had an equal right to participate in this decision if the father couldn't do so himself.

Mr. Boudria: Your brochure says, under the heading "Introduction":

[*Traduction*]

De votre côté, vous êtes convaincue, d'après les exemples que vous connaissez, que ce projet de loi est utile pour protéger les médecins contre les poursuites judiciaires. Je n'ai pas connaissance de poursuites intentées au Canada, avec succès ou non, contre un médecin qui a suspendu le traitement médical à la demande d'un malade ou de sa famille. Dites-moi si je me trompe, puisque vous avez consacré plus de temps que moi à l'étude de cette question.

Ma deuxième question se rapporte à l'application du testament biologique. La plus grande partie de votre exposé a consisté à nous expliquer que le testament biologique évite au médecin d'avoir à s'inquiéter des interventions de la famille du malade en vue de prolonger sa vie alors que le malade lui-même ne souhaite pas qu'elle soit prolongée. Il y a pourtant le risque que le signataire d'un testament biologique devienne par la suite incapable de prendre des décisions concernant sa santé et que son option première soit modifiée par un membre bien intentionné de sa famille. Quelle est votre opinion à ce sujet?

Mme Seguin: Je ne connais pas la réponse à votre première question. Aucun médecin n'a été accusé, au Canada, d'aller à l'encontre du désir d'un malade en prenant la décision de ne plus le garder en vie.

M. Fee: C'est bien ce que je pensais, mais je n'en étais pas certain. Merci.

Mme Seguin: C'est absolument certain, mais, en revanche, c'est une question qui inquiète beaucoup les médecins. Les soins de santé évoluent énormément. Certains traitements offerts aujourd'hui n'étaient pas possibles il y a 10 ans. À mon avis, les décisions que les médecins sont amenés à prendre à chaque jour sont très différentes.

Les médecins sont inquiets. C'est peut-être la faute de leur agent d'assurances. Je ne sais pas, mais ils ont besoin de points de repère. Je ne crois pas que cette loi aura des conséquences négatives.

Par contre, elle aura beaucoup de côtés positifs si elle met les gens plus à l'aise. Ce serait très bien que les gens aient le sentiment d'avoir plus de contrôle sur les derniers jours de leur existence.

M. Fee: J'ai un autre problème que je soumettrai plus tard à M. Wenman.

L'application du testament biologique... Prenons le cas d'une personne qui a signé un testament biologique, et qui n'est plus capable de prendre de décisions. Supposons qu'un membre bien intentionné de sa famille décide qu'il ne faut pas tenir compte du testament.

Mme Seguin: C'est la raison pour laquelle nous avons besoin de documents annexes. Nous avons besoin d'une procuration durable concernant les soins. Il faut donner cette procuration à la personne qui doit agir en votre nom. Je peux vous citer le cas récent d'un homme qui avait neuf enfants. Trois d'entre eux étaient pour, quatre étaient contre et deux étaient indécis. Que faire dans une telle situation? Ils avaient tous le droit de participer à cette décision concernant leur père, qui ne pouvait plus décider par lui-même.

M. Boudria: On peut lire ceci dans l'introduction de votre brochure:

[*Text*]

All individuals in Canada already possess the right to accept or refuse all types of medical treatment.

—and so on. If that's the case, why do we need this bill?

• 1620

Ms Seguin: We have the right, but it doesn't always work for us. We still have interfering family members. We still have health care providers who are insecure with the system and who would like to see something clearly articulated in our law.

Mr. Boudria: I have no further questions.

The Chairman: Thank you very much, Ms Seguin.

The next witness will be Marilyn Bergeron, National President of Alliance for Life. With her is Jakki Jeffs, Executive Director General of Alliance for Life.

First of all, you have a presentation.

Ms Marilyn Bergeron (National President, Alliance for Life): Yes, we do, Mr. Chairman, and good afternoon. I would like to thank you for this opportunity to express the concerns of Alliance for Life regarding Mr. Wenman's Bill C-203.

Alliance for Life is a federation of over 250 local pro-life educational groups across Canada. Our mandate is to educate people towards a greater respect for all human life, from the moment of conception to the time of natural death.

Alliance for Life has followed the progress of the euthanasia forces world-wide for a number of years. It has produced pamphlets and articles on the issue. You have our brief, which was submitted last week. My comments will be different from that.

It has been said that history will judge us as a nation by the way we treat the weakest and most defenceless in our society—the elderly, the sick, and the handicapped. The euthanasia mentality looks at killing as a form of treatment. If we accept that, we will not be judged well as a society.

It is important to understand that Alliance for Life does not support needless or useless treatment, the kind of treatment that keeps people alive past the time when they are ready to die and should die. What we oppose is euthanasia, which is the action or the lack of action that causes death.

There is a process that has been used in many nations to bring society to the point where we would even be discussing euthanasia, the killing of the weak and the infirm. The first step is where a relatively small group of people works to create a right from wrong. They do this by focusing on the hard cases, to prove that a problem exists.

We have seen in this country and in the United States a rash of television specials and newspaper editorials and magazine articles featuring people, usually women for some reason, who die a long and painful death. For some other

[*Translation*]

Au Canada, tout le monde possède déjà le droit d'accepter ou de refuser tous les types de traitements médicaux.

—etc. Si tel est le cas, quelle est l'utilité du projet de loi?

Mme Seguin: Ce droit existe, mais il ne nous est pas toujours favorable. Il y a toujours certains membres de la famille qui s'en mêlent. De leur côté, les personnes qui prodiguent les soins ne se sentent pas protégés par le système et aimeraient que la loi soit plus claire.

M. Boudria: Je n'ai pas d'autres questions.

Le président: Merci, madame Seguin.

Le témoin suivant est Marilyn Bergeron, président national de l'Alliance pour la vie. Elle est accompagnée de Jakki Jeffs, directeur général de l'Alliance pour la vie.

Vous allez tout d'abord nous présenter votre exposé.

Mme Marilyn Bergeron (présidente nationale, Alliance pour la vie): Très bien. Bonjour monsieur le président. Je veux vous remercier de nous donner l'occasion d'exprimer les préoccupations de l'Alliance pour la vie en ce qui a trait au projet de loi C-203 de M. Wenman.

L'Alliance pour la vie est une fédération de plus de 250 groupes locaux d'information pour la vie, implantés dans diverses régions du Canada. Nous nous sommes donné pour mandat de faire naître dans la population un plus grand respect pour la vie sous toutes ses formes, du moment de la conception au moment de la mort naturelle.

L'Alliance pour la vie suit depuis quelques années l'évolution des forces favorables à l'euthanasie. Elle a produit des brochures et des articles sur la question. Vous avez reçu notre mémoire qui vous a été remis la semaine dernière. Mes commentaires ne vont pas reprendre textuellement ce mémoire.

On a dit que l'histoire nous jugera en fonction du traitement que nous accordons aux plus faibles et aux plus démunis de la société: les personnes âgées, les malades et les handicapés. Les partisans de l'euthanasie considèrent la mort comme une forme de traitement. Notre société ne saurait être jugée favorablement par l'histoire si elle acceptait un tel principe.

Il est important de comprendre que l'Alliance pour la vie n'est pas en faveur des traitements inutiles qui prolongent indûment la vie des personnes qui sont prêtes à mourir et qui devraient mourir. En revanche, nous sommes contre l'euthanasie, qui consiste à prendre des mesures ou à refuser d'intervenir dans le but de provoquer la mort.

Dans beaucoup de pays, on note une tendance à amener la société à envisager l'euthanasie, c'est-à-dire l'assassinat des faibles et des infirmes. Dans la première étape, une poignée de gens visent à faire passer le mal pour le bien. Pour prouver qu'un problème existe, ils se réfèrent à des cas extrêmes.

Au Canada et aux États-Unis, il y a eu toute une série d'émissions spéciales à la télévision, d'éditoriaux et d'articles dans les magazines, présentant des personnes, généralement des femmes, victimes d'une longue et pénible agonie. Je ne

[*Texte*]

reason, medicine to control pain seems to be missing in most of these scenarios. The writers and the directors prey on our very strong emotions of compassion for the family and for the victim, and our emotion of fear that we might end up in a similar situation.

These movies and articles leave us thinking that all patients—all of us—are in danger of being kept alive unnecessarily. I would suggest that if you think about the people you know who have died in the past 10 years, very few of them died in hospitals hooked up to machines.

These movies and articles convince us that we need laws to protect us from unscrupulous doctors, when most doctors, in fact, will treat or cease to treat a patient according to his or her best interests. There are already laws to protect us from negligence and bad medicine.

At the same time, the myth grows that the doctor risks criminal charges if he or she removes treatment from a patient; yet, no doctor in Canada has ever been charged for discontinuation of unnecessary treatment. Doctors, who are not experts in law, accept this notion that they need protection from their patients.

The need being created becomes a right, and the slogan "right to die" has misled people into believing that somehow they can control death. In fact, death is inevitable, isn't it? It will happen to all of us. Rarely, if ever, can we predict under what circumstances.

The pro-euthanasia movement offers us living wills. These living wills give people a false sense of security that they will never be hooked up to machinery, and that therefore they are somehow in control of death.

• 1625

In actual fact, a signer of a living will gives up rights and control to whichever doctor is in the position to interpret the usually vaguely worded document. The law will protect the doctor no matter what he or she does.

Once living wills become recognized in law, we as a society will have accepted the position that we have a right to control death. The next step in the plan is the legalization of suicide. After all, if we have a right to control our death, it is only logical that we can commit suicide if we so choose. It then follows that if we have the right to suicide, we should also have the right to assist at suicide; that is, a doctor or a friend should be able to help us commit suicide if we want help. This is often referred to as "aid in dying".

If this seems far-fetched, we need only to read the bill that Mr. Axworthy proposed last week. It called for a euthanasia referee, who would decide whether someone with an irreversible or incurable disease really understood what he or she was asking for in asking to be killed. The referee would then have the responsibility to accept or deny the application.

[*Traduction*]

sais pas pourquoi, mais on ne parle jamais, dans ces comptes rendus, des médicaments qui permettent de soulager la douleur. Les auteurs de ces comptes rendus et de ces films manipulent la sympathie que nous éprouvons pour la famille et pour la victime elle-même, ainsi que notre crainte de vivre une situation identique.

Ces articles et ces films nous amènent à croire que nous risquons tous un jour d'être gardés inutilement en vie. Or, si vous pensez à toutes les personnes de votre entourage qui sont mortes depuis dix ans, vous vous apercevrez que très peu d'entre elles sont décédées à l'hôpital, branchées sur des machines.

Tous ces films et tous ces articles veulent nous convaincre que nous avons besoin de lois spéciales pour nous protéger contre des médecins peu scrupuleux alors que la plupart des médecins décident de poursuivre ou d'interrompre le traitement d'un patient selon son intérêt véritable. Il existe déjà des lois pour nous protéger contre les négligences et les erreurs des médecins.

Parallèlement, on propage le mythe que les médecins risquent d'être poursuivis s'ils cessent d'accorder un traitement à un patient, alors qu'aucun médecin n'a jamais été poursuivi au Canada pour avoir interrompu un traitement inutile. Les médecins, qui ne sont pas rompus aux subtilités de la loi, acceptent de croire qu'ils doivent se protéger contre leurs patients.

Le besoin étant créé, il devient un droit, et le slogan revendiquant le «droit de mourir» a amené les gens à croire qu'ils pouvaient décider de leur mort. De fait, la mort est inévitable. Nous devons tous y passer. Cependant, il est rare ou même impossible d'en prévoir les circonstances.

Les partisans de l'euthanasie nous proposent le testament biologique. Ce testament nous donne une fausse impression de sécurité en nous laissant croire que nous ne serons jamais branchés sur une machine et que nous pouvons, de ce fait, décider de notre mort.

De fait, le signataire d'un testament biologique renonce à ses droits et remet son sort entre les mains du médecin qui interprétera le document rédigé en termes vagues. La loi protège le médecin, peu importent les décisions qu'il prend.

Dès lors que le testament biologique sera reconnu par la loi, notre société aura accepté que nous avons le droit de décider de notre mort. La prochaine étape sera la légalisation du suicide. Après tout, si nous avons le droit de décider de notre mort, il est tout à fait logique que nous puissions nous suicider si nous le désirons. La suite logique de ce raisonnement, c'est que nous avons également le droit d'aider une autre personne à se suicider; qu'un médecin ou un ami devrait pouvoir nous aider à nous suicider, si nous le leur demandons. C'est ce que l'on appelle souvent «aider quelqu'un à mourir».

Si cela vous paraît exagéré, il suffit de lire le projet de loi qu'a présenté M. Axworthy la semaine dernière. Il y est question d'un arbitre de l'euthanasie qui aurait pour tâche de décider si une personne atteinte d'un mal incurable ou irréversible comprend vraiment ce qu'elle demande lorsqu'elle réclame l'euthanasie. L'arbitre aurait ensuite pour responsabilité d'accepter ou de refuser la demande.

[*Text*]

The step that follows this close on its heels is to pressure the elderly and the infirm to ask for euthanasia and to make the decision for those who cannot make it themselves, on the theory that they would want to be killed if they could ask for it.

Make no mistake about it, ladies and gentlemen, this debate is not about the right to die; it is about the right to kill. At an international euthanasia conference in 1984, a speaker said:

> If we can get people to accept the removal of all treatment and care—especially the removal of food and fluids—they will see what a painful way this is to die, and then, in the patient's best interest, they will accept the lethal injection.

Mr. Wenman has stated that his bill deals with the right of individuals who are in the latter stages of terminal illness to refuse and withdraw medical treatment. In several of the American states, as Mr. Boudria pointed out, food and fluids have been recognized by the courts as medical treatment. The same will happen in Canada. And compassion, which we all feel, will demand the lethal injection to prevent that slow, painful death from starvation and dehydration.

Alliance for Life opposes Bill C-203 for several reasons.

First of all, we believe it is unnecessary. The pamphlet from Dying with Dignity states very clearly that Canadians already possess the right to refuse medical treatment. They are also entitled to be fully informed by their medical advisers as to the appropriateness and efficacy of all treatment options. All persons are free to direct the cessation of further medical intervention, particularly when the treatment merely prolongs suffering. Your last witness has changed her opinion on this particular idea of the need for legislative living wills, but the fact remains that the situation has not changed. That is still the situation in Canada.

Our second reason for opposing the bill is that it is not specific enough and it is therefore open to very liberal interpretation. One of the examples that I feel is not specific enough is the phrase "to prolong life"; in the explanatory note it is not clear. One of the dictionary definitions of "prolong" is to "cause to continue". That could be interpreted to mean that if a patient does not specifically request that his life be prolonged, the physician can end the life and be protected from criminal charges.

The phrase "medical treatment" is not defined. Medical treatment, as we've pointed out, could include food and water, simple antibiotics and insulin. The phrase "measures to eliminate or relieve suffering" is not clearly defined. The phrase "medically useless and not in the best interests of the person" is very vague. Who decides "in the best interests of the person" or what is "medically useless?"

[*Translation*]

L'étape suivante consisterait à inciter les personnes âgées et les infirmes à demander l'euthanasie et à prendre la décision pour les personnes qui ne peuvent pas décider elles-mêmes, sous le prétexte qu'elles réclameraient l'euthanasie si elles pouvaient le faire.

Ne nous méprenons pas, mesdames et messieurs, le débat ne porte pas sur le droit de mourir, mais sur le droit de tuer. Voici ce qu'a déclaré un conférencier, lors d'une conférence internationale sur l'euthanasie tenue en 1984:

> Si l'on peut réussir à convaincre les gens d'accepter la suppression des traitements et des soins—surtout de l'eau et de la nourriture—ils vont voir à quel point il est douloureux de mourir. Ensuite, dans l'intérêt du patient, ils vont accepter l'injection mortelle.

M. Wenman affirme que son projet de loi aborde la question du droit des malades qui sont en phase terminale de refuser un traitement médical. Comme l'a signalé M. Boudria, la nourriture et les liquides sont considérés comme des traitements médicaux par les tribunaux de plusieurs États américains. Ce sera bientôt la même chose au Canada. Par pure compassion, il sera facile de réclamer alors l'injection mortelle qui épargnera au malade une mort lente et douloureuse causée par la faim et la déshydratation.

L'Alliance pour la vie est contre le projet de loi C-203 pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, nous pensons qu'il est inutile. La brochure de l'association «Mourir dans la dignité» explique très clairement que les Canadiens possèdent déjà le droit de refuser un traitement médical. Ils ont également le droit d'être informés de façon détaillée par leur médecin de la pertinence et de l'efficacité de toutes les possibilités de traitement. Toutes les personnes sont libres de mettre un terme à une intervention médicale, particulièrement lorsque le traitement ne fait que prolonger les souffrances. Votre dernier témoin a changé d'opinion en ce qui concerne la nécessité de mentionner le testament biologique dans la loi, mais il n'en demeure pas moins que la situation n'a pas changé au Canada.

Deuxièmement, nous nous opposons au projet de loi, car nous estimons qu'il n'est pas suffisamment précis et qu'il peut se prêter à des interprétations très libérales. Par exemple, la note explicative n'est pas assez précise quand il est question de «prolonger l'agonie». Dans le dictionnaire, «prolonger» signifie, entre autres, «faire durer plus longtemps». On peut interpréter ce texte de manière à protéger contre toutes poursuites un médecin qui mettrait un terme à la vie d'un patient qui ne lui aurait pas demandé expressément de prolonger sa vie.

L'expression «traitement médical» n'est pas définie. Or, comme nous l'avons vu, la nourriture et l'eau, les antibiotiques courants et l'insuline peuvent être considérés comme des traitements médicaux. L'expression «mesures destinées à supprimer ou à soulager les souffrances physiques d'une personne» n'est pas clairement définie. L'expression «qui est médicalement inutile et n'est pas dans l'intérêt véritable du malade» est très vague. Qui décide de ce qui est médicalement inutile ou dans l'intérêt véritable du malade?

[*Texte*]

There is another line that starts "administer palliative care", which we all understand, or "measures intended to". What does the word "or" suggest there? The last phrase that gives me tremendous concern is "under the direction of a medical practitioner". It is specially worrisome because directions can be given to anyone by phone or in writing, and one would expect, at the very least, supervision by the doctor.

• 1630

Thirdly, we believe this bill is dangerous. Doctors will be afraid to treat people in emergency rooms until they have searched for living wills. If a patient does not have a living will, then the doctor is going to have to guess whether it is simply not with him. Am I going to be following it? Am I going to be charged with overtreatment or with undertreatment? I believe it is going to jeopardize the whole practice of medicine.

There has been a lot of discussion about talking to your family physician about what you want in a living will. This is presuming that people die under the care of their family physician, not in a hospital setting after some kind of emergency accident wherever they have been travelling. There are any number of scenarios where the doctor or doctors treating the patient has no knowledge of the family history.

Fourth, the bill undermines our medical system by destroying truth in the patient-doctor relationship and by putting doctors who have traditionally been healers into the position where they also end the lives of their patients.

Fifth, we believe this whole issue is being rushed. Most Canadians, and I suspect most of the Members of Parliament, have little if any understanding of the issue of euthanasia, or living wills in general, or the ramifications of this piece of legislation. Without question, most people in this country are not even aware that this issue is being discussed in Parliament. Yet it is an issue that will profoundly affect society.

Lastly, we believe this bill will open the door to euthanasia, which is the deliberate killing of the elderly and the infirm in this country. Alliance for Life believes there are more compassionate and loving ways to help people live with dignity until they die. We call on this committee to defeat Bill C-203 and instead encourage the government to promote palliative care and pain control and to educate all Canadians, including doctors, about their legal rights concerning medical treatment. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Ms Bergeron.

Mr. Axworthy: First, let me thank you for your presentation. I think you presented us with a pretty clear statement of your opposition to the notion of euthanasia and of protecting physicians, or the need to protect physicians in that process. I think it is useful to hear those statements made clearly and precisely and for us to discuss them.

[*Traduction*]

Il y a une autre phrase qui commence par «administrer des soins palliatifs», ce qui se conçoit bien, ou «des mesures destinées à supprimer ou soulager les souffrances». Que signifie le «ou»? La dernière phrase qui m'inquiète beaucoup est la suivante: «sous la direction d'un médecin qualifié». C'est vraiment inquiétant, car on peut donner des directives à n'importe qui par téléphone ou par écrit, et on pourrait s'attendre à ce que le traitement soit prodigué sous la surveillance du médecin.

Troisièmement, nous estimons que ce projet de loi est dangereux. Les médecins éviteront de soigner les gens dans les services d'urgence avant d'avoir vérifié s'ils n'ont pas signé un testament biologique. Si un malade ne porte pas son testament sur lui, le médecin devra se demander si ce document ne se trouve pas ailleurs. Le médecin va se demander s'il doit le soigner, s'il risque d'être poursuivi pour lui avoir donné un traitement inutile, ou, au contraire, pour négligence. Je crois que toute la pratique médicale en sera bouleversée.

Il a beaucoup été question d'inciter les signataires des testaments biologiques à consulter leur médecin de famille. Cela suppose que les gens meurent plus souvent dans les bras de leur médecin de famille que dans la salle d'urgence d'un hôpital, loin de chez eux, après avoir été victimes d'un accident. Dans bien des cas, les médecins qui soignent un malade n'ont aucun moyen de connaître son dossier médical.

Quatrièmement, le projet de loi nuit à notre système médical en détruisant la confiance qui prévaut dans la relation entre le patient et son médecin et en donnant au médecin un rôle nouveau consistant, non plus à sauver des vies, mais à mettre un terme à la vie de leurs patients.

Cinquièmement, nous estimons que nous n'avons pas eu le temps de réfléchir à toute cette question. La plupart des Canadiens, et je crois même la plupart des députés, connaissent mal la question de l'euthanasie ou des testaments biologiques en général et ils perçoivent mal les conséquences de ce projet de loi. La plupart des Canadiens et des Canadiennes ne savent même pas que cette question est débattue au Parlement. Et pourtant, il s'agit d'une question qui touche profondément la société.

Enfin, nous craignons que ce projet de loi soit la porte ouverte à l'euthanasie, qui consiste à faire mourir délibérément les personnes âgées et les infirmes. L'Alliance pour la vie estime qu'il y a bien d'autres moyens plus sensibles et plus chaleureux d'aider les gens à vivre dans la dignité jusqu'à leur mort. Nous demandons au comité de rejeter le projet de loi C-203 et d'inciter plutôt le gouvernement à encourager les soins palliatifs et les traitements contre la douleur et à aider la population canadienne, y compris les médecins, à prendre conscience des droits que lui accorde la loi en matière de traitement médical. Je vous remercie.

Le président: Merci beaucoup, madame Bergeron.

M. Axworthy: Tout d'abord, permettez-moi de vous remercier pour votre exposé. Je pense que vous nous avez présenté de manière assez claire votre opposition à la notion d'euthanasie et à la nécessité de protéger les médecins. Je pense qu'il est utile que de telles déclarations soient formulées clairement et avec précision et qu'on en débatte.

[*Text*]

I will just ask a few specific questions. Then perhaps I might have a more general one at the end. Before I got into this business, slippery-slope arguments were used on a regular basis, as you know. I think they have very little merit myself. I don't think something has to happen simply because something else happens. I think there are ample opportunities for us to ensure we deal with one issue and not with a whole range of issues and start a whole fall of dominoes.

If your slippery-slope argument isn't valid, what then? Do you support this bill if it doesn't lead to all the things you were suggesting it might lead to?

Ms Bergeron: No, because I do believe it is a dangerous piece of legislation. I think it is not specific enough. I think it will be, or certainly has the opportunity to be, badly interpreted by the courts and by the medical field.

Ms Jakki Jeffs (Executive Director, Alliance for Life (Ontario)): May I comment? I really applaud Mr. Wenman. I have had to do research on this. I know your struggles because I have had them. Let us look at it. If there had been hundreds and thousands of doctors taken to court for not doing what this legislation is going to protect them from being criminally punished for doing, I would say maybe this legislation is necessary.

But there has not been a court case. This is why at the beginning of this, we asked why now? I think the intent of the slippery slope is there. I don't think there is a case that it isn't there. The fact that we haven't had these cases come up proves there has to be another agenda with this bill, that the slippery slope is indeed a fact, not fiction.

Mr. Axworthy: There are all sorts of reasons why people don't get prosecuted. It is not that there is not a legitimate crime, according to the Criminal Code, that might have been committed. You have the problem of witnesses and all sorts of other things. Maybe I can just clarify that one point. If the fear of physicians being prosecuted is a valid one—you say it is not, but let's assume that it is for the moment—would you support this bill? Did you say you would support this bill in those circumstances?

• 1635

Ms Jeffs: Good question. That's—

Mr. Axworthy: The point of my question is that there are some things you're suggesting that will happen or don't need to happen in the event that this bill passes. I don't share those concerns, but I wonder then precisely what your concerns are based upon.

Ms Jeffs: I guess what I'd like to know is where the research and the studies are to tell me exactly what the problems are that the physicians have. Where are all these cases that you say don't necessarily come to court and that we don't have witnesses for? You can't just present a bill because you're saying these situations exist. We just don't see them. So I would need an awful lot more before I could say, yes, we would support that. I support the intent that Mr. Wenman has had in protecting physicians, yes. But we don't support this bill as it is today in the scenario that we have in Canada.

[*Translation*]

Je vais vous poser tout d'abord des questions précises. Par la suite, nous parlerons de choses plus générales. L'argument de la pente glissante a été fréquemment invoqué longtemps avant que je ne m'intéresse à cette question. Pour ma part, j'accorde peu de mérite à cet argument. Je ne crois pas à l'effet d'entraînement. Je crois que nous ne manquons pas d'exemples prouvant que l'on peut traiter d'un problème sans en attirer d'autres.

Que se passe t-il si l'argument de la pente dangereuse n'est pas valable? Seriez-vous en faveur de ce projet de loi si vous aviez l'assurance que les risques que vous évoquez ne sont pas réels?

Mme Bergeron: Non, parce que j'estime que ce projet de loi est dangereux. Il n'est pas suffisamment précis et il pourrait être mal interprété par les tribunaux et les médecins.

Mme Jakki Jeffs (directrice générale, Alliance pour la vie (Ontario)): Permettez-moi de commenter ceci. Je félicite vraiment M. Wenman. J'ai dû faire des recherches sur cette question et je comprends vos dilemmes, parce que je les ai vécus moi-même. Mais, soyons réalistes. Je dirais que cette loi est nécessaire si des centaines et des milliers de médecins avaient été poursuivis pour des actes contre lesquels cette loi est censée les protéger.

Cependant, il n'y a eu aucune poursuite. C'est pourquoi nous avons mis en doute aujourd'hui l'utilité de cette loi. C'est là qu'intervient l'argument de la pente glissante. Je ne pense pas qu'il y ait eu un seul cas. Le fait qu'aucune poursuite n'ait été intentée prouve que ce projet de loi obéit à d'autres motifs et que nous sommes bel et bien sur un terrain glissant.

M. Axworthy: Si les gens ne sont pas poursuivis, c'est qu'il y a toutes sortes de raisons qui empêchent les poursuites. Il ne suffit pas qu'une infraction soit commise pour intenter des poursuites, il faut avoir des témoins. Toutes sortes d'éléments entrent en ligne de compte. Je vais vous donner des précisions. Est-ce que vous seriez favorable à ce projet de loi si vous étiez convaincue que les médecins craignent vraiment les poursuites. Je sais que ce n'est pas votre avis, mais c'est simplement un exemple. Est-ce que vous donneriez votre appui au projet de loi si tel était le cas?

Mme Jeffs: Bonne question. C'est...

M. Axworthy: Si je la pose, c'est que vous prévoyez certaines choses en cas d'adoption du projet de loi. Comme je ne suis pas d'accord, je voudrais savoir sur quoi vous vous fondez pour faire de telles affirmations.

Mme Jeffs: Moi, je voudrais voir ces recherches et ces études pour connaître les problèmes qu'éprouvent les médecins. Où sont tous ces cas qui, selon vous, n'aboutissent pas devant les tribunaux parce qu'il n'y a pas de témoins? On ne peut pas justifier la présentation d'un projet de loi par des affirmations gratuites. Où sont les faits? Avant de donner mon aval, je voudrais voir quelque chose de concret. Je comprends que M. Wenman veuille protéger les médecins. Mais nous refusons d'appuyer le projet de loi étant donné ce qui se passe en ce moment au Canada.

[*Texte*]

Mr. Axworthy: Let me ask you one more specific question, then a more general one. If someone is in pain and suffering, and that pain and suffering is unbearable to them and they wish to end their life, or if their emotional pain and suffering is such that they see no purpose left in living, what do you think we should do? Is it acceptable under any circumstances for a physician to assist the patient in carrying out their wishes to end their life?

Ms Bergeron: I don't believe so. I think there are a lot of other solutions we have to come up with if we are any kind of a caring, loving society. We have doctors who will tell you that there is no pain that cannot be controlled by medication. We may need better laws to allow that medication into the country so it can be properly used, but pain can be controlled. For most of the people who are looking to end their lives because of pain, that would solve a lot of their problems. For the people who are lonely, we need to get out there and be with them. I know that sounds simplistic, and a lot of other things, but I don't believe that killing can be a solution because someone is feeling lonely or dejected or emotionally depressed.

Mr. Axworthy: That brings me to another specific question. I think it's not the case that all pain can be alleviated through drugs and techniques, and therefore I think we have another problem. I mean, why would we ever want to subject anybody to pain that they felt was unacceptable? How can that be seen as loving and caring?

Ms Jeffs: Well, once again, if you'll excuse me, you're using the hard case. Apparently, 95% of all pain from any of the illnesses that we know right now can be controlled if the doctor knows the physiology of that illness. Emotional pain, that type of pain, can be controlled with support and comfort. We're talking about caring about people until they die. We're not saying, "You can't cope with this pain; we'll kill you". That's what we believe this legislation will lead to.

Mr. Axworthy: What about all those who disagree with you? Why would you want to subject them to your point of view and not allow them to follow their own choice? I don't want to put all the emphasis on a poll, but the Gallup poll asks a rather old fashioned question, but a very pointed one. It basically deals with such phraseology as mercy killing, for example, if a patient so desires to end their life. The response in 1990 was some 78% in favour of that and 13% opposed. That's about the same split as on the GST. You know we still have the GST. This seems to be a fair reflection of the way people feel about this issue. Certainly, from the phone-in shows and things that I have done, it roughly represents the responses from people phoning in and the general tone of letters that I've received. The vast majority are in favour of some availability of euthanasia.

Now, what are you going to do about all those people who disagree with you? Why would you want to inflict your point of view on them? Why wouldn't you just let them decide for themselves? You decide for yourself and they decide for themselves.

[*Traduction*]

M. Axworthy: Je vais vous poser encore une question précise, puis une autre plus générale. Si quelqu'un souffre et que ses douleurs lui soient insupportables au point qu'il veuille mourir, ou si ses souffrances morales sont telles qu'il n'a plus le goût de vivre, qu'est-ce que nous devrions faire selon vous? Est-il acceptable que, quelles que soient les circonstances, un médecin aide son patient à mettre fin à ses jours s'il le demande?

Mme Bergeron: Je ne le crois pas. Il y a beaucoup d'autres solutions que nous devons rechercher si nous tenons à l'amour et à la sollicitude dans notre société. Nous connaissons des médecins qui vous diront qu'il existe des médicaments pour contrôler toutes les formes de douleurs. Peut-être faudra-t-il modifier nos lois afin d'autoriser les médecins à les utiliser, mais c'est faisable. Cela réglerait la plupart des problèmes de ceux qui veulent mourir parce qu'ils n'en peuvent plus de souffrir. Pour ceux qui s'ennuient, il faudrait aller leur tenir compagnie. Cela peut paraître simpliste, entre autres, mais je ne crois pas que la mort soit une solution pour ceux qui se sentent seuls, rejetés ou déprimés.

M. Axworthy: Cela m'amène à une autre question précise. Je ne crois pas que les médicaments et la technique réussissent à atténuer toutes le formes de douleurs; je crois donc que nous avons un autre problème. Pourquoi voudrait-on imposer à quelqu'un une souffrance qu'il juge insupportable? Croyez-vous que ce soit une marque d'amour et de sollicitude?

Mme Jeffs: Je m'excuse, mais vous utilisez à nouveau un exemple extrême. On peut apparemment enrayer 95 p. 100 de la douleur causée par toutes les maladies actuellement connues, si le médecin connaît la physiologie de la maladie en cause. Les douleurs morales, elles, peuvent être atténuées par l'appui et le réconfort. Il faut prendre soin des gens jusqu'à ce qu'ils meurent. On ne peut pas décider de tuer les gens parce qu'ils ne supportent pas la douleur. Nous croyons que nous en viendrons là si la loi est adoptée.

M. Axworthy: Que faites-vous de ceux qui ne sont pas d'accord avec vous? Pourquoi vouloir leur imposer votre point de vue et les empêcher de décider librement? Je ne veux pas attacher aux sondages plus d'importance qu'ils n'en ont, mais un sondage Gallup pose une question assez ancienne mais néanmoins pertinente. Le mot euthanasie apparaît dans la question sur les patients qui désirent mourir. En 1990, quelque 78 p. 100 des enquêtés étaient pour l'euthanasie et 13 p. 100, contre. Ce sont à peu près les mêmes proportions que pour la TPS. Pourtant, vous savez que la TPS existe bel et bien. Cela reflète tout de même les sentiments de la population à ce sujet. À en juger par les tribunes téléphoniques et certains événements auxquel j'ai participé, c'est la même proportion que chez ceux qui téléphonaient ou qui m'écrivaient. La grande majorité est pour l'euthanasie dans certaines circonstances.

Qu'allez-vous répondre à tous ces gens qui ne sont pas d'accord avec vous? Pourquoi voulez-vous leur imposer votre point de vue? Pourquoi ne pas les laisser libres de décider? Prenez une décision pour vous même et laissez faire les autres.

[*Text*]

Ms Bergeron: It won't work that way. Once legislation comes into place, whether it's legislation that you support or legislation that I support, that's how the country will go. That is how we will begin to treat all people with incurable diseases; that is how our whole mentality will go.

Mr. Axworthy: Why?

Ms Bergeron: Because that is how society works. It always has worked that way.

Mr. Axworthy: You live in a different society than I do.

Ms Jeffs: Well, maybe. In our brief we did mention what's happened in the United States.

If you take a look at pre-war Germany, you have the same attitude. All of a sudden, there is life that is not worthy to be lived. Then we have the compassionate mercy killers coming forward. That is not what human nature naturally does. If people are disabled, if people are suffering, we naturally reach out. Palliative care is the very human answer to that.

• 1640

What this bill, we believe, is leading to is society saying that it is all right for doctors to kill patients if they ask. Mr. Boudria brought up the abortion issue. I am really afraid that this is what is going to happen again. We now have a situation where patients demand of doctors to do things to them, as in the abortion issue. Now it is here again with euthanasia. We demand that you put us to death or assist in our suicide or whatever. That is tying the hands of doctors. I don't think as a society we should allow that to happen.

Mr. Axworthy: I think nobody is suggesting that physicians should be required to do anything against their will; neither is anybody suggesting that patients should be required to do anything against their will. If a physician doesn't want to assist then, presumably he or she will not do so, and it would be required for the patient to find a physician who will.

I think what we are talking about here on both sides of the issue—the patient and the physician—is an element of choice to decide what it is they wish to do in these circumstances. These are very difficult circumstances. I fail to see what is so problematic about that.

Ms Jeffs: Maybe you ought to take a look at the Ontario bills. Actually, they have been withdrawn at the moment because of what we are dealing with in Ontario legislation. Under that proposed legislation, a doctor who did not work under the auspices of that legislation would be subject to criminal punishment. How free are those doctors in those cases?

Ms Bergeron: It really depends on whether or not you believe in a slippery-slope philosophy. We do because we have seen it happen in other countries, in following the issue.

Mr. Boudria: I want to welcome our witnesses this afternoon, one of them coming from the great eastern Ontario city of Cornwall.

[*Translation*]

Mme Bergeron: Ce n'est pas ainsi que les choses se passent. Une fois le projet de loi adopté, qu'on ait été pour ou contre, il sera appliqué. On commencera à traiter de cette façon tous ceux qui seront incurables. C'est une question de mentalité.

M. Axworthy: Pourquoi?

Mme Bergeron: Parce que c'est ainsi que la société fonctionne. Les choses se sont toujours passées ainsi.

M. Axworthy: J'ai l'impression que vous et moi ne vivons pas dans le même monde.

Mme Jeffs: Peut-être. Dans notre mémoire, nous faisons allusion à ce qui s'est passé aux États-Unis.

On retrouvait la même attitude en Allemagne, avant la Deuxième Guerre. Tout d'un coup, certaines vies ne valent plus d'être vécues, puis des gens se proposent par compassion d'aider à les abréger. Ce n'est pas la réaction humaine normale. Aux handicapés, aux gens qui souffrent, nous tendons spontanément la main. Les soins palliatifs sont une solution très humaine.

Selon nous, ce projet de loi tend vers une société qui trouvera normal que les médecins tuent leurs patients sur demande. M. Boudria a soulevé la question de l'avortement. J'ai vraiment peur que cela arrive encore. À l'heure actuelle, les patients exigent certaines choses de leurs médecins, comme l'avortement, par exemple. En l'occurence, il s'agit de l'euthanasie. Les patients vont exiger de leurs médecins qu'ils les aident à se suicider ou qu'ils les tuent. Les médecins auront alors les mains liées. Notre société ne doit pas permettre qu'une telle chose se produise.

M. Axworthy: Personne ne souhaite que les médecins soient obligés d'agir contre leur volonté; c'est la même chose pour les patients. Si un médecin ne veut pas venir en aide à son patient, il ne fera rien. Le patient devra se trouver un médecin plus sympathique.

Il s'agit plutôt ici, et autant pour le patient que pour le médecin, de laisser le choix dans certaines circonstances très pénibles. Particulièrement pénibles. Je ne vois pas où est le problème.

Mme Jeffs: Vous devriez peut-être lire les projets de loi présentés en Ontario. D'ailleurs, on vient de les retirer à cause de ce qui se passe. En vertu du projet de loi, un médecin qui refuserait de s'y conformer serait passible d'une peine. Peut-on dire alors que ces médecins sont libres?

Mme Bergeron: Cela dépend si vous croyez ou non au principe de la pente glissante. Nous, nous y croyons parce que nous avons constaté que c'est ce qui s'est produit dans d'autres pays.

M. Boudria: Je veux souhaiter la bienvenue à nos témoins de cet après-midi, l'un étant de Cornwall, cette belle ville de l'est ontarien.

[*Texte*]

Mr. Chairman, I want to get back to this slippery slope stuff and quote Derek Humphrey, Executive Director of the Hemlock Society. He talked about what has been referred to as the promotion of living wills, as a step towards future endeavours in the area that he is promoting. This is what he said, and I would invite your comments:

> We have to go step by step with the living will, with the power of attorney, with the withdrawal of this. We have to go stage by stage. Your side would call that the slippery slope.

Ms Bergeron: I don't think we need to comment on that. I think that is our position and that is what we have seen happen in other countries. That is our fear.

Mr. Boudria: The reason I bring it up is that this is a promoter of euthanasia who described it this way. That is why I wanted to bring it to your attention.

Ms Bergeron: It comes out in much of the literature that we have read from the euthanasia movement.

Mr. Boudria: I wonder if you are familiar with what happened in Holland in the area of euthanasia. Of course, so-called active euthanasia is in theory not permitted in Holland, or at least wasn't the last time I checked.

There have been reports, though. One of them was written by a Dr. R. Fenigsen, a case against Dutch euthanasia, a report of February 1989, in which Dr. Fenigsen described the Dutch example. Here are some quotes from his report. I want you to comment on them.

> In one published case, the Dutch general practioner was called to a patient's home, meeting with her for a first time, immediately asked her to choose between hospitalization and euthanasia. When the stunned patient could not reply, he gave her an hour to think it over. Is your fear like mine with regard to what happened there, that we may very well in fact be heading toward that kind of slippery slope—may I use the word—here in Canada?

• 1645

Ms Jeffs: My fear is very much like that. Living in Holland, they also have doctors who provide what they call self-help programs to help people to die. The hospice area in Holland began to grow, but over the last 15 years or so it is gradually dwindling because hospice is not a focus any more, because somewhere between 6,000 and 20,000 patients actually die actively euthanased by their physicians.

Mr. Boudria: These are senior citizens?

Ms Jeffs: These are just patients in Holland. So yes, we have a fear very, very much like your own that it is a step by step process, and it is such a gradual process.

I have only been researching euthanasia for ten months, and I come at it without a legal or medical background, just as an ordinary person here in Canada, and it really scares me when we look at the history in other countries. I think we

[*Traduction*]

Monsieur le président, je veux en revenir au principe de la pente glissante et citer les propos de Derek Humphrey, directeur général de la Hemlock Society. Il parlait de ce qu'on a appelé la promotion des testaments biologiques comme d'une étape en vue d'autres initiatives connexes qu'il préconisait. Je vais vous demander de commenter ses propos, que je cite:

> Il faut y aller graduellement avec les testaments biologiques, les procurations, la renonciation. Il ne faut pas sauter d'étape. C'est ce que vos partisans appelleraient la pente glissante.

Mme Bergeron: Je crois que la citation se passe de commentaire. C'est effectivement notre position parce que nous avons observé ce qui se passait dans d'autres pays. Nous craignons beaucoup cette évolution.

M. Boudria: Si j'en parle, c'est parce que c'est un partisan de l'euthanasie qui a prononcé de telles paroles. Je voulais vous mettre au courant.

Mme Bergeron: On retrouve à peu près la même chose dans les documents du mouvement pour l'euthanasie.

M. Boudria: Est-ce que vous savez ce qui s'est passé en Hollande dans ce domaine? En théorie, il est vrai que l'euthanasie active y est interdite, du moins la dernière fois que je me suis renseigné.

J'ai tout de même vu des rapports dont l'un a été rédigé par un certain docteur R. Fenigsen, en février 1989, contre l'euthanasie telle qu'elle est pratiquée en Hollande. Je vais vous en lire des passages que je vous demanderais de commenter.

> Il existe un cas connu, où le généraliste hollandais a été appelé chez une patiente qu'il rencontrait pour la première fois. Il lui a immédiatement demandé de choisir entre l'hôpital et l'euthanasie. Comme la patiente interloquée ne répondait pas, il lui a donné une heure pour réfléchir. Étant donné ce qui s'est passé là-bas, craignez-vous comme moi que nous soyons en train de nous rapprocher d'une pente glissante—pour reprendre votre expression—au Canada?

Mme Jeffs: Je le crains en effet. En Hollande, il y a aussi des médecins qui offrent ce qu'ils appellent des programmes d'auto-assistance pour permettre aux gens de mourir. Avant, il y avait de plus en plus d'hospices, mais depuis 15 ans environ, leur nombre diminue graduellement parce que entre 6,000 et 20,000 patients meurent à cause de l'euthanasie active que pratiquent leurs médecins.

M. Boudria: S'agit-il de personnes âgées?

Mme Jeffs: Ce sont simplement des patients. Voilà pourquoi nous craignons comme vous que ce soit un processus très graduel.

Je fais des recherches sur l'euthanasie depuis seulement dix mois et je n'ai aucune formation juridique ni médicale. Mon regard est celui d'une personne ordinaire. Quand je vois ce qui se passe dans d'autres pays, je suis très effrayée. Je

[*Text*]

have an opportunity, and I am just really afraid that the Canadian legal system will be used for the proponents of euthanasia. Do we really need this legislation? Is it really what it purports to be for, or is it the icebreaker that will allow what we have seen develop in Holland, and certainly what we have seen in the United States, develop here in Canada?

Mr. Boudria: I have asked this of a previous witness. I think I already know your answer, but perhaps you could give it to us for the record. Do you consider food and water to be medical treatment?

Ms Bergeron: I consider that to be a basic necessity of life, which is just the final straw that we cannot withdraw from any human being.

Mr. Boudria: So you don't have to be a medical practitioner to administer food and water?

Ms Jeffs: No. I am not sure of the underlying part to your question, but we also have to learn the physiology of death.

My father died from terminal cancer in his liver, and the last three days he could not have eaten anything if he had wanted to. He didn't want drink either, and in actual fact his body had started to slow down, to dry up, to empty out. If we had put him on an intravenous or if we had tried to feed him, it would have prolonged his dying.

So what we have to keep clear is what we are talking about, which is withdrawal of food and treatment a year before this person would normally die in order to kill them, and the fact that you do not feed or maybe give drink, other than maybe ice or something, to a person who is actually in the process of dying in the last couple of days. . . These are things we have to learn. I am learning and I think we all have to learn them.

Mr. Boudria: Unfortunately, I think all of us are learning some of these things.

I, too, lost my father in May of this year, through terminal cancer as well, and I've had to live with some, although not all, of what you have described.

I have no further questions for the moment, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Boudria.

Mr. Fee: I can't identify with where either of you live; I can't claim you as constituents, but I can claim a share of the viewpoint you have presented and I thank you for doing it. It is a question I'm going to have to ask Mr. Wenman when he gets here and we've got more time to put him on the hot seat.

You mention that the issue appears to be rushed, and perhaps it has jumped on here, but by the list of witnesses we have who want to appear before us, I don't think you're going to see this committee rushing through. I know most of us want a chance to listen to both viewpoints and react to them.

My question to Mr. Wenman next week when he comes is going to be, why right now is he doing this, inasmuch as there haven't been any charges against physicians, as you have pointed out.

[*Translation*]

crains que les tenants de l'euthanasie n'abusent de la loi. Avons-nous vraiment besoin d'une telle loi? Le but énoncé est-il vraiment celui qui est visé ou veut-on se servir de la loi pour ouvrir la voie à quelque chose de semblable à ce qui se passe en Hollande et aux États-Unis?

M. Boudria: J'ai posé la même question à un autre témoin avant vous. Je sais déjà ce que vous allez me répondre, mais peut-être devrait-on vous entendre tout de même pour que cela figure au compte rendu. Croyez-vous que la nourriture et l'eau constituent un traitement médical?

Mme Bergeron: Selon moi, l'eau et la nourriture sont essentielles à la vie et on ne peut pas en priver un être humain.

M. Boudria: Donc, pas besoin d'être médecin pour donner de la nourriture et de l'eau à quelqu'un?

Mme Jeffs: Non. Je ne sais pas ce que vous cherchez à sous-entendre, mais je dirais que nous devons aussi apprendre la physiologie de la mort.

Mon père est mort d'un cancer du foie et, durant les trois derniers jours de sa vie, il n'aurait pas pu manger même s'il l'avait voulu. Il ne voulait pas boire non plus. Son organisme a donc commencé à ralentir, à s'assécher, à se vider. Si nous avions tenté de l'alimenter par voie intraveineuse ou buccale, nous n'aurions fait que prolonger son agonie.

Il doit donc être bien clair que, ce dont il est question ici, c'est de l'interruption de l'alimentation ou du traitement une année avant que la personne en vienne naturellement à mourir. Le but, c'est de la tuer. Par contre, le fait de ne pas alimenter ou de ne rien donner à boire, sinon quelques glaçons, à une personne qui est à l'agonie. . . Il faut nous renseigner à ce sujet. Moi, je suis en train d'apprendre, et tout le monde devrait en faire de même.

M. Boudria: Malheureusement, je crois que nous apprenons tous ces choses.

Moi aussi, j'ai perdu mon père en mai dernier, d'un cancer également, et j'ai dû vivre en partie la même chose que vous.

Ce sera tout pour le moment, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Boudria.

M. Fee: Moi, je ne peux pas dire que l'une de vous soit une commettante, mais je peux néanmoins partager votre point de vue et je vous remercie de venir nous le présenter. Il y a une question que je devrai poser à M. Wenman quand il viendra et quand nous aurons vraiment le temps de le mettre sur la sellette.

Vous dites que les choses semblent se précipiter, et peut-être est-ce soudain en effet, mais la liste de témoins qui ont demandé à comparaître est telle que le comité en a pour un moment. La plupart d'entre nous veulent avoir le temps d'entendre les deux points de vue et d'en discuter.

Ce que je vais demander à M. Wenman la semaine prochaine, quand il sera là, c'est pourquoi faire cela maintenant puisque, comme vous l'avez souligné, aucune accusation n'a jamais été portée contre un médecin.

[*Texte*]

I hadn't heard the expression "slippery slope" before, but I also share that concern, despite the fact that Mr. Axworthy doesn't. That might have something to do with the fact that he is a lawyer and I am not, but I'm very concerned that this is just one step along the way.

Looking through the bill to start with, I have to agree that I thought initially, hey, it's just protecting doctors; it's not that serious at all. Reading it that way, there is no cause for concern. But if it is one step along the road, then it is reason for concern and something to react to.

• 1650

I also appreciate the way you did your brief. You outlined it clause by clause and recommendation by recommendation. Having just gone through a reading in another bill that was far longer than this, I find it very helpful to have something written out like that. I appreciate it.

The only thing I would like you to comment on is that you mentioned something I hadn't thought of, the fact that you saw this as potentially dangerous. You used the example of an emergency room where a doctor wasn't concerned whether or not someone had signed a living will, and therefore hesitated to enter into a relationship with the patient until they determined it.

Do you really think that is a valid concern? I would see most doctors offering emergency care immediately.

Ms Bergeron: Will they hook them up to a respirator, which is where most people are hooked up to a respirator, in an emergency situation? I am not a doctor, so I really don't know the specifics, but it may be for swelling on the brain, which would go down after a couple of days.

Is the doctor going to be worried, checking for that slip of paper, before they do emergency treatment? If I were a doctor, I think I would make a good search before I started to treat a patient, if this becomes an accepted practice in Canada.

Ms Jeffs: I did mention Bills C-7 and C-8, if you do get an opportunity to look at them—Norm Sterling's bills. It actually does say that if a doctor will not work within the guidelines of this living will, criminal punishment is included.

As I said, it was withdrawn, and I am not sure if all the United States living will legislation has that clause in. But as a physician, if you thought you might be accused of overtreatment or whatever, you certainly would stop. You would pause even in that emergency situation.

Mr. Fee: That is something I had not even thought of when I read the bill. We will have doctors appearing in front of us and we will pursue that line of questioning with them. Thank you very much for bringing it up.

Ms Bergeron: The big point to remember here is that it is not necessarily going to be the family physician, someone who knows you and exactly what you mean in your living will, who makes that decision at some point.

[*Traduction*]

C'est la première fois aujourd'hui que j'entends l'expression «pente glissante», et je partage votre crainte contrairement à M. Axworthy. C'est peut-être parce que lui est avocat et moi pas, mais j'ai peur que ce ne soit que la première d'une série d'étapes.

Au départ, j'ai pensé que le projet de loi avait pour but de protéger les médecins, sans plus. Il n'y a donc pas de quoi s'inquiéter. Toutefois, si c'est uniquement une première étape, alors il faut s'interroger et s'inquiéter.

J'ai aussi apprécié la façon dont vous avez rédigé votre mémoire. Vous procédez article par article et recommandation par recommandation. Comme je viens de terminer l'étude d'un autre projet de loi beaucoup plus long que celui-ci, je trouve très utile d'avoir un document aussi bien structuré. Je vous en suis reconnaissant.

Vous avez écrit une chose à laquelle je n'avais pas pensé et que vous considérez comme un risque virtuel. Vous donnez l'exemple du service d'urgence d'un hôpital, où un médecin se préoccuperait de savoir si le patient a signé ou non un testament biologique avant de commencer à le soigner.

Croyez-vous que votre crainte soit vraiment fondée? Il me semble que la plupart des médecins commenceraient à traiter le patient immédiatement.

Mme Bergeron: Est-ce que le médecin va brancher le patient sur un respirateur, puisque c'est généralement au service d'urgence que les patients sont branchés de la sorte? Comme je ne suis pas médecin, je ne connais pas le détail, mais il peut s'agir d'un oedème cérébral qui se résorbera quelques jours plus tard.

Est-ce que le médecin va vérifier l'existence d'un testament avant de donner des soins d'urgence? Si j'étais médecin, je pense que c'est ce que je ferais avant de commencer à traiter le patient, si ces testaments devenaient la norme au Canada.

Mme Jeffs: Je vous ai parlé des projets de loi C-7 et C-8, ceux de Norm Sterling. Si jamais vous avez l'occasion d'y jeter un coup d'oeil, vous verrez qu'il y était prévu qu'un médecin qui ne se conformerait pas aux instructions d'un testament biologique pourrait être poursuivi au criminel.

Mais, je l'ai dit, le projet de loi a été retiré et je ne suis pas certaine que la loi américaine sur les testaments biologique renferme une telle disposition. Imaginez que, comme médecin, vous puissiez être accusé d'avoir indûment traité quelqu'un. Vous n'allez certainement pas traiter n'importe qui. Vous allez vous interroger même en cas d'urgence.

M. Fee: Je n'y avais même pas pensé en lisant le projet de loi. Quand les médecins comparaîtront devant le comité, nous les interrogerons à ce sujet. Merci beaucoup d'avoir souligné cette possibilité.

Mme Bergeron: Il ne faut pas oublier que ce n'est pas votre médecin de famille, quelqu'un qui vous connaît et qui sait précisément ce que signifie votre testament biologique qui aura éventuellement à prendre une décision.

[*Text*]

Mr. Fee: My family physician is next in the question line.

Mr. Wilbee: I appreciate your document. I agree with Mr. Fee that it was certainly well presented. There are a few questions that I would like to clarify with you.

First of all, I would like to suggest that even though no doctors have ever been charged in Canada, to my knowledge, I suspect it is only a matter of time until that does happen. Having been involved with families in many circumstances, and knowing how they can become divided and attitudes change radically in a very emotionally charged situation, such as the death of a wife or a parent, rationality does not always reign. This does need to be considered, even though it has not happened in the past.

Again, as we are talking about this whole concept of progressions and slippery slopes and so on, you talked about the concept of killing versus allowing to die. Sometimes this is a very grey area.

As I asked the previous witness, we can give drugs to alleviate pain, but these also hasten death. Is this permissible in your attitude? Again, the example I used was morphine to kill pain. Would it be permissible for me to keep pushing the morphine until the patient felt no pain, even though it stopped them breathing?

Ms Jeffs: If you made the decision based on your medical experience and based on the benefits to the patient, yes. If your intent was to give that patient so much morphine that you would kill them, no.

If your intent is to control their pain, but as a side-effect it may shorten their life, then certainly there would be no problem with that.

Mr. Wilbee: Another practical instance that we run into is, say, the advanced Alzheimer's case. The patient is lying in bed and develops pneumonia. Is it wrong for me to refuse antibiotics treatment to that patient for their pneumonia?

Ms Jeffs: Yes, I believe it is wrong.

Mr. Wilbee: So I should keep that patient alive even though they do not recognize people and are incapable of feeding themselves. I should keep that life—

Ms Jeffs: Yes, because you are discriminating against that patient because they happen to have Alzheimer's. How would you treat any other patient who developed pneumonia? You would give them antibiotics, would you not?

• 1655

Mr. Wilbee: Does that not go back to this concept of the difference between killing and allowing a person to die? That patient's valuable life on earth is essentially done. Can I not allow that patient to leave this world in peace and quiet?

Ms Jeffs: But you are not.

Ms Bergeron: Would dying from pneumonia be dying a natural death in peace and quiet?

[*Translation*]

M. Fee: C'est justement mon médecin de famille qui doit maintenant vous interroger.

M. Wilbee: J'ai bien aimé votre mémoire. Je suis d'accord avec M. Fee; il est vraiment bien présenté. Je voudrais obtenir certaines précisions.

Tout d'abord, même si, jusqu'à présent, à ma connaissance, aucun médecin n'a jamais été accusé au Canada, je crois que ce n'est qu'une question de temps avant que cela se produise. Ayant vécu toutes sortes de situations avec des familles, je sais qu'il peut y avoir des frictions et que les attitudes changent radicalement dans des circonstances très pénibles comme le décès d'une épouse ou d'un parent. Souvent, on ne peut pas dire que les gens sont rationnels. Il faut en tenir compte, même s'il n'y a jamais eu de problème jusqu'à maintenant.

Comme il est question maintenant du concept de l'étapisme et de la pente glissante, je dois souligner que vous faites la distinction entre tuer et permettre à quelqu'un de mourir. C'est une zone sombre.

Je vais vous poser la même question qu'au témoin précédent. Nous pouvons donner des médicaments qui atténuent la douleur mais qui, ce faisant, hâtent la mort. Est-ce que, à vos yeux, c'est acceptable? J'ai utilisé comme exemple la morphine qui sert à enlever la douleur. Serait-il acceptable que je donne de la morphine jusqu'à ce que le patient ne ressente plus aucune douleur, même si cela l'empêche éventuellement de respirer?

Mme Jeffs: Si vous prenez une décision en fonction de votre expérience et des besoins du patient, ce serait acceptable. Si votre intention, c'est de donner au patient assez de morphine pour qu'il en meure, c'est inacceptable.

Si vous cherchez à contrôler la douleur, même si le traitement peut avoir pour effet secondaire d'abréger la vie, alors il n'y a pas de problème.

M. Wilbee: Les autres cas qui se présentent, ce sont ceux des patients à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer. Vous avez un malade cloué au lit qui attrape une pneumonie. Ai-je tort de refuser d'administrer des antibiotiques à ce patient?

Mme Jeffs: Oui.

M. Wilbee: Je devrais donc maintenir ce patient en vie même s'il ne reconnaît personne et qu'il est incapable de se nourrir seul. Je devrais maintenir...

Mme Jeffs: Oui, sinon vous faites preuve de discrimination à l'endroit d'un patient parce qu'il est atteint de la maladie d'Alzheimer. Comment traiteriez-vous vos autres patients qui attraperaient une pneumonie? Vous leur donneriez des antibiotiques, n'est-ce pas?

M. Wilbee: Cela ne nous ramène-t-il pas à la différence entre tuer et permettre à quelqu'un de mourir? La vie utile du patient sur la terre est terminée. Ne puis-je pas permettre à ce patient de quitter le monde calmement et paisiblement?

Mme Jeffs: Mais ce n'est pas ce que vous faites.

Mme Bergeron: Est-ce que mourir de pneumonie serait une mort naturelle, calme et paisible?

[*Texte*]

Ms Jeffs: In today's society, most people do not die from pneumonia, do they? Because we treat them with antibiotics.

Mr. Wilbee: Eventually, it will be a very common cause of death. They will eventually get another bacteria or something that doesn't respond to the antibiotic and they will die. Do you feel that there is a differentiation in that?

Ms Jeffs: Doesn't the Law Reform Commission of Canada say that a doctor should treat a competent patient and an incompetent patient the same? If the patient is unable to say, yes, I want this, or I don't, the onus is on the doctor to treat that patient the same as if he were able to say something. It should be considered that the person would want to live, and that is the focus of your treatment of that patient.

Mr. Wilbee: One of the big problems in this is a grey area, and I think that what Mr. Wenman has done by bringing forth this law is to try to help define what is permissible and what is allowable and what is not. This is why this type of discussion, I think, has value, in that it does bring out the different points of view. Thank you.

Ms Jeffs: May I ask you one? We are talking about two different things. You're talking now about a grey area, a person who is an Alzheimer's patient. What if it were a diabetic patient?

Mr. Wilbee: Again, this is a technical thing. I'll be happy to discuss it with you after, because the diabetic patient in coma—

Ms Jeffs: Okay. That is the worry.

Mr. Wilbee: —with severe liver, kidney, heart damage, all these other complications of diabetes, can be similar to the Alzheimer's patient.

The Chairman: Normally I would not have permitted that question, but it's becoming more and more popular in Question Period for the odd minister now and then to put a question back to the questioner, so it wouldn't be entirely out of order.

Ms Jeffs: It is my lack of experience. Excuse me.

The Chairman: No, that's quite all right.

Mr. Wenman: I would compliment you on your wise kinds of decisions in this committee. I think we've heard two presentations, for and against the bill, but they've been both presented in a very deep, caring way, and we have to respect the opinions of our witnesses. I think it's been very appropriate that both the witnesses and the members around the table have referred to their own interpersonal experiences, because this is interpersonal for every human being, the common element of death. I think that in many ways we are probably not very far apart. We have to find out. Are we or are we not, and where is that place? That's what the bill is all about, to find where the place of the people of Canada is right now.

Let me ask you this question. Would you agree that in the hospitals and palliative care units and so forth across Canada it is almost common practice that in some cases there is a decision made to withhold further treatment because

[*Traduction*]

Mme Jeffs: De nos jours, la plupart des gens ne meurent pas de pneumonie parce qu'on les traite aux antibiotiques, n'est-ce pas?

M. Wilbee: Mais un jour, ce sera une cause de décès courante. La pneumonie sera causée par une bactérie différente qui résistera aux antibiotiques et les gens en mourront. Voyez-vous une différence?

Mme Jeffs: La Commission de réforme du droit du Canada n'a-t-elle pas affirmé qu'un médecin devait traiter de la même façon les patients qui ont toutes leurs facultés et les autres? Si le patient est incapable d'exprimer ce qu'il souhaite, c'est au médecin de le traiter comme s'il était capable de le faire. Il faut présumer que la personne veut vivre, et c'est dans ce but qu'on la traite.

M. Wilbee: Le principal problème, c'est cette zone grise, et je crois qu'en présentant ce projet de loi, M. Wenman essaie de nous aider à définir ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. D'où la valeur d'une telle discussion qui permet de faire ressortir les différents points de vue. Je vous remercie.

Mme Jeffs: Puis-je vous poser une question? Nous ne parlons pas de la même chose. Vous parlez maintenant d'une zone sombre, un patient atteint de la maladie d'Alzheimer. Si le patient était diabétique, qu'arriverait-il?

M. Wilbee: C'est technique. J'en discuterai avec plaisir avec vous après la séance, car un patient diabétique dans le coma...

Mme Jeffs: Très bien. C'est cela notre inquiétude.

M. Wilbee: ...avec de graves dommages au foie, aux reins et au coeur et toutes les autres complications du diabète, peut se comparer à un patient atteint de l'Alzheimer.

Le président: Normalement, je ne vous aurais pas autorisé à poser une question, mais comme il arrive de plus en plus souvent à la période des questions qu'un ministre réponde par une question, j'ai pensé que ce n'était pas tout à fait irrecevable.

Mme Jeffs: Veuillez me pardonner mon manque d'expérience.

Le président: Il n'y a vraiment pas de quoi.

M. Wenman: Je vous félicite de la sagesse de vos décisions en comité. Nous avons entendu deux exposés, l'un pour et l'autre contre le projet de loi, qui ont tous deux été présentés de façon réfléchie et avec sollicitude. Nous devons respecter l'opinion de tous les témoins. Il était tout à fait opportun que les témoins comme les députés fassent part de leurs expériences personnelles, parce que la seule chose que tous les êtres humains ont en commun, c'est la mort. À plusieurs égards, nos points de vue ne sont peut-être pas aussi éloignés qu'on le penserait. Il nous faut le découvrir. Quel peut être notre terrain d'entente? Le but du projet de loi, c'est de déterminer où se situent les Canadiens en ce moment.

Permettez-moi de vous demander si vous croyez que dans les hôpitaux et dans les services de soins palliatifs de tout le Canada, on ne décide pas presque couramment de ne pas poursuivre les traitements parce que ce serait inutile? Il

[*Text*]

further treatment seems useless? There is a withdrawl of treatment occurring often in hospitals across Canada. Withdrawl of treatments are already happening, and often excessive sedatives are provided that do hasten death, which is a form of passive euthanasia.

Now, if we are opposed to passive euthanasia, which is all this bill is clearing. . . It is true, no one has been prosecuted. Because of your beliefs, do you think doctors across Canada should now be prosecuted? In fact, they are allowing the very thing that this bill is trying to say is okay. Should we start prosecuting people who are now withholding treatment or withdrawing the treatment?

Ms Jeffs: But I thought that's what this discussion process is all about. Is that not what we're here to look at?

Mr. Wenman: Yes. Through the process of this bill, I am trying to legitimize what is already common practice. Therefore, we are saying to the doctors, no, you're not doing a morally wrong thing. This is acceptable common medical practice.

• 1700

Ms Bergeron: Mr. Chairman, I had no intention of bringing up abortion in this particular debate, believe me, when I walked in here. This reminds me so much of the whole argument way back in 1968 when the abortion bill was brought in. It was brought in for that express reason. They did not want doctors who were only performing abortions in cases of life and death of the mother to be prosecuted. We were told over and over again by the ministers in charge at the time that it would not lead to anything more. It was only to protect what was already being done. It was to legitimize it. The comparison is so strong.

Mr. Wenman: The doctors in that case should have been prosecuted and the doctors in this case should be prosecuted to uphold the law.

Ms Bergeron: I think when you put it into law, you are starting to get into a different situation.

Ms Jeffs: I feel that first we need to look at those practices. The people of Canada have to ask whether they are morally and medically good before we go to legislation. I am not sure this has been done.

Mr. Wenman: This is what the legislation is saying. This is really the question it is asking, I think.

Ms Bergeron: Can I make one more comment, Mr. Wenman? You talked a couple of times about where the people in Canada are on this bill. I think much education needs to be done. Mr. Axworthy was talking about public opinion polls. I am sure you all have your own opinions on public opinion polls. How can we look at a public opinion poll when people do not even know what the word means and say that is where people are at? A lot of study needs to be done before we go any further.

Mr. Wenman: I am going to get personal again, just so we can make interpersonal points here. I am willing to do the same myself.

May I make the assumption that the view you represent for the Alliance for Life is based on the Judeo-Christian ethic you carry and hold and believe in?

[*Translation*]

arrive souvent dans les hôpitaux canadiens qu'on cesse les traitements. Il arrive aussi souvent qu'on administre des doses excessives de sédatifs qui hâtent la mort. C'est une forme d'euthanasie passive.

Si les gens sont contre l'euthanasie passive, ce que le projet de loi veut simplifier. . . c'est vrai qu'il n'y a jamais eu de poursuites encore. Étant donné vos convictions, croyez-vous que les médecins devraient être poursuivis au Canada en ce moment? Les médecins font déjà ce que veut reconnaître le projet de loi. Devrait-on commencer à porter des accusations contre ceux qui refusent un traitement ou qui l'interrompent?

Mme Jeffs: Je croyais que c'était le but de la discussion. Ne sommes-nous pas ici pour étudier la question?

M. Wenman: Oui. J'ai présenté ce projet de loi pour tenter de rendre légal une pratique déjà courante. Je veux dire aux médecins que ce qu'ils font est moral, que c'est une pratique médicale courante et acceptable.

Mme Bergeron: Monsieur le président, je n'avais pas du tout l'intention de soulever la question de l'avortement quand je suis arrivée ici. Mais toute cette discussion me rappelle tellement les arguments avancés lors de la présentation du projet de loi sur l'avortement en 1968. On disait vouloir protéger contre les poursuites les médecins qui pratiquaient des avortements uniquement lorsque la vie de la mère était en danger. Les ministres responsables à l'époque nous ont dit et répété que cela ne signifiait rien de plus. On voulait simplement légaliser la pratique. La comparaison s'impose.

M. Wenman: Les médecins dans ce cas auraient dû être poursuivis et c'est ce qu'il faudra faire en l'occurence pour faire respecter la loi.

Mme Bergeron: Une fois la loi adoptée, ce n'est plus pareil.

Mme Jeffs: Je crois que nous devons commencer par étudier ces pratiques. Avant d'adopter une loi, les Canadiens doivent se demander si cette pratique est morale et médicalement acceptable. Je ne suis pas certaine qu'on l'ait fait.

M. Wenman: C'est précisément ce que dit la loi. Je pense que c'est là qu'on veut en venir.

Mme Bergeron: Puis-je faire une autre observation, monsieur Wenman? Vous avez dit à quelques reprises où se situaient les Canadiens par rapport au projet de loi. Je crois qu'il faut mieux les informer. M. Axworthy a mentionné des sondages d'opinion publique. Je suis certaine que vous avez chacun votre propre opinion sur les sondages. Comment peut-on se fier à de tels sondages alors que les gens ne connaissent même pas la signification du mot? Il faut faire encore bien des études avant d'aller plus loin.

M. Wenman: Je vais à nouveau parler de mon expérience personnelle pour connaître la vôtre.

Puis-je présumer que l'opinion de l'Alliance pour la vie repose sur la morale judéo-chrétienne qui est la vôtre?

[*Texte*]

Ms Bergeron: Certainly mine is, yes.

Mr. Wenman: So it is a safe assumption. Now, if I make that assumption, then you and I agree very clearly that life begins at conception. Others might argue between conception and nine months, but we can agree with that. We might also agree that there is eternal life, that life does not end, but death is simply a passage.

Now, if death is just a passage, at what point do you take the decision from the hands of medical science, the state, doctors, health care workers and allow a natural death to occur and allow God's will to prevail? How long do you fight God's will before you allow natural death to occur? Is that such a terrible thing to allow, by withdrawing treatment, that natural process to occur?

Ms Bergeron: I am having a little trouble following you. I believe we need to allow people to die. I do not believe we should be prolonging death. I do believe in eternal life, but that is not the whole point here. I do not think we should be prolonging life. You are talking about withdrawing treatment. That causes death; it does not prolong life.

Mr. Wenman: I want to talk about who makes the decision to allow God's will. At the moment, it is science and technology, as far as they are going to take it to that point of allowance. I personally think the decision of when to allow natural death to occur should not be in the hands of the state, but it should be in the hands of the individual to say when enough is enough and to let him go.

Ms Bergeron: Is it not the same as asking each individual to decide on when human life begins? Then we have a thousand different opinions.

Mr. Wenman: As I said, I think it is very clear. You have some time after conception when it begins. I still come back to the point that we are saying here that when a doctor in this case, in conjunction with his patient or his patient's family, comes to a decision that the time has come, we have to be willing to withdraw treatment. The doctor should not be prosecuted for withdrawing treatment or for providing extra sedatives that may hasten death. I think it is a common sense thing that most Canadians would support. That is all I am trying to say in the bill.

Ms Jeffs: I have a problem with what you... I really agree. This is why it is so hard, because I am with you.

• 1705

Providing an extra sedative—why? Why would they need an extra sedative? We are providing this extra sedative to make them die?

Ms Bergeron: Or to relieve pain.

Ms Jeffs: When we look at the United States and most of the cases that have come to court on right-to-die issues, most of those people have not been immediately dying. They have had long-term illnesses for one reason or other.

We had a case just before Christmas—Nancy Cruzan. What is natural death? That girl was in a permanent vegetative state, and as parents, it must be a very difficult period to have your daughter like that. She had a gastrostomy

[*Traduction*]

Mme Bergeron: J'y crois effectivement.

M. Wenman: Donc, la présomption est juste. Par conséquent, vous et moi nous entendons sur le fait que la vie commence dès la conception. D'autres pourraient prétendre que la vie commence entre la conception et la naissance. On pourrait également s'entendre sur la vie éternelle, sur le fait que la mort est simplement un passage.

Eh bien, si la mort n'est qu'un passage, à quel moment faut-il retirer le pouvoir de décision aux hommes de science, à l'État, aux médecins, aux travailleurs de la santé, etc., pour permettre une mort naturelle et laisser s'accomplir la volonté de Dieu? Pendant combien de temps doit-on lutter contre la volonté de Dieu et empêcher la mort naturelle? Est-ce si terrible de cesser le traitement afin que se déroule ce processus naturel?

Mme Bergeron: J'ai un peu de mal à vous suivre. Je crois que nous devons laisser les gens mourir. Je ne crois pas à la prolongation de l'agonie. Je crois à la vie éternelle, mais ce n'est pas notre propos ici. Je ne pense vraiment pas que nous devrions prolonger la vie. Vous parlez d'interrompre les traitements. Cela ne prolonge pas la vie, mais provoque la mort.

M. Wenman: Je veux parler de celui ou de celle qui doit décider de laisser s'accomplir la volonté de Dieu. À l'heure actuelle, on vit jusqu'à ce que les sciences et la technologie ne puissent plus rien. Personnellement, je crois qu'il ne faut pas laisser l'État décider du moment où doit se produire la mort naturelle. C'est au principal intéressé de décider qu'il en a assez.

Mme Bergeron: C'est comme demander à chacun de nous à quel moment commence la vie. Chacun a sa propre idée.

M. Wenman: Personnellement, je trouve que c'est très clair. La vie commence à un moment donné après la conception. Quand un médecin décide avec le patient ou sa famille que le moment est venu, nous devrions autoriser l'interruption du traitement. Le médecin ne devrait pas être poursuivi parce qu'il a cessé le traitement ou qu'il a donné quelques sédatifs en trop pour hâter la mort. Ce n'est qu'une question de bon sens et la plupart des Canadiens penseront comme moi. C'est tout ce que cherche à faire le projet de loi.

Mme Jeffs: Je ne suis pas tout à fait d'accord avec vous... En fait, je suis d'accord. Je comprends très bien ce que vous voulez dire.

Mais pourquoi forcer la dose des calmants? Pourquoi serait-ce nécessaire? Est-ce qu'on donne ce calmant en trop pour les faire mourir?

Mme Bergeron: Ou pour atténuer la douleur.

Mme Jeffs: La plupart des procès aux États-Unis sur le droit à la mort ne concernaient pas des personnes à l'agonie. La plupart souffraient de longues maladies.

Juste avant Noël, il y a eu l'histoire de Nancy Cruzan. Est-elle morte de cause naturelle? Cette jeune femme se trouvait dans un état végétatif permanent, ce qui doit être extrêmement difficile pour des parents. Elle avait un tube de

[*Text*]

tube. I think it cost about $8 a day to feed her. She was turned; she had palliative care most of the time, nothing else, but when taken to court, the decision was to remove that intrusive gastrostomy tube. Was that a natural death? Did she actually have a natural death? She died 12 days later, starved and dehydrated to death. Is that what we are talking about—medical treatment? Is that allowing death to come naturally? In 1991 I do not believe it is. I believe that is killing.

Mr. Wenman: You are putting the questions back to us, and I think that is helpful. In our first meeting we are putting the issues forward, one side against the other, but we are not polarizing, because this is not the kind of issue that polarizes. It is not that clear. It isn't nearly as easy as the issue of abortion, which is highly complicated in itself. This is a much tougher one, and it is getting worse because of the nature of medical technology that is carrying life beyond the practical point where it perhaps should be carried. People are making decisions, and guidance is required to the court and to Parliament, and this is the place to do it. Thank you very much for coming and sharing with us.

Ms Jeffs: If you want a lay person on this committee, I would be very happy to do it.

Mr. Wenman: You would have to be elected to get on this committee.

The Chairman: Thank you, Mr. Wenman.

I also want to thank all our witnesses today for providing very stimulating discussion on a very complex and agonizing subject. It is not going to be a happy month or six weeks for any of the members on this committee, but we are going to do our best.

I will be unable to be your chairman on Thursday, but Mr. Fee has volunteered to take the chair, at least for the beginning of the meeting.

Mr. Fee: I have to leave at about 4 p.m.

The Chairman: If one of you would then chair the balance of the meeting, I would appreciate it very much. Thank you very much.

The meeting is adjourned.

[*Translation*]

gastrotomie et la nourrir par ce tube coûtait 8 dollars par jour. On la retournait dans son lit; on lui donnait des soins palliatifs et rien d'autre la plupart du temps, mais en cour, on a décidé de retirer ce tube. Sa mort a-t-elle vraiment été naturelle? Elle est décédée 12 jours plus tard, affamée et déshydratée. Est-ce le genre de traitement médical dont il est question ici? Est-ce que c'est cela laisser la mort intervenir naturellement? Je ne crois pas que ce soit le cas en 1991. Pour moi, c'est un meurtre.

M. Wenman: Vous nous renvoyez les questions et je trouve cela utile. Cette première séance nous permet de mettre les questions sur la table en écoutant les deux points de vue opposés, sans qu'il y ait pour autant polarisation parce que c'est un sujet qui comporte plusieurs zones d'ombre. Ce n'est pas aussi simple que la question de l'avortement qui est pourtant fort complexe. C'est encore beaucoup plus difficile étant donné la technologie médicale qui permet de prolonger la vie, peut-être au-delà d'un point acceptable. Certaines personnes sont obligées de prendre des décisions et les tribunaux et le Parlement ont besoin de savoir à quoi s'en tenir. C'est à nous de les conseiller. Je vous remercie beaucoup d'être venues nous faire part de vos réflexions.

Mme Jeffs: Si vous recherchez des non spécialistes pour faire partie du comité, je me porte volontaire.

M. Wenman: Vous devrez d'abord vous faire élire.

Le président: Merci, monsieur Wenman.

Je veux moi aussi remercier tous les témoins qui nous ont permis d'avoir une discussion très stimulante sur un sujet éminemment complexe et angoissant. Les membres du comité ne vont pas vivre quatre ou six semaines de bonheur mais nous ferons de notre mieux.

Je ne pourrais pas présider la séance de jeudi, mais M. Fee a accepté de le faire, du moins pour ce qui est du début de la réunion.

M. Fee: Je dois partir vers 16 heures.

Le président: Si l'un d'entre vous peut présider le reste de la séance, je lui en serais très reconnaissant. Merci beaucoup.

La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid / Port payé
Lettermail / Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From Dying with Dignity:

Marilynne Seguin, Executive Director.

From Alliance for Life:

Marilyn Bergeron, National President;

Jacqueline Jeffs, Executive Director General of Ontario.

TÉMOINS

De Mourir dans la dignité:

Marilynne Seguin, directrice exécutive.

De l'Alliance pour la vie:

Marilyn Bergeron, présidente nationale;

Jacqueline Jeffs, directrice générale de l'Ontario.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 2

Thursday, October 31, 1991

Chairman: Derek Blackburn

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 2

Le jeudi 31 octobre 1991

Président: Derek Blackburn

Minutes of Proceedings and Evidence of Legislative Committee H on

BILL C-203

An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)

Procès-verbaux et témoignages du Comité législatif H sur le

PROJET DE LOI C-203

Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)

RESPECTING:

Order of Reference

CONCERNANT:

Ordre de renvoi

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament, 1991

Troisième session de la trente-quatrième législature, 1991

24252–1

LEGISLATIVE COMMITTEE H ON BILL C-203

Chairman: Derek Blackburn

Members

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Bill Farrell

Clerk of the Committee

COMITÉ LÉGISLATIF H SUR LE PROJET DE LOI C-203

Président: Derek Blackburn

Membres

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Bill Farrell

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, OCTOBER 31, 1991
(3)

[*Text*]

Legislative Committee H on Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons), met at 3:40 o'clock p.m. this day, in Room 209, West Block.

Members of the Committee present: Doug Fee, Bob Kilger, Ross Stevenson.

Acting Members present: Don Boudria for Fred Mifflin; Robert Wenman for Dave Worthy and Stanley Wilbee for Jim Hawkes.

Other Member present: Deborah Grey.

Pursuant to S.O. 113(4) Doug Fee was designated Chairman of the Committee for this day sitting.

In attendance: From the Public Bills Office: Santosh Sirpaul, Clerk. *From the Library of Parliament:* Susan Alter, Research Officer.

Witnesses: From Campaign for Life Coalition: Susan Hierlihy, Public Affairs Director; Sabina McLunan, Policy Advisor. *From Fondation Responsable jusqu'à la fin:* Yvon Bureau. *From Campagne Québec-Vie:* Gilles Grondin, President; W. André Lafrance, M.D., President, Ottawa & District Physicians for Life.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, September 24, 1991, relating to Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)(*See Minutes of Proceedings and Evidence of Monday September 30, 1991, Issue No. 1*).

Susan Hierlihy made an opening statement and with the other witness answered questions.

At 4:00 o'clock p.m., Bob Kilger took the Chair.

Yvon Bureau made an opening statement and answered questions.

Gilles Grondin made an opening statement and with the other witness answered questions.

At 5:21 o'clock p.m., it was agreed,—That the Committee adjourn to the call of the Chair.

Bill Farrell

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 31 OCTOBRE 1991
(3)

[*Traduction*]

Le Comité législatif H sur le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), se réunit à 15 h 40, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest.

Membres du Comité présents: Doug Fee, Bob Kilger, Ross Stevenson.

Membres suppléants présents: Don Boudria remplace Fred Mifflin; Robert Wenman remplace Dave Worthy; Stanley Wilbee remplace Jim Hawkes.

Autre député présent: Deborah Grey.

En application du paragraphe 113(4) du Règlement, Doug Fee est désigné président pour la séance.

Aussi présentes: Du Bureau des projets de loi d'intérêt public: Santosh Sirpaul, greffière. *De la Bibliothèque du Parlement:* Susan Alter, attachée de recherche.

Témoins: De la Coalition Campagne-vie: Susan Hierlihy, directrice des affaires publiques; Sabina McLunan, conseillère en politique. *De la Fondation Responsable jusqu'à la fin:* Yvon Bureau. *De Campagne Québec-Vie:* Gilles Grondin, président; W. André Lafrance, m.d., président, Médecins de la région d'Ottawa pour le respect de la vie.

Conformément à son ordre de renvoi du mardi 24 septembre 1991, le Comité reprend l'étude du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), (*voir les Procès-verbaux et témoignages du lundi 30 septembre 1991, fascicule no 1*).

Susan Hierlihy fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 16 heures, Bob Kilger assume la présidence.

Yvon Bureau fait un exposé et répond aux questions.

Gilles Grondin fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 17 h 21, il est convenu,—Que le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Bill Farrell

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Thursday, October 31, 1991

• 1538

The Chairman: Just for the sake of the record, I would like to indicate that pursuant to Standing Order 113.(4), Derek Blackburn has appointed me to chair the meeting today.

I have already given my apologies to the witnesses. I cannot stay for all of the questioning, but I am very interested in your presentation. I will be staying for that at least. My apologies for leaving earlier. I can assure you it will have absolutely nothing to do with what you say. I have another commitment.

I would also like to assure you that the members not here will get a full briefing on what you say and a copy of your brief as well. We are just trying to find out where they are and why they are tied up and not here. Thank you very much. We do welcome you.

Mr. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Mr. Chairman, on that point before we start, if I may, an unusually large number of committees are sitting this afternoon. If it makes anyone feel any better, this may account for the attendance problem in this committee. The one across the hall is just as bad. Some of us are going to have to go between one room and the other in order to keep the two of them going. There are too many of them sitting at one time. I just thought I would explain that.

The Chairman: Thank you very much. I appreciate it.

Ms Susan Hierlihy (Public Affairs Director, Campaign for Life Coalition): I think we probably have the cream of the crop here, Mr. Boudria. That is just fine with us.

My name is Sue Hierlihy and I am accompanied this afternoon by Sabina McLunan as a policy adviser for Campaign for Life Coalition. Sabina is a former editor of *The Interim* newspaper. You may know her from her days as editor of that paper.

We have a brief we would like to seek permission to hand out. Unfortunately, Karen Murawsky, one of the hardest-working members in our office, was stricken with gall bladder surgery on an emergency basis earlier in the week. This set back our brief by some days. We are bringing it to you now, unfortunately, in only one official language. We do apologize for that. If it could be handed out, we would very much appreciate it.

The Chairman: There is no objection to distributing it. Thank you.

• 1540

Ms Hierlihy: Thank you, Mr. Chairman. As most of you know, Campaign for Life Coalition is a national pro-life organization working in the political arena on the life issues of abortion, infanticide and euthanasia. While you may only recognize us as "those anti-abortion people", infanticide and euthanasia have always been a part of the pro-life mandate and will continue to be.

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le jeudi 31 octobre 1991

Le président: Pour le compte rendu, je signale d'abord qu'en vertu de l'article 113.(4) du Règlement j'ai été désigné par M. Derek Blackburn pour présider la séance d'aujourd'hui.

Je me suis déjà excusé auprès des témoins. Je ne puis rester jusqu'à la fin, mais je suis très intéressé par ce qu'ils auront à dire. Je serai là au moins pour la première partie. Donc, ils ne doivent pas le prendre en mauvaise part. Je devrais partir à un certain moment parce que j'ai un autre rendez-vous.

Je tiens à vous indiquer également que les membres du Comité qui sont absents en ce moment recevront le compte rendu intégral de ce que vous direz, de même qu'un exemplaire de votre mémoire. Nous essayons de les trouver actuellement afin de voir ce qui les retient. Merci d'être venus et soyez les bienvenus parmi nous.

M. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Avec votre permission, monsieur le président, je tiens à faire remarquer à ce sujet qu'il y a un nombre inhabituel de comités cet après-midi. C'est probablement ce qui explique cette faible participation. Le Comité qui siège au bout du couloir n'a pas plus de veine que nous. Il y a des députés qui doivent aller d'une salle à l'autre pour faire fonctionner les deux comités. Le problème est qu'il y en a trop qui siègent en même temps. J'ai cru que cette explication s'imposait.

Le président: Je vous en suis reconnaissant. Merci.

Mme Susan Hierlihy (directrice des affaires publiques, Coalition campagne-vie): Je crois que nous avons probablement la crême, monsieur Boudria. Nous en sommes ravis.

Je m'appelle Sue Hierlihy mais je suis accompagnée cet après-midi de Sabina McLunan, conseillère en politique à la Coalition campagne-vie. Sabina est l'ancienne rédactrice en chef du journal *Intérim*. Vous vous souvenez sans doute d'elle en cette capacité.

Nous voudrions vous distribuer des exemplaires de notre mémoire. Malheureusement, Karen Murawsky, l'une de nos plus ardentes collaboratrices, a dû être opérée d'urgence à la vésicule biliaire au début de la semaine, ce qui a retardé plusieurs jours la préparation de notre mémoire. Aussi, nous ne pouvons vous l'offrir qu'en une seule langue officielle aujourd'hui. Nous nous excusons. Nous allons quand même vous le remettre.

Le président: C'est très bien. Merci.

Mme Hierlihy: Merci, monsieur le président. Comme la plupart d'entre vous le savent, la Coalition campagne-vie est un organisme national pro-vie intervenant dans l'arène politique sur les questions vitales de l'avortement, de l'infanticide et de l'euthanasie. Vous nous connaissez peut-être comme «des adversaires de l'avortement», mais vous devez comprendre que l'infanticide et l'euthanasie ont toujours fait partie de notre mandat pro-vie et en feront toujours partie.

[*Texte*]

The bill before us at the moment, Bill C-203, at first glance seems to be very innocuous. It seems to simply codify what is already going on in Canadian hospitals in terms of the care of terminally ill patients. A closer look at the bill shows that the concept of living wills is contained within the bill, and read a certain way the bill would also legalize direct killing of patients by their doctors.

We believe that bills such as these, and Bill C-203 in particular, is a part of that slippery slope that we have been speaking of for many years. We do have some fundamental concerns relating to the bill. We would like to list our concerns clause by clause and go through the bill in that fashion.

If you look at proposed paragraph 217.1(a) you will see the words "medical treatment". We believe that it is essential in any legislation that the term "medical treatment" be defined to prevent the legalized starvation of patients.

What has happened in other jurisdictions is that food and water—nutrition and hydration, in medical terminology—have been deemed to be medical treatment, and once laws authorize the withdrawal of medical treatment they therefore authorize the withdrawal of nutrition and hydration.

What happens in those cases is that the patients starve to death. They do not die of their underlying illness, they are in fact starved to death. We believe that food and water are basic necessaries of life, and a distinction must be made between supporting life through artificial or extraordinary means and providing the simple necessaries of life.

Consider the example of a respirator. When that respirator is withdrawn it is not known what will happen to the patient. The patient may or may not die of the underlying cause. If you withdraw food and water, the patient will definitely die of starvation.

In the last several years in the United States there have been several cases where courts have been requested to allow medical personnel to starve their patients to death. In one of those court cases, the court actually listed the effects of starvation and dehydration on a patient. This was the case of Paul Brophy, who died eight days after his feeding tube was disconnected. I would like to take a moment to read this because I think it is important to the discussion that we are having.

These are the effects on the human body of starvation and dehydration:

> The mouth dries out and becomes caked or coated with thick material; the lips become parched and cracked or fissured; the tongue becomes swollen and might crack; the eyes sink back into their orbits; the cheeks become hollow; the lining of the nose may crack and cause the nose to bleed; the skin hangs loose on the body and becomes dry and scaly; urine becomes highly concentrated, causing burning of the bladder; the lining of the stomach dries

[*Traduction*]

Le projet de loi dont nous sommes saisis aujourd'hui, le projet de loi C-203, semble assez inoffensif à première vue. Il donne l'impression de simplement codifier les pratiques actuelles des hôpitaux canadiens pour ce qui est des soins aux patients en phase terminale. Un examen plus approndi révèle cependant que le projet de loi introduit la notion du testament biologique; il peut également être interprété comme légalisant le meurtre pur et simple des patients par leur médecin.

Nous pensons que les projets de loi comme le projet de loi C-203 nous placent sur la pente fatale dont nous parlons depuis de longues années. Nous avons plusieurs graves préoccupations en ce qui le concerne. Pour mieux les illustrer, nous allons procéder article par article.

A l'alinéa 217.1a), il est question du «traitement médical». Nous pensons qu'il est essentiel dans n'importe quelle loi que la définition de «traitement médical» est censée empêcher le meurtre légal des patients par inadmission.

Certains gouvernements ont décrété que la nourriture et l'eau—l'alimentation et l'hydratation, en termes médicaux—peuvent être considérés comme faisant partie du traitement médical, ce qui fait que si leur loi autorise l'interruption du traitement médical elle autorise aussi l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation.

Il s'ensuit que les patients meurent littéralement d'inanition. Ils ne meurent pas de la maladie qui les affecte, on les laisse mourir de faim. Nous pensons que la nourriture et l'eau sont absolument nécessaires et que la différence doit être établie entre maintenir la vie de façon artificielle ou par des moyens extraordinaires et prodiguer le nécessaire pour garder les gens en vie.

Prenons le respirateur, par exemple. Si on l'arrête ou l'enlève, on ne sait pas ce qui arrivera au patient. Le patient peut être emporté ou ne pas être emporté par la principale maladie qui l'afflige, mais si la nourriture et l'eau lui sont retirés, il mourra certainement de faim.

Au cours des dernières années, on a signalé aux États-Unis plusieurs cas où les tribunaux on eu à statuer à propos de requêtes visant à permettre au personnel médical de priver certains patients de nourriture. Dans un de ces cas, le tribunal a énuméré les effets de la dénutrition et de la déshydratation chez le patient. Il s'agissait de Paul Brophy, qui est mort huit jours après l'enlèvement de son tube d'alimentation. Je voudrais consacrer une minute ou deux à vous lire quels sont ces effets, parce que je pense que c'est très important dans le cadre de cette discussion.

Voici donc quels sont les effets sur l'organisme humain de la dénutrition et de la déshydratation:

> La bouche se dessèche et devient croûtée ou recouverte d'une matière épaisse; les lèvres se dessèchent, sont fendillées ou fissurées; la langue enfle et peut se fendiller; les yeux s'enfoncent dans les orbites; les joues deviennent creuses; les parois nasales peuvent se fendiller et saigner; la peau devient flasque, sèche et écailleuse; l'urine est très concentrée, ce qui cause des brûlures à la vessie; la paroi intérieure de l'estomac se dessèche, ce qui provoque des

[*Text*]

out, causing dry heaves and vomiting; the patient develops hyperthermia, a very high body temperature; brain cells begin drying out, causing convulsions; the respiratory tract dries out, giving rise to very thick secretions which can plug the lungs and cause death; and eventually major organs fail, including the lungs, heart and brain.

I think we would all agree that this is an incredibly gruesome way to die. Even euthanasia promoters admit that when you withdraw feeding tubes, you are killing the patient.

I would draw your attention to a statement from a person who is with the World Federation of the Right to Die Societies. It links this horrid way of death with euthanasia in this way:

If we can get people to accept the removal of all treatment and care—especially the removal of food and fluids—they will see what a painful way this is to die, and then, in the patient's best interests, they will accept the lethal injection.

So the simple fact that this is such a horrid way to die will be used to further the process one step further. "We cannot let patients die in that horrible way, we will have to actively kill them through lethal injection.". I think it is very important for you to note that.

• 1545

In any legislation we believe that medical treatment must be defined to exclude nutrition and hydration, and to further define them as necessaries of life, so that there can be no mistake that food and water can be withdrawn from a patient under the guise of medical treatment.

Clause 1, proposed paragraph 217.1(a), contains the phrase "a person who clearly requests". Here is where we find the link to living wills, because we believe that the next step down the road is to say that the best method of ensuring a clear request is through a living will.

We have several problems with living wills, although we certainly don't have a problem with people making known their wants and desires to their loved ones, doctors, etc., before death. However, the underlying premise of a living will is that doctors, unless threatened otherwise, routinely overtreat their patients. Unless we say something and write something down legally, we can expect to be overtreated, and we can expect to be treated excessively. It also suggests that without such a document patients don't have any rights, they don't have the right to refuse treatment if they don't have this legal document. We don't believe that any of that is true. People do have the right not to be treated.

[*Translation*]

nausées et des vomissements; le patient est atteint d'hyperthermie, c'est-à-dire d'une très haute température du corps; les cellules du cerveau s'assèchent, ce qui provoque des convulsions, l'appareil respiratoires se dessèche, ce qui a pour effet de produire des sécrétions très épaisses qui peuvent bloquer les poumons et amener la mort; au bout d'un certain temps, tous les organes vitaux cessent de fonctionner, y compris les poumons, le coeur et le cerveau.

Tout le monde sera sûrement d'accord pour dire que c'est là une agonie affreuse. Même les partisans de l'euthanasie admettent que l'enlèvement du tube d'alimentation provoque la mort du patient.

J'attire votre attention sur la déclaration d'un membre de la Fédération mondiale des associations pour le droit de mourir dans la dignité. Elle fait un lien entre cette façon horrible de mourir et l'euthanasie:

Si nous pouvons faire accepter aux gens l'interruption de tous les traitements et de tous les soins—en particulier le retrait de la nourriture et des boissons—ils seront forcés de constater que c'est une façon douloureuse de mourir; alors, ils seront peut-être prêts à admettre, dans le meilleur intérêt du patient, que ce celui-ci reçoive une injection fatale.

Donc, l'horreur de cette situation servira de prétexte pour passer à l'étape suivante. «Comme nous ne pouvons pas permettre aux patients de mourir de cette façon horrible, nous allons les tuer délibérémment au moyen d'une injection fatale». Je pense qu'il importe que vous preniez conscience de ce danger.

Quelle que soit la loi, le traitement médical doit être défini comme excluant l'alimentation et l'hydratation, qui doivent être jugées nécessaires à la vie, de façon à ce qu'elles ne puissent pas être enlevées à un patient sous prétexte qu'elles font partie du traitement médical.

Toujours à l'article 1, à l'alinéa 217.1a), nous trouvons l'expression suivante: «une personne qui demande clairement». Nous pensons que c'est là qu'il y a un lien avec les testaments biologiques car l'étape suivante revient à dire que la meilleure façon d'exprimer clairement cette demande est de faire un testament biologique.

Nous avons plusieurs problèmes avec les testaments biologiques, même si nous n'avions rien contre le fait que des personnes expriment leurs désirs et volontés à leurs proches, leur médecin et à d'autres avant de mourir. Or, ceux qui préconisent le testament biologique prennent pour acquis que les médecins, à moins d'en être empêchés, sont généralement voués à l'acharnement thérapeutique. À moins d'établir un instrument ou un document illégal, nous pouvons nous attendre à être victimes d'acharnement thérapeutique, nous pouvons nous attendre à recevoir des traitements excessifs. Il est également sous-entendu que sans un tel document les patients sont privés de tout droit; ils ne peuvent refuser aucun traitement. Nous ne souscrivons à rien de tout cela. Les gens ont toujours le droit de refuser le traitement.

[*Texte*]

We also point out in our brief that most living wills are unidirectional. They promote the right to refuse treatment, but not to receive treatment. In this regard we would think that both the right to receive and refuse should be considered when making your wishes known through a document or any other means.

We are also very concerned by the people who are promoting living wills. Most of the euthanasia organizations believe that the living will is the first step towards euthanasia. Derek Humphrey of the Hemlock Society promotes the use of living wills to achieve euthanasia, and I think there is all sorts of literature at hand to show that, so we are very concerned about it.

Again in proposed paragraph 217.1(b), with respect to the words "medically useless" and "in the best interests of the person", we believe that common sense would dictate that where the situation is medically hopeless you can decide not to treat the patient or continue extraordinary measures. That is ethical and legal medicine. We haven't got a problem with that. It is standard medical practice. We wonder, then, why this has been included, since it should be such common medical practice. Why bother including this?

Is it perhaps that "medically useless" could take on another meaning and actually come to mean, if the patient cannot be completely cured, then treatment is medically useless? The other phrase "in the best interests of the person" is also vague enough to be open to abuse. It leaves the definition of "the best interests of the person" to the person making the decision, and we find that would be open to abuse and very dangerous.

Proposed paragraph 217.1(c) is the clause that gives us the most trouble. I don't know whether we just aren't reading this right or whether we actually are reading it right, because the way I read it, it says that a doctor could administer measures intended to alleviate suffering for the sole reason that they will shorten the life of the patient. If that is in fact true, and that is what those words mean, that you can give treatments for the sole reason that they will shorten the life of the patient, that is active euthanasia. That is what we are talking about in this clause of the bill. I would like to be persuaded that this is not what that means, and that somehow my brain is simply absorbing it wrong. But the words in English to me say just that.

We don't have any problem, any ethical problem, with administering drugs which control pain, which might as a side effect shorten the life of the patient. It has always been ethical to do that. Your intent is to relieve the pain. You know that as a side effect the patient's life may be shortened. It may be, it may not be. But if your intent is to alleviate the pain, there is no ethical or moral problem there.

[*Traduction*]

Nous faisons également valoir dans notre mémoire que la plupart des testaments biologiques vont dans un sens seulement. Ils s'attachent au droit de refuser le traitement, non pas au droit de recevoir le traitement. Nous pensons que les deux considérations devraient intervenir quand il s'agit d'établir un instrument ou un document qui exprime les volontés de quelqu'un.

Nous nous inquiétons également beaucoup des gens qui se font les partisans des testaments biologiques. La plupart des organismes voués à l'euthanasie considèrent le testament biologique comme la première étape du processus. Derek Humphrey, de la Hemlock Society, propose le testament biologique comme moyen d'en arriver à l'euthanasie. Il existe une abondante littérature sur ce thème. C'est un point qui nous préoccupe énormément.

À l'alinéa 217.1b), nous retrouvons les expressions «médicalement inutile» et «dans l'intérêt véritable du malade». Nous pensons que le bon sens dicte que le traitement doit être interrompu ou que les mesures extraordinaires doivent être discontinuées lorsque la situation du patient est sans issue. C'est une question qui relève d'une médecine morale et légale. Nous n'y voyons rien de mal. Nous pensons que c'est dans la norme. C'est la raison pour laquelle nous nous demandons pourquoi il faut le prévoir dans le projet de loi. Et pourquoi s'en donner la peine?

Serait-ce parce que «médicalement inutile» pourrait prendre un autre sens avec le temps et signifier que si un patient ne peut pas être complètement guéri, son traitement est médicalement inutile? L'expression «dans l'intérêt véritable du malade» est tout aussi vague et laisse libre cours aux abus. Son interprétation est laissée à la personne qui prend la décision. À notre avis, c'est une invitation aux abus et c'est très dangereux.

L'alinéa proposé 217.1c) est celui qui nous tracasse le plus. Il se peut qu'il veuille dire autre chose, mais comme je le comprends, il indique que le médecin peut prescrire des mesures destinées à soulager les souffrances du seul fait que ces mesures abrègeront les jours du malade. Si ces mots sont employés à bon escient, ils signifient qu'il est possible d'administrer des traitements pour la seule raison qu'ils abrègeront les jours du patient, ce qui constitue l'euthanasie active. C'est de fait ce que prévoit cet alinéa du projet de loi. Je voudrais bien être persuadé du contraire, je voudrais bien avoir mal compris. Cependant, pour moi, c'est ce que signifient ces mots.

Nous n'avons rien contre le fait, sur le plan moral, d'administrer des médicaments qui soulagent la douleur, avec la possibilité que ces médicaments abrègent les jours du patient. Il a toujours été permis de le faire. L'objet premier, dans ce cas, est de soulager la douleur. L'effet secondaire peut-être que le patient vivra moins longtemps. Ce n'est pas une certitude. Si l'objet est uniquement de soulager la douleur, il n'y a pas de problème moral.

[*Text*]

• 1550

This section says you can administer the treatment specifically to end the person's life, to hasten that death, and we have very grave problems with that. If in fact that is the intent of this bill, we feel it should have been stated a little bit more clearly than it was in the explanation to the bill.

Proposed section 246.2, the very last section of the bill, includes the phrase "includes any person working under the direction of that person". That is very, very vague as well. We feel that the direction of the physician should at least be necessary. Supervision can be over a telephone, supervision can be as simple as writing a comment on a piece of paper. Certainly, given that we are dealing with life and death here, the direction of a physician must be necessary, not simply supervision.

The explanatory note to this bill says that the purpose of the bill is to protect the physician. Our question is, why? We think that at the moment both patients and physicians are adequately protected by the Criminal Code. The Law Reform Commission has said that the practice of terminating or discontinuing useless treatment is well established and there is no need for specific legislation. The Criminal Code already provides protection from unwarranted or undesired medical treatment. If a doctor treats you without your consent, that is assault.

We simply don't understand why doctors want to be protected if they are practising ethical medicine with the best interests of their patients at heart, without the intention to kill them. There should be no need for them to seek protection. Nothing will happen to them.

We would like to conclude by saying that we don't see any value in this legislation and we see it as being very dangerous.

To reiterate, physicians and patients are adequately protected by the Criminal Code. There is little danger that physicians making ethical decisions regarding the care of their patients will be prosecuted, and passage of this legislation may result in the mistrust of the medical profession and recourse to the dangers of living wills.

It is our recommendation that Bill C-203 be defeated. Further, we would say that we believe that ethical and compassionate care for the dying demands full government and societal support for hospice and palliative care facilities to preclude the legalization of euthanasia in Canada.

At this point, I think Mrs. McLunan and I would be happy to answer any questions any of you have.

The Chairman: Thank you very much. I would like to thank you for many things, the conciseness of your brief, the way you presented it, and as one who has sat on a number of legislative committees lately, especially the way you have laid it out, clause by clause. It makes it much easier for us to file it and use it for reference later.

[*Translation*]

Cependant, cette disposition indique qu'il est possible d'administrer un traitement destiné spécifiquement à mettre fin à la vie d'une personne, à hâter sa mort, et nous ne pouvons qu'exprimer de graves réserves à ce sujet. Si c'est le véritable objet du projet de loi, nous sommes d'avis qu'il aurait dû être expliqué plus clairement.

Le paragraphe proposé 246.2, le tout dernier du projet de loi, contient la motion suivante: «est assimilée aux médecins qualifiés toute personne qui travaille sous la direction d'un tel médecin». C'est très très vague, à nos yeux. Nous pensons que tout au moins une chose pareille devrait se faire sur l'ordre direct d'un médecin. Autrement la décision pourrait être prise par téléphone, sur la foi d'un simple bout de papier. Comme il s'agit d'une question de vie ou de mort, l'ordre du médecin lui-même, non pas seulement du surveillant ou de la surveillante, devrait être exigé.

La note explicative figurant dans le projet de loi indique que l'objet de l'exercice est de protéger le médecin. Pourquoi, voulons-nous savoir? Nous estimons que les patients et les médecins sont déjà suffisamment protégés par le Code criminel. La Commission de réforme du droit a fait remarquer que la pratique qui consiste à mettre fin ou à discontinuer les traitements inutiles est bien implantée et qu'il n'est pas nécessaire de légiférer à cet égard. Le Code criminel protège déjà contre le traitement médical non requis ou non désiré. Le médecin qui traite quelqu'un sans son consentement est coupable d'agression.

Nous ne voyons pas pourquoi les médecins veulent être protégés s'ils pratiquent une médecine morale, qui respecte l'intérêt véritable de leurs patients, excluant toute vélléité de les tuer. Dans ces conditions, ils devraient se sentir rassurés.

Nous en venons à la conclusion que ce projet de loi n'a aucune valeur et peut même se révéler très dangereux.

Finalement, les médecins et les patients sont déjà suffisamment protégés par le Code criminel. Il y a peu de risque que des médecins qui prennent des décisions morales concernant leurs patients soient poursuivis. Par ailleurs, l'adoption de ce projet de loi pourrait créer de la méfiance à l'endroit de la profession médicale et encourager le recours au testament biologique dangereux.

Nous recommandons donc le rejet du projet de loi C-203. Nous ajoutons qu'à notre avis l'éthique et la compassion en ce qui concerne les patients en phase terminale exigent que les gouvernements et la société appuient entièrement le maintien des installations de soins palliatifs comme alternative à la légalisation de l'euthanasie au Canada.

Nous sommes maintenant à votre disposition, M^me^ McLunan et moi-même, pour répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup. Je vous remercie pour plusieurs raisons, pour la brièveté de votre mémoire, pour la façon dont vous l'avez présenté, c'est-à-dire en procédant article par article, c'est quelque chose que j'ai particulièrement apprécié, moi qui suis devenu un habitué des comités législatifs au cours des dernières semaines. Notre tâche en est d'autant facilitée.

[*Texte*]

To the members of the committee, we have about 18 minutes left in this period of time. Our policy has been ten minutes for one side and ten minutes for the other. What do you say to five minutes? I suggest that if we leave it a little bit shorter, everyone will have a chance to say something. Who would like to start the questioning? Mr. Boudria.

Mr. Boudria: Thank you, Mr. Chairman. I think having five minutes will enable more members to participate and that is probably better for everyone.

First I want to congratulate our witnesses for their brief. I want to ask them how familiar they are with the Dutch situation in regard to euthanasia, of course.

Ms Sabina McLunan (Policy Adviser, Campaign for Life Coalition): We have done quite a lot of research on that. We left it out of this brief because we wanted to keep the brief brief.

Mr. Boudria: The reason I bring it up is the following: in Holland, as I understand it, and perhaps our witnesses could comment, the legislation they have does bear quite a bit of similiarity with ours in the sense that they consider their bill to be a form of passive euthanasia legislation. The jurisprudence that has evolved over there is such that, at least from what I am told, patients are in thousands of cases per year—the figure I hear is as many as 12,000 people per year—lose their lives through what is referred to as active euthanasia; in other words, the injection of a drug whose purpose it is to kill the patient and so on. Would you comment on that, please.

• 1555

Ms McLunan: There are all sorts of figures. There are 12,000 a year, 3,000 a year, 20,000 a year. People talk about the Dutch situation as now having reached the point where it is not just voluntary euthanasia; i.e., the person says I want to die, and is killed. It is the people who are not consulted as to whether or not they want to die who are killed.

We were talking not long ago to a Belgian doctor who was commenting on this. He said that old people in Holland are now becoming scared to go to the doctors; they are frightened that they will not survive a hospital visit.

I clipped a letter out of the British *Sunday Telegraph* this Sunday, which was commenting on the Dutch situation. Doctor Peggy Norris was referring to a government report on euthanasia. The report was made by the Dutch Ministry of Justice. Unfortunately, she doesn't give figures over how many years this happened, but she said that in 45% of hospital patients killed by involuntary euthanasia—that means the patient did not ask to die—it was done without the knowledge of the patient's family.

So not only have you reached the point where the patient himself or herself doesn't want to die, they are not even asking the patient's family for their advice on what they want done with their mother or father. We find this really scary.

[*Traduction*]

Membres du comité, il nous reste à peu près 18 minutes pour cette partie. Nous avions l'habitude de procéder à des tours de 10 minutes de part et d'autre. Pourrions-nous nous limiter à cinq minutes cette fois-ci? Je pense que de cette façon tout le monde pourrait avoir l'occasion d'intervenir. Qui voudrait commencer? Monsieur Boudria.

M. Boudria: Merci, monsieur le président. Je pense que des tours de cinq minutes sont probablement la meilleure solution.

Je voudrais commencer par féliciter les témoins de leur mémoire. Je voudrais savoir si elles connaissent la situation en Hollande pour ce qui est de l'euthanasie.

Mme Sabina McLunan (conseillère en politique, Coalition campagne-vie): Nous avons fait une recherche poussée sur cette situation. Nous avons dû l'omettre de notre mémoire pour des raisons de brièveté.

M. Boudria: Si je soulève la chose, c'est parce que en Hollande, comme je comprends la situation—et j'aimerais avoir votre avis—, la loi est assez semblable à la nôtre, en ce sens qu'elle permet une certaine forme d'euthanasie passive. La jurisprudence, la situation est telle dans ce pays-là que des milliers de patients—d'après mes informations, il pourrait y en avoir jusqu'à 12,000 par an—meurent par ce qu'on pourrait appeler une euthanasie active; en d'autres termes, les patients recoivent une injection mortelle à un certain moment. Avec le temps, la situation a évolué ainsi. Quelle est votre opinion à vous, à ce sujet?

Mme McLunan: Bien des chiffres sont avancés. Ce pourrait être 12,000 par année, 3,000 par année, 20,000 par année. Apparemment, la situation aux Pays-Bas maintenant est telle que l'euthanasie n'est plus seulement volontaire, c'est-à-dire pratiquée à la demande de la personne en cause. Il y a des gens qui sont tués sans être consultés au préalable pour savoir s'ils veulent continuer de vivre ou mourir.

Nous en parlions récemment à un médecin belge. Il nous disait que les personnes âgées en Hollande craignent maintenant de visiter leur médecin; elles ont peur de ne pas survivre à leur hospitalisation.

J'ai découpé une lettre parue dans le *Sunday Telegraph* britannique de dimanche dernier qui parlait de la situation en Hollande. Le D^r^ Peggy Norris citait dans cette lettre un rapport du gouvernement sur l'euthanasie. Le rapport émanait du Ministère de la Justice des Pays-Bas. Malheureusement, elle n'indiquait pas sur combien d'années portaient ces chiffres, mais elle signalait que dans 45 pour cent des cas où des patients hospitalisés avaient été tués au moyen de l'euthanasie involontaire, c'est-à-dire sans qu'ils en aient fait la demande, la famille n'avait pas été consultée.

Donc, non seulement on ne demande plus au patient lui-même s'il veut vivre ou mourir, mais on ne consulte même plus sa famille. Le patient peut être une mère ou un père. La situation est fort inquiètante.

[*Text*]

Mr. Wilbee (Delta): Thank you very much, and I too appreciate your brief. I apologize for not getting here right on time, but I agree with the chairman that you're way of laying it out is very good.

I think the author of the bill who is beside me had the same idea that you do, that we want to do the best for people. And you feel that the best way of doing that is to insist on medical treatment. As physicians, we often face the the question of when do we stop treatment.

For example, in the extended care unit in Delta Hospital, this is the extended care where the chronic old people are, there is a standing order that unless there is a specific order called DRO—do not resuscitate order—all patients are automatically resuscitated, or attempts are made to do this. And this of course has created a lot of controversy between nursing and medical staff and various members because of this very question.

Do we keep people alive as long as technically possible, or do we accept natural life? You spent a fair amount of time talking about starvation and removing food and water. Now, intravenouses keep them alive, but is that a natural life? In other words, we are using unnatural means to maintain life. Is the hospital going to be sued or the doctor because this process was not carried out? I would like to hear your comments on how you differentiate between natural life and, because of our technology nowadays, artificial life. Do we maintain artificial life or natural life?

Ms McLunan: I would like to comment on your comment about DNR orders. If you are in a situation where you have a certain percentage of patients who do not have DNR orders put on their charts, then surely the presumption must be for the time being that these patients perhaps want to be resuscitated. I don't think in the absence of a direction to the contrary you can assume that they perhaps did not want to be resuscitated. I think the onus must always be on the doctor to be in touch with the family and with the patient if the patient is able to understand the situation he or she is in.

• 1600

As for your comments on artificial means of keeping life going, I think there are very many situations in which people are kept alive artificially, not necessarily for long periods of time. I am not a doctor, but it seems to me that there are occasions when somebody is healing that certain forms of artificial means of helping them to heal are sound practice. I don't think the distinction between artificial life and natural life, as it were, is a black-and-white distinction. I think it's very difficult for all of us, especially when we don't have a medical background, to understand them.

Mr. Wilbee: Again, we talked about the welfare of the patient. Is it more merciful to allow somebody to die—physicians never like to do that, it admits defeat—or do we keep them alive but they continue to suffer? You

[*Translation*]

M. Wilbee (Delta): Merci beaucoup, merci de votre mémoire. Je m'excuse de ne pas avoir été présent à compter du début, mais je suis d'accord avec le président pour ce qui est de l'excellente façon dont vous avez présenté vos vues.

Le parrain du projet de loi, qui se trouve tout à côté de moi, avait le même souci que vous au départ, celui de défendre l'intérêt véritable des gens. En ce qui vous concerne, ce souci se traduit par l'insistance sur le traitement médical. En tant que médecins, nous sommes souvent confrontés à la question de savoir quand cesser le traitement.

Par exemple, à l'unité des soins prolongés du Delta Hospital, l'unité où se trouvent les personnes âgées atteintes de maladies chroniques, il y a un ordre permanent exigeant qu'à moins d'un contreordre appelé ordre de ne pas ressusciter, tous les patients soient automatiquement rescussités ou qu'une tentative en ce sens soit faite. Cet ordre a créé une controverse sur la question entre le personnel infirmier, le personnel médical et d'autres.

Faut-il prolonger la vie des gens tant que c'est techniquement possible ou faut-il accepter la durée de vie naturelle? Vous vous attardez dans votre exposé au thème de la privation de nourriture et d'eau. Est-ce que tenir quelqu'un en vie en l'alimentant par voie intraveineuse est naturelle? Ce que je veux dire, c'est que nous utilisons des moyens artificiels pour maintenir les gens en vie. Si à un certain moment ce n'est pas fait, est-ce que l'hôpital ou le médecin risque d'être poursuivi? J'aimerais savoir comment vous arrivez à faire la différence entre ce qui est la vie naturelle et ce qui est, à cause de nos moyens technologiques actuels, la vie artificielle. La vie que nous maintenons est-elle artificielle ou naturelle?

Mme McLunan: Je voudrais revenir sur la question des ordres de ne pas ressusciter. S'il y a un certain nombre de fiches de patients qui ne comportent pas la mention ordre de ne pas ressusciter, c'est sans doute que ces patients pour l'instant veulent être ressuscités. Sauf indication contraire, il ne faut pas présumer que ces patients ne veulent pas être ressuscités. Je pense qu'il appartient toujours au médecin d'être en communication avec la famille et le patient lui-même si le patient est en mesure de comprendre sa situation.

Pour ce qui est des moyens artificiels utilisés pour prolonger la vie, je pense qu'il y a beaucoup de cas où ils interviennent, même si ce n'est pas nécessairement pour de longues périodes. Je ne suis pas médecin moi-même, mais il me semble qu'il y a beaucoup de cas où des moyens artificiels sont utilisés à bon escient pour aider les gens qui sont en train de guérir. À mon avis, la distinction entre vie artificielle et vie naturelle n'est pas nécessairement simple. La situation de façon générale est fort complexe, surtout pour ceux d'entre nous qui ne sont pas médecins.

M. Wilbee: Nous devons nous rappeler que nous parlons du bien-être du patient. Devons-nous considérer qu'il est préférable de laisser mourir quelqu'un par compassion—les médecins n'aiment pas s'y résoudre, parce que pour eux c'est

[*Texte*]

graphically described death by starvation and dehydration. Is there a reason to keep them alive? Ultimately they are going to die. It might be ten days, it might be two years. I am sure you have met people who say that their life is finished: they are suffering pain, they don't have a family left, they want to just be let go. Is that wrong?

Ms McLunan: We don't believe people should be put in the position of having to die in a very painful and undignified way. What we do believe in is proper hospice care and palliative care in the last stages of life, with proper pain management techniques. My understanding is that they have now become very sophisticated and that terminal pain can be totally relieved for the majority of patients. For the patients for whom it can't be relieved totally, it can certainly be eased considerably. I am just very hesitant that we take the whole idea of everybody dying in just absolute agony and use that as the basis on which we make the rule for everybody, when it is not necessary for people to die in agony.

Mrs. Grey (Beaver River): Thank you also for coming and welcome. I want to express my appreciation as well for your efforts in the field of life and congratulate you on that.

I would like to ask your opinion on a couple of issues. First of all, what do you see as the legal implications for physicians vis-à-vis this bill? I wonder how a medical doctor would feel in terms of a malpractice suit or insurance. Would they see this as possibly getting out of control?

Ms McLunan: We really feel that doctors are protected now. If the doctor is acting ethically, with the wishes of the patient or the wishes of the family taken into consideration, and it is discovered that a kind of treatment is no longer appropriate, and if the doctor talks it through with the patient if possible, and with the family if not, then we don't see why the doctor should be scared of prosecution. It hasn't happened, and this has been the situation for a great number of years. We are very worried that in safeguarding the rights of doctors we are in fact opening ourselves up to something very dangerous for the patients. I think I would rather see more of an emphasis put on patients than on the doctors.

Mrs. Grey: Mr. Wenman and I had a long talk about this bill on the airplane the other night, and I want to thank you, Bob, for filling me in on this as well.

I suspect that I, as well as many other Canadians, would have a problem with the fine-line distinction between passive euthanasia and active euthanasia. I suspect in many instances people would have a great deal of difficulty with that. Where do we move from one to the other? I am wondering if you see a problem in terms of saying well, this is passive euthanasia; I am the person who has the right to determine what happens. Can you see possibilities for family feuds, for one thing, turning into bitter debates about what would happen to a particular person who was ill? What about the whole idea of the human spirit, which continues to say that while there is life, there is still hope that the person may get better?

[*Traduction*]

admettre la défaite—plutôt que de le maintenir en vie pour qu'il continue de souffrir? Vous avez décrit de façon très réaliste ce processus de laisser quelqu'un mourir de faim ou de déshydratation. Y a-t-il une raison de garder certaines personnes en vie? Elles vont mourir, au bout de 10 jours ou au bout de deux ans. Je suis sûr que vous avez rencontré des gens qui vous ont confié que leur vie était terminée; elles souffraient, elles n'avaient plus de famille, elles ne voulaient plus que mourir. Est-ce mal de les laisser mourir?

Mme McLunan: Nous ne disons pas que les gens doivent mourir en éprouvant de très grandes douleurs et de façon indigne. Ce que nous préconisons, ce sont des installations de soins palliatifs, dotées de techniques adéquates de contrôle de la douleur, pour les patients en phase terminale. Les techniques dans ce domaine sont maintenant très avancées de sorte que la majorité des patients peuvent s'attendre à ne pas souffrir. Dans le cas des patients, dont la douleur ne peut pas être contrôlée complètement, les choses peuvent être grandement facilitées. J'hésite à accepter l'idée que de façon générale les gens meurent dans la plus grande douleur et que cette situation nécessite l'adoption d'une règle qui s'applique à tout le monde. Les gens ne meurent pas toujours dans la douleur.

Mme Grey (Beaver River): Merci d'être venues au comité et bienvenue. Je vous félicite des efforts que vous faites pour promouvoir la vie.

J'aurais quelques questions à vous poser. D'abord, quel pourrait être, selon vous, les répercussions du projet de loi pour les médecins sur le plan juridique? Les médecins ont-ils raison de craindre la multiplication des poursuites pour faute professionnelle et par conséquent l'augmentation de leurs assurances?

Mme McLunan: Nous pensons que les médecins sont déjà adéquatement protégés. Un médecin qui agit selon l'éthique, qui respecte les volontés du patient ou de sa famille, qui discute honnêtement avec le patient si possible sinon avec sa famille, de la possibilité qu'un traitement ne soit plus approprié, n'a pas à craindre les poursuites. Il n'y pas eu de problème au cours de toutes ces années. Nous craignons qu'en voulant protéger les médecins nous ouvrions la porte à des pratiques très dangereuses pour les patients. Nous voudrions que l'accent soit davantage mis sur les patients plutôt que sur les médecins.

Mme Grey: M. Wenman et moi avons eu un long entretien au sujet de ce projet de loi à bord de l'avion qui nous ramenait l'autre soir. Je tiens à le remercier également de m'avoir donné tous ces détails.

Comme beaucoup d'autres Canadiens et Canadiennes, j'éprouve quelques difficultés à faire la distinction entre l'euthanasie passive et l'euthanasie active. Je crains de ne pas être la seule à me poser des questions à ce sujet. À quel moment passe-t-on d'une à l'autre? Une personne pourrait se dire: il s'agit d'euthanasie passive; j'ai le droit de décider de ce qui va se passer. Selon vous, pourrait-il y avoir des problèmes à l'intérieur de la famille? Pourrait-il y avoir de longues discussions sur le sort d'un parent malade? Et que pensez-vous de la théorie de l'esprit humain; selon lequel tant qu'il y a de la vie il y a de l'espoir, espoir que la personne voit son état s'améliorer?

[*Text*]

• 1605

Ms McLunan: I don't think the terms "passive" and "active" in the euthanasia debate really have much relevance. "Passive" is basically used to describe omitting to do something; that is, withdrawing something. "Active" is usually used in terms of doing something aggressive such as taking a lethal overdose of drugs. I don't see any difference, quite frankly, because the end result is the same: the person is dead. Whoever has not done something or whoever has done something has still done something. It makes it sound better, I think, if we talk about "passive". It sounds so much kinder and easier for us to swallow. But all we're doing is fooling ourselves with language.

The human spirit, where there's life there's hope... I know if I were in the last stages of a terminal illness, I hope I would be treated with love and care, and I hope that my physical suffering would be removed as much as possible. I certainly wouldn't ask my doctor to put me out of my suffering prematurely. I would hope I could live until the time I'm meant to die.

Mr. Wenman (Fraser Valley West): I particularly appreciate the discussion following the brief. I appreciate the brief as well, and its clinicalness, but this is a very human thing we are talking about and as you said, the end result is the same: we're all going to die. What we're talking about is how we are going to die and under what conditions. And who makes the decisions?

May I assume that in your view, we are born, we have life, and we pass from life to death to life? Do you accept that?

Ms McLunan: I would say we have life, then we are born.

Mr. Wenman: What I'm saying is that you believe in life after death.

Ms McLunan: Yes, I do.

Mr. Wenman: You believe that the death process is a rite of passage from one condition to another. It's the spirit being released.

Ms McLunan: Yes.

Mr. Wenman: I would like to know when medical science ends and when the will of God begins. When does natural death begin? At what point do we stop treatment? To me, it must have something to do with pain and suffering. At what point do we stop, and when do we allow God's will to take over and nature to take over?

Second, who will make the decision? Should it be the doctor? Should it be the individual who passes through? Should it be his family, his friends, or someone he appoints or asks to make the decision if they can't? Who will make

[*Translation*]

Mme McLunan: Dans ce débat sur l'euthanasie, que l'on parle d'euthanasie «passive» ou «active» n'a pas grande importance. Lorsque l'on parle d'euthanasie «passive», on veut dire simplement que l'on ne fait pas quelque chose; c'est-à-dire que l'on interrompt quelque chose. Le terme «actif» est plutôt utilisé lorsqu'il y a agression, en quelque sorte, qui consiste par exemple à administer une dose mortelle de médicaments. En réalité je ne vois pas de réelle différence, le résultat final est le même: la personne meurt. Que cela ait consisté à faire ou ne pas faire, il n'en reste pas moins que l'on a quand même commis un acte. Évidemment si l'on parle d'euthanasie «passive» cela passera mieux, on aura l'impression d'avoir été moins brutal, et cela sera plus facile à accepter. Mais en réalité nous nous leurrons, en nous servant du langage.

Votre question ensuite sur l'esprit humain, et sur l'espoir qui subsiste tant qu'il y a de la vie... Si j'étais gravement malade, et dans une phase terminale, j'espèrerais certainement être traitée avec amour et affection, et que l'on supprime autant que possible mes souffrances physiques. Mais je ne demanderais certainement pas aux médecins de faire cesser ces souffrances prématurément. C'est-à-dire que j'aimerais pouvoir vivre aussi longtemps que mon état le permet.

M. Wenman (Fraser Valley-Ouest): Cet échange qui a suivi la présentation du mémoire m'a beaucoup intéressé. J'ai également beaucoup apprécié votre mémoire, d'une rigueur d'ailleurs clinique, ce qui m'amène précisément à faire remarquer que nous débattons tout de même ici de choses avant tout humaines, et que, comme vous l'avez dit vous-même, le résultat est le même pour tout le monde: nous sommes tous appelés un jour à mourir. La question qui se pose maintenant est celle de savoir comment et dans quelles conditions cette mort aura lieu. Et puis il faut également savoir qui prendra les décisions.

Puis-je supposer que pour vous, nous naissons, nous vivons, puis nous passons de la vie à la mort et ensuite à la vie? Est-ce bien cela?

Mme McLunan: Disons qu'il y a la vie, et puis nous naissons.

M. Wenman: Je veux dire que vous croyez dans une vie après la mort.

Mme McLunan: Oui.

M. Wenman: Vous pensez que la mort est un rite de passage d'un état à l'autre. C'est l'esprit qui se libère du corps.

Mme McLunan: Oui.

M. Wenman: J'aimerais quand même savoir où s'arrête la médecine et où la volonté de Dieu commence. Où commence la mort naturelle? Quand devons-nous stopper les traitements? À mon avis cela doit être décidé en fonction de la douleur, des souffrances. Quand devons-nous mettre un terme à notre intervention, et quand devons-nous en quelque sorte permettre à Dieu, et à la nature, de prendre le relais?

Deuxièmement, qui prendra cette décision? Le médecin? La personne qui trépasse? Sa famille, ses amis, ou une personne de confiance qu'il a désignée, s'il est dans l'impossibilité de prendre une décision lui-même? Qui donc à

[*Texte*]

the decision of that a point? When and who do you think...? Could you answer those questions, when and who? You almost did. Maybe we could ask the other presenter, because I liked your personal... State it for yourself. Make it personal. How do you feel for you?

Ms Hierlihy: The answer to your question could be all of the above, some of the above, or none of the above. Part of the problem with this whole issue is that it's not black and white. What is perfectly acceptable, ethical and wanted in one case can be quite unethical in case that is very similar but not quite the same. That's why I hesitate to draw any lines or give any maxims in this area.

Obviously I think patients should make as many decisions for themselves as possible. Family should be involved. The physician must be involved. But that's dependent on who those people are, how they have lived their lives, and therefore what circle is around them at the end of their lives.

I watched both my parents die in similar yet different circumstances with palliative care. Although their circumstances were slightly different, their deaths were really quite the same. There was no question of hooking them up to all sorts of machines and making decisions as to when this was going to stop and that was going to stop. When it's clear that someone is dying, you don't take those extraordinary measures. You simply let the person die.

• 1610

I would like to comment on something Dr. Wilbee said—

Mr. Wenman: Is that what the bill is saying, that when a person is going to die and no further treatment is known, at that point you can withdraw treatment and allow... and a doctor won't be prosecuted for that?

Ms Hierlihy: For deliberately killing the patient; that is the problem we have with this bill. It is not the withdrawing of the treatment. The part of this bill we have the most problem with is the part that says you can administer presumably drugs in order to kill the patient. That is what the wording says. If that's not what the bill means, I think this is really something we should discuss.

Mr. Wenman: You didn't say, for instance, who would make the decision. Is it a combination decision?

Ms Hierlihy: I think it depends on the circumstances of the person who is dying.

Mr. Wenman: But the first right is to the individual, if that person can express—

[*Traduction*]

ce moment crucial décidera de la suite des événements? Quand, et qui, à votre avis...? Pourriez-vous répondre à ces questions, vous l'avez d'ailleurs presque fait. Nous pourrions d'ailleurs poser cette question à l'autre témoin, j'ai beaucoup apprécié votre vision très personnelle... Parlez pour vous-même, n'ayez pas peur d'être personnelle. Qu'en pensez-vous, lorsque vous pensez à votre propre mort?

Mme Hierlihy: On pourrait répondre à votre question en disant que c'est tout ça, ou simplement une partie de ce que vous avez proposé, ou même rien de ce que vous avez avancé. Une partie du problème réside précisément dans le fait que les choses ne sont jamais très tranchées, noir ici blanc là. Ce qui est parfaitement acceptable, et défendable sur le plan éthique dans un cas, peut ne pas l'être dans un autre qui paraît pourtant tout à fait semblable, mais pourtant pas tout à fait identifique. Voilà pourquoi j'hésite à établir des catégories, et proposer des maximes.

Je pense qu'il faudrait d'abord que les patients puissent prendre autant de décisions que possible pour eux-mêmes. La famille peut être également appelée à participer à la prise de décisions, le médecin également, selon la personne à laquelle on a affaire, selon la façon dont elle a vécu sa vie, et selon la composition de ce cercle de personnes qui l'entourent.

J'ai assisté au décès de mes deux parents, décès qui ont eu lieu dans des circonstances semblables et pourtant différentes, de soins palliatifs. Bien que ces circonstances aient été légèrement différentes, on peut dire que leurs morts se sont beaucoup ressemblées. Il n'a pas été question de les brancher sur toutes ces machines compliquées, il n'a pas fallu prendre la décision d'arrêter ou de ne pas arrêter tel ou tel traitement. Lorsque quelqu'un meurt et que c'est clair, ce n'est pas la peine de recourir à ces mesures extraordinaires. Vous laissez tout simplement la personne mourir.

J'aimerais d'ailleurs ajouter quelque chose à ce qu'a dit le docteur Wilbee...

M. Wenman: Mais est-ce bien ce que le projet de loi prévoit, à savoir que lorsque quelqu'un va mourir et que l'on n'a plus aucun traitement à sa disposition, on peut interrompre le traitement en cours et laisser... sans que le médecin ne s'expose à des poursuites?

Mme Hierlihy: D'avoir de façon délibérée tué son patient. C'est exactement ce que nous contestons dans ce projet de loi. Ce n'est pas tellement qu'on interrompe le traitement, ce qui nous gêne dans ces dispositions, c'est que l'on autorise le médecin à administrer des doses de médicaments qui puissent tuer le patient. Voilà ce qui est écrit en toutes lettres. Si ce n'est pas ce que prévoit le projet de loi, il faut que nous en discutions.

M. Wenman: Vous n'avez pas répondu à la question sur la prise de décision. Est-ce une décision qui doit être prise de façon collégiale?

Mme Hierlihy: Tout dépend des circonstances.

M. Wenman: Mais le premier droit à considérer est bien celui de l'individu, et si celui-ci peut exprimer...

[*Text*]

Ms Hierlihy: Yes, if possible.

Mr. Wenman: How would that person express their will?

Ms Hierlihy: That also depends on who the individual is, who he's been surrounded by—

Mr. Wenman: Why not have him express it earlier in some way, in writing or talking to you; in your case, for your parents or for—

Ms Hierlihy: I think that's a wonderful thing to do, as long as it's not a legal document. I would hope that we would all express to our loved ones how and in what manner, if possible, we wish to die.

Mr. Wenman: What's wrong with it being legal?

Ms Hierlihy: Circumstances can change. You can force people to act in ways that they no longer believe you would want to be treated in. As well, technology can change. All sorts of things can change in that regard.

We have no problem with people letting their loved ones know their feelings. The problem we have is making a document that doctors must follow.

Mr. Wenman: The decision-maker at the moment, and in most cases, it seems, is often the doctor in current practice. In current practice, we seem to understand or hear that it is common practice to withdraw and withhold treatment. In fact even as far as this bill may go—I'm not sure, we will have to get the definitions clarified ourselves—there occasionally is a risk when excessive pain-killer is given. It may hasten death. This is common practice. You are saying that nobody has been prosecuted. Do you say that if this is common practice and all these people are doing this, why shouldn't they be prosecuted now? Why shouldn't the law either be changed or upheld? Why not?

Ms Hierlihy: Don't you think—

Mr. Wenman: There is a case in Vancouver right now of a very prominent political person. Should that person be prosecuted?

Ms Hierlihy: I don't know very much about that.

Mr. Wenman: I guess we shouldn't talk about that case.

Ms Hierlihy: I just heard the news clip on the radio.

Mr. Wenman: Should doctors who are participating in this now be prosecuted?

Ms Hierlihy: What is the intent of these doctors? Are they simply letting their patients die or are they killing them by lethal injections or overdoses or morphine and so on? That is our point.

[*Translation*]

Mme Hierlihy: Oui, autant que possible.

M. Wenman: Comment la personne en question pourra-t-elle exprimer sa volonté?

Mme Hierlihy: Tout dépend de l'état de l'individu, des personnes qui l'entourent...

M. Wenman: On pourrait aussi lui permettre d'exprimer ses dernières volontés plus tôt, par écrit, ou de façon pûrement verbale; dans votre propre cas, pour vos parents ou...

Mme Hierlihy: Lorsque cela peut se passer comme cela très bien, à condition qu'il ne s'agisse pas d'un document juridique. Je souhaite effectivement que nous puissions tous faire savoir à ceux que nous aimons comment et de quelle façon, si possible, nous désirons mourir.

M. Wenman: Et pourquoi ne pas faire de ce document un document qui a une valeur légale?

Mme Hierlihy: La situation peut évoluer, et vous pourriez alors contraindre les personnes qui vous entourent a prendre des mesures qui seraient contraires à ce qu'elles pensent à ce moment-là de ce que vous pourriez vous-même souhaiter pour vous même. Et les techniques peuvent aussi évoluer. Des tas de changements peuvent survenir.

Nous n'avons rien contre le fait que l'on fasse savoir à ceux qu'on aime ce que l'on désire. Ce qui nous gêne, c'est que cela puisse devenir un document que les médecins soient contraints de suivre à la lettre.

M. Wenman: Il semble bien effectivement que, dans la plupart des cas, ce soit le médecin qui prend la décision. Et nous entendons souvent dire qu'il est très courant que tel traitement ait été interrompu. Mais pour ce qui est du projet de loi—je peux très bien m'imaginer que nous ayons à revoir nous-mêmes certaines définitions—il peut effectivement y avoir certains risques lorsque le médecin administre un analgésique trop puissant. Cela peut très bien provoquer une mort prématurée. Et c'est d'ailleurs une pratique courante. Vous dites que personne n'a jamais été poursuivi. Voulez-vous dire que si c'est une pratique courante, à laquelle se sont livrés tous ces médecins, on peut se demander pourquoi ils n'ont pas été poursuivis? Et on peut alors poser la question de savoir s'il faut modifier la loi ou la conserver telle quelle.

Mme Hierlihy: Ne pensez-vous pas...

M. Wenman: Il y a à Vancouver un cas semblable qui se pose en ce moment même, et qui est celui d'un personnage politique très en vue. Doit-il être poursuivi?

Mme Hierlihy: Je ne suis pas vraiment au courant de cette affaire.

M. Wenman: Sans doute vaut-il mieux ne pas en parler.

Mme Hierlihy: J'ai entendu quelque chose à la radio là-dessus.

M. Wenman: Est-ce que les médecins doivent oui ou non être poursuivis, dans ce genre de situation?

Mme Hierlihy: Quelle a été véritablement leur intention? Ont-ils simplement laissé leur patient mourir en paix, ou les ont-ils tués en leur injectant des doses mortelles de morphine, par exemple? Voilà notre question.

[*Texte*]

Mr. Wenman: Should we find out?

Ms Hierlihy: We don't have a problem—

The Chairman: Mr. Wenman, if you would have one last question, in all due respect to the present witnesses, we can get on to others waiting to testify.

Mr. Wenman: I have a last question, then. On the issue of food and water, if medical treatment were defined in here to ensure that it was not the withdrawal of food so that... would that make you comfortable with the bill?

Ms Hierlihy: We would still wonder why the bill was necessary in the first place. We still don't think the legislation is needed. We believe both physicians and patients are already adequately protected by the code.

The Acting Chairman (Mr. Kilger): On behalf of the committee I would like to thank Ms Hierlihy and Ms McLunan for being with us today and enlightening us on subject-matter of great interest to all Canadians. Thank you very much.

Je demanderais maintenant à Yvon Bureau et à ses adjoints ou adjointes de s'avancer.

Bonjour, monsieur Bureau, et bienvenue au Comité législatif sur le projet de loi C-203. Si vous avez une présentation à faire, veuillez tout simplement commencer.

M. Yvon Bureau (président de la fondation Responsable jusqu'à la fin): Mesdames, messieurs, c'est avec plaisir et un grand intérêt que nous répondons à votre invitation à commenter le projet de loi C-203 portant sur les personnes en phase terminale.

• 1615

Tout d'abord, nous nous réjouissons qu'un tel projet d'articles de droit nouveau ait pu être élaboré pour se retrouver devant votre Comité. Nous sommes sincèrement convaincus que ces ajouts au Code criminel seront porteurs d'espoir auprès des mourants et des professionnels qui les côtoient, non pas nécessairement l'espoir de mourir et laisser mourir, mais celui d'une pratique adéquate, fonctionnelle et respectueuse de la vie et de la mort des personnes en phase terminale.

Nous espérons vivement que vous perceviez l'ampleur du bénéfice et de l'adéquation de tels articles sur la pratique médicale et sur le bien-être de certains malades. La raison principale réside principalement dans l'impact que produit le droit sur le milieu professionnel. En effet, la crainte d'une juste sanction pour un acte réprimé dans notre société devrait être la conséquence normale de la législation criminelle. Cependant, cette perception raisonnable du droit est ensevelie et dépassée par la fausse crainte d'une sanction qui s'abattrait sur un acte médical pourtant estimé valable, cliniquement et éthiquement. Bref, pour de nombreuses raisons, le droit a produit dans certains milieux, sinon une

[*Traduction*]

M. Wenman: Est-ce que nous devrions faire une recherche là-dessus?

Mme Hierlihy: Notre problème n'est pas...

Le président: Monsieur Wenman, votre dernière question, par égard pour nos témoins, et nous passerons ensuite au deuxième groupe.

M. Wenman: Une dernière question, alors. Je pense à l'alimentation, à l'eau dont a besoin le malade, on pourrait définir ici le traitement de telle façon qu'il n'y ait aucune interruption de l'alimentation... Pourriez-vous alors accepter ce projet de loi?

Mme Hierlihy: Nous continuerions à nous poser la question de son opportunité. Je ne pense pas que ce projet de loi soit nécessaire. Nous pensons que les médecins et les patients sont suffisamment protégés par notre code criminel.

Le président suppléant (M. Kilger): Au nom du comité je remercie M^me^ Hierlihy et M^me^ McLunan d'avoir accepté de comparaître devant le comité, et d'avoir éclairé tous ceux au Canada que ce sujet intéresse. Merci beaucoup.

I will ask now Yvon Bureau and his assistants to proceed.

Welcome, Mr. Bureau, welcome to the Legislative Committee on Bill C-203. If you have a presentation for us, go ahead.

Mr. Yvon Bureau (Chairman, fondation Responsable jusqu'à la fin): Ladies and gentlemen, I am very happy that we have been invited to comment on Bill C-203 concerning the situation of terminally ill persons.

First of all, we are delighted that such a bill could have been drafted and reached your committee. We are sincerely convinced that these additions to the Criminal Code would bring hope to the dying and to professionals who tend them—not necessarily the hope of dying or allowing to die but that of care that is appropriate, useful and respectful of the life and death of the terminally ill.

We earnestly hope that you see what a beneficial effect the provisions in the bill would have on medical practice and on the well-being of certain sick people. The main reason is the impact on medical professionals. Fear of just punishment for an act forbidden in our society should be the normal consequence of criminal legislation. But this reasonable fear is swallowed up and lost in the false fear of punishment for an act that is clinically and ethically valid. In short, the existing law has created in certain circles not, perhaps, a phobia, but certainly a professional acculturation. Although Parliament did not intend to substitute a legal standard for professional clinical judgment, this is the perception in

[*Text*]

phobie, du moins une «acculturation» professionnelle. Bien que le législateur n'ait pas voulu substituer la norme juridique au jugement professionnel clinique, il n'empêche qu'une telle perception reste présente dans le milieu médical. Bien sûr, nous devons tous être soumis à l'éventualité d'une juste sanction pour des actes répréhensibles, mais cette éventualité ne doit pas pour autant nous inciter à agir déraisonnablement ou à l'encontre d'une éthique fondamentale, en raison d'une crainte non fondée.

Aussi, ce projet d'articles, s'il devient loi, devrait contribuer à désamorcer cette peur déraisonnable d'être accusé, tout en maintenant la saine barrière du droit en ce qui concerne les limites fixées par le législateur. Il s'agit en réalité d'apporter un tempérament, de nuancer les textes de loi actuels dont la perception trop rigide empêche une pratique adéquate en certaines circonstances. Il ne nous semble pas pour autant que ces textes nouveaux soient d'une essence nouvelle puisque, d'une part, l'état de la jurisprudence actuelle démontre bien à quel point la crainte des milieux médicaux était injustifiée et relevait essentiellement d'un discours sans fondement dans la réalité judiciaire. D'autre part, la soumission à la volonté de la personne n'est plus aujourd'hui d'une nature nouvelle dans notre société, alors que cette idée tend à rallier un consensus chez les malades autant que chez les professionnels de la santé et de la bioéthique. S'il fut un temps où le respect de l'inviolabilité de la personne passait par l'adéquation médicale des soins, elle passe maintenant par le respect de la volonté du patient. Le fondement de ces articles nouveaux nous semble donc conforme à la pensée dominante de notre société canadienne sur ce sujet. Cependant, le fait que leur essence ne soit pas nouvelle n'enlève rien à leur nécessité, étant donné l'effet de droit et l'actualisation qu'ils produisent chez les médecins.

Tout en entérinant l'esprit général de l'actuel projet, nous profitons de l'occasion que vous mettez à notre disposition pour proposer un amendement au texte tel qu'il se trouve après la première lecture. Nous proposons que soit remplacé le verbe «demande» par «ait exprimé» et ce, partout où se trouve le verbe «demander».

Nous croyons qu'il faille éviter le plus possible qu'une perception craintive du droit vienne imposer un cadre formel et réducteur à une situation qui demande, au contraire, de favoriser le plus possible un échange profond entre le patient et le médecin. Nous estimons donc que l'«expression» de ne pas commencer ou continuer un traitement permet plus de discrétion quant au véhicule et à la forme qu'utilisera le malade.

Nous craignons qu'une «demande» soit restreinte, en pratique clinique, à une demande formelle, voire à un formulaire strict qui, s'il n'était pas absolument conforme au modèle, pourrait être ignoré. En ce domaine, le droit doit être écrit autant pour le milieu visé que pour les juristes et même davantage puisque—on l'oublie trop souvent—le droit est d'abord interprété par le milieu; ce n'est que de nombreuses années plus tard qu'il se retrouve devant un tribunal. Ne doit-on pas aussi écrire le droit en tenant compte de la perception du milieu qui risque, le cas échéant, de dévier l'esprit du législateur? Ainsi, bien qu'une «demande» puisse avoir dans votre esprit un sens large et

[*Translation*]

medical circles. Naturally, we must all be subject to the possibility of a just punishment for wrongdoing, but this possibility must not induce us to act unreasonably and in a manner that flouts a fundamental ethic, just because of a baseless fear.

If the bill passes, it should contribute to eliminating that unreasonable fear of being accused, while maintaining a healthy legal barrier at the limits set by Parliament. What it actually does is introduce some flexibility into the existing law, the rigidity of which made appropriate care impossible in certain circumstances. We do not find the bill's provisions especially new, however, since on the one hand the existing case law shows clearly the extent to which medical practitioners' fears were unjustified and arose more from perception than from legal reality. Equally, the idea that someone's wishes should be respected in no longer a new one in our society: both ill people and health and bio-ethics professionals tend to agree on it. If there was a time when respect for the inviolability of the person took the form of insisting on the provision of medical care, that time has now been overtaken by one in which it is respect for the patient's wishes that prevails. We therefore see the new provisions as reflecting the dominant trend in Canadians' thinking in this area. But the fact that the provisions are not a complete innovation does not make them in any way less necessary, given the effect that their coming into law would have on physicians.

While endorsing the general spirit of the bill, we would like to take advantage of the opportunity you have made availble to us to propose an amendment to the wording of the bill as it stands after first reading. Our proposal is that the verb *demande* [requests] be replaced throughout with *ait exprimé* [has expressed the wish?].

We believe that every care must be taken to prevent a perception caused by nervousness about the law imposing a formal framework on a situation that calls, on the contrary, for a heart-to-heart exchange of views between the patient and the physician. It seems to us that "having expressed [the wish?]" that treatment not be commenced or continued allows more flexibility in the manner and means the patient can take to convey his preferences to the physician.

We are afraid that "requests" may in practice, in a clinical situation, be restricted to mean a formal request, even an actual piece of paper that, if not properly filled out, could be ignored. In this area the law should be written as much, and even more, for the people it will affect, as for jurists, since law—and this is too often forgotten—will be interpreted first of all by those people—not until years later will it come before the courts. Should we not draft our laws, then, taking into account the way they will be perceived by the people they affect, who may otherwise misinterpret and deviate from Parliament's intention? However broad and informal "requests" may sound to you, there is no getting around

[*Texte*]

informel, on ne peut faire abstraction de la crainte induite par le droit dans le milieu médical qui l'incite à rétrécir, voire à annuler le sens des mots.

• 1620

Dans la même foulée, l'utilisation du verbe au passé «ait exprimé» permettra aux médecins de prendre toutes les expressions qu'ils estiment appropriées pour justifier ou non la cessation ou le non-commencement d'un traitement. Notre crainte reste la même et consiste en cette application trop formelle des textes de loi qui empêchent qu'intervienne l'éclairage clinique et éthique. En ce sens, l'utilisation du verbe au temps présent risque d'entraîner l'élimination quasi automatique des expressions passées. Il ne s'agit pas ici de forcer le médecin à respecter à tout prix une expression périmée, mais de lui permettre d'en tenir compte pour en évaluer l'adéquation.

Notre fondation n'a jamais fait la promotion de l'euthanasie active. Nos efforts ont essentiellement été axés, depuis cinq ans, sur l'éducation et la sensibilisation des malades et des professionnels à la responsabilité de la fin de la vie et au respect des volontés énoncées en toute connaissance de cause et en toute liberté et ce, qu'elles aillent dans le sens du maintien de la vie ou de la cessation de traitement. Nous n'avons désiré, en tout, que le respect de l'inviolabilité de la personne dans le cadre d'une pratique professionnelle responsable. Nous avons la conviction que le projet de loi et les modifications que nous proposons vont également dans le sens d'une société adulte qui sait protéger ses membres fragiles sans handicaper les autres en décidant à leur place.

Du reste, ce projet de loi pourrait permettre de trouver une solution juridiquement, médicalement et éthiquement acceptable dans de nombreux cas qui servent actuellement à réclamer une législation non souhaitable de l'euthanasie volontaire active. Ces cas plaidés à la revendication de l'euthanasie pourraient et devraient ne pas en faire partie, réduisant d'autant les cas où l'euthanasie pourrait être réclamée.

Je suis prêt pour vos questions et commentaires.

Le président suppléant (M. Kilger): Merci, monsieur Bureau. D'abord, je tiens à vous féliciter pour la qualité de votre mémoire. Je vais demander à mon collègue, M. Boudria, de commencer les questions. Ce sera un échange intéressant.

M. Boudria: À la page 4 de votre texte, monsieur Bureau, vous dites:

> Il ne s'agit pas ici de forcer le médecin à respecter à tout prix une expression périmée, mais de lui permettre d'en tenir compte pour en évaluer l'adéquation.

Si c'est ce que vous préconisez, pourquoi est-il nécessaire d'avoir une loi? Pourquoi ne pas encourager plutôt les Canadiens et les Canadiennes à écrire un mémoire disant qu'ils souhaiteraient telle intervention ou non-intervention dans le cas d'une maladie qui les conduirait à la mort?

[*Traduction*]

the fear of the law felt by medical professionals, which induces them to interpret the law's meaning with excessive caution and even to refuse to recognize that meaning.

In the same way, putting the verb in the past tense "has expressed [the wish?]" would enable the physician to take into consideration any expression of opinion that he feels has a bearing on the decision to cease or refrain from administering treatment. Again, we are apprehensive about a too formal application of the text, preventing clinical and ethical insights from contributing. The use of the present tense runs the risk of elminating almost automatically any previous expression of opinion. What we want is not to force physicians to respect at all costs some opinion expressed long since and possibly abandoned, but to enable them to take previously expressed opinions into account and evaluate them.

Our Foundation has never promoted euthanasia. Our work has for five years been focused essentially on education and on awareness among ill people and health-care professionals about a responsible approach to the end of life and about respect for wishes expressed freely and with full knowledge of the facts, whether those wishes are for or against treatment at the end. Our only aim is respect for the inviolability of the person within the framework of responsible professional practice. It is our conviction that this bill, and the amendments we have proposed, are equally appropriate for an adult society that protects its fragile members without handicapping others by making decisions for them.

Bill C-203 would make it possible to find a legally, medically and ethically acceptable solution in the many cases that currently serve as ammunition for those who want euthanasia legalized, not an outcome that we think is desirable. With this bill, such cases could be resolved in other ways, thus reducing the number of instances that could be used to justify euthanasia.

I am now ready for your questions and comments.

The Acting Chairman (Mr. Kilger): Thank you, Mr. Bureau. First of all I would like to thank you for the quality of your brief. I would ask my colleague, Mr. Boudria, to start the questioning. This will be an interesting discussion.

Mr. Boudria: On page 4 of your text, Mr. Bureau, you say:

> What we want is not to force physicians to respect at all costs some opinion expressed long since and possibly abandoned but to enable them to take previously expressed opinions into account and evaluate them.

If this is what you advocate, why is it necessary to have legislation? Why not rather encourage Canadians to make a written statement to the effect that they would or would not like particular treatment in the case of a fatal disease?

[*Text*]

La Coalition campagne-vie, il y a quelques instants, a abordé ce dossier-là. On disait: Au lieu d'exprimer cela dans un texte juridique, pourquoi ne pas exprimer tout simplement ses souhaits? On parle ici d'une loi, d'une loi criminelle. Comment réagissez-vous à cela?

M. Bureau: Ce que nous avons souligné, c'est surtout la crainte d'être poursuivi lorsqu'il y aurait non-commencement ou cessation de traitement. Nous voulons enlever cette peur-là, qui est probablement beaucoup plus grande qu'on ne le croit, mais qui influence quand même des pratiques qui pourraient être déraisonnables lorsqu'il n'y a plus rien à faire, sauf aider la personne à bien mourir, selon sa volonté. D'après nous et d'après nos conseillers juridiques, cette loi enlèverait cette crainte qui, malheureusement, semble influencer une pratique qui parfois ne semble pas tout à fait logique ou même humaine.

M. Boudria: D'après vous, monsieur Bureau, combien y a-t-il eu de poursuites fructueuses de ce genre dans les quatre ou cinq dernières années? Est-ce que vous en connaissez une?

M. Bureau: Non, je ne crois pas.

• 1625

M. Boudria: N'avez-vous pas défait la validité de votre propre argument en admettant qu'il n'y en a pas?

M. Bureau: Qu'il n'y a pas eu de cas de poursuite lorsqu'il y a eu cessation de traitement ou non-commencement de traitement?

M. Boudria: Oui.

M. Bureau: Je ne crois pas.

M. Boudria: La Commission de réforme du droit du Canada, dans son document de travail numéro 58, disait ceci concernant le rôle du droit, surtout le droit criminel:

> La répression des actes illicites n'est pas la mission unique ni même principale du droit. Il constitue l'expression, au sens plus large du terme, du type de société à laquelle nous appartenons. Il ne se limite pas à réglementer nos actions, il formule et symbolise nos valeurs et nos croyances.

Ne craignez-vous pas qu'avec le projet de loi C-203, on fasse une déclaration de croyances, tel que le dit la Commission de réforme du droit, et que cette déclaration ait pour effet de diminuer la valeur de la vie humaine?

M. Bureau: J'ai le goût de répondre à votre question indirectement, d'une façon globale. Il semble qu'à l'heure actuelle, le consensus chez les Canadiens et les Canadiennes soit de plus en plus de pouvoir mourir selon ses volontés. De plus en plus, on souhaite qu'il y ait un lieu ou des moments privilégiés, surtout pendant que le patient est encore lucide, où il puisse y avoir un dialogue fructueux entre l'équipe soignante et le patient pour pouvoir connaître ce qui a du sens, ce qui a de la proportion à ses yeux à lui et non pas aux yeux des équipes soignantes.

Je me permettrai une remarque de plus. On parle souvent du médecin. Je pense que, de plus en plus, il nous faut aller vers le concept d'une équipe soignante. Lorsqu'il y a des décisions importantes à prendre, je ne verrais pas

[*Translation*]

Campaign Life Coalition talked about this a little while ago. They said that instead of expressing this in a legal text, why not just have a person express his or her wishes? Here we are talking about a law, a criminal law. What is your reaction?

Mr. Bureau: What we have focused on particularly is the fear of being taken to court if no treatment is administered or if treatment is stopped. We want to remove this fear, which is probably much greater than we think. Because of this fear, health professionals may act unreasonably in cares when nothing can be done, except help the person to die, according to his or her wishes. We and our legal advisers think that this bill would remove the fear that unfortunately appears to influence a medical practice that is not completed logical or even humane.

Mr. Boudria: Mr. Bureau, how many successful court cases of this kind do you think there have been in the last four or five years? Are you aware of one?

Mr. Bureau: No, I do not think so.

Mr. Boudria: Have you not just defeated your own argument in admitting that there have not been any?

Mr. Bureau: That there have been no court cases because of terminating or not starting treatment?

Mr. Boudria: Yes.

Mr. Bureau: I don't think so.

Mr. Boudria: The Law Reform Commission of Canada in its working paper No. 58, stated the following with respect to the role of the law, especially criminal law:

> [TRANSLATION] The suppression of unlawful acts is not the only or the main mission of the law. It is the expression, in the broadest meaning of the term, of the kind of society to which we belong. It does not only regulate our actions. It expresses and symbolizes our values and our beliefs.

Do you not fear that Bill C-203 will be a statement of beliefs—such as the Law Reform Commission describes—and that this statement will have the effect of reducing the value of human life?

Mr. Bureau: I would like to answer your question indirectly, taking a general approach. Currently, it seems that there is a growing consensus amongst Canadians that they should be able to die according to their wishes. More and more Canadians would like to see a special place or time set aside—especially when the patient is still lucid—in which a productive dialogue can take place between the caregiving team and the patient, so as to determine what seems logical and appropriate in the patient's view, rather than in the view of the caregiving team.

I would like to make one more comment. We often talk about the physician. I think, more and more, we're going to have to use the concept of a caregiving team. When there are important decisions to make, I do not see why one person

[*Texte*]

pourquoi une seule personne devrait porter sur ses épaules le fardeau de ces décisions. Je crois que, de plus en plus, on s'en va vers ce concept d'équipe soignante. Plusieurs médecins pensent aussi de cette manière parce qu'ils ne veulent plus porter seuls le poids de telles décisions lorsqu'il est question de vie et de mort.

Mr. Wenman: I wish I had written this brief. Congratulations on this. It is excellent and very clear.

I am particularly interested in the one suggested amendment on "has expressed". I almost wish I had the last witnesses to ask, but I am sure another group with the same view will come here. They seem to be concerned about legalizing, through the process of legal living wills and so forth, which you seem to be saying as well. By removing this from the Criminal Code, by this bill, this would open it up to provincial health care people to determine how it could be done. You are saying that this is enough, that there should not be companion health care directives and living wills. Do you not see a need for that?

M. Bureau: J'espère avoir bien compris. J'aurais dû écouter davantage la traduction. Pour être bien sûr de répondre correctement, j'aimerais que vous répétiez brièvement la fin de votre question.

Mr. Wenman: One of the things that does happen in most societies that will allow them, by the Criminal Code, in fact... Living wills or health care directives are developing as the device to understand what a person means to express. Are you suggesting that if we pass this bill, there is not a need for legal documents such as living wills and health care directives?

M. Bureau: Le mouvement Responsable jusqu'à la fin, au Québec, fait depuis cinq ans la promotion du testament biologique ou, du moins, de toute expression écrite de la volonté des gens.

• 1630

D'abord, tout au moins selon le Code civil ou le Code du Bas-Canada, nous ne croyons pas que cela soit nécessaire au Québec. Même, nous ne voulons pas qu'il y ait ce qu'on appelle un formulaire légalisé. Nous croyons que, juridiquement, cela est quasi «illégal», en ce sens que ce qui importe, selon les lois, c'est l'inviolabilité de la personne. Ce qui importe aussi, c'est que lorsqu'arrive le moment de décider, surtout lorsque la personne n'est plus consciente ou n'a plus suffisamment de lucidité pour exprimer un consentement libre et éclairé, l'équipe soignante puisse avoir toutes les expressions antérieures possibles de cette personne, qu'elles soient sur testament biologique, sur vidéo ou audio. L'important, c'est qu'il y ait eu dialogue entre les équipes soignantes et la personne pendant qu'elle était encore lucide, ou tout au moins entre le patient et la personne qui, juridiquement, doit parler à sa place.

L'article 19 du Code civil du Québec dit bien que la personne humaine est inviolable et que nulle personne ne peut y porter atteinte sans son consentement. Pour nous, c'est ce qui prime. L'objectif de la loi n'est pas d'avoir un

[*Traduction*]

alone should carry the responsibility for such decisions. I think that we are moving increasingly toward the concept of a caregiving team. Many doctors also think in this way because they do not want to be alone in carrying the responsibility for life and death decisions.

M. Wenman: J'aurais voulu pouvoir écrire ce mémoire. Je vous en félicite. Il est excellent et très clair.

Je m'intéresse particulièrement à l'amendement proposé qui porte sur l'expression, «ait exprimé». J'aurais voulu poser une question à ce sujet aux derniers témoins, mais je suis certain qu'un autre groupe qui partage les mêmes points de vue comparaîtra à l'avenir. Ils se préoccupent de la possibilité de rendre légaux certains actes par le biais de testaments biologiques et d'autres documents semblables, que vous semblez suggérer également. Si ce projet de loi enlève cette possibilité du Code criminel, ce serait aux responsables provinciaux de la santé d'établir comment cela pourrait être fait. Vous dites que c'est suffisant, qu'on n'aurait pas besoin de directives complémentaires pour les soins de la santé ou de testaments biologiques. Vous croyez qu'on n'en a pas besoin?

Mr. Bureau: I hope I understood. I should have listened to the interpretation more closely. In order to answer your question, I would appreciate it if you could briefly repeat the end of your question.

M. Wenman: Une des tendances dans les sociétés qui le permettent, en vertu de leur législation en matière criminelle, c'est l'utilisation de testaments biologiques ou de directives pour des soins de la santé pour nous aider à mieux comprendre ce qu'essaie d'exprimer un individu. Est-ce que vous dites que si ce projet de loi est adopté, on n'aura pas besoin de documents légaux tels les testaments biologiques ou les directives de soins de la santé?

Mr. Bureau: In Quebec, the movement *Responsable jusqu'à la fin* has been working for five years on the promotion of living wills or, at least, any written expression of the wishes of individuals.

First of all, we do not think that this would be necessary in Quebec—at least according the the Civil Code or the Civil Code of Lower Canada. We do not even want a so-called legal form. We think that, legally, that is almost "unlawful" because what is important, in law, is the inviolability of the individual. What is also important is that when the time comes to decide—especially when the individual is no longer conscious or is not lucid enough to give free and informed consent—the caregiving team must be aware of all previous statements from this individual, whether in the form of a living will, on video or taped. What is important, is that a dialogue should have taken place between the caregiving teams and the individual while this individual was still lucid, or at least between the patient and the person who, legally, must speak for that person.

Section 19 of the Quebec Civil Code says that a human being is inviolable and that no one can breach that person's right without his or her consent. This is what is essential for us. The purpose of the bill is not to obtain consent or a

[*Text*]

consentement ou un formulaire signé, mais l'inviolabilité de la personne. C'est l'inviolabilité de la personne qui prime, et la loi doit la protéger. Ce qui doit primer, c'est d'abord et avant tout les expressions libres et éclairées des personnes qui ont à nous dire comment elles veulent être traitées. Elles doivent pouvoir nous dire ce qui a du sens ou de la proportion pour elles par rapport au traitement offert à la fin de la vie.

Chez nous, dans notre province, nous disons que la bonne médecine ou le bon accompagnement des mourants, lorsque vient le moment de prendre des décisions de la sorte, c'est la pratique qui est tournée vers les volontés de la personne elle-même, la personne la plus intéressée. De plus, c'est la personne la plus compétente, à la fin d'une vie, pour nous dire ce qui a du sens ou ce qui a de la proportion pour elle en ce qui touche le traitement.

Mr. Wenman: In other words, you are saying that we should have an expression of the individual's view of his own passing, through a living will or a health care directive, but that it shouldn't necessarily be the way it is. It is ultimately still the physician, perhaps in consultation with others, who will make the decision.

The decision that is expressed specifically then is not a legal one, and the person does not have the right to demand or care. He has a right really only to suggest in this case. If it's not a legal document, then how could you enforce the view of the individual who wanted in fact to have the right to insist that he would withdraw, or could withdraw, from treatment?

M. Bureau: Lorsque la personne est encore lucide, on n'a pas besoin d'avoir de formulaire, de testament biologique ou d'enregistrement. Ces décisions peuvent se prendre lorsque la personne est suffisamment lucide, dans un endroit et un temps privilégiés. On pourrait penser à 10 heures plutôt qu'à 16 heures. Quand il y a un nombre suffisant de personnes, soit le patient avec ses proches ou ses intimes et peut-être un certain nombre de médecins ou d'infirmières, on peut avoir un moment privilégié et un temps privilégié.

Chez nous, on dit que s'il fallait faire du testament biologique un document juridique, l'équipe soignante n'aurait plus à utiliser son jugement professionnel. Elle n'aurait qu'à appliquer bêtement des directives qui seraient données. Cela ne serait pas souhaitable. Il serait préférable qu'il y ait des expressions de volonté quelque part. Je crois que c'est l'article 19.3 du Code civil qui dit bien que, lorsqu'on a à décider à la place de quelqu'un qui n'est plus assez lucide pour le faire ou qui est incapable de donner son opinion, on doit toujours tenir compte des volontés déjà exprimées, non pas pour les appliquer bêtement, mais pour qu'on puisse professionnellement et collectivement... Si l'équipe est convaincue que la personne changerait d'idée si elle était lucide, en termes de début ou de cessation de traitement, on pourrait à l'occasion ne pas respecter une telle volonté, mais ce serait vraiment exceptionnel. Dans la grande majorité des

[*Translation*]

signed form, but rather to protect the inviolability of the individual. It is the inviolability of the individual that takes precedence and that the law must protect. What is of prime importance are the freely-given and informed statements from people telling us how they want to be treated. They must be able to tell us what they consider to be reasonable and appropriate treatment for them at the end of their lives.

In our province, we say that good medicine or good treatment of the dying—when the time comes to make certain decisions—means practices that focus on the wishes of people themselves, the people who are the most concerned. Furthermore, these are the people best able, at the end of their lives, to tell us what is reasonable and appropriate for them in terms of treatment.

M. Wenman: En d'autres mots, vous nous dites que l'individu devrait pouvoir nous exprimer son opinion sur la façon dont il veut être traité à la fin de ses jours, que ce soit par le biais d'un testament biologique ou de directives de soins, mais que la situation ne devrait pas être forcément celle qui existe actuellement. En dernier lieu, c'est toujours le médecin, peut-être en consultation avec d'autres, qui prendra la décision.

La décision exprimée n'aura donc pas force légale et la personne n'aura pas le droit d'exiger le niveau de soins qu'elle veut. Elle a seulement le droit de suggérer ce qui lui semble raisonnable. S'il n'y a pas de document légal, comment pouvez-vous faire respecter le désir d'une personne qui aimerait arrêter le traitement?

Mr. Bureau: When the person is still lucid, forms, biological wills or tapes are not necessary. These decisions can be made when the person is still lucid, at a special time or place. Ten o'clock could be suggested rather than 4 o'clock. When there is a sufficient number of people, either the patient with next of kin or friends, and perhaps a certain number of doctors or nurses, then a special time can be chosen.

In our province, it is being said that if we were to make living wills legal documents, then the caregiving team would no longer have to use its professional judgment. It would only have to apply the directives given. That would not be desirable. It would be preferable to have the wishes of the people stated somewhere. I think that it is article 19.3 of the Civil Code that says that when we have to decide for someone else who is not lucid enough to decide or is incapable of giving an opinion, we always have to take into account wishes that have already been expressed, not to simply apply them, but so that professionally or collectively... If the team is convinced that the person would change his or her mind if he was lucid, as regards beginning or ending treatment, then occasionally a wish might not be respected, but this would be very rare. In the vast majority of cases, when the issue is the end of a person's life, common sense

[*Texte*]

cas, lorsqu'on parle de fin de vie, il y a une question de grande logique, de gros bon sens, sauf si un médecin ou une personne seule prend cela sur ses épaules. Si on est cinq, dix ou quinze personnes professionnelles à s'entendre sur le fait que tout cela est une question de gros bon sens et de respect de la personne, je pense que dans la très grande majorité des cas, on va respecter de telles volontés.

• 1635

Mr. Wenman: You are saying, in other words, that what we are doing with this bill is decriminalizing it, then once it has been decriminalized, let common practice prevail. That is humanistic and caring.

M. Bureau: Oui, je le crois.

Mr. Wenman: Thank you. That has been very helpful.

The Acting Chairman (Mr. Kilger): Mr. Wenman, I will give you an opportunity, if you want to come back. We do have a few more minutes with this witness. Mr. Boudria.

Mr. Boudria: I wasn't going to intervene again, but I have just heard this last question and its response: we should let the common practice prevail or something to that effect. I am not trying to put words in your mouth; I am just trying to recall precisely, the best I can, what was just said and the agreement of the witness to that proposition.

In Holland, I understand they have what we refer to as passive euthanasia laws. I think we all understand what that is supposed to mean. There was a report written in 1989 by Dr. R. Senigsen, titled *The Case Against Dutch Euthanasia*. Here are some of the extracts of this report. He says in part:

> It is common knowledge that some physicians take the initiative: you really ought to go to hospital now, or I could just give you an injection. Given widespread fear of hospitals and ignorance of the effect of palliation, which is available, this ominous scenario is now commonplace.

The next quote from this report says:

> In one published case, the Dutch general practitioner was called to a patient's home and meeting her for the first time immediately asked her to choose between hospitalization and euthanasia. When the stunned patient could not reply, he gave her an hour to think it over.

My concern is just what was said now. In other words, are we getting into a situation with this bill that could become law, if adopted, whereby the jurisprudence for the courts and even the common medical practice would allow us to reach the situation we see in Holland? That is the fundmental question, I believe. It is the one that worries me.

I saw those statements of agreement between the witness and the proponent of the bill. It scares me even worse. Could I invite our witness to react to that?

[*Traduction*]

and logic prevail unless a physician or another person takes onto themselves the entire responsibility. If five, ten or fifteen professionals agree that it is a question of common sense and of respect of the individual, I believe that in the majority of cases the patient's wishes will be respected.

M. Wenman: Autrement dit, vous dites que ce projet de loi équivaut à une décriminalisation, et une fois décriminalisée, la pratique courante continuera. L'objectif de ce projet de loi est humain et fait preuve de compassion.

Mr. Bureau: Yes, I believe so.

M. Wenman: Merci. Cela nous a été très utile.

Le président suppléant (M. Kilger): Monsieur Wenman, si vous voulez prendre la parole plus tard, je vous en donnerai l'occasion. Mais nous avons encore des questions à poser à ce témoin. Monsieur Boudria.

M. Boudria: Je n'avais pas l'intention d'intervenir à nouveau mais je viens d'écouter la dernière question et la réponse du témoin qui semblait laisser entendre que la pratique courante continuera ou quelque chose de la sorte. Je n'essaie pas de vous attribuer des opinions que vous n'avez pas exprimées, j'essaie simplement de me rappeler, autant que possible, les propos qu'on vient d'entendre et et l'approbation du témoin.

Aux Pays-Bas, je crois qu'ils ont ce qu'on appelle des lois sur l'euthanasie passive. Je crois que nous comprenons tous ce qu'on entend par là. En 1989, un rapport fut publié par le docteur R. Senigsen, intitulé *The Case Against Dutch Euthanasia*. Voici quelques passages du rapport. Entre autres, il dit:

> [TRADUCTION] Ce n'est pas un secret que certains médecins prennent l'initiative: vous devriez aller immédiatement à l'hôpital ou si vous préférez, je peux simplement vous donner une injection. Étant donné que la majorité des gens ont peur des hôpitaux et qu'ils ignorent les soins palliatifs qui sont maintenant disponibles, ce scénario sinistre est devenu chose courante.

Le rapport continue:

> Dans un cas documenté, un médecin généraliste hollandais s'est rendu au domicile d'une malade et, rencontrant la dame pour la première fois, lui a immédiatement demandée de choisir entre l'hospitalisation et l'euthanasie. La malade, bouleversée, ne savait quoi répondre, et il lui a donné une heure pour y réfléchir.

Voilà ce qui me préoccupe. Autrement dit, si ce projet de loi est adopté, s'il obtient force de loi, risquons-nous de nous retrouver dans une situation qui, à la lumière de la jurisprudence et même des pratiques médicales courantes, ressemblerait à celle existant aux Pays-Bas? Voici la question fondamentale que nous devons nous poser. Cela m'inquiète beaucoup.

J'ai vu les déclarations de consentement entre le témoin et le parrain du projet de loi. Cela m'inquiète davantage. Notre témoin aurait-il quelque chose à dire là-dessus?

[*Text*]

M. Bureau: Lorsque vous avez parlé du médecin et ce qu'il disait, tout cela m'a paru un peu foklorique. Certaines personnes disent qu'en Hollande, les médecins se promènent dans les hôpitaux avec des seringues et disent: Est-ce que quelqu'un a envie de mourir aujourd'hui?

Je ne crois pas qu'il en soit ainsi. Je suis allé en Hollande en 1990 et j'ai parlé avec des médecins qui font de l'euthanasie active et volontaire. Je pense que le mot important est «volontaire». Cela ne semble pas se passer comme vous le décrivez. La plupart des grands médecins font à l'occasion, peut-être dans 5 p. 100 des cas, de l'euthanasie active et volontaire, lorsque la douleur est trop grande et qu'on ne la contrôle plus. Pensons à un cancer de gorge ou de langue. À ce moment-là, tel médecin se disait bien que ce n'était pas chose facile. C'est pour cela que jamais, au grand jamais, il ne prend une décision seul. Il est en équipe multidisciplinaire.

Si vous me le permettez, monsieur le président, je vais revenir sur cette dimension de ne pas laisser sur les épaules d'une seule personne ou d'une seule profession le poids de décisions aussi majeures. Il est donc important de parler de l'équipe soignante qui doit prendre des décisions majeures à ce moment-là. Je ne sais pas si cela peut être inséré dans votre projet de loi. Je pense qu'il faut se référer davantage à cette notion-là.

• 1640

M. Boudria: Ce serait peut-être difficile de le faire dans le projet de loi, puisqu'on parle du Code criminel. Le rôle du Code criminel est d'empêcher. Le Code criminel fonctionne de cette façon.

Je ne pense pas être d'accord avec vous, mais merci de votre témoignage.

The Acting Chairman (Mr. Kilger): I would like to give Mr. Wenman an opportunity to ask the final question of our witness, please.

Mr. Wenman: Why have there not been prosecutions when in fact we all seem to know that what the bill hopes to accomplish is already common practice? Is it because there is such an overwhelming agreement, or is it because of fear? Or what are the reasons that there haven't been prosecutions if in fact this is common practice?

M. Bureau: Si je comprends bien votre intervention, vous vous demandez comment il se fait qu'il n'y ait pas eu de poursuites contre des personnes ou des médecins qui n'auraient pas commencé un traitement ou qui auraient cessé un traitement. Est-ce bien votre question?

Mr. Wenman: Yes.

M. Bureau: Encore là, il y a probablement des questions de crainte. Je préfère présumer qu'il y a eu au préalable entente avec le patient et que la façon d'aider la personne à mourir était conforme aux volontés de la personne ou semblait respecter la fin de la vie et la mort. Je préfère croire que c'était dans ce sens-là. Il y avait peut-être une question de gros bon sens. Je sais qu'il y a probablement eu des exceptions. Il y en a probablement eu, pour toutes sortes de raisons que j'ignore. Les gens n'ont pas poursuivi ou. . .

[*Translation*]

Mr. Bureau: When you spoke of the physician and of what he said, I thought it was all a little colourful. Some people are saying that in Holland physicians are walking around the hospital carrying syringes and saying: does anyone feel feel like dying today?

I do not believe this is the case. I was in Holland in 1990 and I spoke with physicians who practise active and voluntary euthanasia. I believe the key word here is "voluntary". The situation does not seem to be as you describe it. Most serious physicians might occasionally, perhaps 5% of the time, practise active and voluntary euthanasia when the pain has become unbearable and uncontrollable, as might happen with throat or lung cancer. In such cases, no physician would consider this an easy situation. And that is why he never ever takes the decision alone, but always as part of a team.

If I may, Mr. Chairman, I will come back to the question of not letting a single person, nor a single profession carry the responsibility of making decisions of such magnitude. So it is important we speak of a team of caregivers who must, at such a time, make major decisions. I don't know if this can be incorporated into your bill. But I believe that is the idea we must focus on.

Mr. Boudria: It might be difficult to incorporate that into the bill, since we are dealing with the Criminal Code. The aim of the Criminal Code is prevention. The Criminal Code works that way.

I don't think I can agree with you, but I thank you for appearing.

Le président suppléant (M. Kilger): Si vous permettez, j'aimerais donner à M. Wenman l'occasion de poser la dernière question à notre témoin.

M. Wenman: Pourquoi n'y a-t-il pas eu de poursuites puisque nous savons tous que le projet de loi tente d'accomplir ce qui est déjà chose courante? Est-ce parce que tout le monde est déjà en accord avec la pratique, ou est-ce que les gens ont peur? Pourquoi n'y a-t-il pas encore eu des poursuites si c'est déjà chose courante?

Mr. Bureau: If I've understood you correctly, you are wondering why people or physicians have not been prosecuted because they have withheld of ceased treatment. Did I understand you correctly?

M. Wenman: Oui.

Mr. Bureau: On that point, again, fear is probably an issue. I would prefer to think that there might have been an understanding between the physician and the patient, and that the physician would help the patient die in the way he wished by respecting his wish to end his life. I would like to think that is the reason. It might have been a question of common sense. But I know there might have been exceptions. There might well have been exceptions for various reasons unknown to me. People did not prosecute or. . .

[*Texte*]

Mr. Wenman: Do you agree that it is common practice to both withhold and withdraw treatment?

M. Bureau: À l'heure actuelle, est-ce une pratique commune? Je ne le crois pas. C'est comme lorsqu'on parle d'acharnement thérapeutique. Il y avait, encore là, une question de peur et de crainte. On croyait qu'au nom de la vie sacrée et de toutes ces questions-là, et pour ne pas être poursuivi ou dérangé par les comités médicaux, il fallait donner le traitement le plus longtemps possible. Plusieurs médecins se disaient: On ne passera pas devant le comité disciplinaire si on fait durer le traitement le plus longtemps possible. On pensait ne pas avoir de problèmes de cette manière et on trouvait que c'était moins dérangeant. Il y avait une culture hospitalière qui se disait: Nous aurons moins de problèmes et moins de poursuites en allant même jusqu'au déraisonnable dans les traitements. On faisait tout cela dans le but d'éviter les problèmes.

À l'heure actuelle—et c'est un peu l'expérience des États-Unis—, cette peur se retourne de plus en plus. On se dit que la dignité de la personne ne passe pas par un nombre de traitements illimités, mais beaucoup plus par le respect des volontés de la personne. Je pense que c'est cela qui va primer dans la pratique. Une nouvelle crainte serait d'agir sur des patients en étant allé chercher un consentement qui ne serait pas libre et éclairé. Je pense que les médecins ont parfois raison, à l'heure actuelle, de craindre des poursuites, non pas tant parce qu'ils n'ont pas commencé un traitement, mais parce qu'ils ont donné des traitements ne correspondant pas au consentement libre et éclairé de la personne.

Je ne veux pas faire de publicité, mais d'ici 10 jours, mon livre va sortir. Il s'intitule *Ma mort et ma dignité*. Ce que je veux faire ressortir dans ce livre, c'est l'expression libre et éclairée des volontés des gens. La dignité passera par le respect de la volonté des gens et non pas par le nombre de traitements ou par la façon dont la personne va mourir. C'est d'abord et avant tout le respect des volontés de la personne.

• 1645

Mr. Wenman: Thank you very much for those discussions. I will look forward to your book.

Mr. Chairman, I would like to ask one thing from the committee research staff. We have heard three very different attitudes and opinions, one from a member of the committee, others from witnesses, about the situation in the Netherlands. If we are going to make decisions on that basis, I hope we will have some clarification of the questions asked by the members of this committee and of information provided from witnesses and so forth, so that we don't make judgments based on misinformation or a lack of information. If research could bring forth a paper on that, I think it would be helpful.

The Acting Chairman (Mr. Kilger): I am sure research will be able to provide us with that information.

Mr. Boudria: I have sources of where I got my material. I am prepared to give them to the research staff. If other members have such sources, the staff can verify them for their authenticity and then do whatever report they feel like doing. I think that would be a good idea, actually.

[*Traduction*]

M. Wenman: Croyez-vous que c'est chose courante que de refuser de commencer ou d'arrêter le traitement?

Mr. Bureau: You're asking whether this is currently a common practice? I do not believe so. It's like the subject of aggressive therapy. In that case, too, people were scared and afraid. People believed that in the name of the sanctity of life and that kind of thing, and in order to avoid being sued or risk being disciplined by a medical committee, they had to treat a patient as long as possible. Many doctors thought that they would not have to appear before a disciplinary committee if they treated a patient for as long as possible. By doing just that, physicians believed they would avoid problems and controversy. As a result of this hospital mentality, even when it had become unrealistic to give medical care, physicians thought they could avoid problems and avoid being sued if they continued to do so. They carried on that way in order to avoid problems.

But we are currently seeing, for example in the United States, that this attitude of fear is changing. People are saying that the dignity of the person does not imply unlimited medical care, but rather respect for the person's will. I believe that in practice this attitude is going to prevail. Another fear is that patients might be pressured into giving consent which would be neither for nor informed. I believe doctors are currently justified in being afraid of being sued, not so much because they have started treating a patient, but rather because the medical treatment did not correspond to the free and informed will of the patient.

I don't want to advertise, but my book is coming out in 10 days. It is titled *Ma mort et ma dignité*. What I am trying to show in this book is that people should respect the free and informed will of patients. Dignity does not mean giving unlimited medical care or the way in which a patient dies; it means respecting the human will. It means first and foremost respecting the wishes of the individual.

M. Wenman: Merci beaucoup pour cette discussion. J'attends avec inpatience la publication de votre livre.

Monsieur le président, j'aurais une requête auprès du personnel de recherche du comité. Nous avons entendu trois points de vue complètement différents de la part d'un membre du comité et de la part des témoins sur la situation aux Pays-Bas. Si nous devons prendre des décisions en fonction de ce que nous avons entendu, j'espère qu'on aura des précisions sur les réponses données aux questions posées par les membres de ce comité, afin que nous ne prenions pas de décisions mal informées. Je crois qu'il nous serait utile si le personnel de rechercher pouvait travailler là-dessus.

Le président suppléant (M. Kilger): Je suis certain que le personnel de recherche pourra nous aider en ce sens.

M. Boudria: J'ai les références des sources que j'ai citées. Je suis prêt à les donner au personnel de recherche. Si d'autres députés ont également des sources d'information, le personnel pourra par la suite vérifier la fiabilité de celles-ci et préparer leur rapport en conséquence. Je crois qu'en fait ce serait une très bonne idée.

[*Text*]

Le président suppléant (M. Kilger): Monsieur Bureau, je vous remercie d'être venu nous rencontrer à Ottawa. Nous voulons remercier la fondation Responsable jusqu'à la fin pour sa contribution.

M. Bureau: C'est moi qui vous remercie.

Le président suppléant (M. Kilger): Nous accueillons maintenant M. Grondin, président de Campagne Québec-Vie. Monsieur Grondin, je vous demanderais de nous présenter votre collègue et de faire votre exposé.

M. Gilles Grondin (président de Campagne Québec-Vie): Monsieur le président, merci.

Je vous présente le Dr André Lafrance, qui est un membre très actif de Campagne Québec-Vie. Il est aussi président de Médecins pour la vie dans la région d'Ottawa.

Monsieur le président, je vous ferai remarquer tout d'abord que j'ai fait mon exposé sur la base d'un texte dont on me dit qu'il est maintenant périmé, surtout l'article 246.1 qui est maintenant présenté différemment. Cela change un peu mon texte. À la page 3, au paragraphe qui commence par «Qui ne voit, en effet, dans cette formulation la possibilité de faire passer», j'ai modifié la cinquième ligne avant la fin de ce paragraphe qui se lisait ainsi: «reconnaissant à ce même médecin le droit de s'abstenir d'administrer». Ce membre de phrase va se lire comme suit: «reconnaissant à ce même médecin le droit d'administrer».

Ayant fait cette remarque, si vous me le permettez, je voudrais lire le texte que j'ai devant moi.

Le projet de loi C-203 comporte deux parties distinctes, qui sont en réalité les deux visages opposés du seul et même objet. La première partie, faite de l'article 1, concerne la commission de certains actes par le médecin. La deuxième, l'article 2, porte sur l'omission de ces même actes par le même médecin. Quels sont ces actes que le médecin peut commettre ou omettre?

D'une part, l'alinéa 217.1a) proposé ne fait pas au médecin l'obligation juridique: de «passer outre» à une volonté «clairement» exprimée de son patient de ne pas se soumettre au traitement qui s'applique dans son cas; de dénoncer cette volonté; ou de s'en désolidariser formellement devant les instances professionnelles ou judiciaires autorisées.

• 1650

D'autre part, l'alinéa 246.1a) proposé stipule que le médecin qui se conforme à une telle volonté de la part de son patient, c'est-à-dire qui s'abstient de mettre en route et de continuer la thérapeutique proposée à celui-ci, n'est passible d'aucune poursuite judiciaire en droit criminel. L'effet de cette rédaction est de donner à ce même patient toute latitude souhaitable pour mettre fin à ses jours à l'occasion et par le biais d'une maladie mortelle par hypothèse en l'absence de soins appropriés. L'apparente intention du législateur ici est de faciliter ce qu'il faut bien appeler le «suicide» chez le malade incurable avec la coopération de son médecin, passive il est vrai, mais non moins effective dans ses conséquences. Il s'agit bien en effet d'un véritable suicide chez le patient en cause, ou plutôt d'une «auto-euthanasie», puisque le droit à la vie comporte le devoir corrélatif de la conserver et donc, en l'occurrence, de suivre les indications du médecin pour en arriver à cette fin.

[*Translation*]

The Acting Chairman (Mr. Kilger): Mr. Bureau, thank you for coming to Ottawa. We would like to thank the Fondation for its contribution.

Mr. Bureau: It is I who should thank you.

The Acting Chairman (Mr. Kilger): We would now like to welcome Mr. Grondin, president of Campagne Québec-Vie. Mr. Grondin, I would ask you to introduce your colleague and then begin your presentation.

Mr. Gilles Grondin (president, Campagne Québec-Vie): Thank you, Mr. Chairman.

I would like to introduce you to Dr. André Lafrance, who is a very active member of Campagne Québec-Vie. He is also President of Physicians for Life in the Ottawa area.

Mr. Chairman, I would like to begin by saying that I have prepared my presentation based on a text which I am now told is no longer valid, specifically with respect to section 246.1, which is now worded differently. This leads me to make some changes in my brief. On page 3, the paragraph beginning by "Who could fail to see in this wording the possibility of slipping", I have changed the fifth line from the end of the paragraph, which reads as follows: "recognizing the physician's right to refrain from administering". That part of the sentence will now read as follows: "recognizing the physician's right to administer".

Having said that, I will now, with your leave, read the text I have before me.

Bill C-203 falls into two distinct parts, which are in reality the two sides of the same coin. The first part, consisting of clause 1, deals with the commission of certain acts by the physician; the second part, clause 2, deals with the omission of these same acts by the physician. What are these acts that a physician may or may not perform?

The proposed clause 217.1(a) says he has no legal obligation to disregard the patient's wishes when the latter has "clearly" expressed his desire not to undergo treatment that would be appropriate to his condition; or to reason with the patient; or to disassociate himself formally from the patient's decision before an authorized professional or legal tribunal.

The proposed clause 246.1(a) stipulates that a physician who respects such a wish on his patient's part, i.e. who refrains from commencing or continuing the therapy he has proposed to the patient, is not liable for any criminal prosecution. The effect of this wording is to give the patient all of the latitude he could want for ending his life if, for example, he should be suffering from a fatal illness: in the absence of appropriate care the illness would kill him. The legislators' apparent intention here is to facilitate what can only be called suicide on the part of an incurably ill person, with the co-operation of his doctor—passive co-operation, it is true, but with effective consequences nonetheless. This is indeed suicide, or "self-euthanasia" rather, since the right to life entails the corollary, duty to preserve it, and therefore to follow the advice of one's physician to achieve this end.

[*Texte*]

L'alinéa 217.1b) proposé, quant à lui, nous semble encore plus dangereux, puisqu'il pourvoit explicitement le médecin de la faculté de décider si tel ou tel traitement chirurgical ou médical est «dans l'intérêt véritable du malade». Il est vrai que, de par sa compétence scientifique, c'est le médecin qui est le mieux placé pour juger de la pertinence ou de la convenance de tel ou tel traitement.

Mais si le traitement est déclaré ne pas être dans le véritable intérêt du malade, quel est alors ce véritable intérêt? Un autre traitement? Il n'est guère fait mention d'une telle possibilité dans l'alinéa 217.1b) proposé et, par hypothèse, cette possibilité n'existe pas, comme le suggère d'ailleurs le membre de phrase qui suit:

> ...à moins que celui-ci (le malade) ne demande clairement que le traitement en question soit commencé ou continué;

Le malade ne demanderait pas l'application de ce traitement s'il y en avait un autre comme alternative. Est-ce la mort, alors, qui est dans le véritable intérêt du malade? Quel être humain, médecin ou non, pourra jamais prétendre être en mesure de trancher sans appel dans une affaire aussi grave que la vie d'un autre être humain? Nous craignons beaucoup, à Campagne Québec-Vie, que l'insertion éventuelle d'une telle disposition ou d'un tel concept dans notre droit criminel ne serve de levier pour renvoyer *ad patres* toute une foule de malades, guérissables ou pas.

Enfin, l'alinéa 217.1c) proposé n'interdit pas, et donc autorise, le recours à des soins palliatifs et à des mesures destinées à supprimer ou à soulager les souffrances physiques d'une personne, même si ces soins ou mesures sont susceptibles d'abréger l'expectative de vie de cette personne. Nous sommes ici sur une pente très glissante: tous les experts que nous avons consultés s'accordent à le dire.

Qui ne voit, en effet, dans cette formulation la possibilité de faire passer dans la médication ou dans le cocktail de médicaments, pour utiliser une expression en cours dans nos hôpitaux, des analgésiques destinés non pas à soulager les souffrances physiques du patient, mais à disposer directement de sa vie? Cette possibilité est tellement réelle que, pour protéger le médecin de toute responsabilité criminelle résultant d'une telle médication, le législateur croit nécessaire d'insérer une clause reconnaissant à ce même médecin le droit d'administrer des soins palliatifs ou de mettre en oeuvre des mesures destinées à supprimer ou à soulager les souffrances physiques même lorsque ces soins ou ces mesures auront pour effet ou seront susceptibles d'abréger la durée de la vie du malade.

Pour nous, de Campagne Québec-Vie, l'emploi d'analgésiques est licite seulement dans la mesure où il n'existe pas d'autres moyens pour soulager les douleurs et où il n'y a aucune relation directe de cause à effet entre le recours à cet emploi et l'abrègement de la vie. Mais la narcose est illicite lorsque le but poursuivi est d'éviter au mourant une fin consciente et dans les cas où l'inconscience met le mourant hors d'état de satisfaire à des devoirs moraux graves. Ce principe vient de Pie XII, dans un discours aux anesthésistes italiens de 1957.

[*Traduction*]

The proposed clause 217.1(b) seems to us to be even more dangerous, since it explicitly extends to the physician the right to decide if a given surgical or medical treatment is "in the best interests" of the patient. It is true that because of his scientific knowledge the physician is the person best placed to judge the relevance or suitability of a given treatment.

But I would ask: if a given treatment is declared not to be "in the best interests" of the patient, what then would be in his best interests? Some other treatment? There is scarcely a suggestion of such a possibility in clause 217.1(b), and indeed it seems to assume that no such possibility exists, as the subordinate clause that follows suggests:

> "except where the person"—the patient—"clearly requests that such treatment be commenced or continued"

The patient would not request the treatment if there were an alternative. Is death, then, "in the best interests" of a sick person? We at Campagne Québec-Vie very much fear that the insertion of such a provision or such a concept into our criminal law might serve as a lever to send large numbers of sick people, whether curable or not, to premature death.

Finally, the proposed clause 217.1(c) does not forbid, and thereby authorizes, recourse to "palliative care and measures intended to eliminate or relieve the physical suffering of a person" even when such measures "are likely to shorten the life expectancy of the person". We are at the top of a very slippery slope here, as all the experts we have consulted agree.

Who could fail to see in this wording the possibility of slipping into the medication, or "drug cocktail" as it is often called in our hospital, analgesics that not merely "relieve...physical suffering", but actually put a direct end to the patient's life? The possibility is so real that to protect the physician from any criminal liability arising from the administering of such medication the legislator finds it necessary to insert a clause recognizing the physician's right to administer palliative care or "measures intended to eliminate or relieve...physical suffering" even when such care or such measures would or would be likely to shorten the patient's life.

For us at Campagne Québec-Vie, the use of analgesics is permissible only to the extent that there are no other means of treating the pain and where there is no direct cause and effect relationship between the use of analgesics and the shortening of the patient's life. Narcosis is not permissible when the aim is to avert consciousness at the time of death and in cases where unconsciousness would make the dying person incapable of fulfilling important moral duties. This principle was set out by Pius XII in an address to Italian anaesthetists in 1957.

[*Text*]

• 1655

Nous en avons assez dit, je pense, pour faire comprendre les raisons des graves inquiétudes que nous éprouvons dans le mouvement pro-vie à l'égard du projet de loi à l'étude au sein de votre Comité. Le seul fait d'avoir jugé que le temps était venu de provoquer, par le biais de ce projet, un débat public sur une perspective aussi inhumaine que celle de l'euthanasie montre le bas degré jusqu'où est descendu le respect de la vie dans l'échelle de nos valeurs. Si nous sommes politiquement capables aujourd'hui de discourir autour de cette table avec une apparente sérénité sur la mise à mort douce de nos grands malades, de nos infirmes et de nos vieillards, c'est parce que l'avortement et les manipulations génétiques de toutes sortes que nous pratiquons depuis plus de 20 ans au Canada nous ont préparés à envisager cette *final solution* de tous nos problèmes.

Ceux-ci, nous le savons bien, sont en bonne partie d'ordre financier, et pour cause, puisque le fardeau fiscal qui pèse sur les couches productives de plus en plus réduites de notre société, 6 travailleurs pour 29 non-travailleurs à l'heure actuelle selon une étude de l'Université Laval, inspire des phrases pudiquement voilées, bien sûr, mais qui ne laissent pas d'en dire long sur notre véritable état d'esprit qui veut qu'il y ait noblesse à faciliter aux handicapés et aux vieillards une mort douce dans la dignité. Compassion exige, n'est-ce pas? Et bourse aussi!

As Rita Marker, director of the Human Life Centre in the United States, notes, the current debate "is not about the right to die, it is about the right to kill".

Comme dit Charles E. Rice dans son récent volume, *No Exception: A Pro-Life Imperative*, tuer pour réduire le nombre de bouches inutiles était une phrase souvent entendue au temps de notre enfance, alors que la terreur hitlérienne régnait sur le monde. La décadence à laquelle nous sommes parvenus ne saute-t-elle pas aux yeux? Non, la solution n'est pas dans la mort. La solution est dans la vie, et d'abord dans la vie de nos enfants. Cessons de les assassiner par l'avortement et, d'ici 20 ans, nous aurons amplement de quoi faire face à nos obligations sociales et morales envers nos parents, nos grands-parents, nos malades, nos infirmes et nos handicapés.

Cependant, notre motivation n'est pas d'abord une motivation financière. Elle est une motivation fondée sur la notion de la dignité de l'homme. Permettez-moi ici de citer un passage d'une récente déclaration des évêques de France sur ce sujet de l'euthanasie parue dans *L'homme nouveau* du 6 octobre courant:

> ...la dignité se fonde directement sur l'humanité de la personne: elle est donc inaliénable, elle ne peut se perdre.

Je vous remercie, monsieur le président.

Le président suppléant (M. Kilger): Merci, monsieur Grondin. Est-ce que le Dr Lafrance a quelque chose à ajouter ou si vous êtes disposés à répondre aux questions des députés?

Dr André Lafrance (président de Médecins pour la vie, région d'Ottawa): Non, je préfererais rester disponible pour répondre aux questions.

M. Boudria: Je voudrais d'abord souhaiter la bienvenue à nos témoins.

[*Translation*]

We have said enough, I believe, to convey the reasons for the profound apprehension felt in the pro-life movement about the bill being studied by your committee. The very fact that the time seemed propitious to launch, via this bill, a public debate on so inhuman a prospect as euthanasia shows how respect for human life has dropped in our scale of values. If today we are politically capable of sitting around this table talking with apparent calm about making dying easy for the very ill, the disabled, the old, it is because abortion and genetic manipulation of all kinds, which we have been practising for over 20 years in Canada, have prepared the way for our acceptance of this "final solution" to all our problems.

These problems, as we well know, are to a great extent financial, and for good reason, since the tax burden pressing down on the ever-declining productive elements in our society—six workers for every 29 non-workers at the present time, according to a Laval University study—is provoking arguments that, though, of course, euphemistically expressed, have a tale to tell about our real state of mind: we are hearing how noble it is to facilitate an easy death, a death with dignity for the disabled and the elderly. Compassion demands it? So does the public purse!

Comme le constate Rita Marker, directrice du Human Life Center aux États-Unis, le débat actuel ne porte pas sur «le droit de mourir, mais sur le droit de tuer».

As Charles E. Rice says in his recent book, *No Exception: A Pro-Life Imperative:* «Killing to reduce the number of useless mouths»—an expression often heard in our childhood, when Hitlerite terror threatened the world. Does the decadence into which we have fallen not leap to meet the eye? The solution lies not with death but with life, starting with the lives of our children. Let us stop assassinating them by abortion, and in 20 years we will have the resources to meet our social and moral obligations to our parents, our grandparents, our sick, our disabled, and our handicapped.

But our motivation is not primarily financial: it is rooted in the notion of the dignity of man. I would like to conclude by quoting a passage from a recent statement by the Bishops of France on the subject of euthanasia, which appeared in *L'homme nouveau* on October 6th of this year:

> —dignity flows directly form a person's humanity: it is therefore inalienable, it can never be lost.

Thank you, Mr. Chairman.

The Acting Chairman (Mr. Kilger): Thank you, Mr. Grondin. Do you have something to add, Dr. Lafrance, or would you prefer now to answer the members' questions?

Dr. André Lafrance (President, Physicians for Life, Ottawa Region): No, I would prefer to answer your questions.

M. Boudria: I would, first, like to welcome our witnesses.

[*Texte*]

Certaines des inquiétudes soulevées par les témoins sont également les miennes. Croyez-vous, comme moi, que le Code criminel nous transmet deux messages? Je ne sais pas si vous avez entendu ma question au témoin qui vous a précédé. Je disais que le Code criminel avait deux buts: d'une part, il interdit quelque chose d'inacceptable, mais son vrai mandat, au-dessus de tout cela, est de faire une déclaration de nos principes à titre de société. Si tel est le cas, un tel message dans le Code criminel devient le message que je crains à titre de parlementaire.

• 1700

M. Grondin: Je partage entièrement vos craintes, monsieur le député. Je pense que la loi est très pédagogique. C'est une expression bien connue chez les juristes. La loi crée un état d'esprit et un mode de comportement. Si le droit criminel comporte des textes qui prédisposent à faire bon visage à l'euthanasie active ou passive, de la part du patient aussi bien que du médecin, cela crée tout un état d'esprit qui va finalement déboucher sur un laisser-aller général.

Je pense que c'est exactement ce qui s'est passé dans le domaine de l'avortement. La loi de 1968-1969 était extrêmement limitative et, 15 ans plus tard, les comités thérapeutiques n'existaient plus que sur le papier sur lequel la loi était imprimée. Ils n'existent plus en réalité.

Nous craignons beaucoup, à Campagne Québec-Vie et dans le mouvement pro-vie en général, que cette loi, comme nous le disons dans le titre de notre mémoire, ne soit qu'un début. Ce n'est que le début de la légalisation de l'euthanasie. Ce projet de loi, s'il est adopté, sera suivi d'autres projet de loi. Une fois que les esprits auront été préparés par une pratique qui découlera de cette loi, on ira un peu plus loin.

M. Boudria: Je ne suis même pas sûr qu'il soit nécessaire d'avoir d'autres lois. Il y a une interprétation de la loi, lorsque la déclaration de base devient loi. C'est ce qui m'inquiète. Même si on nous donne l'assurance qu'aucune autre loi ne sera adoptée, il y aura quand même la jurisprudence et l'évolution du dossier à l'intérieur de la loi qui existera.

On est en train de glisser avec le dossier. Je pense que votre groupe est familier avec ceux qu'on nomme *The Hemlock Society*. Dans ce dossier, la *Hemlock Society* préconise, si je ne m'abuse, de commencer avec une loi comme celle qu'on a aujourd'hui pour «évoluer», j'utilise leurs mots, vers ce qu'ils préconisent, soit l'euthanasie active, le suicide assisté, etc. Êtes-vous familier avec les positions de ce groupe? Je tente de trouver ma copie. Je ne la trouve pas, mais vous pouvez probablement répondre à la question quand même.

M. Grondin: Je suis très familier avec ce groupe. En réalité, ce qui se passe aujourd'hui avec ce premier projet de loi, c'est la mise à exécution des recommandations de la *Hemlock Society*.

Mon collègue pourrait peut-être ajouter quelque chose.

Dr Lafrance: Je voudrais tout simplement renforcer ce que M. Grondin vient de dire. Ce projet de loi n'a pas pour but de permettre aux gens de mourir dans la dignité. C'est un projet de loi qui permet aux médecins de tuer leurs patients,

[*Traduction*]

I share some of the concerns raised by the witnesses. Do you believe, as I do, that the Criminal Code contains two messages? I do not know if you heard my question to the previous witness. I said that the Criminal Code served two goals: on the one hand, it prohibits things that are unacceptable, but its real purpose, beyond all of that, is to make a statement of our principles as a society. That being the case, this type of message in the Criminal Code is something that I fear as a parliamentarian.

Mr. Grondin: I fully share your fears, Mr. Boudria. I believe that the law has an important educational value. This is well-known by legal specialists. The law creates a state of mind and a mode of behaviour. If the Criminal Code contains statements that create a positive predisposition towards active or passive euthanasia on the part of the patient and of the physician, this creates a state of mind that will finally lead to a general laxness.

I believe that this is precisely what has happened in the area of abortion. The 1968-1969 law was extremely restrictive, and 15 years later, therapeutic committees no longer existed except in the wording of the legislation. They no longer exist in reality.

The members of Campagne Québec-Vie and of the pro-life life movement in general are deeply afraid that this law, as we point out in the title of our brief, is merely the start. It is merely a start toward the legalization of euthanasia. If it is passed, it will be followed by other bills. A state of mind will be created by the practices resulting from this law, and further steps will be taken.

Mr. Boudria: I am not even sure that it will be necesary to have other laws. There is interpretation of the law, when the basic principle passes into law. This is what worries me. Even if we are assured that no other law will be passed, there will still be case law and the development of precedents within the existing legislation.

We are on a slippery slope. I believe that your group is familiar with the Hemlock Society. On this issue, the Hemlock Society advocates, unless I am mistaken, beginning with legislation such as that which is before us today and "evolving"—I use their words—towards what they advocate, namely active euthenasia, assisted suicide, etc.. Are you familiar with this group's position? I am trying to find my copy. I cannot find it, but you can probably answer the question anyway.

Mr. Grondin: I am very familiar with this group. In fact, what is happening today with this first bill, is the implementation of the Hemlock Society's recommendations.

My colleague might be able to add something.

Dr. Lafrance: I would merely like to support what Mr. Grondin has just said. The aim of this bill is not to let people die with dignity. It is a bill that will allow physicians to kill their patients, either initially by passive measures such as are

[*Text*]

soit par des mesures passives initialement, tel que précisé à l'alinéa b) de chacun des deux articles proposés, ou bien de façon active, tel que préconisé à l'alinéa c). On prend bien soin, toutefois, de camoufler l'intention véritable du médecin sous le couvert de l'administration de mesures destinées à soulager la douleur.

• 1705

Mais on sait que les médecins n'hésitent pas à mentir. Ils le faisaient allègrement à l'époque des comités d'avortement thérapeutique. Au sein de la profession médicale, ces comités étaient une farce. Tout le monde le reconnaissait. On utilisait couramment le mot «leurre» ou *sham* pour décrire ces comités-là. Ces comités ne portaient aucun jugement valable sur la valeur des demandes qui leur étaient présentées. On y acquiesçait automatiquement aux demandes. Les médecins n'aimaient pas cela parce qu'ils savaient fort bien que les demandes, dans bien des cas, n'étaient nullement justifiées sur le plan médical. Ils étaient obligés de mentir pour acquiescer à ces demandes-là. C'est pourquoi l'Association médicale canadienne a toujours été opposée aux comités d'avortement thérapeutique.

Ici, ce sera exactement la même chose. Les médecins qui administreront la dose fatale diront qu'ils l'ont fait pour soulager la douleur, alors que bien évidemment, dans certains cas tout au moins, l'intention véritable aura été de tuer le malade.

Le passé est toujours garant de l'avenir. Les médecins n'ont pas hésité à mentir à l'époque des comités d'avortement thérapeutique et ils n'hésiteront nullement à mentir lorsque viendra le temps d'envoyer leurs patients âgés dans l'autre monde.

C'est tout ce que je voulais dire.

Mr. Wilbee: I have a couple of comments on your brief. Again I have to apologize to you for not being here for the whole thing, but I had another meeting that I had to attend.

In the English text on page 4 it says:

> For us at *Campagne Québec-Vie*, the use of analgesics is permissible only to the extent that there are no other means of treating the pain and where there is no direct cause-and-effect relationship between the use of analgesics and the shortening of the patient's life.

That statement gives me a lot of trouble. Does that mean that a patient who is dying of severe burns, or may be dying of severe burns, or bone-spread cancer, is not to be given pain-killers or other sedatives?

Dr. Lafrance: No, never. Sedatives should always be given in doses appropriate to relieve the pain. That can mean using extremely high dosages, and even dosages that could cause death. That's the well-known principle of double effect. The effect you're aiming at is to provide relief from the pain, but you can foresee that once you get to high enough a dosage you will reach a point where there is a danger of causing death. You're aware of that, but you don't want to cause death. You want to cause relief of pain, but you are also aware, you're intelligent enough to know that with a certain dosage you're running a risk of causing the patient's death.

[*Translation*]

set out in paragraph (b) of each of the two proposed sections, or actively, as set out in paragraph (c). However, great care is taken to camouflage the physician's true intention under the guise of administering measures designed to relieve suffering.

But we know that physicians do not hesitate to lie. They cheerfully lied at the time of therapeutic abortion committees. These committees were a joke in the medical profession. Everybody recognized that. We routinely used the word *sham* to describe them. They brought no real judgment to bear on the value of the requests that were brought before them. Requests were automatically rubber stamped. Physicians did not like the system because they knew very well that the requests, in many cases, had absolutely no medical justification. They had to lie to approve those requests. That is why the Canadian Medical Association always opposed therapeutic abortion committees.

Exactly the same thing will happen here. The physicians who administer fatal doses will say that they did so to relieve suffering, whereas obviously, at least in certain cases, the real intention will have been to kill the patient.

History always repeats itself. Physicians did not hesitate to lie at the time of therapeutic abortion committees, and they will certainly not lie when the time comes to send their aged patients into the next world.

That is all I wanted to say.

M. Wilbee: J'ai quelques commentaires au sujet de votre mémoire. Je dois d'abord m'excuser de ne pas avoir été ici pour l'entendre au complet, mais j'ai dû assister à une autre réunion.

À la page 4, vous dites:

> Pour nous de Campagne Québec-Vie, l'emploi d'analgésiques est licite seulement dans la mesure où il n'existe pas d'autres moyens pour soulager les douleurs et où il n'y aucune relation directe de cause à effet entre le recours à cet emploi et l'abrègement de la vie.

Cette déclaration me préoccupe beaucoup. Est-ce que cela veut dire qu'on ne doit pas administrer des médicaments pour soulager la douleur ou donner d'autres sédatifs à un malade qui meurt ou qui est peut-être en train de mourir de brûlures graves ou d'un cancer des os?

Dr Lafrance: Non, jamais. On doit toujours administrer une dose convenable de sédatifs pour soulager la douleur. Cela peut signifier l'utilisation de doses extrêmement élevées même au point de pouvoir causer la mort. C'est le principe bien connu du double effet. On a l'intention de soulager la douleur, mais on peut prévoir que rendu à une dose assez élevée on risque de causer la mort. On est conscient de cela, mais on ne veut pas provoquer la mort. On cherche à soulager la douleur, mais on est aussi conscient et assez intelligent pour savoir que rendu à une certaine dose, on risque de provoquer la mort du patient.

[*Texte*]

It's all a matter of intent, and unfortunately intent in law is an extremely difficult thing to prove. That's why doctors could get away with a lot of things, because they would just say "I was trying to relieve pain", while that would not have been their real motive for administering a certain dose of sedatives or analgesics.

Mr. Wilbee: I guess that the presence of this law, or absence of the law, really wouldn't affect it if you have a physician who is not carrying out his duty, or chooses to abuse his power, you might say. I don't believe that this law is going to make any difference there. I agree with what you're saying now, but I don't take that from the text we have been provided with here. In the last part of that paragraph it says:

> Narcosis is not permissible when the aim is to avert consciousness at the time of death and in cases where unconsciousness would make the dying person "incapable of fulfilling important moral duties".

I can understand that, but I also feel that there are times when the pain and the discomfort and the illness that is present does perhaps supersede. If somebody is waiting until that moment to do whatever moral duties he is responsible for, then that is something the physician and his medical attendants cannot be responsible for.

• 1710

I myself feel that we do have to allow physicians... I disagree with your blanket condemnation of abortion committees. I have seen some that I agree are rubber stamps, but I believe there are others that in the past have carried out their duty. Doctors, like anybody else, are human and they are influenced by their own moral beliefs and their own interpretation of law and their peers' judgment upon them.

That was basically it. I just thought from your text that you were saying you didn't believe in pain analgesics, and pain-killers are the same thing, of course, for the—

Dr. Lafrance: This would be a very wrong interpretation. We're stating the ideal. We're stating that pain relief should be administered in such a way as to leave the patient conscious if possible. But we're perfectly aware of cases where the pain is extremely severe, like in the case of generalized metastases, where the pain is such that you have to administer an analgesic in doses that will make the patient unconscious. We're fully aware of that, and we're not against that use of analgesic. This is just good medicine actually. We have nothing against that.

The bill doesn't talk about analgesics that could shorten the life expectancy of the person, but analgesics that will or are likely to do so. We're saying we can use analgesics that could conceivably cause... This is an open door to allow physicians to administer practically any dose they want, even a dose that they know will cause or is very likely to cause death, and to do it with impunity. We think this is a way of saying that doctors can kill their patients. That's all we're saying.

[*Traduction*]

L'essentiel est l'intention, et malheureusement il est extrêmement difficile d'établir l'intention en droit. Voilà pourquoi les médecins pouvaient faire bien des choses impunément, parce qu'ils disaient simplement: «Je cherchais à soulager la douleur», bien que cela ne soit pas toujours la vraie motivation pour l'administration d'une certaine dose de sédatifs ou analgésiques.

M. Wilbee: J'ai l'impression que l'existence ou l'absence de cette loi n'aurait pas vraiment d'effet dans le cas d'un médecin qui néglige son devoir ou qui abuse de son pouvoir. Je ne pense pas que cette loi ait pour effet de changer quoi que ce soit. Je partage l'opinion que vous exprimez maintenant, mais ce n'est pas le message que je tire de votre mémoire. Dans la dernière partie de ce paragraphe, on dit:

> La narcose est illicite lorsque le but poursuivi est d'éviter au mourant une fin consciente et dans les cas où l'inconscience met le mourant «hors d'état de satisfaire à des devoirs moraux graves»

Je peux comprendre cela, mais j'estime aussi qu'il y a des moments où l'intensité de la souffrance, de la douleur et de la maladie peut être plus importantes. Si quelqu'un n'attend jusqu'à ce moment pour satisfaire à ses devoirs moraux, et bien, dans ce cas, le médecin et l'équipe médicale ne peuvent pas être tenus responsables.

Je suis d'avis, personnellement, que nous devons permettre aux médecins... Et je ne suis pas d'accord avec votre condamnation générale des comités d'avortement. J'en ai connu certains qui, je suis d'accord, approuvaient toutes les demandes sans discussion, mais je crois qu'il y en avait d'autres qui ont fait leur devoir. Les médecins, comme tout le monde, sont humains et ils sont influencés par leurs croyances morales personnelles et leur interprétation de la loi et par le jugement de leurs pairs.

Voilà ce que j'avais à dire. J'avais simplement l'impression en écoutant votre mémoire que vous ne croyez pas à l'emploi d'analgésiques, et les calmants sont bien sûr la même chose pour le...

Dr Lafrance: Ce serait une interprétation tout à fait injuste. Nous exprimons l'idéal. Nous disons que les médicaments visant à soulager la douleur devraient être administrés de telle façon à éviter l'inconscience si possible. Mais nous savons parfaitement qu'il y aura des cas d'extrême souffrance, comme par exemple des métastases généralisées, où il sera nécessaire d'administrer une dose d'analgésiques qui rendra le patient inconscient. Nous le savons fort bien, et nous ne sommes pas contre l'utilisation d'analgésiques. C'est simplement de la bonne pratique médicale. Nous n'avons rien contre cela.

Le projet de loi ne parle pas d'analgésiques qui pourraient abréger l'expectative de vie de la personne, mais d'analgésiques qui l'abrègeront ou sont susceptibles de l'abréger. Nous disons qu'on peut utiliser des analgésiques qui pourraient causer... Cela ouvre une porte qui va permettre aux médecins d'administrer à toute fin pratique n'importe quelle dose, même quand ils savent qu'elle provoquera ou est susceptible de provoquer la mort, et de le faire impunément. Nous estimons que c'est une façon de permettre aux médecins de tuer leurs patients. C'est tout ce que nous disons.

[*Text*]

The Acting Chairman (Mr. Kilger): I would like to add a personal note to the short exchange we just witnessed. I would like to thank and congratulate both of you, Dr. Lafrance and Mr. Wilbee, as a member and as a doctor, for a frank and respectful exchange. Now I would like to go to Mr. Wenman.

Mr. Wenman: From the last exchange the two gentlemen just had, I don't see a great deal of disagreement in what we're trying to do with this bill.

Dr. Lafrance: I'm sorry, there is a very great deal.

Mr. Wenman: I realize that. I'm saying that you have just discussed some medical terms and so forth here. If in fact you felt your will was being expressed in this bill, you would approve it then, I assume. In other words, you will allow for, in some circumstances, the withdrawal of treatment or the withholding of useless treatment and in fact the issuance of a sedative that will maximize the relief of pain. You'll go at least that far?

Dr. Lafrance: Which will provide sufficient or adequate relief of pain. Not maximize—"maximize" would be a very dangerous word because the doctor could give any dose. You would be aiming at maximal relief. Sufficient would be enough.

Mr. Wenman: If the law made you a criminal for practising this belief, would you want the law changed?

Dr. Lafrance: But it would not make me a criminal. This would be good medicine. Providing pain relief is good medicine. Killing patients is bad medicine, but providing pain relief is good medicine.

Mr. Wenman: Would you agree that if the law were to prosecute you for what you have just stated, for following that practice, the law should be changed?

Dr. Lafrance: This is hypothetical, sir. No doctor ever has been prosecuted and no doctor ever will be prosecuted for practising good medicine.

Mr. Wenman: Do you think bad medicine is being practised, that there are many cases moving in that direction, more so each day, of perhaps providing more medication? Do you think this is happening as a common practice in any place now?

Dr. Lafrance: It could surely happen more with your bill.

Mr. Wenman: Is it happening now, do you think?

Dr. Lafrance: I'm afraid the active type of euthanasia is not very widespread yet, but unfortunately the passive type—I hate to say it as a physician, but it is happening, yes.

• 1715

Mr. Wenman: Do you think people practising this should be prosecuted under the Criminal Code of Canada?

[*Translation*]

Le président suppléant (M. Kilger): J'aimerais faire une observation personnelle concernant l'échange qui vient de se passer. J'aimerais vous remercier et vous féliciter, docteur Lafrance et M. Wilbee, en tant que député et médecin, pour un dialogue franc et respectueux. La parole est maintenant à M. Wenman.

M. Wenman: D'après la discussion que viennent d'avoir ces deux messieurs, je ne pense pas qu'il y ait un grand désaccord dans ce que nous visons avec ce projet de loi.

Dr Lafrance: Je regrette, mais il y a une très grande différence.

M. Wenman: Je constate cela. Vous venez juste de discuter, entre autres, de certains termes médicaux. Si, en fait, vous pensiez que le projet de loi exprimait vos désirs, alors vous l'accepteriez, je présume. En d'autres mots, vous seriez prêt à permettre, dans certaines circonstances, qu'on cesse ou évite d'utiliser un traitement inutile et, en fait, qu'on administre un calmant destiné à soulager au maximum la douleur. Vous seriez prêt au moins à accepter cela?

Dr Lafrance: Qui soulagera suffisamment ou adéquatement la douleur. Non pas au maximum, car le terme «au maximum» serait très dangereux parce que le médecin pourrait administrer n'importe quelle dose. Il viserait un soulagement maximal. Un soulagement adéquat suffirait.

M. Wenman: Si, en vertu de la loi, vous deveniez un criminal parce que vous mettiez cette idée en application, est-ce que vous aimeriez que la loi soit modifiée?

Dr Lafrance: Mais je ne serais pas pour autant un criminel. Ce serait la bonne pratique médicale. Soulager la douleur constitue la bonne pratique médicale. Tuer les patients constitue la mauvaise pratique, mais soulager la douleur représente la bonne pratique médicale.

M. Wenman: Êtes-vous d'accord pour dire que si vous étiez poursuivi en justice pour ce que vous venez de dire, pour la mise en pratique de cette idée, on devrait changer la loi?

Dr Lafrance: C'est une question hypothétique, monsieur. On n'a jamais poursuivi un médecin et on ne poursuivra jamais un médecin pour la bonne pratique médicale.

M. Wenman: Pensez-vous que la mauvaise pratique médicale se fasse et qu'il y ait de plus en plus de cas qui suivent cette tendance à augmenter les médicaments? Croyez-vous que cela se fait habituellement quelque part maintenant?

Dr Lafrance: Cela pourrait certainement devenir plus courant avec votre projet de loi.

M. Wenman: Pensez-vous que cela se passe à l'heure actuelle?

Dr Lafrance: J'ai l'impression que le recours à l'euthanasie active ne se fait pas encore largement, mais, malheureusement—et en tant que médecin je déteste de le dire—oui, on a recours au type passif.

M. Wenman: Devrait-on poursuivre en vertu du Code criminel du Canada les médecins qui utilisent de telles méthodes?

[*Texte*]

Dr. Lafrance: They should at least be made to abide by a code of deontology.

Mr. Wenman: So there now should be prosecutions then, if this is occurring. It's only doctors that are running away or hiding from the law.

Dr. Lafrance: If it could be proved that the intent was to kill the patient, yes, these doctors should be prosecuted. But I repeat what I said earlier: proving intent is most difficult. Lawyers have told me that many times. You just cannot prove intent. That's why doctors can get away with a lot of things.

Mr. Wenman: I'd just like to hear from the other person here. To personalize it for him, it might not be in our best interest to die, but I'm afraid it's inevitable for all of us. All of us will go through this process. That's why we're here today talking about this.

If I've offended you by being apparently calm, I would hope that I can discuss this calmly. I think that's the best way to make decisions, rather than in wild states of emotion. That is why I think we need to have these changes, so that our families and others will discuss this and have an understanding of it and thereby reduce the pain of death and dying through the intense emotion that has to go ahead.

For yourself, wouldn't you agree that if you had a terminal illness and the doctor told you there's nothing more they could do, you'd want to have your communion, say goodbye to your family, and then you'd want to be sedated to have the maximum comfort you could in passing away? Is there anything morally wrong with wanting that maximum comfort and ease of simply passing from death to life, as you believe, as a Christian? Isn't that the kind of thing you're looking for? Don't you agree with that?

Mr. Grondin: I must say, I never thought of that sort of circumstance. All I want to underline very strongly is that I want to die in a state of consciousness. I want to be in a position when I die to have carried out all the duties I am expected to be carrying out.

Would I have sedatives? I would not necessarily say that this is what I would like to have, to tell you the truth. A sedative is something that puts you to sleep, and you may go away while you sleep. I want to have a conscious death.

Mr. Wenman: Wouldn't it be appropriate, then, for you to write this down in some form of a health care directive or a living will so that the doctor isn't forced to make this opinion to give you the sedative or not, or that one of your family members aren't forced to make this decision when they maybe don't know what you want if you don't discuss it with them or if you don't put it in writing or if you don't go through the process that we've done even just here today of taking that step to think about how we all want it for ourselves?

That's what I want. I want people to be able to die in peace with themselves and their god. I want the pain, emotionally and physically, to be the minimum on their families, on themselves. That's all I'm trying to seek in this process.

[*Traduction*]

Dr Lafrance: On devrait du moins les obliger à respecter un code de déontologie.

M. Wenman: On devrait donc poursuivre en justice ces médecins qui enfreignent la loi ou omettent de l'appliquer.

Dr Lafrance: Ces médecins devraient être poursuivis si l'on peut prouver que leur intention était de tuer le patient. Mais, comme je l'ai dit précédemment, il est très difficile de prouver une intention. Des avocats me l'ont dit à maintes reprises. C'est pourquoi les médecins peuvent commettre certains actes impunément.

M. Wenman: J'aimerais entendre l'opinion de la personne qui vous accompagne. Essayons de nous situer sur un plan plus personnel. Même si la mort n'est pas dans notre intérêt, elle est inévitable, je le crains. Nous mourrons tous. C'est la raison pour laquelle nous discutons de cela aujourd'hui.

Je le regrette si je vous ai choqués par mon calme apparent, mais j'aimerais que nous discutions calmement. J'estime que pour prendre des décisions, il vaut mieux garder son sang froid. C'est pour cela que nous avons besoin de tels changements, pour que nos familles et d'autres en discutent et s'entendent, de façon à diminuer la douleur et le chagrin intenses causés par la mort.

Quant à vous, si vous étiez atteint d'une maladie en phase terminale et que le médecin vous dise qu'il n'y a plus rien à faire, ne souhaiteriez-vous pas recevoir la communion, dire adieu à votre famille, puis recevoir un sédatif de façon à mourir le plus confortablement possible? Y a-t-il quelque chose de moralement répréhensible dans le fait de vouloir passer de la mort à la vie, comme vous le croyez en tant que chrétien, le plus facilement et le plus confortablement possible? Est-ce là ce que vous cherchez? N'êtes-vous pas d'accord avec cela?

M. Grondin: Je dois dire que je ne me suis jamais imaginé dans de telles circonstances. J'insiste sur le fait que je désire mourir conscient. Au moment de ma mort, je veux être sûr d'avoir satisfait à tous mes devoirs.

Pour ce qui est de recevoir des sédatifs, je ne suis pas certain que je les souhaiterais. Un sédatif, cela fait dormir, et l'on peut mourir dans son sommeil. Je veux être conscient au moment de ma mort.

M. Wenman: Ne vous faudrait-il pas, donc, rédiger une directive de soins de santé ou un testament biologique de façon à ce que le médecin n'ait pas à décider de vous donner ou non un sédatif, ou que cette décision doive être prise par un membre de votre famille sans savoir quelle serait votre opinion sur le sujet, si vous n'en avez pas discuté avec eux, si vous ne l'avez pas écrit ou si vous n'avez pas fait ce que nous venons juste de faire, c'est-à-dire réfléchir à la façon dont vous souhaitez mourir?

C'est cela que je veux. Je veux que les gens puissent mourir en paix avec eux-mêmes et avec leur Dieu. Je veux réduire au minimum la douleur émotionnelle et physique, pour eux et pour leur famille. C'est tout ce que j'essaie de faire avec ce projet de loi.

[*Text*]

I'm not trying to kill anybody. I'm not trying to produce legislation to murder people. I want protections in my bill to prevent that. If there are those loopholes, then I suggest we look at them. We have some amendments suggested. If you have any others, I'd be very pleased to hear about them. But I think our intent is all the same.

Mr. Grondin: I am sorry the words "living will" have taken on a bad meaning. I'm not sure I would want to have a living will.

Mr. Wenman: Or a health care directive—

Mr. Grondin: It may lead to something else that I don't want. One has to look at the exception of an expression before committing oneself to it. I don't think I would want to go into a living will. That's my personal opinion.

Mr. Wenman: I appreciate your personal opinion, for being personal. That's a difficult thing to do. I thank you for it.

Le président suppléant (Mr. Kilger): J'aimerais vous remercier, monsieur Grondin et docteur Lafrance, de votre présence et de votre contribution.

• 1720

Comme disait mon collègue Wenman, on doit discuter souvent de sujets complexes et très sensibles. Selon mon expérience personnelle, lorsque nous discutons calmement, avec une certaine sérénité, nous prêtons un plus grand respect au sujet dont nous discutons.

Nous vous remercions d'être venus aujourd'hui, et à la prochaine.

I would just like to remind members that the next meeting will be next Tuesday, November 5, beginning at 3.30 p.m. in Room 209, West Block.

The committee is adjourned to the call of the chair.

[*Translation*]

Mon but n'est pas de tuer qui que ce soit. Je ne veux pas faire adopter un projet de loi légalisant le meurtre. Au contraire, je veux que mon projet de loi contienne des dispositions qui empêchent cela. S'il contient des lacunes, étudions-les. Certains amendements ont été suggérés. Si vous en avez d'autres, je serai très heureux que vous m'en fassiez part. Je crois cependant que notre intention est la même.

M. Grondin: Malheureusement, l'expression «testament biologique» a acquis un sens péjoratif. Pour ma part, je ne suis pas certain que j'aimerais avoir un tel testament.

M. Wenman: Ou une directive en matière de soins de santé...

M. Grondin: Cela pourrait avoir des conséquences que je n'aurais pas souhaitées. Avant de s'engager dans une telle direction, il faut étudier toutes les acceptions d'un terme. Je ne crois pas que je serais prêt à signer un testament biologique. C'est là mon opinion personnelle.

M. Wenman: Je vous remercie d'avoir pu me donner une opinion personnelle. Je sais que c'est difficile, et je vous en remercie.

The Acting Chairman (Mr. Kilger): I would like to thank you, Mr. Grondin and Dr. Lafrance, for being with us today and for your contribution.

As my colleague Mr. Wenman has said, we often have to discuss complicated and very sensitive issues. I know from my personal experience that when we discuss problems calmly, and with a certain degree of serenity, we show greater respect for the subject under discussion.

Thank you for coming today and I am sure we will meet again.

J'aimerais rappeler aux députés que la prochaine séance aura lieu le mardi 5 novembre, à compter de 15h30, dans la pièce 209 de l'édifice de l'Ouest.

La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid | Port payé
Lettermail | Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From Campaign for Life Coalition:

Susan Hierlihy, Public Affairs Director;

Sabina McLunan, Policy Advisor.

From Fondation Responsable jusqu'à la fin:

Yvon Bureau.

From Campagne Québec–Vie:

Gilles Grondin, President;

W. André Lafrance, M.D., President, Ottawa & District Physicians for Life.

TÉMOINS

De la Coalition Campagne–vie:

Susan Hierlihy, directrice des affaires publiques;

Sabina McLunan, conseillère en politique.

De la Fondation Responsable jusqu'à la fin:

Yvon Bureau.

De Campagne Québec–Vie:

Gilles Grondin, président;

W. André Lafrance, m.d., président, Médecins de la région d'Ottawa pour le respect de la vie.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 3

Tuesday, November 5, 1991

Chairman: Derek Blackburn

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 3

Le mardi 5 novembre 1991

Président: Derek Blackburn

Minutes of Proceedings and Evidence of Legislative Committee H on

BILL C-203

An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)

Procès-verbaux et témoignages du Comité législatif H sur le

PROJET DE LOI C-203

Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)

RESPECTING:

Order of Reference

CONCERNANT:

Ordre de renvoi

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament, 1991

Troisième session de la trente-quatrième législature, 1991

24270

LEGISLATIVE COMMITTEE H ON BILL C-203

Chairman: Derek Blackburn

Members

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Bill Farrell

Clerk of the Committee

COMITÉ LÉGISLATIF H SUR LE PROJET DE LOI C-203

Président: Derek Blackburn

Membres

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Bill Farrell

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, NOVEMBER 5, 1991
(4)

[*Text*]

Legislative Committee H on Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons) met at 3:50 o'clock p.m. this day, in Room 209, West Block, Derek Blackburn presiding.

Members of the Committee present: Doug Fee and Bob Kilger.

Acting Members present: Chris Axworthy for Rod Murphy; Don Boudria for Fred Mifflin; Robert Wenman for Dave Worthy; Stanley Wilbee for Jim Hawkes.

Other Member present: Jacques Tétreault.

In attendance: From the Office of the Law Clerk: Louis-Philippe Côté, Legislative Counsel and Diane L. McMurray, Legislative Counsel. *From the Research Branch, Library of Parliament:* Margaret Smith and Susan Alter, Research Officers.

Witnesses: From the Catholic Health Association of Canada: Reverend Everett MacNeil, President; Sister Rose Ketchum, Chairperson; Reverend Robert LaPlante, Ethical consultant; Robert Wenman, M.P.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, September 24, 1991, relating to Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons) (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Monday, September 30, 1991, Issue No. 1*).

Sister Rose Ketchum made an opening statement and with the other witnesses answered questions.

Robert Wenman M.P., made an opening statement and answered questions.

At 5:20 o'clock p.m., it was agreed,—That the Committee adjourned to the call of the Chair.

Bill Farrell

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 5 NOVEMBRE 1991
(4)

[*Traduction*]

Le Comité législatif H sur le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), se réunit aujourd'hui à 15 h 50, à la pièce 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Derek Blackburn (*président*).

Membres du Comité présents: Doug Fee et Bob Kilger.

Membres suppléants présents: Chris Axworthy remplace Rod Murphy; Don Boudria remplace Fred Mifflin; Robert Wenman remplace Dave Worthy; Stanley Wilbee remplace Jim Hawkes.

Autre député présent: Jacques Tétreault.

Aussi présents: Du Bureau du légiste: Louis-Philippe Côté, conseiller législatif et Diane L. McMurray, conseillère législative. *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Margaret Smith et Susan Alter, attachées de recherche.

Témoins: De l'Association catholique canadienne de la santé: Révérend Everett MacNeil, président; Soeur Rose Ketchum, présidente; Révérend Robert LaPlante, consultant éthical; Robert Wenman, député.

Le Comité poursuit l'étude de son Ordre de renvoi daté du mardi 24 septembre 1991 concernant le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale) (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du lundi 30 septembre 1991, fascicule No. 1*).

Soeur Rose Ketchum fait une déclaration liminaire, puis répond aux questions avec les autres témoins.

Robert Wenman, député, fait une déclaration liminaire, puis répond aux questions.

À 17 h 20, il est convenu,—Que le Comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Bill Farrell

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Tuesday, November 5, 1991

• 1547

The Chairman: First of all, I would now invite the electronic media to depart, or at least to turn off their cameras. The same goes for anybody else who may have any kind of recording device. We have not passed any motion to the effect that you can use such a device for our deliberations.

Secondly, we are going to continue debate on Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons). We have two groups of witnesses today. We will begin with the Catholic Health Association of Canada. I welcome the witnesses to this committee.

I have been advised that the media may remain for a few seconds to take some pictures of the witnesses, if you like. We will ask you to then leave, and we will begin our deliberations.

I would appreciate very much if you would introduce your guests. Before each person speaks, would you kindly give your name so that we can record the names accurately for our *Minutes of Proceedings and Evidence*.

Sister Rose Ketchum (Chairperson, Catholic Health Association of Canada): My name is Sister Rose Ketchum, chairperson of the Board of the Catholic Health Association of Canada. With me is Father Robert LaPlante, ethics consultant; Father Everett MacNeil, president; and Jennifer Leddy, legal counsel.

• 1550

The Catholic Health Association of Canada is grateful to the legislative committee for this invitation to present comments on Bill C-203. We hope this presentation and subsequent discussion will contribute to the care of the terminally ill and to the work of the committee.

The Catholic Health Association of Canada is a national Christian community committed to health care in the tradition of the Catholic Church. Its members include 8 provincial regional associations, 37 owners of 160 hospitals and homes across the country, another 180 organizations that identify with this mission statement, and approximately 500 individual members.

Our presence here is consistent with the interests of the association in ethics and in ethical questions concerning care of the dying. Several of the past activities of the association in this area are worthy of note. The association has just published a health care ethics guide with one section dedicated to the care of the dying person. It is appendix number one in your materials.

This guide was developed over a five-year period in consultation with our 160 health care member facilities, another 100 non-member health care institutions chosen at random, medical and nursing schools, and 15 national health

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le mardi 5 novembre 1991

Le président: Je demanderais aux représentants des médias de quitter la salle, ou à tout le moins d'arrêter leurs caméras ainsi que leurs appareils d'enregistrement. En effet, l'utilisation de ces appareils n'a pas été autorisée.

Nous reprenons l'examen du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale). Nous avons deux groupes de témoins. Nous allons commencer par l'Association catholique canadienne de la santé, à laquelle je souhaite la bienvenue.

Les représentants des médias peuvent rester encore quelques minutes pour photographier les témoins, après quoi ils devront quitter la salle, et nous allons entamer nos travaux.

Je demanderais à chacun des témoins de se présenter avant de prendre la parole, de façon à ce que ces noms figurent dans notre compte rendu.

Soeur Rose Ketchum (présidente du conseil d'administration, Association catholique canadienne de la santé): Je me présente: soeur Rose Ketchum, présidente du conseil d'administration de l'Association catholique canadienne de la santé. Et voici mes collègues: le révérend père Robert LaPlante, conseiller pour les questions d'éthique, le révérend père Everett MacNeil, président, et M^me^ Jennifer Leddy, conseillère juridique.

L'Association catholique canadienne de la santé tient d'abord à remercier les membres du comité législatif de cette invitation à présenter ses commentaires sur le projet de loi C-203. Nous espérons que cet exposé et les échanges qu'il pourra susciter sauront contribuer tant aux soins à assurer aux malades en phase terminale qu'aux travaux de votre comité.

L'Association catholique canadienne de la santé forme une communauté chrétienne nationale vouée aux soins de la santé selon la tradition de l'Église catholique romaine. Elle est constituée de huit associations provinciales et régionales, de 37 propriétaires de 160 hôpitaux et foyers établis dans l'ensemble du pays, de 180 autres organisations qui souscrivent à son énoncé de mission et d'environ 500 membres individuels.

Notre présence ici s'explique par l'intérêt que porte l'association à l'éthique et aux questions d'éthique touchant les mourants. Permettez-nous de rappeler quelques-unes des nombreuses réalisations de l'association en ce domaine. Nous venons tout récemment de publier un Guide d'éthique des soins de santé, dont une des sections est consacrée au soin des mourants.

La préparation de ce guide a exigé des consultations auprès de nos 160 établissements de santé membres, de 100 autres établissements non membres choisis sur le volet, de facultés de médecine et d'écoles de soins infirmiers, ainsi que

[*Texte*]

associations. Our interest in palliative care was recognized when representation from our association was invited to participate in a working group developing guidelines on palliative care for National Health and Welfare.

In addition, for several years now, we have been collaborating with the Canadian Nurses Association, the Canadian Hospital Association, the Canadian Medical Association along with representatives of the Canadian Bar Associationm, on the development and revision of a joint statement on the terminally ill.

Because of our ongoing concern for the care of the dying person, Bill C-203 is of great interest to the members of our association. Your committee is studying a bill that has possibilities of doing good, or great harm. Therefore, the intent of the bill must be very clear, and this intent must be carefully articulated in the final version. As Bill C-203 stands, it is too ambiguous and permits interpretations that could be unacceptable to many Canadians.

Though the word is nowhere used in the bill, euthanasia is on the minds of many who are aware of the existence of Bill C-203. Comments inside and outside the House of Commons and in the media confirm this. It should be made very certain that this bill is not about euthanasia. Distinctions such as active-passive, voluntary-involuntary, positive-negative, only confuse popular consideration of this topic. So that we may be clear, our use of the word "euthanasia" refers to an intervention or ommission with the primary intent of killing for the purpose of relieving suffering.

We have noted that the wording of the bill resembles the amendments proposed by the Law Reform Commission in its 1983 report. In the same report the Commission found the legislation of euthanasia unacceptable because it would indirectly condone murder, because it would be open to serious abuses, and because it appears to be morally unacceptable to the majority of the Canadian people.

It is said, and with a great deal of truth, that Bill C-203 simply proposes codification of what has become accepted medical practice in Canada. However, moving to codify that practice appears fraught with pitfalls. On that account we would urge extreme caution and great diligence in crafting the wording of these amendments. Otherwise, new legislation cannot be justified. If the bill is capable of loose or liberal interpretation, a door could be opened or be kept ajar for unintended and unacceptable practices leading to euthanasia.

[*Traduction*]

de 15 associations nationales de la santé. Ces travaux se sont étalés sur cinq ans. Notre engagement en faveur des soins palliatifs a été reconnu par l'invitation qui nous a été faite de participer à un groupe de travail chargé de formuler des lignes directrices sur les soins palliatifs pour Santé et Bien-être Canada.

En outre, depuis maintenant plusieurs années, nous collaborons avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des hôpitaux du Canada, l'Association médicale canadienne, en collaboration avec des représentants de l'Association du Barreau canadien, à l'élaboration et à la mise au point d'une déclaration conjointe sur les malades en phase terminale.

Compte tenu des préoccupations constantes des membres de notre association pour les mourants, vous ne serez pas étonnés de l'intérêt qu'ils manifestent pour le projet de loi C-203. Comme membres de ce comité, vous vous penchez sur un projet de loi qui peut faire du bien, mais aussi beaucoup de mal. Voilà pourquoi le but visé par ce projet de loi doit être soigneusement précisé dans sa version finale. Dans sa formulation actuelle, il est trop ambigu et peut donner lieu à des interprétations inacceptables pour bon nombre de Canadiens.

Bien que le terme ne soit pas employé une seule fois, tous ceux qui connaissent l'existence du projet de loi C-203 pensent à l'euthanasie. Les commentaires recueillis à l'intérieur comme à l'extérieur de la Chambre des communes et dans les médias le confirment. Il faut absolument s'assurer que le projet de loi ne porte pas sur l'euthanasie. Les distinctions sur le caractère actif ou passif, volontaire ou involontaire, négatif ou positif, ou autre, de l'euthanasie ne font qu'ajouter de la confusion aux discussions des Canadiens sur la question. Afin de bien nous faire comprendre, le terme euthanasie fait référence pour nous à une intervention ou à une omission dont le but premier est de tuer une personne afin de la délivrer de ses souffrances.

Nous avons remarqué que le texte du projet de loi C-203, tel que formulé, se rapproche des amendements proposés par la Commission de réforme du droit dans son rapport de 1983. Dans ce même rapport, la commission considère que la légalisation de l'euthanasie est inacceptable «parce que sanctionnant indirectement un meurtre, parce que dangereuse sur le plan des effets, parce que moralement et juridiquement inacceptable et enfin, parce que contraire au consensus le plus large de la population canadienne».

On a dit, avec d'ailleurs une bonne part de vérité, que le projet de loi C-203 ne propose en fin de compte que la codification de ce que la pratique médicale canadienne a fini par accepter. Toutefois, le fait de franchir cette étape présente certains pièges et, pour cette raison, nous nous engageons à la plus grande prudence et à toute la diligence nécessaire pour la formulation finale de ces amendements. Autrement, cette nouvelle démarche est difficilement justifiable. Si le texte législatif permet une interprétation trop large ou trop libérale, il peut ouvrir la porte ou laisser libre cours à des pratiques non souhaitées ou inacceptables menant à l'euthanasie.

[*Text*]

• 1555

We propose that the term "person" as used in the bill be modified to read "terminally ill person", and that "terminally ill person" be defined in a separate section. The definition should contain elements such as a person whose death, caused by some disease, accident, disability or other sickness, is believed to be imminent in light of accepted medical practice, or in the judgment of two or more qualified medical practitioners when it can be sought, or the judgment of the team treating the patient.

We suggest that the terminally ill person's requests for continuation or discontinuation of medical treatment needs to be modified to preserve the integrity of the conscience of health care practitioners. They should not be asked to perform futile services. Therefore, to preserve both the professional integrity of the health care practitioner and the broad notion of treatment, the moral imperative to accede to the request of the terminally ill patient requires that the request itself be qualified. The request of the terminally ill patient has to be "reasonable". It is reasonable to allow the natural processes to take their course, as seems to be implied in paragraph 217.1(a) and item 246.1(a)(i). It is not reasonable in the context, for instance, of services that simply prolong the dying process.

Consequently, the term "clearly requests" contained in paragraph 217.1(a) and item 246.1(a)(i) appears to be acceptable as it stands, but it needs more precision. We propose that in the latter two places "clearly requests" be replaced by "makes a request compatible with sound medical practice and the moral responsibilities of the physician and of the institution".

A further limitation to the fulfillment of a request from a terminally ill patient is needed in the case where the patient might ask the physician for euthanasia. Such a procedure is illegal and unacceptable. Some provision must be made to exclude such a possibility from paragraph 217.1(b) and item 246.1(a)(ii). This could be provided by definition of the term "reasonable" in the modification suggested above in such a way as to exclude euthanasia.

We would therefore propose that this amendment be inserted:

> makes a request compatible with sound medical practice and the moral responsibilities of the physician and of the institution excluding a request for euthanasia.

In paragraphs 217.1(c) and 246.1(b), the accepted meaning of palliative care must be very clear. As defined by National Health and Welfare, palliative care is "a program of active compassionate care primarily directed toward improving the quality of life for the dying". The words "primarily directed" are of critical importance. Since such care includes "measures intended to eliminate or to relieve the physical suffering of a person. . .", we propose the deletion

[*Translation*]

Nous proposons que le terme «personne» utilisé dans le projet de loi soit remplacé par «personne malade en phase terminale» et que l'expression «personne malade en phase terminale» soit définie dans un alinéa distinct. Cette définition devrait comprendre les éléments qui décrivent une personne dont la mort, entraînée par une maladie, un accident, une incapacité ou autre affection, est jugée imminente d'après la pratique médicale reconnue, ou l'opinion de deux ou plusieurs médecins qualifiés lorsqu'il est possible de l'obtenir, ou l'avis de l'équipe traitant le patient.

Nous sommes d'avis que la notion de demande d'une «personne malade en phase terminale» en vue de poursuivre le traitement médical ou d'y mettre fin doit être modifiée afin que les prestateurs de soins de santé aient le pouvoir de garder une conscience intègre. Ceux-ci ne devraient pas être amenés à assurer des services futiles. Ainsi, pour préserver l'intégrité professionnelle des prestateurs de soins et la notion de traitement dans son sens large, l'obligation morale d'accéder à la demande d'un patient en phase terminale suppose que cette demande soit elle-même justifiée. La demande du malade en phase terminale doit être «raisonnable». Le fait de donner libre cours au processus naturel comme le laissent entendre les alinéas 217.1a) et 246.1a)(i) est «raisonnable». Mais dans le contexte, par exemple, de services qui contribuent simplement à prolonger les progrès de la mort, la demande «n'est pas raisonnable».

En conséquence, l'expression «demande clairement» utilisée dans les alinéas 217.1a) et 246.1a)(i) nous paraît acceptable comme telle. Mais cette même expression exige d'être précisée. Nous proposons que dans ces deux derniers alinéas, l'expression «demande clairement» soit remplacée par ce qui suit: «fasse une demande qui soit compatible avec une saine pratique médicale et avec les responsabilités morales du médecin et de l'établissement».

Une autre limite doit être imposée aux volontés d'un patient en phase terminale advenant que celui-ci demande au médecin de procéder à l'euthanasie. Une telle procédure est illégale et inacceptable. Les alinéas 217.1b) et 246.1a)(ii) doivent donc contenir une disposition excluant une telle possibilité, ce qui pourrait se faire en définissant le terme «raisonnable» dans les modifications proposées plus haut, de manière à exclure l'euthanasie.

Nous proposons donc d'ajouter la phrase suivante:

> . . .fasse une demande qui soit compatible avec une saine pratique médicale et avec les responsabilités morales du médecin et de l'établissement, à l'exclusion d'une demande de procédure euthanasique.

Dans les alinéas 217.1c) et 246.1b), le sens reçu des soins palliatifs doit être bien clair. Les soins palliatifs, selon la définition qu'en donne Santé et Bien-être Canada, sont «un service ou un programme qui dispense avec grande compassion des soins aux mourants et dont le but premier est l'amélioration de la qualité de vie de ces patients». Les mots «dont le but premier» sont de la plus haute importance. Étant donné que de tels soins comportent «des mesures

[*Texte*]

of these words and that paragrphs 217.1(c) and 246.1(b) be amended to read:

> commences or continues to administer a program of active compassionate care primarily directed towards improving the quality of life for the terminally ill, even where such care may involve some risk of the unintended effect of shortening the life expectancy of the person.

• 1600

In conclusion, from our observations in this brief, you see that on a matter of such vital importance as the care of the terminally ill, we could not endorse the bill in its present form. However, we do urge the committee to take the time to refine the wording along the lines of the suggestions made in this presentation. If this were done, such a bill could become legislation that would be consonant with sound medical practice and, we believe, with the fundamental values of many Canadians.

We thank you for the opportunity to be part of the legislative process.

The Chairman: Thank you very much, Sister Ketchum, for the brief you just presented.

I will go immediately to Mr. Boudria. We are pressed for time today. I am in the hands of the committee to get around to all the questioning. To cover as many members as possible, we will be limited to about five minutes on the first round. Is that acceptable at this point?

Mr. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Thank you, Mr. Chairman. I think shortening everyone's questioning to five minutes is probably more productive anyway, and if we have time left over we can ask new questions.

Mr. Chairman, I want to thank our witnesses this afternoon. I haven't had the opportunity to view their brief in advance and to look at every one of the recommendations they are making. I am trying to quickly analyze as we are going through them. For instance, when it comes to adding specific mentions of terminally people and so on, I can associate with some of that.

I wonder if we could get to the crux of the matter as to whether or not this legislation is needed at all. I bring this to the attention of our witnesses for the following reasons: the Law Reform Commission, in its working paper number 58, said as follows on page 100, and this speaks of criminal law:

> The law does not exist for the sole or primary purpose of punishing illicit acts. It exists as an expression in a broad sense of the kind of people we are. It does not merely regulate our behaviour; it articulates and symbolizes our values and beliefs.

I think there is something in there which is quite profound. That is to say, that law, whenever it can be viewed as cheapening the value of human life, I think we should be very, very careful before enacting any law that can be interpreted that way.

[*Traduction*]

destinées à supprimer ou à soulager les souffrances physiques d'une personne...», nous proposons d'enlever ces mots des alinéas 217.1c) et 246.1b) et de modifier ces derniers comme suit:

> entreprend ou poursuit un programme actif et compatissant de soins dont le but premier est d'améliorer la qualité de vie du malade en phase terminale même lorsque ces soins peuvent avoir comme effet non souhaité de réduire l'espérance de vie de la personne.

En conclusion, vous constatez sûrement, d'après les observations soumises dans ce mémoire, que devant l'importance vitale des soins à donner aux malades en phase terminale, il nous est impossible de souscrire au projet de loi C-203 dans sa forme actuelle. Nous demandons donc aux membres de ce comité d'accorder tout le temps nécessaire à sa reformulation conformément aux propositions présentées dans cet exposé. Ce projet de loi pourra ainsi devenir un texte de loi qui convienne à une saine pratique médicale et, à notre avis, aux valeurs fondamentales d'un grand nombre de Canadiens.

Nous vous remercions de l'occasion que vous nous avez offerte de collaborer à vos travaux législatifs.

Le président: Je vous remercie beaucoup, soeur Ketchum, de nous avoir présenté votre mémoire.

Je vais immédiatement donner la parole à M. Boudria. Le temps nous presse aujourd'hui. Je m'en remets au comité en ce qui touche la durée de la période des questions. Pour que le plus de députés possible puissent poser une question, je propose d'accorder cinq minutes à chacun d'eux au cours du premier tour. Cela vous convient-il?

M. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Je vous remercie, monsieur le président. Je crois que ce n'est sans doute pas une mauvaise chose de limiter les gens à cinq minutes, et s'il nous reste encore du temps, nous pourrons poser d'autres questions.

Monsieur le président, je veux d'abord remercier nos témoins de leur présence ici cet après-midi. Je n'ai pas eu l'occasion de lire à l'avance leur mémoire ni d'étudier chacune de leurs recommandations. J'ai essayé de les évaluer rapidement pendant qu'on nous les présentait. Je suis d'accord avec la recommandation voulant qu'on définisse clairement le terme «personne en phase terminale».

La question essentielle est de savoir si ce projet de loi est vraiment nécessaire. Si je soulève cette question, c'est que la Commission de réforme du droit, dans son document de travail numéro 58, à la page 105, dit ceci au sujet du droit pénal:

> La répression des actes illicites n'est pas la mission unique ni même principale du droit. Il constitue l'expression au sens le plus large du terme du type de société à laquelle nous appartenons. Il ne se limite pas à réglementer nos actions; il formule et symbolise nos valeurs et nos croyances.

Ce passage m'apparaît très profond. J'estime qu'il faut prendre soin de ne jamais adopter de loi qui pourrait donner l'impression de dénigrer la valeur de la vie humaine.

[*Text*]

Are you concerned that this bill, even with the amendments that you propose, which *prima facie* would make the bill better, I think, even with those amendments that kind of law could eventually lead us to the Holland situation—let us call it for what it is—where passive euthanasia is the law but the reality is far worse?

Reverend Everett MacNeil (President, Catholic Health Association of Canada): When I was listening to the question, Mr. Chairman, I was thinking of something that we had in one of the drafts of our presentation.

We made reference to the educational function, the educational function of law, and that in the minds of some people if something becomes legal, it becomes moral. This we don't espouse, but when this bill was brought forward for first reading, there was another one around that was giving us a lot of difficulty. We thought we would try to be part of the process and begin by addressing this one, especially since the status that this particular bill achieved, that it got this far in front of a committee, then we would like to be present to articulate our position on it and make some kind of contribution.

As to whether there is a need for this, I think that judgment still has to be made. But we were afraid this bill might go forward, and were it to go forward the way it is currently worded, it would for us open floodgates that I think would be very detrimental for Canadians and maybe beyond Canadians.

• 1605

Mr. Boudria: Mr. Chairman, I certainly appreciate the statement. I too feel that if the bill does go ahead, it should be designed in the best way possible. I appreciate the comments of the witnesses and the contribution that they've made in an effort to achieve that.

The question I'm really looking for is what would be your preference, proceeding with this bill as you propose to amend it or forgetting about such a bill altogether?

Rev. MacNeil: We say in the brief that we couldn't endorse the bill the way it is.

Mr. Boudria: No, I am sorry. My question was on the bill as you propose to amend it versus no legislation at all; that is, defeating this or any other bill.

Rev. MacNeil: I would begin to wonder from our own experience as an association when we worked on the joint statement on the terminally ill... This originally was a protocol on the "do not resuscitate" question, with the Canadian Medical Association, Canadian Nurses Association, Canadian Hospital Association, Canadian Bar Association and the Law Reform Commission present. It took about three years. There was a great concern expressed about what physicians would or would not do because of what might happen to them in terms of the Criminal Code.

If this bill goes through with the suggestions we would be making, it would certainly be covering some of the fear of the physicians. While it was being developed, we tried to get an opinion from the Canadian Medical Protective Association on whether a physician would be... I should stop here. The Canadian Medical Association should be here addressing this. We are speaking of an experience working on that. The Canadian Medical Protective Association would not make an

[*Translation*]

Craignez-vous que ce projet de loi, même s'il était amendé comme vous le proposez, permettrait éventuellement ce qui se passe aux Pays-Bas où—appelons un chat un chat—on va beaucoup plus loin que l'euthanasie passive permise par la loi?

Le révérend Everett MacNeil (président, Association catholique canadienne de la santé): Cette question, monsieur le président, m'a fait songer à un passage qui figurait dans l'une des ébauches de notre mémoire.

Nous faisions allusion à la fonction éducative des lois. Pour certains, dès que quelque chose est permis par la loi, cela devient moral. Nous n'acceptons pas cette prémisse, mais lorsque ce projet de loi a été présenté en première lecture, nous étions aux prises avec un autre projet de loi. Compte tenu du fait que ce projet de loi-ci en est maintenant à l'étape de l'étude en comité, nous avons cru bon de faire connaître notre position à ce sujet.

Quant à savoir si ce projet de loi est nécessaire, cela reste à voir. Mais nous craignons qu'il ne soit adopté, et s'il l'était sous sa forme actuelle, il pourrait mener à toutes sortes d'excès contraires aux intérêts des Canadiens, et peut-être même de toute l'humanité.

M. Boudria: Monsieur le président, je partage ce sentiment. Si le projet de loi est adopté, il devrait être aussi parfait que possible. Je remercie les témoins de nous avoir présenté des recommandations qui vont dans ce sens.

J'aimerais savoir ce que vous préféreriez: que le projet de loi soit adopté avec les amendements que vous proposez ou que son adoption soit simplement remise aux calendes grecques?

Le rév. MacNeil: Nous ne pouvons appuyer le projet de loi tel qu'il est formulé.

M. Boudria: Je m'excuse. Préféreriez-vous que le projet de loi soit adopté avec les amendements que vous proposez ou qu'il soit simplement rejeté?

Le rév. MacNeil: Mon expérience me dit que ce ne serait pas la fin de l'affaire. Nous nous sommes entendus sur la définition de «malade en phase terminale» et sur le droit de ne pas «réanimer quelqu'un» avec l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des hôpitaux du Canada, l'Association du Barreau canadien ainsi qu'avec la Commission de réforme du droit. Nous avons discuté de la question pendant trois ans. Les médecins se préoccupaient beaucoup des poursuites dont ils pourraient faire l'objet en vertu du Code criminel.

Les amendements que nous proposons au projet de loi calmeraient certaines des inquiétudes des médecins. Lorsque le projet de loi était en voie d'élaboration, nous avons essayé d'obtenir l'avis de l'Association canadienne de protection médicale, car nous voulions savoir si un médecin pouvait... Je devrais m'arrêter ici. L'Association médicale canadienne vous parlera de cette question. Nous avons donc travaillé à cette question avec d'autres organismes. L'Association canadienne

[*Texte*]

opinion on that until we passed it. We passed the protocol and circulated it to all the institutions in the country. That insurance group said they would cover a physician.

The whole fear in the two or three years of the evolution of that document was what could happen to physicians under the Criminal Code to such an extent that they would not write or put on the chart "do not resuscitate"? Now, the "do not resuscitate" question is a very small part of what is being addressed in this particular bill. Nevertheless it is part of what is being addressed in this bill.

The Chairman: Thank you, Mr. Boudria. Your time is up, at least on this first round. Mr. Axworthy, please, five minutes.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Thank you for your presentation. It is always useful when we see specific suggestions for changes, rather than "wouldn't it be nice if you changed it" but not indicating what those changes might be.

Let me first say I agree with you that we should ensure the legislation, and legislation of this sort in particular, complies with the moral values Canadians espouse.

As I've done on a number of phone-in shows and so on on this particular topic, and indeed quite bluntly on euthanasia, it struck me how little the opposition to the notion is expressed in those programs and how much the support for legalization of voluntary euthanasia is. Yesterday I did one in Saskatchewan. The support was nine phoners and the opposition was two rather lukewarm opponents.

In Saskatchewan, if indeed your view is right that this sort of legislation would not respect the moral wishes of Canadians, I would have thought we would have seen a much different spread of support and opposition. This range of support and opposition complies with my experience every time I've done any of these phone-in shows. The comments both pro and opposed were considered and careful. There was very little hysterical response—some but not very much.

I wonder if I could ask you something in the context of that. It seems to me most Canadians feel it is appropriate for a person to be able to decide at some stage that their quality of life is no longer acceptable and that they should be able to end it.

• 1610

Is my understanding correct, that you don't consider that a person has the moral right to decide when the quality of their life is such that they find it no longer tolerable, they should be able to end that life?

Rev. MacNeil: I too was on panels and phone-ins for these kinds of issues. I agree 100% with what you say. The reason I do is because I believe we don't make the distinctions.

I was quite struck, when preparing for this, with two stories in the past year that came at me, the experience of people. We are loaded with those stories. But stories should not dictate public policy in the country. Stories don't make values, but values should be the basis of our laws.

[*Traduction*]

de protection médicale ne voulait pas se prononcer avant que le protocole ne soit adopté. Nous l'avons adopté, et nous l'avons fait parvenir à tous les établissement visés au pays. Les assureurs ont dit qu'ils couvriraient les médecins.

Malgré le fait que ce document a été adopté il y a deux ou trois ans, les médecins craignaient tellement de faire l'objet de poursuites en vertu du Code criminel qu'ils refusaient de donner la consigne écrite «ne pas réanimer». Evidemment, la portée de ce projet de loi est beaucoup plus large. Il viserait cependant cette pratique.

Le président: Je vous remercie, monsieur Boudria. Votre temps est écoulé, du moins pour le premier tour. Monsieur Axworthy, je vous accorde cinq minutes.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Je vous remercie de votre exposé. Il est toujours préférable que quelqu'un nous propose des amendements précis au lieu de simplement formuler des souhaits.

Je me permets d'abord de dire que je conviens avec vous que toute loi de cette nature doit respecter les valeurs morales des Canadiens.

J'ai participé à plusieurs tribunes téléphoniques sur la question de l'euthanasie, et j'ai toujours été surpris de constater combien de gens sont en faveur de sa légalisation. Hier, j'ai participé à une émission de ce genre en Saskatchewan. Neuf personnes se sont prononcées en faveur de l'euthanasie, et deux modérément contre.

Si, comme vous le dites, cette loi ne respecte pas les valeurs morales des Canadiens, je me serais attendu à ce que les appels que nous avons reçus le reflètent. Or, chaque tribune téléphonique à laquelle j'ai participé m'a toujours permis d'en arriver à la même conclusion. Tant les partisans que les adversaires de cette pratique présentaient des arguments réfléchis. Très peu de commentaires hystériques nous ont été faits.

J'ai l'impression que la plupart des Canadiens estiment qu'on devrait pouvoir permettre à une personne qui souffre de décider s'il ne vaut pas mieux mourir.

Vous semblez croire que personne n'a le droit moral de décider que sa vie n'est plus tolérable et qu'il vaut mieux y mettre fin. Vous ai-je bien compris?

Le rév. MacNeil: J'ai moi-même participé à des groupes de discussion et à des tribunes téléphoniques sur cette question. Je suis complètement d'accord avec vous, et c'est parce que nous ne faisons pas de distinctions.

En me préparant pour cette comparution, je me suis souvenu du cas de deux personnes dont j'ai entendu parler cette année. Ces cas abondent. La politique publique du pays ne doit cependant pas se fonder sur des cas, mais sur des valeurs.

[*Text*]

So when I hear that, I see it as a tremendous opportunity for education. To answer your question without making a distinction would be irresponsible. But I could begin answering your question by saying that I certainly do see circumstances where a dying person can say that it's enough. That's what we are talking about.

I would urge the committee to just take a look at the wording of that appendix. It's on the care of the dying. It's kind of an enlargement of what we did in a very amateurish way. We don't pretend to be writers of the Criminal Code. But it would give you a flavour so that you would see, sir, that I could answer your question with yes, but I would have to make a distinction and say no in lots of circumstances.

Mr. Axworthy: Maybe I could help to clarify that. You did concentrate your definition on those who perhaps should have that right to the terminally ill. We've seen instances in which, first of all, there are problems of deciding what terminally ill means, and whether an illness is terminal. I suppose you might call diabetes terminal, but you are not talking clearly about that.

Perhaps we could look at Alzheimer's disease and other forms of dementia, areas in which many would think give rise to appropriate situations for those to decide that their quality of life is no longer acceptable.

You would not, I take it, include something like Alzheimer or some form of dementia, say, following on from a person living with AIDS, to be an appropriate disease to enable someone to choose to end their life?

Rev. MacNeil: I'm hearing two things now. When one says it's appropriate to end one's life, that's suicide. We are not talking here, as I understand it, about suicide or aiding suicide. We are talking about euthanasia. As we have defined it, euthanasia means that another person enters into the picture and society enters into the picture by approving the act of another person to put someone to death.

So in the circumstances of very difficult diseases, in most circumstances you're not dealing with the individual. You are dealing with a substitute decision-maker or some advance directives, if they are legal in a particular constituency. I then would say that we have to work through our total value system to come to a bit of an understanding for the common good that there is such a thing as suffering, that has a validity. If we do things simply to eliminate the suffering of others around us or something, that has a tremendous impact on society at large. It leaves the door open for active euthanasia, as we use the term. I don't think any kind of legalization in that line could then be justified.

Mr. Wilbee (Delta): I'd like to congratulate you on the very good and very thoughtful brief you have presented. As you well know, one of the problems physicians face is that families are often divided on the care of mom and dad or child, whoever it is. It is often not until after the will is read that these divisions appear.

From practical experience, I've seen many families badly torn apart by the care their parents received. As you mentioned, you can tell stories on either side where people have been kept alive unnecessarily and perhaps have been allowed to die unnecessarily.

[*Translation*]

Par conséquent, j'estime que nous devrions profiter de ces tribunes téléphoniques pour informer les gens. Il serait irresponsable que je réponde à votre question sans établir de distinctions. Il est sûr que dans certains cas, une personne mourante peut décider qu'elle en a assez. C'est ce dont il s'agit.

J'incite le comité à étudier l'annexe qui porte sur les soins à donner aux personnes mourantes. Le guide d'éthique aborde cette question de façon plus professionnelle que nous ne l'avons fait. Nous ne prétendons pas être des spécialistes de la loi. Je ne peux pas répondre à votre question par un oui ou par un non. Tout dépend des circonstances, mais dans bien des cas, je dirais non.

M. Axworthy: Permettez-moi de vous aider. Votre définition ne s'applique qu'aux malades en phase terminale. Or, on ne s'entend pas exactement sur le sens à donner à ce terme, et il n'est pas toujours possible de dire si une maladie est mortelle. On pourrait dire que le diabète est mortel, mais ce n'est évidemment pas ce à quoi vous pensez.

Prenons le cas de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence. Certains croient que les personnes atteintes de maladies de ce genre devraient pouvoir décider si elles veulent continuer à vivre.

Je suppose que vous vous opposeriez à ce qu'on permette aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou aux sidatiques frappés de démence de décider s'ils en ont assez de vivre.

Le rév. MacNeil: Je vous comprends mal. Lorsqu'une personne décide que le moment est venu de mourir, c'est de suicide dont il est question. Si j'ai bien compris, il ne s'agit pas d'aider qui que ce soit à se suicider. Nous parlons d'euthanasie. Par le fait même, une tierce personne intervient, ou la société intervient pour mettre fin à la vie d'un malade.

Dans le cas des patients atteints de maladies très graves, c'est habituellement quelqu'un d'autre qui prend la décision si la loi ne reconnaît pas aux gens le droit de prendre une décision à cet égard à l'avance. J'estime qu'il faudrait comprendre que la souffrance en elle-même a une certaine valeur. Si tout ce que nous voulons, c'est éliminer la souffrance autour de nous, ce qui aurait des conséquences énormes pour la société, nous ouvrons la porte à l'euthanasie active. Nous nous opposons à la légalisation de cette pratique.

M. Wilbee (Delta): J'aimerais vous remercier de nous avoir présenté un excellent mémoire. Comme vous le savez, l'un des problèmes qui se posent aux médecins, c'est que les proches d'un malade ne s'entendent pas toujours sur les soins à lui donner. Les choses empirent souvent après la lecture du testament.

J'ai pu moi-même me rendre compte combien de familles ne s'entendent absolument pas sur les soins à donner à leurs proches. Comme vous l'avez dit, on peut citer des exemples des deux types, des cas où l'on a gardé des gens en vie sans raison et d'autres peut-être où on a laissé mourir des gens sans raison non plus.

[*Texte*]

• 1615

We have the case in British Columbia where an MLA gave a shot to his father who had terminal prostatic cancer. After the shot the father died. This was all according to another physician's prescription. Do you have a problem with that under your definition of acceptable treatment, or was it a case of malpractice or euthanasia?

Rev. MacNeil: I think other members of the delegation might want to comment on this. I would have no difficulty with that situation. If we're taking care of a terminally ill person and attempting to alleviate the suffering—and most suffering can be alleviated—if by chance in alleviating that suffering the death of the person is somewhat hastened but not intended, we have no trouble with that.

Mr. Wilbee: The medical profession has often been accused of maintaining life unnecessarily; in other words, their whole training is that they have to prevent death in all instances. In your collective opinion is the medical profession guilty of maintaining life unnecessarily at times?

Rev. MacNeil: I wouldn't say they're guilty. It's getting much better, but it goes along with medical training. Physicians are trained to cure. They are in a therapeutic mode. When they reach a point where the decision is made not to cure or attempt to cure, but simply to offer care, they have to make quite a switch.

When we worked on that do-not-resuscitate protocol they were afraid for other reasons. They are very human beings and they feel. They said they would love to be able to keep this person alive for the sake of the family. It could be a situation where we enter into the phase of extending the dying process.

Some physicians have difficulty getting over that hill into a caring mode, primarily, as opposed to a curing one. I wouldn't say they were guilty. I would say it would be great if they interacted with the caring team, with the nurses and the family, and actually got care themselves in what they were facing with this patient to whom they might have gotten attached.

Mr. Wilbee: Obviously you've studied this bill carefully. The reason physicians often maintain life is because of the threat of legal action, in the same way they do a lot of tests, unnecessarily perhaps. If they don't do them, they're in trouble. If they do it, they're covered. The question is whether this law or a similar type of law removes that threat from the physician at this stage because you say the Canadian medical protectorate would assist. It's an open question. It hasn't been defined in court. I understand there hasn't been a case in Canada where this has been tested. By putting a law into effect are we now releasing physicians to perhaps practise medicine as they would like to rather than as they are forced to?

[*Traduction*]

Nous avons entendu parler de ce cas en Colombie-Britannique où un député a administré une injection à son père qui était atteint d'un cancer de la prostate en phase terminale. Après avoir reçu cette injection, le père est mort. L'ordonnance avait été obtenue auprès d'un autre médecin. D'après vous, cela correspond-il à votre définition d'un traitement acceptable, ou est-ce un cas où l'on a commis une faute professionnelle ou eu recours à l'euthanasie?

Le rév. MacNeil: Je pense que d'autres membres de la délégation souhaitent répondre à cette question. Cela ne me poserait aucun problème. Si l'on parle d'une personne en phase terminale dont on tente d'alléger les souffrances—et on ne peut soulager la souffrance dans la plupart des cas—et qu'il se trouve qu'en voulant ainsi réconforter cette personne on accélère un peu, mais non intentionnellement, sa mort, cela ne nous causerait pas de cas de conscience.

M. Wilbee: On a souvent reproché aux médecins de prolonger inutilement la vie; autrement dit, toute la formation qu'ils ont reçue vise à repousser invariablement la mort. À votre avis à tous, pourrait-on dire que le corps médical se rend parfois coupable de prolonger inutilement la vie?

Le rév. MacNeil: Je ne dirais pas qu'il est coupable. Les choses s'améliorent grandement, mais tout dépend de la formation médicale. On forme les médecins pour qu'ils soignent les gens. Ils songent aux traitements qu'ils peuvent apporter. Quand ils en arrivent à un point où l'on a décidé de ne pas fournir de soins ou de ne pas tenter de fournir de soins, mais de simplement proposer des soins, c'est tout un revirement qu'ils doivent effectuer.

Quand nous appliquions ce protocole de non-réanimation, ils étaient craintifs pour d'autres raisons. Ce sont des êtres d'une grande compassion; ils ont des sentiments. Ils disaient qu'ils auraient aimé pouvoir garder le malade en vie pour l'amour de sa famille. Dans des cas de ce genre, on pourrait en arriver à simplement prolonger l'agonie.

Certains médecins ont du mal à franchir cette étape où ils sont amenés à fournir des soins, essentiellement, plutôt qu'à viser la guérison. Je ne dirais pas qu'ils ont commis une faute. Je dirais qu'il serait bien qu'ils entrent en interaction avec l'équipe chargée des soins, avec les infirmières, les infirmiers et la famille, et qu'ils obtiennent eux-mêmes de l'aide pour surmonter cette situation, car il arrive qu'ils s'attachent à un malade.

M. Wilbee: Il est clair que vous avez étudié ce projet de loi à fond. Si les médecins s'efforcent souvent de maintenir les malades en vie, c'est parce qu'ils craignent les poursuites en justice, et c'est pour cette raison aussi qu'ils font effectuer des tas d'analyses, qui sont parfois inutiles. S'ils s'en abstiennent, ils courent des risques. S'ils le font, ils sont à l'abri. Le tout est de savoir si ce texte de loi ou une autre loi semblable supprime cette menace qui pèse actuellement sur le médecin, compte tenu du fait que vous dites que l'Association canadienne de protection médicale accorderait son aide. La question est posée. Les tribunaux ne l'ont pas tranchée. Je crois savoir qu'au Canada les tribunaux n'ont pas encore été saisis d'une affaire de ce genre. En faisant entrer cette loi en vigueur, ne permettons-nous pas aux médecins d'exercer la médecine comme ils l'entendent plutôt que comme ils le devraient?

[*Text*]

Rev. MacNeil: So much can be said on this question. I would not say this is a trap, that if this law couldn't go forward with the amendments we are suggesting in that vein, then obviously we couldn't support it. Should it go forward, we're back to a question asked by another member of the committee.

As far as we are concerned, given the private members' bills process within the House, we saw that this had the possibility of going somewhere. We wanted to be in there in a constructive way. I think it should be up to other witnesses who know more—and I suggest maybe the CMA—to come in and make a pronouncement on your second question. I wouldn't say it. We're saying why we are here and what we are trying to do with this presentation.

• 1620

Mr. Fee (Red Deer): I too would like to add my compliments on the presentation of your brief. I am quite impressed. As you represent a number of caring, compassionate professionals, you could have made it a very emotional presentation; yet you chose to make a professional one. I think you rose above that, and I thank you for that.

In listening to Dr. Wilbee's questions, I couldn't help thinking that although this is a very simple bill in terms of the size and the number of words that are involved, it gets very complex when you look at the issues it brings up. the drafter of the bill will be before us next, and we're going to have some fun with him, I think.

I have two questions. Father MacNeil, I would like to call on your experience in working for three years on the committee regarding the do-not-resuscitate protocol. An earlier witness saw a concern with this bill as it might gave rise to another concern they had, which concerned doctors working in emergency wards, where people might come in who were involved in accidents, who were comatose, and were not able to give directions. They were concerned about the legal ramifications should a doctor choose to resuscitate someone who had signed a living will somewhere else. They were worried about possible legal action for resuscitating someone who did not want to be resuscitated. I think that was a simplification of the way they presented it. Did you enter into any discussions similar to that in your committee?

Rev. MacNeil: Had the physician concerned no idea whether there was a living will?

Mr. Fee: That's correct. They are worried mainly about somebody in a trauma unit or an emergency ward.

Rev. MacNeil: I would say that he would make a good medical judgment and proceed with what good medicine says, and take the consequences of that afterwards if there happened to be a living will indicating some other type of—

Mr. Fee: I would sincerely hope so, but that is another issue that I think would be worth pursuing with the CMA if we can get them in front of us. Their concern is that a doctor might tend to withhold or even hesitate to provide treatment because of concerns about legal action and doing something more than was expected. That is a concern we have, and which we can address with them.

[*Translation*]

Le rév. MacNeil: Il y aurait tant à dire là-dessus. Je ne dirais pas que c'est un piège, mais il est bien certain que si ce projet de loi n'est pas modifié comme nous le proposons, nous ne pourrons certainement pas l'appuyer. S'il est adopté, nous reviendrons à la question que posait un autre membre du comité.

En ce qui nous concerne, compte tenu du processus d'adoption des projets de loi d'initiative parlementaire, nous y avons vu une possibilité d'arriver à quelque chose. Nous voulions comparaître et participer de façon constructive. D'autres témoins, davantage experts en la matière—et je pense à cet égard à l'AMC—pourraient venir nous dire ce qu'ils pensent en réponse à votre deuxième question. Je ne le pourrais, quant à moi. Nous expliquons pourquoi nous sommes ici, et ce que nous essayons de faire.

M. Fee (Red Deer): J'aimerais également vous féliciter pour votre exposé très impressionnant. Vous représentez un certain nombre de professionnels de la santé pour qui la compasssion est une qualité importante, et vous auriez pu nous faire un exposé faisant appel à l'émotion. Vous avez choisi par contre d'adopter une attitude très professionnelle. Je vous en remercie.

En écoutant les questions du D[r] Wilbee, je ne pouvais m'empêcher de penser que même s'il s'agit d'un projet de loi très peu volumineux, les questions qu'il suscite sont d'une très grande complexité. Après votre témoignage nous entendrons celui de la personne qui a rédigé le projet de loi, et ce sera sans doute une séance fort intéressante.

J'aurais deux questions à vous poser. Père MacNeil, vous avez participé pendant trois ans au comité qui a mis au point le protocole de non-réanimation. Un témoin précédent nous a expliqué que le projet de loi pouvait poser un autre problème qui les préoccupe. Il s'agit surtout d'une question qui concerne les médecins travaillant dans les salles d'urgence, qui soignent des personnes accidentées, dans le coma, qui ne peuvent leur dire qu'ils ont déjà signé un testament biologique. Que se passe-t-il dans le cas d'un médecin qui réanime quelqu'un dans cette situation? En fait, je simplifie, mais avez-vous déjà discuté de cette question au sein de votre comité?

Le rév. MacNeil: Et le médecin en question ne savait pas qu'il existait un testament biologique.

M. Fee: Non. Cela s'applique surtout aux personnes dans les services de traumatologie ou dans les salles d'urgence.

Le rév. MacNeil: Le médecin en question devrait prendre une décision en fonction de critères médicaux et en assumer les conséquences au cas où il y aurait un testament biologique indiquant. . .

M. Fee: C'est ce que j'espère, mais je crois qu'il s'agit là d'une autre question qu'il faudra étudier avec les représentants de l'AMC si nous pouvons les avoir comme témoins. Le problème est qu'un médecin pourrait hésiter à donner des soins à cause d'éventuelles poursuites judiciaires. Cela nous préoccupe, et nous en parlerons avec d'autres témoins.

[*Texte*]

Rev. MacNeil: Yes, I believe so.

Mr. Fee: I like the way you went through the bill and suggested wordings to tighten up the bill. I think that is crucial if the bill is going to carry forward. Based on Mr. Boudria's questions, I took your position as basically being that it would be better to put this bill on the shelf until it gets a lot more discussion rather than approve it, but to tighten it up if we can't do that.

One thing you haven't tightened up, and I would look for a suggestion, is the integrity of the conscience of health care practitioners. You talk about that on page 3. There's nothing in this bill that protects an individual whose conscience would not allow accepting the treatment or lack of treatment for a person. Ultimately carried to its extreme, this bill could see a doctor denying basic sustenance to a patient because it had to be fed intravenously. The description of dying of starvation and thirst has been given to us as a very terrible way of dying. I can see a very caring, compassionate health care professional not wanting to withdraw services or withhold them. There is nothing in here that protects that person.

Am I making my point clear? I thought that's what you were getting to when you mentioned the integrity of the conscience of health care practitioners, yet you don't have a recommendation. Have you thought of it?

Reverend Robert LaPlante (Ethical Consultant, Catholic Health Association of Canada): Yes, we have. We make a distinction between the professional integrity of the physician in applying the norms of medical science and his moral stance, which is the particular moral view he'll take in applying these different principles to the situation he has before him. You have to protect the question of the medical competence of the physician as his professional integrity and that moral stance.

I think you will find in any emergency unit, as the example you're giving here, it would depend on the moral stance of the physician in how he would treat that patient, again following accepted medical practice. Whether he resuscitates or not, there has to be some leeway left for that moral stance. We provided for that in the suggestions we've made. I think then that the interior moral stance, your laws are not going to be concerned with that. They are only concerned with the action and the intention that is necessarily related to the action. I think you have to leave a variability for that, and I think we do in the suggestions we have made.

• 1625

Mr. Fee: I know this is going beyond what is actually in the bill right now and I know the draft or the bill is not thinking of that, but I see that as the next possible step following this and it is a concern.

Rev. LaPlante: They should be thinking about it because you have to, on the one hand, cut off, despite the questions that came from Mr. Axworthy, the question of any kind of euthanasia. That has to be definitely excluded and that is not

[*Traduction*]

Le rév. MacNeil: Bien.

M. Fee: Je suis content de voir que vous avez suggéré un libellé qui permettra de resserrer les dispositions du projet de loi; je crois en effet que cela est crucial si nous voulons en poursuivre l'étude. Si je me base sur la réponse que vous avez donnée aux questions de M. Boudria, je suppose qu'à votre avis il serait préférable de temporiser plutôt que d'approuver le projet de loi, afin de pouvoir en discuter davantage; cependant, au cas où cela ne serait pas possible, vous estimez qu'il conviendrait de resserrer les dispositions de celui-ci.

Cependant, vous ne donnez pas de suggestions sur la façon de resserrer les dispositions du projet de loi concernant l'intégrité de la conscience des prestateurs de soins de santé. Vous en parlez à la page 3 de votre mémoire. Rien dans ce projet de loi ne protège les praticiens qui ne pourraient en leur âme et conscience accepter soit un traitement, soit la suppression de celui-ci. Dans une situation extrême, on pourrait même imaginer que le projet de loi protégerait un médecin qui refuserait d'alimenter un patient par perfusion. Or, il s'agit là d'une façon terrible de mourir, comme on nous l'a dit. Un professionnel de la santé plein de compassion pourrait cependant ne pas vouloir supprimer ce genre de service, ou au contraire le faire. Rien ne le protège dans le projet de loi.

C'est peut-être de cela que vous voulez parler lorsque vous parlez de l'intégrité de la conscience des praticiens de la santé, et pourtant je ne vois aucune recommandation dans votre document. Avez-vous pensé à cette question?

Le révérend Robert LaPlante (conseiller pour les questions d'éthique, Association catholique canadienne de la santé): Oui. Nous établissons une distinction entre l'intégrité professionnelle du médecin qui applique les critères médicaux et sa position morale, c'est-à-dire la position morale qu'il adoptera en appliquant ces différents principes dans chaque cas. Il faut protéger à la fois l'intégrité professionnelle du médecin et son intégrité morale.

Dans un service d'urgence, pour reprendre l'exemple que vous donnez, la façon dont le patient sera traité dépendra de la position morale du médecin qui appliquera les normes de sa profession. Qu'il procède à la réanimation ou non, il faudra laisser une certaine marge à la position morale du médecin en question. C'est ce dont nous parlons dans nos suggestions. Je ne pense pas que vos lois se préoccupent de la position morale personnelle. Elles ne s'intéressent qu'aux actes et à l'intention qui les précède. Je pense qu'il faut prévoir une certaine souplesse, ce que nous avons fait dans nos propositions.

M. Fee: Je sais que cela dépasse les dispositions actuelles du projet de loi et je sais qu'il n'en est pas question non plus dans le projet de loi, mais j'entrevois que c'est ce qui suivra, et cela m'inquiète.

Le rév. LaPlante: On devrait y songer, puisqu'il faut d'une part, malgré les questions de M. Axworthy, éliminer toute forme d'euthanasie. Il faut l'exclure absolument, et d'ailleurs ce n'est pas ce qui est envisagé dans le projet de

[*Text*]

the intention of the bill anyway. It is to protect the physician, which is one of the questions you were bringing up, protect the physician. And given the fact that we have such a large number of technological devices to extend life and things like that, that more and more it is necessary that physicians be protected in some way or other.

Again, I am probably going beyond what we are addressing here, but still that is in line with his question, and I think that is what you are bringing up.

Mr. Fee: It is in line with the concern we have.

Rev. LaPlante: That's right. So I think you have to eliminate the possibility of euthanasia, protect the question of competence of the physician so that he is free to observe and follow accepted medical practice, and then the question of the moral usage of that practice. These are the different things we have to keep in mind.

Mr. Fee: Thank you.

Rev. LaPlante: One comment before I finish, now that I have a chance to say something. Mr. Boudria, you were also referring to an argument that they call the "slippery slope".

Si on fait un texte législatif comme celui-là, ne va-t-on pas glisser vers une pratique que l'on ne veut pas avoir?

The thing that I wanted to point out is that in any type of consequential argument where you are looking at the consequences, in order that such an argument be acceptable you have to show that the way you want to resolve the argument is the only way possible.

Certainly the bill as it stands is unacceptable to us, and I think for most Canadians. It needs to be corrected. If it is corrected and modified properly, then have you not simply done what you intended to do, which is to protect the accepted medical practice of physicians today? If that is what you have done, then let the consequences fall where they will. I don't think there is a wedge for the slippery slope that you seemed to be referring to. I don't think that exists.

Mr. Boudria: Do I get a supplementary on that?

The Chairman: There is Mr. Wenman and Mr. Kilger, I believe.

Mr. Kilger (Stormont—Dundas): I will give my time to Mr. Boudria for a supplementary.

The Chairman: Do you want to put your supplementary now then? Is it a supplementary to the question that was just answered?

Mr. Boudria: Yes.

The Chairman: Go ahead, Mr. Boudria.

Mr. Boudria: I will go back. With respect, sir, I think we can't allow the chips to fall where they will. We have to evaluate in anything that we legislate on what the consequences will ultimately be. Just because we have noble objectives, that in itself is not sufficient. We must evaluate the likely consequences, not only as we see them but as experience has demonstrated elsewhere.

[*Translation*]

loi. Il s'agit de protéger le médecin, l'une des questions que vous avez soulevées. Vu le nombre toujours croissant d'aides techniques qui servent à prolonger la vie, il est de plus en plus nécessaire de protéger les médecins d'une façon ou d'une autre.

Je dépasse ici encore probablement la portée du projet de loi, mais c'est tout à fait dans l'optique de la question que vous avez soulevée.

M. Fee: C'est tout à fait dans l'optique de nos préoccupations.

Le rév. LaPlante: En effet. Je pense donc qu'il faut éliminer la possibilité de l'euthanasie, qu'il faut protéger la compétence professionnelle du médecin de façon à ce qu'il soit libre de suivre les pratiques médicales reconnues pour ensuite aborder la question de la moralité de ces pratiques. Ce sont les différents aspects qu'il faut se rappeler.

M. Fee: Merci.

Le rév. LaPlante: Permettez-moi de faire un commentaire avant de conclure, pendant que j'en ai l'occasion. Monsieur Boudria, vous avez invoqué l'argument de la «pente savonneuse».

If we write up the Bill in that manner, will we not be slipping towards a practice that goes against what we want?

Je tiens à souligner que dans tout argument où l'on tient compte des conséquences, il faut démontrer qu'une option est la seule option possible pour que cet argument devienne acceptable.

Or, dans son libellé actuel, ce projet de loi ne nous est pas acceptable, pas plus, je pense, qu'à la plupart des Canadiens. Il faut y apporter des modifications. Si vous apportez les modifications qui s'imposent, n'avez-vous pas alors tout simplement formulé le projet de loi selon vos intentions, c'est-à-dire dans le but de protéger les pratiques médicales reconnues des médecins d'aujourd'hui? Si c'est effectivement ce que vous avez fait, eh bien, advienne que pourra. Je ne pense pas que cette pente savonneuse dont vous avez parlé existe.

M. Boudria: Puis-je poser une question supplémentaire?

Le président: J'ai les noms de M. Wenman et de M. Kilger, je pense.

M. Kilger (Stormont—Dundas): Je vais donner mon temps à M. Boudria pour qu'il pose une question supplémentaire.

Le président: Voulez-vous poser votre question supplémentaire maintenant? C'est à la suite de la réponse que nous venons d'entendre?

M. Boudria: Oui.

Le président: Je vous en prie, monsieur Boudria.

M. Boudria: Revenons en arrière. Permettez-moi de vous faire remarquer que je ne pense pas que nous puissions dire advienne que pourra. Dans toutes les lois que nous adoptons, nous devons évaluer les conséquences éventuelles. Il ne suffit pas d'avoir des objectifs nobles. Nous devons tenir compte des conséquences non seulement telles que nous les prévoyons, mais telles que l'expérience les révèle ailleurs.

[*Texte*]

I want to come back to the response that you gave, the other side of it. I want to ask you: Can I detect from your answer, at least individually if not the position of the group, that the bill as amended is better than no bill at all? It is not the question of whether or not the bill unamended is not good or getting the amendments that you favour is better. Obviously it is better, otherwise you wouldn't be offering them. But we are comparing now the bill, as amended by your amendments, versus no bill at all. What is your preference, which of the two?

• 1630

Rev. LaPlante: I simply asked you. Do you want to protect the physician who uses accepted medical practices in his practice?

Mr. Boudria: I guess I'm not going to get an answer.

Rev. LaPlante: If you do, the bill will do that. If you are not concerned with that, forget about it.

Mr. Wenman (Fraser Valley West): Since I come from a Judaeo-Christian ethic, as you do, I find myself very much in support, as far as intent goes, with what you are trying to do. Subject to some qualifications I will state later, I like the thrust of your amendments.

One thing that was been brought to my attention this week was that while we, those of the Judaeo-Christian ethic who are bringing this forward and commenting on it— You have had a lot of experience with other organizations, but with the other large percentage of Canadians who are not with the particular Christian affiliations, can you suggest where the interest might lie, where the expertise might lie in those groups so that we could get a view beyond the view of the Christian world?

Rev. MacNeil: I was with a group within the past ten days and commented on this bill and commented on the other bill; this has really brought a lot of discussion to Canadians. Having contacted the clerk of this committee, we were asked if we could suggest others who might want to make a presentation out of a denominational or faith context. You will notice that ours was grounded in Judeao-Christian, especially the appendix that we insert, but we feel our presentation is grounded on natural reason.

To answer your question, when I raised that, a Lutheran minister came to me afterwards and gave me the names of five people: one was a Hindu, one was a Buddhist, one was another Lutheran, one was a fifth religion. He knew these people, and I asked what their orientation would be if they made a presentation on a bill like this. He said it would be along the lines of the value system the Judaeo-Christian group stands for.

[*Traduction*]

J'aimerais revenir en arrière, à l'autre face de la réponse que vous avez donnée. Permettez-moi de vous demander ceci: dois-je en conclure que, du moins pour vous personnellement, sinon pour votre groupe, il vaut mieux avoir une version modifiée de ce projet de loi plutôt qu'aucun projet de loi? Il ne s'agit pas de décider si ce projet de loi, sans modifications, ne vaut rien ou si les amendements que vous proposez vont l'améliorer. Évidemment qu'ils vont l'améliorer, sinon pourquoi nous les proposer? Il s'agit de comparer ce projet de loi, tel que modifié par vos amendements, à l'absence de projet de loi. Que préférez-vous? Laquelle des deux options?

Le rév. LaPlante: Je vous ai simplement demandé ceci: voulez-vous protéger le médecin qui a recours à des pratiques médicales reconnues dans l'exercice de sa profession?

M. Boudria: À ce que je vois, je n'obtiendrai pas de réponse à ma question.

Le rév. LaPlante: Si c'est ce que vous voulez, eh bien, le projet de loi accordera cette protection. Si cela ne vous préoccupe pas, eh bien, oublions cela.

M. Wenman (Fraser Valley-Ouest): Étant donné que, comme vous, je me réclame de la morale judéo-chrétienne, j'appuie entièrement vos efforts, du moins pour ce qui est du but visé. Moyennant certaines réserves que je vous expliquerai plus tard, j'aime bien les grandes lignes de vos amendements.

Cependant, on m'a fait remarquer cette semaine que, même s'il s'agit là de notre point de vue, c'est-à-dire de ceux qui se réclament de la morale judéo-chrétienne... Vous avez souvent l'occasion de traiter avec d'autres groupes, mais en ce qui concerne la proportion considérable de Canadiens qui ne partagent pas les croyances chrétiennes, pourriez-vous nous dire à qui nous pourrions nous adresser, quels sont les groupes que nous pourrions consulter afin de savoir ce que pensent ceux qui ne sont pas chrétiens?

Le rév. MacNeil: Il n'y a pas plus de 10 jours, j'ai participé aux discussions d'un groupe où il a été question de ce projet de loi et de l'autre mesure proposée; c'est un sujet qui a vraiment suscité la discussion parmi les Canadiens. Nous avons pris contact avec le greffier du comité, qui nous a demandé si nous pouvions proposer les noms d'autres témoins susceptibles de venir présenter un point de vue qui ne serait pas celui d'une religion ou d'une croyance particulière. Même si, comme vous pourrez le constater, notre mémoire se fonde sur les croyances judéo-chrétiennes, notamment l'annexe qui l'accompagne, nous considérons qu'il suit les préceptes de la raison naturelle.

Pour répondre à votre question, quand j'ai abordé la chose, un ministre luthérien est venu par après me donner les noms de cinq personnes: un hindou, un bouddhiste, un autre luthérien et quelqu'un qui était d'une cinquième religion. Il connaissait ces personnes, et je lui ai demandé quel serait leur point de vue si elles étaient appelées à se prononcer sur un projet de loi comme celui-ci. Il m'a répondu que leur point de vue se fonderait sur un ensemble de valeurs assez semblables à celles que défendent les judéo-chrétiens.

[*Text*]

Mr. Wenman: Do you feel it would be appropriate, though, for us to hear those witnesses? Would you be prepared to provide the names to the committee?

Rev. MacNeil: I would be prepared to provide the names. It would be up to the committee to decide.

The Chairman: I have one brief question, if I may. In the dying process, whose integrity in your view is primary or paramount—the health care giver's or the patient's?

Mr. Wenman: Good question.

Rev. MacNeil: Something that I note, and again I have to generalize here, is that most people feel that if they ask a doctor for something, the doctor must do it. In our system a doctor is free to choose his or her patients. In our system a patient is free to choose his or her doctor. Except if you are in a situation of natural justice of an emergency, then no physician is required to act.

That's one of the things that concerned us with the bill. It would seem that if the patient requested it, whatever, there was an obligation on the physician to deliver. As I say, if you were in a situation where there were no other physicians around to do anything— a situation I call a natural justice—then the physician would have to act. Otherwise, the physician would not have to act. I believe we made the point when we talked about the integrity of the physician's conscience and the integrity of the patient. What we are doing here is recognizing both, I think.

• 1635

The Chairman: Fine. Well, thank you very, very much. On behalf of the committee, Father MacNeil, I want to express our gratitude for your coming forward today and presenting your brief and giving your time and your expertise and wisdom on this subject. It's a very difficult one to come to terms with. Thank you very kindly.

Sister Ketchum: On behalf of the Catholic Health Association of Canada, we appreciate this opportunity and we ask God's blessing on the work of the committee for the future of this. Thank you.

The Chairman: Thank you very much. Now we'll have Mr. Wenman. Mr. Wenman, it's a delight to welcome you to our committee. Please proceed.

Mr. Wenman: Thank you very much, Mr. Chairman. I'd like to begin by suggesting that not only is this bill important, but equally important to the bill itself is the process it takes through Parliament. I would like to see this bill as a demonstration project for the intent of all of those Members of Parliament who've called for parliamentary reform, who've called for a meaningful role for Members of Parliament and who have called for the public to have access through their Members of Parliament to produce legislation such as this and on many other topics. So the integrity of the democratic process as we know it in Canada and its reform is what's at stake here. I hope when the committee reports to the House of Commons that among the things in elements of their report might be a recommendation that this be a free vote in the House of Commons. I think it is very important that we do not hear specifically from the Prime Minister or the

[*Translation*]

M. Wenman: Y aurait-il lieu, à votre avis, que nous entendions ces témoins? Seriez-vous disposé à donner leurs noms au comité?

Le rév. MacNeil: Je serais disposé à fournir les noms. Ce serait au comité de décider ce qu'il veut faire.

Le président: J'ai une courte question à vous poser, si vous le permettez. Lorsqu'un malade est en phase terminale, est-ce son intégrité à lui ou celle de la personne qui le soigne qui devrait primer?

M. Wenman: Excellente question.

Le rév. MacNeil: Il convient ici de signaler une chose, et je vous préviens que je ne peux faire autrement que de généraliser: le plus souvent, les gens estiment que, lorsqu'ils demandent au médecin de faire quelque chose, celui-ci est tenu de le faire. Dans notre société, le médecin est libre de choisir ses patients. De même, le patient est libre de choisir son médecin. Sauf en cas d'urgence, où la justice naturelle doit primer, aucun médecin n'est tenu d'accomplir quelque acte médical que ce soit.

C'est justement une des raisons pour lesquelles ce projet de loi nous inquiète. Le libellé donne à penser que, si le patient demandait un traitement quelconque, le médecin serait tenu de le lui assurer. Comme je l'ai dit, si le patient n'avait accès à aucun autre médecin, il s'agirait alors d'un cas de justice naturelle, le médecin serait tenu d'intervenir. Sinon, il n'aurait pas cette obligation. C'est le principe que nous avons voulu expliciter quand nous avons parlé de l'intégrité de la conscience du médecin et de celle du patient. En fait, nous nous trouvons ici à reconnaître les deux.

Le président: Très bien. Je vous remercie infiniment. Au nom du comité, père MacNeil, je tiens à vous exprimer notre gratitude et à vous remercier d'être venu ici aujourd'hui pour nous présenter votre mémoire et d'avoir consacré du temps, de l'énergie et votre sagesse à ce sujet très complexe. Merci beaucoup.

Soeur Ketchum: Au nom de l'Association catholique canadienne de la santé, nous vous remercions de nous en avoir donné l'occasion et nous demandons à Dieu de bénir les travaux du comité. Merci.

Le président: Merci beaucoup. Nous entendrons maintenant M. Wenman. Nous sommes ravis de vous accueillir au comité, monsieur Wenman. Je vous cède la parole.

M. Wenman: Merci beaucoup, monsieur le président. J'aimerais indiquer d'entrée de jeu que ce projet de loi est important, mais que les étapes qu'il franchit au Parlement le sont tout autant. J'aimerais que ce projet de loi soit une démonstration à l'intention de tous les députés qui ont demandé une réforme parlementaire, qui ont demandé un rôle significatif pour les députés et qui ont demandé que le public ait accès au processus parlementaire par l'entremise des députés afin d'arriver à ce projet de loi et à d'autres projets de loi de ce genre. C'est donc l'intégrité du processus démocratique tel que nous le connaissons au Canada et sa réforme qui sont en jeu ici. J'espère que, dans son rapport à la Chambre, le comité recommandera entre autres qu'il y ait un vote libre à la Chambre des communes. Il me paraît très important que nous n'entendions pas expressément le premier ministre ni le ministre de la Justice, parce qu'il ne

[*Texte*]

Minister of Justice in this case because this is not the government's bill. It is a private member's bill. I would like to hear the views of all 295 members expressed in either their vote or their voice in the House of Commons. So I would request that the committee would consider that as part of their report back to the House of Commons.

• 1640

The need for the bill is an important question that has been brought forward. I would suggest that one of the reasons for the need for the bill that wasn't there in 1983, which is there now, is the fact that Canada has moved to a system of constitutional law as a result of the Constitution of that year. That is why, I think, there has been more activity in the United States on this, because it is a matter of process of constitutional law that brings this constantly before the courts in the United States.

I don't think we should be waiting for the courts of Canada to have a test case. I think we should produce a law ourselves, in accordance with what is the will of the people of Canada and what is the will expressed by their Members of Parliament in the House of Commons. I think the argument that we are now under constitutional law is a reason to have this bill.

Further reasons for having this bill is because of the issue of inconsistent care that may be provided across Canada because, for example, a doctor in another part of the country might feel intimidated by the law that is in the Criminal Code of Canada, which we seek to amend. I think, in this committee, we have already felt the inhibition of medical doctors and practitioners to respond to our questions. When you ask what is common practice, there is an allusion that common practice. . .in fact, there isn't an agreement about common practice expressed even today by our last witnes. He says that he does see circumstances where enough is enough. He does see that it is all right to alleviate pain and suffering and to hasten death as long as the intent is correct.

There is a common practice definition evolving out of that, but I suggest no doctor can say what common practice actually is because of the threat of the very law that is over his head here today. I think we have seen that inhibition expressed here and we saw it again in the great furor in British Columbia over the case of Dr. Perry. And we saw in turn his absolution on the basis of massive public opinion supporting what again is this common practice that we are coming to know and hear expressed.

Some people say what's the hurry? I am not in any hurry; this bill isn't in any hurry. This bill has been a matter of discussion since 1983 by the Law Reform Commission and before that. Recommendations were brought forth at that time and relevancy and public interest have changed since then. So this is not a new discussion. This is in fact a time to have further discussion, and it is hoped that there will be some decision to make common practice and common standards of practice, to bring it in compliance with the law.

[*Traduction*]

s'agit pas d'un projet de loi d'initiative ministérielle, mais bien d'initiative parlementaire. J'aimerais que les 295 députés s'expriment, soit par leur vote, soit en prenant la parole à la Chambre. Je demande donc que le comité considère cet aspect dans son rapport à la Chambre.

La nécessité du projet de loi est une question importante qui a été soulevée. Je crois que l'une des raisons de cette nécessité, qui n'existait pas en 1983, mais qui existe maintenant, c'est que le Canada a évolué vers un régime de droit constitutionnel, à cause de la Constitution adoptée cette année-là. Voilà pourquoi, selon moi, il y a eu plus d'activités à ce sujet aux États-Unis, parce que le processus du droit constitutionnel ramène constamment cette question devant les tribunaux américains.

Je ne crois pas que nous devrions attendre que les tribunaux du Canada entendent une cause faisant jurisprudence. Je crois que nous devrions adopter une loi, conforme à la volonté du peuple canadien et à la volonté exprimée par les députés à la Chambre des communes. L'argument que nous sommes régis actuellement par le droit constitutionnel justifie la nécessité de ce projet de loi.

D'autres raisons justifient ce projet de loi. L'une d'elles touche à la question du manque d'uniformité des soins qui peuvent être dispensés au Canada, notamment parce qu'un médecin d'une autre région du pays peut se sentir intimidé par la loi contenue dans le Code criminel du Canada, que nous cherchons à modifier. Je crois que les membres du comité ont déjà senti la réticence des médecins et des praticiens de la santé à répondre à nos questions. Quand vous demandez quelle est la pratique courante, il y a une allusion au fait que la pratique courante. . .en réalité, on ne s'entend pas sur la pratique courante, comme l'a exprimé le dernier témoin aujourd'hui même. Il déclare qu'il y a des circonstances où l'on se dit que c'en est assez. Il pense qu'il est acceptable d'apaiser la douleur et la souffrance et d'accélérer la mort tant que l'intention est bonne.

Il en découle une définition de la pratique courante, mais je pense qu'aucun médecin ne peut dire ce qu'est vraiment la pratique courante à cause de la menace que représente la loi actuelle. Je crois que cette réticence s'est exprimée ici et que nous l'avons constatée, dans toute sa fureur, en Colombie-Britannique, dans l'affaire Perry. Et nous avons constaté l'absolution du Dr Perry, parce que l'opinion publique s'est rangée massivement derrière cette pratique courante que nous apprenons à connaître et qui commence à s'exprimer.

Certains se demandent où est l'urgence. Je ne suis pas pressé. Le projet de loi n'est pas urgent. Il a fait l'objet de discussions au sein de la Commission de réforme du droit depuis 1983, et même avant. Des recommandations ont été présentées à ce moment-là, et leur pertinence ainsi que l'intérêt du public ont changé depuis. Il ne s'agit donc pas d'un sujet nouveau. Le moment est plutôt propice à une discussion en profondeur, et on peut espérer que des décisions seront prises afin que la pratique courante et les normes de la pratique courante respectent la loi.

[*Text*]

There also is the issue of public demand. The last Gallup poll was in 1989, but the trend in any testing today would show that the public is probably demanding more extensive legislation than we are willing to move towards as responsible Parliamentarians with a sense of what the moral position of the country should be on the issue.

There is some problem with the vote that takes place in Washington today. I wish this were tomorrow, or Thursday, after we had heard the results, because that is a major public opinion poll on. . .not on the issue I brought before you. The issue that I have brought before you is not active euthanasia. It is not the process that is before the people of the State of Washington or what will be before the people of California, who are considering a similar referendum. That is, without a doubt, a form of—again, definitions are difficult—active euthanasia, where a person is asking to be put to death prematurely, on the basis that his life is ending as a result of a terminal illness. So it is a whole different matter, and that will have to be considered on its merits.

Similarly, my bill is one bill before us. It will have to be considered on its merits. If Mr. Axworthy's bill, which is a bill more similar to the Washington bill, makes it through the draw, you will have to consider it on its merits. The two are not necessarily linked.

• 1645

In fact if you want to take the slippery slope argument, as was done by the last gentleman here, and just look at that for a moment, if law does reflect the morals of the people of our nation, we will make a statement with this bill. You could argue the slippery slope either way. You can slip up the slope or down the slope, or sideways on the slope in this case, because by making the statement we make with this bill, we will then have named what the current standard is. This could just as readily limit further action one way or the other. This is therefore legitimizing common practice.

As far as the issue of amendments is concerned, I believe in amendments. I hope that there will be amendments, because the amendments say the democratic process works. I used the Library of Parliament, the Law Reform Commission, the medical association people, ethics committee, and so on, to draft the legislation.

I'm not suggesting this legislation is perfect, either technically or morally correct in its intent. If the democratic process works, we will hear from the expertise, as we have, and we may well find better ways and amendments that can be made to this bill.

As the drafter, I just listened to a submission. This process was worthwhile to get the submission we just had, because I can say that most of the intents that I read in here are totally acceptable to me. This process, these amendments, are not unacceptable and do not invade the intent of my bill.

[*Translation*]

Il y a aussi la question de la demande publique. Le dernier sondage Gallup a été effectué en 1989, mais la tendance dans tous les sondages actuels démontrerait que le public exige probablement des lois plus complètes que celles vers lesquelles nous sommes disposés à nous diriger en tant que parlementaires responsables conscients de ce que devrait être la position morale du pays sur la question.

Le scrutin qui a lieu aujourd'hui dans l'État de Washington pose des problèmes. J'aurais préféré prendre la parole demain ou jeudi, quand les résultats seront connus, parce qu'il s'agit d'un important sondage de l'opinion publique sur. . .pas sur la question que j'ai portée à votre attention. La question que j'ai portée à votre attention n'est pas l'euthanasie active. Ce n'est pas le processus sur lequel doit se prononcer la population de l'État de Washington ou sur lequel devra se prononcer celle de la Californie, qui envisage un référendum semblable. Il y a sans aucun doute une forme—encore une fois, les définitions sont difficiles—d'euthanasie active, selon laquelle une personne demande à mourir prématurément parce qu'une maladie fatale est en train de la faire mourir. Il s'agit donc d'une question tout à fait différente et qui devra être considérée en fonction de ses caractéristiques propres.

De même, mon projet de loi est un projet de loi que nous devons considérer dans cette optique. Si le projet de loi de M. Axworthy, qui ressemble au projet de loi de l'État de Washington, est retenu, vous devrez le considérer en fonction des caractéristiques qui lui sont propres. Les deux ne sont pas nécessairement liés.

Prenons l'argument des vases communicants, qu'a invoqué le dernier monsieur ici, et considérons cet aspect pendant un instant. Si la loi témoigne de la moralité de notre nation, nous nous exprimerons à la face du monde par ce projet de loi. On peut invoquer l'argument des vases communicants des deux côtés. L'équilibre peut se faire dans un sens ou dans l'autre ou indirectement—dans le cas présent—parce que, grâce au projet de loi, nous aurons défini ce qui constitue la pratique actuelle. Cela pourrait tout aussi bien limiter d'autres mesures allant dans un sens ou dans l'autre. Il s'agit donc de légitimer la pratique courante.

En ce qui concerne les amendements, j'y crois. J'espère qu'il y en aura, parce qu'ils démontrent que le processus démocratique fonctionne. Je me suis servi des travaux de la Bibliothèque du Parlement, de la Commission de réforme du droit, de l'association des médecins, du comité de déontologie, etc., pour rédiger le projet de loi.

Je ne prétends pas que la loi soit parfaite, que son intention soit techniquement ou moralement correcte. Si le processus démocratique fonctionne, nous entendrons les experts, comme nous l'avons fait, et nous trouverons peut-être de meilleurs moyens et des amendements à apporter au projet de loi.

En tant que rédacteur, j'ai entendu un témoignage seulement. Ce processus a été utile, ne serait-ce que pour entendre ce témoignage, parce que je peux affirmer que la plupart des intentions que j'y trouve sont tout à fait acceptables à mes yeux. Ce processus, ces amendements ne sont pas inacceptables et ne portent pas atteinte à l'intention de mon projet de loi.

[*Texte*]

However, I would like them looked at by legal drafters to assure me that in no way will these amendments as suggested impair the right of an individual to withdraw from treatment and that an individual request for maximum relief from pain and suffering will be honoured as a result of this bill. If in fact the patient wishes no pain relief and wants to face death squarely with full suffering through to the end, that should also be an option, which should be honoured.

It does come back to the question of the chairman, whose view is paramount here. I think the paramount view should be the individual who is passing through the process of death and dying, in consultation with those who can ease that passage psychologically. That is those around him who love him—his parents, his family, his pastor, his preacher, whoever it happens to be who is in that circle of consultation, which starts first with the consent of the individual to the nature of his treatment and the continuing of his treatment, and then hopefully finds consensus through education and discussion towards the best interest of that person in assisting him through the dying and death process.

The final argument I would want to make is that it doesn't matter whether you are, as was stated earlier here, applying this bill on the basis of natural reason. I appreciate the Catholic Health Association of Canada's saying that their reason was on the basis of both natural reason and the Judaeo-Christian ethic.

I think if we can keep both of those things in the bill, we will do well indeed. I think they are both there. I think what I am suggesting in this bill is natural reason as well, be that bill an amended bill or the bill here, but my intent is that it should stand on its own on the basis of natural reason.

It also should stand on the basis of correct moral values. I think it stands on correct moral values if you consider what the bill really intends to do. First of all, the reality is that most of us will not die quietly in our sleep, that many or most of us will die from terminal illnesses. In fact the more successful medical science is the smaller the number who will die for catastrophic reasons and the larger the number who will die by natural causes, which are terminal illnesses. This is nature's way of ending life.

• 1650

If one has a close relationship to the Judaeo-Christian ethic and they're going through the process and they have terminal illness... Most of us want to fight to sustain a quality of life and use medical science as long as we can to carry us as far as we can, so that we can make the contribution and give value to the individual life that we have right to the end. Through education and medical science, we want to fight and sustain the ability to live longer, fuller lives, and I support that. But once you are terminally ill and a doctor has told you that he cannot see any reason to carry on treatment—it won't make you any better and it isn't going to help further—at that point you have only two choices.

[*Traduction*]

J'aimerais cependant qu'ils soient examinés par des rédacteurs de lois pour m'assurer que ces amendements ne portent nullement préjudice au droit d'un patient de renoncer à un traitement et que la demande d'une personne qui souhaite apaiser au maximum sa douleur sera respectée par suite du projet de loi. Si un patient ne souhaite aucun remède pour apaiser sa douleur et veut faire face à la mort et souffrir jusqu'à la fin, ce choix devrait lui être permis et être respecté.

Nous en revenons à la question du président, dont l'option est déterminante ici. Je crois que l'opinion déterminante devrait être celle du patient qui est en train de mourir, de concert avec ceux qui peuvent faciliter psychologiquement le passage vers la mort. C'est celle de l'entourage du mourant, ceux qui l'aiment—ses parents, sa famille, son pasteur, son curé—tous ceux qui font partie de ce cercle de consultation, dont le pivot central est le consentement du patient sur la nature de son traitement et sur la poursuite du traitement, qui arrive à un consensus par l'information et la discussion, pour agir dans le meilleur intérêt du mourant et l'aider à mourir.

Le dernier argument que je voudrais invoquer est qu'il importe peu, comme on l'a déjà affirmé ici, que le projet de loi soit appliqué en fonction du processus naturel. Je sais gré à l'Association catholique canadienne de la santé d'affirmer que son opinion se fonde sur le processus naturel et sur la morale judéo-chrétienne.

Je pense que si nous pouvons tenir compte de ces deux aspects dans le projet de loi, nous aurons franchi un grand pas. Je crois que ces deux aspects s'y trouvent déjà. J'essaie de faire valoir que le projet de loi repose aussi sur le processus naturel, qu'il s'agisse du projet de loi devant nous ou d'un projet de loi amendé, mais je voudrais qu'il ait de la valeur en soi, à cause du processus naturel.

Il devrait également en avoir à cause des valeurs morales convenables. Je crois qu'il en a quand on considère son intention réelle. Premièrement, la réalité est que la plupart d'entre nous ne mourront pas paisiblement dans leur sommeil, que la plupart d'entre nous mourront d'une maladie fatale. De fait, plus la médecine progresse, plus le nombre de personnes qui mourront d'une catastrophe diminuera et plus le nombre de personnes qui mourront de mort naturelle, notamment à cause d'une maladie fatale, augmentera. C'est la façon naturelle de mourir.

Ceux qui sont en union étroite avec la morale judéo-chrétienne et qui sont atteints d'une maladie fatale... Nous voulons pour la plupart lutter pour maintenir une qualité de vie et recourir à la médecine tant que nous le pouvons pour prolonger nos jours le plus longtemps possible et pouvoir contribuer à la vie jusqu'à la fin et donner un sens à notre vie. Par l'éducation et la médecine, nous voulons nous battre et continuer de pouvoir vivre plus longtemps, plus pleinement. Je suis tout à fait d'accord avec cette façon de voir les choses. Mais quand on est condamné et qu'un médecin nous dit qu'il ne voit aucune raison de poursuivre le traitement—que cela ne nous guérira pas et ne nous aidera pas—,on se trouve devant une alternative.

[*Text*]

Your first choice is to say that you want to leave it to God, you don't want anything to do with doctors or anybody else, you'll take the pain and suffering because you want to be as lucid as possible to experience death and whatever relationship that process may have for you as you go through it. Or you might want to take the more probable cause of action and make your peace with your family and friends and community and then say "it hurts and I'm in deep pain; please let me go, enough is enough. Make me as comfortable as you can and in making me comfortable and reducing my pain, if the level of sedation hastens my death, so be it, but I wish to go in peace".

In my view, that is all the bill is trying to achieve, and either as is or amended, I think it accomplishes that. So it is about more than just protection of the health of doctors, it is about a great issue, an issue that needs resolution by the parliamentary committee and the House of Commons.

The Chairman: Thank you, Mr. Wenman. If it's agreeable with the committee we can go a few minutes overtime, because we are getting very close to 5 p.m.

Mr. Kilger: I want to thank and congratulate Mr. Wenman, not only for his presentation here today but for bringing this bill through the private member process. Having said that, Mr. Wenman, I wonder if at any time you have ever made an effort to approach the government or the Minister of Justice and her officials to see if they would entertain the introduction of a bill similar to yours?

Mr. Wenman: In terms of the relationship with the government, I always felt that I wanted to take this through as a private member's bill. I wanted to improve the parliamentary process by demonstrating that it can be done. I feel it's important to inform the government, but I did not request that they should produce such legislation.

Margaret prepared the first report for me—a detailed report. She just happened to be the researcher assigned from the Library of Parliament. She is an expert and a major drafter of this bill. I immediately sent that to the Minister of Justice and indicated that I had an interest and concern in developing legislation along this line. When I produced a rough draft of the bill I personally handed it to the Minister of Justice in the House of Commons. I invited any constructive comment they might have, but at no point did I request. . .

I think this is the kind of issue that should be before the House. It should be brought forth by a private member, because it rises above partisanship. It's not a Liberal view, a Conservative view, an NDP view or a Reform view. This crosses party lines, just as in the pro-life movement or Alliance for Life you'll find cross-currents of opinion. You'll find the same cross-currents in Dying with Dignity. This is a human decision that needs to be reflected by the Parliament

[*Translation*]

Le premier choix consiste à déclarer qu'on s'en remet à Dieu, qu'on ne veut rien savoir des médecins ni de qui que ce soit, qu'on acceptera la douleur parce qu'on veut être aussi lucide que possible et vivre sa mort et la relation que ce processus représente à mesure qu'il se déroule. L'autre choix, celui qui est le plus probable, consiste à faire la paix avec sa famille, avec ses amis et avec son entourage et à déclarer ensuite: «La douleur est très grande, laissez-moi partir, j'en ai assez. Apaisez la douleur autant que possible, et si la quantité de calmants accélère ma mort, je l'accepte, mais je veux mourir en paix.»

Selon moi, c'est tout ce que ce projet de loi cherche à obtenir, et je crois qu'il y parvient dans sa forme originale ou qu'il y parviendra après avoir été amendé. Il ne s'agit donc pas simplement de protéger les médecins, mais d'une question très importante, d'une question qui doit être réglée par le comité parlementaire et par la Chambre des communes.

Le président: Merci, monsieur Wenman. Si le comité le souhaite, nous pouvons prolonger la réunion pendant quelques minutes, parce qu'il sera bientôt 17 heures.

M. Kilger: Je veux remercier et féliciter M. Wenman, non seulement pour son témoignage ici aujourd'hui, mais pour avoir déposé ce projet de loi par l'entremise des mesures d'initiative parlementaire. Cela dit, monsieur Wenman, je me demande si vous vous êtes adressé au gouvernement ou à la ministre de la Justice et à ses fonctionnaires pour savoir s'ils songent à déposer un projet de loi semblable au vôtre?

M. Wenman: En ce qui concerne la relation avec le gouvernement, j'ai toujours voulu recourir aux mesures d'initiative parlementaire. J'ai voulu améliorer le processus parlementaire en démontrant que c'est possible. Il me paraît important d'informer le gouvernement, mais je ne lui ai pas demandé de déposer un projet de loi.

Margaret a préparé à mon intention le premier rapport—un rapport détaillé. Elle était la chargée de recherche affectée à cette tâche par la Bibliothèque du Parlement. C'est une experte, et elle est en grande partie l'auteur de ce projet de loi. J'ai immédiatement envoyé ce rapport à la ministre de la Justice en indiquant que j'avais l'intention de rédiger un projet de loi dans ce sens. Après avoir rédigé la première ébauche du projet de loi, je l'ai remis personnellement à la ministre de la Justice à la Chambre des communes. J'ai demandé qu'on me fasse des critiques constructives, mais je n'ai pas demandé à ce moment-là. . .

Je crois qu'il s'agit du genre de questions sur lesquelles la Chambre des communes devrait se pencher. Cette question devrait être soulevée par un député, parce qu'elle s'élève au-dessus de la partisanerie. Ce n'est pas un point de vue libéral, ni un point de vue conservateur, ni un point de vue du NPD ou du Parti réformiste. Il va au-delà des lignes partisanes, tout comme le mouvement Pro-vie ou l'Alliance pour la vie regroupent des courants d'opinion de diverses

[*Texte*]

of Canada's 295 members. So the answer to that is no, I did not push the government in any way, shape or form. I simply informed them of what I was doing. Had they wished they could have brought their own bill forward, because I've been doing this for many months now.

• 1655

Mr. Kilger: I am talking about process again, but it's important from a private member's bill point of view. I certainly could be enlightened on this, because it is a new area obviously for all of us, but hopefully there'll be more of it in the future.

In terms of the best possible scrutiny, obviously this bill is a very complex one. At this point in time we're in the very early stages, at least for me. I know that for yourself and possibly for Mr. Axworthy, and maybe others like Dr. Wilbee, this is an issue that you've dealt with for some time and have acquired not only very strong feelings about but a certain expertise for it. Some others of us, good Members of Parliament also, if you will, have not dealt with it with the same intensity, or degree of interest at this point in time. Would the issue be better dealt with in a government bill with the full scrutiny of the House of Commons, that full process, as opposed to this process?

Mr. Wenman: No. I feel it would be much better dealt with by the private member's process because it's the same kind of thing. I want you to become as expert as you can on this bill, and you will be, and you are, by practising what you're doing, coming here asking your questions and participating.

If it's a government bill you get exactly the same process. You get the government putting the bill, it goes to committee, the committee has hearings, and invites the same people who have already been here. Why would you want to repeat that? So if this bill is satisfactory as it is after our discussion, it would be the same process. Why not put it through this process? It goes back to the House of Commons. Everyone in the House of Commons had an opportunity to speak on this on second reading. Everyone will have an opportunity on third reading.

We have an opportunity to make amendments. Then it goes to the House of Commons, and the House of Commons can amend as well. The government can amend there if they wish to amend it. I think it removes it from partisan politics by doing it this way. The government are not liable for it one way or the other, and I think it's easier that way for the bill to pass the House of Commons and establish a new test of non-partisanship and free voting in the House of Commons.

Mr. Kilger: Mr. Wenman, I don't want to put words in your mouth, and I'm sure you're not looking for an easy way for this bill or any bill to get through Parliament, by the private member's process as being an easier process—

Mr. Wenman: No.

[*Traduction*]

origines. On retrouve la même diversité dans le mouvement Mourir dans la dignité. C'est une décision humaine à laquelle doivent réfléchir les 295 députés de la Chambre des communes. Par conséquent, la réponse est non, je n'ai exercé aucune pression sur le gouvernement. Je l'ai simplement informé de ce que je faisais. S'il l'avait voulu, il aurait pu déposer son propre projet de loi, parce que j'y travaille depuis des mois maintenant.

M. Kilger: Je reviens au processus, mais il est important du point de vue d'un projet de loi d'initiative parlementaire. On pourrait certainement éclairer ma lanterne à ce sujet, parce que c'est un domaine tout à fait nouveau pour nous tous. J'espère qu'il y en aura davantage à l'avenir.

Ce projet de loi est sans doute très complexe. Nous en sommes actuellement aux toutes premières étapes; c'est mon cas tout au moins. Je sais que pour vous et peut-être pour M. Axworthy, et peut-être pour d'autres, comme le D[r] Wilbee, c'est une question à laquelle vous réfléchissez depuis un certain temps et sur laquelle vous êtes non seulement arrivé à vous faire une opinion bien précise, mais sur laquelle vous êtes devenu un expert. Certains d'entre nous, bons députés eux aussi, si vous le voulez, n'ont pas encore réfléchi à la question avec autant d'intensité ou avec autant d'intérêt. Serait-il préférable que la question soit étudiée dans le cadre d'un projet de loi d'initiative ministérielle, qui supposerait un examen par l'ensemble de la Chambre, un processus complet, au lieu du processus actuel?

M. Wenman: Non. Je pense qu'il vaut mieux recourir à un projet de loi d'initiative parlementaire, parce que cela revient au même. Je veux que vous deveniez aussi expert que possible, et vous le deviendrez et vous l'êtes déjà en faisant ce que vous faites, en venant ici pour poser des questions et participer.

Le processus est exactement le même pour un projet de loi d'initiative ministérielle. Le gouvernement dépose le projet de loi, qui est renvoyé à un comité; le comité tient des audiences et invite les mêmes personnes qui sont venues ici. Pourquoi voudriez-vous répéter tout cela? Si le projet de loi est satisfaisant après nos discussions, le processus serait le même. Pourquoi ne pas faire appel au processus actuel? Le projet de loi retourne à la Chambre. Tous les députés peuvent s'exprimer à l'étape de la deuxième lecture. Tout le monde peut le faire à l'étape de la troisième lecture.

Nous pouvons adopter des amendements. Le projet de loi retourne ensuite à la Chambre des communes, qui peut elle aussi apporter des amendements. Le gouvernement peut le faire s'il le souhaite. Je crois qu'on élimine toute partisanerie en procédant ainsi. Le gouvernement n'en est nullement responsable, et il est plus facile de faire adopter le projet de loi à la Chambre et d'établir un nouveau mécanisme de non-partisanerie et de vote libre à la Chambre.

M. Kilger: Monsieur Wenman, je ne veux pas vous mettre les paroles dans la bouche, et je suis certain que vous ne recherchez pas un moyen facile de faire adopter ce projet de loi ni aucun autre au Parlement, du fait que le processus des projets de loi d'initiative parlementaire est plus facile...

M. Wenman: Non.

[*Text*]

Mr. Kilger: —and that would be the test, if you will, sort of thing.

Mr. Wenman: It's much more difficult to put a private member's bill through than a government bill, as history would show.

The Chairman: We're making history.

Mr. Wenman: I hope we're making history here, because your chairman and myself and others have sat here year after year wishing for a non-partisan approach, wishing for a private member's role to mean something, and here is our chance. The test before us now is very important to the Parliament of Canada and the process, in my view.

Mr. Kilger: I know Dr. Wilbee has referred to this in his commentary with other witnessess. But as I understand it, Mr. Wenman, the purpose of your bill is to protect positions. The question I keep asking myself is again, given that no physician has been charged—

Mr. Fee: That's correct.

Mr. Kilger: —for withholding medical treatment that has led to the death of a patient or for acting or not acting in a manner that would cause the death of a patient, I am not convinced that your bill is necessary.

Mr. Wenman: No physician has been charged, but all physicians rest with a sword over their heads that they should use their best judgment in conjunction with the consent of the patient, and some consent process. That could be overridden by intimidation, and we have seen that intimidation in the case of Dr. Perry in British Columbia. I suggest any doctor who has come before us here... You can't get them actually to come out and say it, because they know if they say what common practice is they fear. Fear should not be an element in preventing care, palliative care. We are decriminalizing this and putting it where it belongs, back into palliative care, into common practice, which now is correct practice, in my view and certainly in the view of the majority.

• 1700

If I didn't believe in this bill I wouldn't be here. I believe it is the correct treatment at this time for the Criminal Code of Canada, for the people of Canada. I believe it is wanted.

Since this process has started, I have had overwhelming calls of support in a way that has never happened to me in 26 years of politics. The people are saying, yes, they are interested. They are afraid, but they are interested. They want the debate, they want the discussion and they want the clarification. That's we're doing with this law.

There is no one better to do it. An official from the Department of Justice is no better than you or anyone else here. You are the legislator. It's not a matter of expert advice. It's a matter of common sense judgment on the expert advice we are already getting.

[*Translation*]

M. Kilger: ...et que ce serait un moyen de le mettre à l'épeuve, si vous voulez.

M. Wenman: L'histoire démontre qu'il est beaucoup plus difficile de faire adopter un projet de loi d'initiative parlementaire qu'un projet de loi d'initiative ministérielle.

Le président: Nous sommes en train de faire l'histoire.

M. Wenman: Je l'espère bien, parce que vous, monsieur le président, et moi-même et d'autres encore siégeons ici année après année et souhaitons une méthode non partisane; nous souhaitons que le rôle des parlementaires ait un sens. Voilà notre chance. La tâche devant nous est une épreuve très importante pour le Parlement du Canada et pour le processus, selon moi.

M. Kilger: Je sais que le Dr Wilbee y a fait allusion dans son commentaire aux autres témoins. Mais si je comprends bien, monsieur Wenman, votre projet de loi vise à protéger les médecins. La question que je ne cesse de me poser, c'est que, étant donné qu'aucun médecin n'a été accusé...

M. Fee: Il a raison.

M. Kilger: ...de refuser un traitement médical ayant entraîné la mort d'un patient ou d'agir ou de ne pas agir de manière à causer la mort d'un patient, je ne suis pas convaincu de la nécessité de votre projet de loi.

M. Wenman: Aucun médecin n'a été accusé, mais tous les médecins ont une épée de Damoclès au-dessus de leur tête parce qu'ils doivent prendre une décision selon leur meilleur jugement, avec l'assentiment du patient et un certain processus de consentement. L'intimidation pourrait l'emporter sur tout ce processus, et nous avons constaté de l'intimidation dans le cas du Dr Perry, en Colombie-Britannique. Je soutiens que tous les médecins qui sont venus ici... Il est impossible de le leur faire avouer, parce qu'ils craignent de dire ce qu'est la pratique courante. La crainte ne devrait pas empêcher les soins, les soins palliatifs. Nous décriminalisons cet aspect et le ramenons là où il va, c'est-à-dire dans les soins palliatifs, dans la pratique courante, qui est actuellement la pratique convenable, à mon avis et certainement de l'avis de la majorité.

Si je ne croyais pas en ce projet de loi, je ne serais pas ici. Je pense qu'il est souhaitable actuellement pour le Code criminel du Canada et pour la population du Canada. Je crois qu'on le veut.

Depuis que ce processus a été déclenché, je n'ai cessé de recevoir des appels pour m'appuyer comme je n'en avais jamais reçu depuis 26 ans que je fais de la politique. Les gens me disent qu'ils sont intéressés. Ils veulent un débat, ils veulent la discussion, ils veulent des éclaircissements. C'est ce que nous faisons grâce à ce projet de loi.

Personne n'est mieux placé que vous pour le faire. Un fonctionnaire du ministère de la Justice n'est pas mieux placé que vous ou que quiconque ici présent. Vous êtes le législateur. Il ne s'agit pas de donner un conseil d'expert. Il faut nous servir de notre bon sens pour nous prononcer sur un conseil d'expert que nous avons déjà reçu.

[*Texte*]

Mr. Axworthy: Mr. Wenman and I have had a chance to talk about these things a few times before, but I would like to have his comments on one particular argument that has arisen from time to time. It arose today, and he raised it in his own testimony. It is in regard to the "slippery slope".

I think I mentioned last time that I am not a great believer in slippery slopes. I don't think that because one thing takes place, another thing automatically needs to follow.

I wonder if Mr. Wenman might talk about what potential there is for a slippery slope argument in the context of his bill, in particular if what we are doing—and I think you're right—is really legalizing or decriminalizing the present practice, recognizing the present practice.

Mr. Wenman: If there is any validity to the slippery slope argument, it's that by passing this bill, it becomes a matter of health care, and then health care is determined by the provinces. You therefore would have provincial legislation relating to health care directives, living wills and so forth, which would really address this.

So the slippery slope could take you either way. It could take you to intense punishment through the medical ethics and through the medical practice and the way a doctor practices relating to his licence and these kinds of things. The slippery slope could go, as I mentioned before, up, down, any direction you want to take it. But it would be more in the jurisdiction it belongs, health care and the nature of palliative care, which is determined by provincial governments.

This will not be the end of this bill. It will not be the end of the argument. The end of life and eternal life has been the quest of the ages.

Mr. Wilbee: Again, thank you for the opportunity to talk about this bill. You have mentioned that you are not averse to having it amended. One of the amendments the previous group suggested was that they make it mandatory, where possible. . .in other words, where there are two physicians around. It says:

> or in the judgment of two or more qualified medical practitioners when it can be sought, where the judgment of the team treating the patient

What they are saying here is that there should be mandatory consultation before this process is carried out.

An instance in my own experience concerns a young high school secretary—well, middle-aged; she was in her mid-30s. She had a heart attack at work and collapsed. They took her to the hospital but everything stopped on the way. She was resuscitated but was unconscious for five days in hospital.

[*Traduction*]

M. Axworthy: M. Wenman et moi-même avons déjà eu l'occasion de discuter de tout cela à quelques reprises, mais j'aimerais entendre son opinion sur un argument en particulier qu'on invoque de temps à autre. Il a été soulevé aujourd'hui, et il l'a soulevé lui-même dans son témoignage. Je fais allusion aux «vases communicants».

Je pense avoir mentionné la dernière fois que je ne crois pas beaucoup aux vases communicants. Je ne pense pas que, parce qu'une chose se produit, une autre en découle automatiquement.

Je me demande si M. Wenman peut nous parler des possibilités que l'argument des vases communicants soit invoqué dans le cadre du projet de loi, en particulier si ce que nous faisons—et je crois que vous avez raison—consiste vraiment à légaliser ou à décriminaliser la pratique actuelle, à reconnaître la pratique actuelle.

M. Wenman: Si l'argument des vases communiquants est fondé, une fois le projet de loi adopté, la question relèvera des soins de santé, et les soins de santé sont déterminés par les provinces. Il y aurait donc des lois provinciales relatives à des directives de mort naturelle, aux testaments biologiques, etc., qui en tiendraient compte.

Par conséquent, les vases communicants pourraient nous amener dans un sens ou dans l'autre. Ils pourraient nous mener à des peines sévères par l'entremise des codes de déontologie et de la pratique médicale ainsi que de la façon dont un médecin exerce sa profession en respectant les modalités, etc. L'équilibre pourrait se faire dans un sens ou dans l'autre, comme je l'ai mentionné, selon la direction voulue. Mais ce serait davantage du côté des compétences dont relève la question, soit la santé et la nature des soins palliatifs, qui sont déterminées par les provinces.

Ce ne sera pas la fin du projet de loi, ni la fin de l'argument. On s'interroge sur la fin de la vie et sur la vie éternelle depuis que le monde est monde.

M. Wilbee: Encore une fois, je vous remercie de nous donner l'occasion de parler de ce projet de loi. Vous avez indiqué que vous n'avez pas d'objection à ce qu'il soit amendé. L'un des amendements que le groupe précédent a proposés était qu'il soit obligatoire, dans la mesure du possible... autrement dit, lorsqu'il y a deux médecins. On lit:

> ou l'opinion de deux ou plusieurs médecins lorsqu'il est possible de l'obtenir, ou l'avis de l'équipe traitant le patient.

On recommande donc une consultation obligatoire avant que ce processus ne puisse se déclencher.

Je me souviens par exemple d'une jeune secrétaire d'une école secondaire—enfin d'une secrétaire dans la trentaine. Elle avait fait un infarctus au travail. On l'a emmenée à l'hôpital, mais son coeur a cessé de battre en cours de route. Elle a été réanimée, mais elle est restée dans le coma pendant cinq jours à l'hôpital.

[*Text*]

We had an internist on the case. My feeling was that we were doing this patient harm by keeping her on the resuscitator. At five days I said we should unplug everything and let her go peacefully. She had two kids and it wasn't fair to the family to make them suffer. The internist involved insisted on another day. I felt she was deteriorating, but he felt she wasn't deteriorating quickly enough to warrant this.

The next day we went in, and of course she was awakening. This caused a marked shift: it influenced the way I looked at these so-called hopeless cases. As a result, I probably swung too much the other way and perhaps put patients through unnecessary suffering, and families through suffering because of that once-in-a-lifetime miracle, or whatever you want to call it, an unexplained happening that does happen in medicine.

• 1705

So I guess the question I would ask you is how can we assist physicians in making these types of decisions? Are we going to leave it up to one or two, and what is the responsibility in this area?

Mr. Wenman: I have two feelings about this, which is what we will need to discuss when we're discussing amendments, after we have heard all of our witnesses who will probably comment as we go along.

When I look at this particular amendment—page 3, amendment 2.1—it sounds to me to be reasonable, although we may want to leave that to provincial legislation, because once we pass this type of bill this really gets into the way that you make these judgments. I think that is a health care decision as opposed to a decision of the Criminal Code of Canada, but I would want to consider that further, having just received it a few minutes ago, and I would like to hear some legal opinions on it. However, I do have that one concern, that this really should be a health care issue.

There are three issues that come to mind here. The second is that I spoke to doctors at the palliative care units about this issue. When is the time? How do you decide the time? I said that if there is judgment involved, that means there are different opinions. So the doctors say they sometimes have some pretty heavy arguments in the staff room over what should we do and when should we do it. That is why this legislation is necessarily followed by health care directives, because they want to know what the patient thought. Usually, because now, in most cases, people don't have a health care directive or living will, they don't know so they are forced to make this judgment.

I would like to see a process developed so that doctors are not put in the position of having made the decisions in circumstances where they should have known about the request or the view of the patient and those who love them and comfort them and give care to them. That is another reason why legislation is necessary, because it will cause that to happen through the health care system, I believe.

[*Translation*]

Un interne s'occupait d'elle. J'avais l'impression que nous faisions du tort à cette patiente en la laissant branchée à l'appareil de réanimation. Après cinq jours, j'ai dit que nous devrions tout débrancher et la laisser mourir en paix. Elle avait deux enfants, et il n'était pas juste pour la famille de la laisser continuer de souffrir. L'interne a insisté pour que nous attendions une autre journée. Je pensais que son état s'aggravait, mais il croyait que l'aggravation n'était pas assez rapide pour justifier qu'on la débranche.

Le lendemain, nous sommes allés la voir, et, bien sûr, elle était en train de reprendre conscience. Cela a transformé radicalement ma façon de voir ces cas prétendus désespérés. Je suis peut-être allé un peu trop vers l'autre extrême, et mes patients ainsi que leurs familles ont peut-être souffert inutilement à cause de ce miracle exceptionnel, ou appelez cela comme vous voulez, de cet événement inexpliqué comme il en arrive parfois en médecine.

Je vous demande donc comment nous pouvons aider les médecins à prendre ce genre de décisions. Allons-nous laisser la décision à une ou deux personnes? Et quelle est la responsabilité dans ce domaine?

M. Wenman: J'ai deux impressions à ce sujet, et nous devrons en discuter quand nous discuterons des amendements, après avoir entendu les témoins qui se présenteront probablement au fil de nos travaux.

Quand je lis cet amendement 2.1 à la page 3, il me paraît raisonnable, encore que nous souhaiterons peut-être laisser les lois provinciales s'en occuper, parce qu'une fois que nous aurons adopté ce projet de loi, ce genre de jugement deviendra important. Je crois que la décision relève des soins de santé plutôt que du Code criminel du Canada, mais je veux qu'on étudie davantage la proposition, ne l'ayant reçue qu'il y a quelques minutes, et j'aimerais avoir une opinion juridique à son sujet. Je crois toutefois que cette question devrait relever des soins de santé.

Trois questions viennent à l'esprit. La deuxième est que j'en ai parlé à des médecins dans des services palliatifs. Quand faut-il intervenir? Comment décider à quel moment intervenir? J'ai dit que si c'est une question de jugement, les opinions divergeront. Par conséquent, les médecins déclarent qu'ils ont parfois entre eux des discussions très animées au sujet des mesures à prendre et du moment où il faut les prendre. Voilà pourquoi ce projet de loi sera nécessairement suivi de directives de mort naturelle, parce qu'il faut savoir ce que pensait le patient. Parce que dans la plupart des cas actuellement, les gens n'ont habituellement pas donné de directives de mort naturelle et n'ont pas non plus de testament biologique, les médecins ne savent pas et sont forcés de prendre la décision.

J'aimerais que s'élabore un processus afin que les médecins ne soient plus obligés de prendre des décisions quand ils auraient dû être mis au courant de la demande ou du point de vue du patient et de ceux qui l'aiment, le rassurent et le soignent. Voilà une autre raison pour laquelle le projet de loi est nécessaire, parce qu'il provoquera cette réaction dans le régime de santé, je crois.

[*Texte*]

The third one is a very important question that we'll have to debate further. It is the issue of whether food and water involves treatment. Is it treatment? It is an amendment that has been suggested. We could put an amendment that says "other than food and water" but we would have to discuss that food and water element and decide whether we wanted to get into that specific kind of direction in the Criminal Code of Canada. Again, where will the responsibility lie between health care administration at the provincial level and the Criminal Code of Canada? I want to think about that as well as the clear requests, amendments and the issue that is brought forward to us on legalization, the aspect of how legal do we want to make this? Should a living will be a legal document, or should it be a recommendation or request form as was suggested by the other witnesses? These are all issues that we will have to concern ourselves with in making our final recommendations.

The Chairman: Mr. Fee.

Mr. Fee: The Canadian Medical Association is not down as one of our witnesses. I'm assuming that you have had some contact or correspondence with them. Has the association a formal position on your bill or the issue as such? Do you know, Bob?

Mr. Wenman: Most associations do not want to take a formal position on this kind of moral issue. That would include the cancer associations, because within their associations there are a variety of opinions. The same would be true of a split in medical doctors. It would be exactly the same way, so it's very hard for the CMA to speak on their behalf as a unanimous body. Therefore, I don't think they will come before us any more than the Bar Association wants to make a decision for their lawyers.

They make recommendations to us and they say this is a political decision. It's a moral, philosophic decision. We ask you to make it and give us this guidance. So the guidance we will receive will be from the ethics committee that discussed this matter this summer in convention and basically came up with... Well, I think we should wait. I believe Dr. Eike Kluga is going to appear before us and he is the chairman of that committee. I believe he is supportive of this bill or a form of this bill, but I cannot prejudge what his testimony would be.

• 1710

The closest we are going to get is with individual doctors. We have individual doctors appearing in the name of the Alliance For Life. I do not know how many individual doctors you will hear before you feel you have heard the view of doctors.

Mr. Fee: I am afraid we could talk for years and years.

Mr. Wenman: That is why you are elected—to listen and make a decision.

[*Traduction*]

La troisième question est très importante, et nous devrons en discuter davantage. Elle consiste à déterminer si les aliments et l'eau font partie du traitement. Est-ce un traitement? Cet amendement a été proposé. Nous pourrions ajouter «autre que les aliments et l'eau», mais il faudrait définir ce que nous entendons par là et décider si nous voulons être aussi précis dans le Code criminel du Canada. Là encore, comment se départagera la responsabilité entre l'administration des soins de santé au niveau provincial et le Code criminel? Je veux y penser, ainsi qu'aux demandes précises, aux amendements et à la question qui nous est posée au sujet de la légalisation, de la mesure dans laquelle nous voulons légaliser la chose. Est-ce qu'un testament biologique devrait être un document juridique, ou encore une recommandation ou un formulaire, comme les autres témoins l'ont recommandé? Voilà des questions que nous devrons nous poser au moment de présenter nos recommandations finales.

Le président: Monsieur Fee.

M. Fee: L'Association médicale canadienne ne fait pas partie de nos témoins. Je suppose que vous avez communiqué avec elle et lui avez écrit. L'association a-t-elle une position officielle sur votre projet de loi ou sur la question proprement dite? Le savez-vous, Bob?

M. Wenman: La plupart des associations ne veulent pas adopter de position officielle sur ce genre de question morale. Cela comprend les sociétés de lutte contre le cancer, parce que les opinions divergent beaucoup au sein de ces associations. La même divergence de vues existe chez les médecins. Ce serait exactement la même chose. Il est donc très difficile pour l'AMC de parler au nom de ses membres d'une voix unanime. Je ne crois donc pas qu'elle viendra témoigner, pas plus que le Barreau ne veut prendre de décision au nom des avocats.

Ils nous présentent des recommandations et nous disent que c'est une décision politique. C'est une décision morale et philosophique. Nous vous demandons de la prendre et de nous donner cette orientation. Les conseils que nous recevrons proviendront des comités de déontologie, qui ont discuté de la question cet été en congrès et qui, au fond, sont arrivés à... Enfin, je pense que nous devrions attendre. Je pense que le D[r] Eike Kluga comparaîtra devant nous. Il préside ce comité. Je crois qu'il appuie le projet de loi ou une variante du projet de loi, mais je ne peux me prononcer à l'avance sur le sens de son témoignage.

Nous ne pourrons aller plus loin que des médecins s'exprimant à titre personnel. Des médecins comparaîtront au nom de l'Alliance pour la vie. Je ne sais pas combien de médecins vous devrez entendre avant de penser avoir entendu l'opinion des médecins.

M. Fee: J'ai bien peur que nous pourrions discuter pendant des années.

M. Wenman: C'est pour cela que vous avez été élu—pour écouter et pour prendre des décisions.

[*Text*]

Mr. Fee: I have two questions for you. One has to do with the process, the other with the bill. You say we are elected for this and you suggested the private member's bill is the way to go. One thing I am going to agree with you on is that private member's business should be elevated to a higher standard. There should be more attention paid to it and more bills should be votable as this one.

We have a very serious emotional issue in front of us right now. It has moral ramifications, and it affects all of us. We have six members of Parliament sitting around the table. Because it is not a government bill, it did not get the attention and the debate it would have had as a government bill.

I question at this stage whether private member's business gets the attention it should have. You called for a free vote on this, and I would sincerely hope that comes if it gets back to the House. I would sincerely hope all members of the House are well-informed and have given it a fraction of thought before they vote on it. It is a simple piece of legislation as it sits, but I do not accept your argument that it is not part of a slope and one step towards more serious ramifications down the road.

I do not know how we guarantee that individual Members of Parliament get better informed than they are. A third of the membership of this committee is sitting on other committees or doing something else right now. They are not hearing all of the testimony. They are going to read it, but this is not the same as hearing it first-hand. We are going to have to eventually report this to the House and somehow or another convince 289 other people of what we heard. It is difficult to do.

Mr. Wenman: Mr. Fee, it is exactly the same process as with every other bill. This bill is in fact in the process of public hearing. There is more public debate on this private member's bill than almost any other piece of government legislation, in spite of spending millions of dollars—

Mr. Fee: I just completed all this time on the gun control paper.

Mr. Wenman: This is a more significant bill in many ways than that. You must not have so much faith in a government that it somehow has superior knowledge to what you have.

Mr. Fee: No, I am not saying this at all. I am agreeing completely with you that private member's business would probably be the right way to do that. An issue this important might be one, two or three years' ahead of the process over in the big House. I do not think private member's business is getting the attention it yet deserves.

Mr. Wenman: That is a counter-argument. You are arguing against yourself here because you are saying—

Mr. Fee: I am saying this is the right process, but I am not sure we are ready for an issue this important.

[*Translation*]

M. Fee: Je vous poserai deux questions, l'une sur le processus et l'autre sur le projet de loi. Vous affirmez que nous sommes élus pour ce faire et vous faites valoir qu'un projet de loi d'initiative parlementaire est la meilleure façon de procéder. Je conviens avec vous que les projets de loi d'initiative parlementaire devraient être tenus en plus haute estime. Il faudrait leur accorder plus d'attention, et un plus grand nombre d'entre eux devraient faire l'objet d'un vote, comme celui-ci.

Nous étudions une question très émotive, qui a des prolongements moraux et touche chacun d'entre nous. Il y a six députés autour de la table. Parce qu'il n'est pas un projet de loi d'initiative ministérielle, le projet de loi n'a pas retenu autant l'attention qu'un projet de loi d'initiative ministérielle et il n'a pas suscité un débat aussi important.

Je me demande, au point où nous en sommes, si les mesures d'initiative parlementaire reçoivent toute l'attention qu'elles méritent. Vous demandez un vote libre, et j'espère qu'il aura lieu si le projet de loi retourne à la Chambre. J'espère sincèrement que tous les députés sont bien informés et y auront réfléchi un instant avant de voter. C'est un projet de loi très simple, tel qu'il se présente actuellement, mais je n'accepte pas votre argument selon lequel il ne fait pas partie d'un ensemble plus vaste et n'est pas une mesure qui aura des répercussions très graves.

Je ne sais pas comment nous pouvons nous assurer que tous les députés seront mieux informés qu'ils ne le sont actuellement. Un tiers des membres de ce comité siègent à d'autres comités ou font autre chose actuellement. Ils n'entendent pas tous les témoignages. Ils les liront, mais ce n'est pas la même chose que les entendre de vive voix. Nous devrons présenter un rapport à la Chambre et trouver un moyen de convaincre 289 autres personnes de ce que nous avons entendu. Ce n'est pas une mince affaire.

M. Wenman: Monsieur Fee, le processus est le même que pour tous les autres projets de loi. Ce projet de loi se trouve à l'étape des audiences publiques. Il y a plus de débats publics sur ce projet de loi que sur presque tout autre projet de loi du gouvernement, même si des millions de dollars sont dépensés...

M. Fee: Je viens de consacrer un temps fou au projet de loi sur le contrôle des armes à feu.

M. Wenman: Mon projet de loi est beaucoup plus important à bien des égards. Vous ne devez pas croire beaucoup au gouvernement si vous pensez qu'il en connaît davantage que vous.

M. Fee: Ce n'est pas du tout ce que je dis. Je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire qu'il convient probablement de recourir aux mesures d'initiative parlementaire. Une question aussi importante est peut-être en avance de deux ou trois ans sur la Chambre. Je ne crois pas que les mesures d'initiative parlementaire reçoivent l'attention qu'elles méritent.

M. Wenman: C'est un argument qui se retourne contre vous. Vous vous nuisez à vous-même parce que vous affirmez...

M. Fee: Je dis que c'est la bonne façon de procéder, mais je ne suis pas convaincu que nous sommes prêts pour une question aussi importante.

[*Texte*]

Mr. Wenman: Let's look at the remainder of the process. First of all, the public hearings in this committee, as in any other committee, is composed of a balance of members of the House of Commons. If it in fact came back through a government process, it would be for the same kind of committee with the same kind of abilities to hold public hearings.

Then it goes back to the House. We are possibly going to amend this. We will go to clause by clause in the House of Commons and 295 members will have the same opportunity to stand up and vote on each clause.

The debate is beginning. We had a debate in principle. I think any debate in principle would have sent such a bill to a committee whether it be a government one or whatever. We then come back into the public. It is the public awareness that suddenly gives this bill importance in the eyes of politicians.

We have that awareness now, we have that need, that demand, that input. I see no reason why this can't prove our process and demonstrate your prospects and your role as an individual Member of Parliament, as we are doing now.

Mr. Fee: If the process is going to work, it is going to have to.

Mr. Wenman: I think what we have to risk here is the powers that be trying to coerce the process of private members because it is in fact usurping what is perceived to be the role of the government. I do not think it is. I think this is complemented.

• 1715

Mr. Fee: I'm not worried about the powers that be coercing the system. I'm worried about our ability to stimulate enough interest among our colleagues to be knowledgeable and make an intelligent vote when this comes. I think that's up to us, because it is a private member's bill, it's not a government bill. There's no party out there trying to get support for it. It's up to you and the members around this table.

Mr. Wenman: I'll bet that more people will know what they're voting on in this bill in the House of Commons in third reading than they do in 90% of the other bills that Members of Parliament vote on. I'll bet that they'll know that this issue is already raising itself to such a status that any vote in the House of Commons is going to be significant, and any debate.

Mr. Fee: I think we can take credit, because on both sides of this table there are people that are supporting and opposing it.

Mr. Wenman: Yes.

Mr. Fee: So I think that's probably one of the reasons it's going to take the profile it does.

Mr. Wenman: Yes. So I don't think that's a reason to delay. However, those are just discussion points. We'll have more before we're finished.

[*Traduction*]

M. Wenman: Examinons les autres étapes du processus. Premièrement, les audiences publiques de ce comité, qui, comme tous les autres comités, traduit la composition de la Chambre des communes. Si le projet de loi faisait partie du processus ministériel, il y aurait le même genre de comité et le même genre de pouvoir de tenir des audiences publiques.

Il retourne ensuite à la Chambre. Nous allons peut-être l'amender. Nous ferons une étude article par article à la Chambre, et les 295 députés auront la même chance de se lever et de voter sur chaque article.

Le débat commence. Nous avons eu un débat sur les principes. Je pense que tout débat de ce genre aurait renvoyé un tel projet de loi à un comité, qu'il soit d'initiative ministérielle ou parlementaire. Nous nous adressons de nouveau au public. C'est la sensibilisation du public qui, tout à coup, donne au projet de loi cette importance aux yeux des politiciens.

Cette sensibilisation existe actuellement; le besoin, la demande et la contribution existent. Je ne vois pas pourquoi ce projet de loi ne peut pas démontrer le bon fonctionnement de notre processus ainsi que votre perspective et votre rôle en tant que député, comme nous le faisons actuellement.

M. Fee: Si le processus fonctionne, il le faudra.

M. Wenman: Ce que nous risquons, c'est que les pouvoirs essaient de contraindre le processus des projets de loi d'initiative parlementaire parce que nous usurpons ce qui est perçu comme le rôle du gouvernement. Je ne crois pas que ce soit le cas. Je crois que les deux se complètent.

M. Fee: Je ne m'inquiète pas de ce que les pouvoirs contraignent le système. Je m'inquiète de notre capacité de susciter un intérêt suffisant parmi nos collègues afin qu'ils puissent voter en connaissance de cause et de manière intelligente, le moment venu. Je crois que cette tâche nous incombe parce qu'il s'agit d'un projet de loi d'initiative parlementaire, et non d'initiative ministérielle. Aucun parti ne recherche des appuis. C'est à vous et aux membres autour de la table de le faire.

M. Wenman: Je parie qu'un plus grand nombre de députés sauront sur quoi ils votent à la troisième lecture à la Chambre qu'ils ne le savent pour 90 p. 100 des autres projets de loi sur lesquels ils doivent voter. Je parie qu'ils savent que cette question prend déjà une telle importance que tout vote à la Chambre et tout débat sera important.

M. Fee: Je crois que nous pouvons en être fiers, parce qu'il y a de chaque côté de la table des gens qui l'appuient ou s'y opposent.

M. Wenman: Certainement.

M. Fee: C'est probablement une des raisons pour lesquelles la question prendra autant d'importance.

M. Wenman: Oui. Je ne pense pas que cela nous justifie d'attendre. Ce ne sont toutefois que des sujets de discussion. Il y en aura d'autres avant que nous ayons terminé.

[*Text*]

Mr. Fee: One question I had is that I am also concerned about your reason for putting this in when there has been no case and no doctor charged in Canada. I've heard too many people say this is one step in the process, so I subscribe to the view that this could be a slippery slope, or whatever people care to call it.

If you would comment on one bill, or one possible amendment, you might be able to put my mind at rest. The previous group mentioned that your bill does not cover active euthanasia, that is not the intent of it. Would you accept an amendment to this specifying that active euthanasia is not an issue and not intended to be covered by this bill?

Mr. Wenman: I am not fixed to anything in this bill. I am ready to have the system, the House of Commons system, the parliamentary system that I'm a part of here, and private members amend this in any way they can find consensual agreement among all 295 Members of Parliament.

So I certainly think we've had some excellent amendments. There are some consistent amendments here I am certain we can use. I certainly can accept some of the amendments because I think that the intent of my bill as I wrote it is very often met by the intent of the briefs that have been presented. I don't think the briefs are in contradiction, because everybody seems to agree to current common practice, even though that's hard to define.

The other thing is, should we then go out and charge every doctor that has hastened death or is breaking the law today? We'll charge them all, we'll put them before the courts—and that will be most doctors—then we'll change the law, and we'll meet common practice. But we shouldn't have to go to that when we are told by any doctor we speak with that there is an intimidation factor here, and that his practice may be judged accordingly.

Mr. Fee: I'm not going to accept your final argument.

Mr. Wenman: Okay.

Mr. Fee: The chairman is also going to cut me off in a minute, so thank you.

The Chairman: You are cut off. Anyway, I appreciate your remarks, Mr. Fee. I have a partial answer, if I may offer one. Each of you can go back to your caucuses and put this on the agenda and argue within the caucus for or against laying out the arguments we have listened to here over the period of a number of weeks. I know in my party that is often done. It's put on the caucus agenda and it's given a pretty full-blown argument prior to the bill coming before us in the House.

In conclusion, I just very briefly wish to congratulate Mr. Wenman for his tenacity and wisdom in bringing forward this bill as a private member's bill. I've been around this place for 20 years. For the first 17 or 18 years it was a pretty dull place in terms of private member's bills. A bill of this importance, with all the moral implications it has, has not only captured tremendous popular interest right across this country, but it has elevated the private member's process around here. And

[*Translation*]

M. Fee: Je me demande aussi pourquoi vous proposez ce projet de loi, quand aucun médecin n'a été accusé au Canada. J'ai entendu tellement de gens affirmer que c'est une étape du processus que je conviens avec vous que nous pourrions être en présence de vases communicants ou d'autre chose, peu importe comment les gens appellent cela.

Si vous pouviez commenter un aspect du projet de loi ou un amendement possible, vous me rassureriez probablement. Le groupe précédent a indiqué que votre projet de loi ne traite pas de l'euthanasie active, que ce n'est pas son objet. Accepteriez-vous un amendement précisant que l'euthanasie active n'est pas en cause et n'est pas visée par le projet de loi?

M. Wenman: Je n'ai aucune idée préconçue sur le projet de loi. Je suis disposé à ce que le système, le système de la Chambre des communes, le régime parlementaire dont je fais partie et les députés amendent le projet de loi de la manière qui permettra d'arriver à un consensus entre les 295 députés.

Je pense sans aucun doute que nous avons reçu d'excellentes propositions d'amendement. Certaines se recoupent, et nous pourrons certainement les utiliser. Je peux certainement accepter des amendements, parce que je crois que l'intention de mon projet de loi, tel que je l'ai rédigé, correspond très souvent à l'intention des mémoires qui ont été présentés. Je ne pense pas que les mémoires se contredisent, parce que tout le monde semble s'entendre sur la pratique courante actuelle, même si elle est difficile à définir.

L'autre question est: devrions-nous, alors, porter des accusations contre tous les médecins qui ont accéléré la mort ou qui enfreignent la loi actuellement? Nous les accuserons tous, nous les traînerons devant les tribunaux—la plupart d'entre eux—, puis nous changerons la loi et serons en accord avec la pratique actuelle. Mais il ne devrait pas falloir en arriver là, quand tous les médecins à qui nous parlons actuellement nous disent qu'il y a un facteur d'intimidation et que cette pratique peut être jugée en conséquence.

M. Fee: Je n'accepte pas votre dernier argument.

M. Wenman: C'est votre droit.

M. Fee: Le président va me couper la parole dans une minute, alors je me tais. Merci.

Le président: C'est fait, mais j'apprécie vos remarques, monsieur Fee. J'ai une réponse partielle, si vous me le permettez. Chacun de vous peut retourner à son groupe parlementaire et inscrire cette question à l'ordre du jour et la défendre ou s'y opposer en invoquant les arguments que nous entendons ici depuis quelques semaines. Je sais que mon parti agit souvent de la sorte. On inscrit la question à l'ordre du jour et on en discute en profondeur avant que le projet de loi arrive à la Chambre.

En conclusion, je félicite brièvement M. Wenman pour la tenacité et la sagesse dont il a fait preuve en déposant ce projet de loi d'initiative parlementaire. Je suis dans ces murs depuis 20 ans. Pendant les 17 ou 18 premières années, il ne s'est pas passé grand-chose du côté des projets de loi d'initiative parlementaire. Un projet de loi d'une telle importance, avec toutes les conséquences morales qu'il comporte, a non seulement soulevé un intérêt extraordinaire

[*Texte*]

I think that without mentioning the substance of the bill at this time, it's very, very important that we as legislators and members of the legislative branch exert our influence more and more over the legislative process.

Quite frankly, I'm getting a little tired of executive democracy where a handful of people run the country. I say that for all parties. Unfortunately, this is the way the parliamentary system works at the provincial level and at the federal level. This is one way we can become much more directly involved in decision-making.

Whether this bill goes beyond this committee or not, it's a very valiant effort. I'm not talking about the substance matter. It's a very valiant effort, I believe, from ordinary MPs. I think the process is well worth it.

Having made that speech, which I hadn't intended to make, I'm going to adjourn today's session. We will meet again on Thursday, November 7, at 3.30 p.m. in Room 209. Two groups will be coming, the Right to Die group and Department of Justice officials.

• 1720

I adjourn the meeting to the call of the chair. Thank you very much.

[*Traduction*]

d'un océan à l'autre, mais aussi rehaussé la cote des projets de loi d'initiative parlementaire. Et sans parler du fond du projet de loi, il est très, très important que nous, en tant que législateurs et membres du pouvoir législatif, exercions notre influence de plus en plus sur le processus législatif.

Pour être franc, je suis un peu fatigué de la démocratie exécutive qui permet à une poignée de gens de diriger le pays. Je le dis à l'intention de tous les partis. Malheureusement, c'est ainsi que fonctionne le régime parlementaire au niveau provincial et au niveau fédéral. Voilà un moyen de participer beaucoup plus directement à la prise des décisions.

Que ce projet de loi aille au-delà de notre comité ou non, il aura été un valeureux effort. Je ne parle pas de son contenu. C'est un effort très valeureux, je crois, de la part des députés ordinaires. Je pense que le processus en valait la peine.

Après avoir fait ce discours, que je n'avais pas l'intention de faire, je vais lever la séance. Nous nous réunissons à nouveau, le jeudi 7 novembre, à 15h30, à la pièce 209. Nous entendrons deux groupes, le groupe Right to Die et des fonctionnaires du ministère de la Justice.

La séance est levée. Merci.

MAIL ➤ POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid | Port payé
Lettermail | Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Catholic Health Association of Canada:

Reverend Everett MacNeil, President;

Sister Rose Ketchum, Chairperson;

Reverend Robert LaPlante, Ethical consultant.

Robert Wenman, M.P.

TÉMOINS

De l'Association catholique canadienne de la santé:

Révérend Everett MacNeil, président;

Soeur Rose Ketchum, présidente;

Révérend Robert LaPlante, consultant éthical.

Robert Wenman, député.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 4

Thursday, November 7, 1991

Chairman: Derek Blackburn

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 4

Le jeudi 7 novembre 1991

Président: Derek Blackburn

Minutes of Proceedings and Evidence of Legislative Committee H on

BILL C-203

An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)

Procès-verbaux et témoignages du Comité législatif H sur le

PROJET DE LOI C-203

Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)

RESPECTING:

Order of Reference

CONCERNANT:

Ordre de renvoi

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament, 1991

Troisième session de la trente-quatrième législature, 1991

24298

LEGISLATIVE COMMITTEE H ON BILL C-203

Chairman: Derek Blackburn

Members

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Bill Farrell

Clerk of the Committee

COMITÉ LÉGISLATIF H SUR LE PROJET DE LOI C-203

Président: Derek Blackburn

Membres

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Bill Farrell

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, NOVEMBER 7, 1991
(5)

[*Text*

Legislative Committee H on Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons), met at 3.40 o'clock p.m. this day, in Room 209, West Block.

Member of the Committee present: Bob Kilger.

Acting Member present: Stanley Wilbee for Jim Hawkes.

Other Member present: Robert Wenman.

Pursuant to S.O. 113(4) Doug Fee was designated Chairman of the Committee for this day sitting.

In attendance: From the Office of the Law Clerk: Louis-Philippe Côté, Legislative Counsel and Diane L. McMurray, Legislative Counsel. *From the Research Branch, Library of Parliament:* Susan Alter, Research Officer.

Witnesses: From the Right to Die Society of Canada: Mr. John Hofsess, Executive Director and Dr. Scott Wallace, Medical Consultant. *From the Department of Justice:* Richard G. Mosley, Senior General Counsel, Criminal and Family Law Policy and Bernard Starkman, Senior Counsel, Family Law Policy.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, September 24, 1991, relating to bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)(*See Minutes of Proceedings and Evidence of Monday September 30, 1991, Issue No. 1*).

John Hofsess and Dr. Scott Wallace made opening statements and answered questions.

Richard G. Mosley made an opening statement and with the other witness answered questions.

At 5.02 o'clock p.m. it was agreed,—That the Committee adjourn to the call of the Chair.

Bill Farrell

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 7 NOVEMBRE 1991
(5)

[*Traduction*]

Le Comité législatif H sur le projet de loi C-223, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), se réunit à 15 h 40, à la salle 209 l'édifice de l'Ouest.

Membre du Comité présent: Bob Kilger

Membre suppléant présent: Stanley Wilbee remplace Jim Hawkes.

Autre député présent: Robert Wenman.

Conformément au paragraphe 113(4) du Règlement, Doug Fee est désigné président du Comité pour la durée de la séance.

Aussi présents: Du Bureau du légiste: Louis-Philippe Côté, conseiller législatif et Diane L. McMurray, conseillère législative. *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Susan Alter, attachée de recherche.

Témoins: De Right to Die Society of Canada: John Hofsess, directeur exécutif; Dr Scott Wallace, expert-conseil médical. *Du ministère de la Justice:* Richard G. Mosley, avocat général principal, Politique en matière de droit pénal et familial; Bernard Starkman, avocat principal, Politique du droit familial.

Le Comité poursuit l'examen de son Ordre de renvoi daté du mardi 24 septembre 1991 concernant le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale) (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du lundi 30 septembre 1991, Fascicule No. 1*).

John Hofsess et le Dr Scott Wallace font des déclarations liminaires, puis répondent aux questions.

Richard G. Mosley fait une déclaration liminaire, puis répond aux questions avec l'autre témoin.

À 17 h 02, il est convenu,—Que le Comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Bill Farrell

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Thursday, November 7, 1991

• 1540

The Chairman: I recognize a quorum for hearing witnesses.

The first item of business is to read into the record a letter from the chairman of the committee addressed to the clerk. It says:

Pursuant to Standing Order 113(4), I appoint Mr. Fee to act as Chairman for this day's meeting.

It is signed by the chairman.

We have two witnesses, and I would like to welcome both Dr. Scott Wallace and Mr. John Hofsess to the committee today.

They have prepared a brief. The brief is in only one language, but if there is unanimous agreement from the members present, we will have it distributed. It is in English only. It will be translated later. Is that agreed?

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: Gentlemen, I would like to invite you to introduce yourselves. Perhaps you would like to say a little bit more about who you are and present your statements.

Dr. Scott Wallace (Medical Consultant to the Right to Die Society of Canada): Mr. Chairman, ladies and gentlemen, I would like to introduce my colleague, Mr. John Hofsess, who is the executive director of our society.

Mr. John Hofsess (Executive Director, Right to Die Society of Canada): For reasons that will become clear to those who read my entire text, this presentation is dedicated to the late Claude Jutra, an extraordinary Canadian film-maker. Today marks the fifth anniversary of Claude's tragic and horrible suicide due to his suffering from Alzheimer's disease.

Perhaps because I was a film critic with *Maclean's* magazine for five years in the 1970s, I am reminded in coming here today of a minor Hollywood classic directed by the late Frank Capra, *Mr. Smith Goes to Washington*. Like Mr. Jefferson Smith, portrayed by James Stewart, I am not in my natural element here. Like him, I feel awkward, self-conscious and amazed that it should fall upon my shoulders to have to come before a group of professional politicians to defend the interests of what, in Frank Capra's movies, was called simply "the people". To Capra, "the people" meant the hundreds of thousands of decent, ordinary citizens who foot all government expenditures but too often are given the boot by politicians.

Like Mr. Smith, I risk being thought naïve by asking what point all your fancy rules have if, behind it all, there isn't a bit of plain everyday kindness. Mr. Smith was a populist. His views were not those of any special interest group, but rather of the largest group of all: a substantial majority of the people. I appear before you making the same claim.

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le jeudi 7 novembre 1991

Le président: Comme nous avons le quorum, nous pouvons entendre les témoins.

Auparavant, j'aimerais faire inscrire officiellement au compte rendu des délibérations une lettre qu'a adressée le président du comité au greffier, et je cite:

Conformément à l'article 113.(4) du Règlement, je désigne M. Fee pour présider la séance d'aujourd'hui.

C'est signé par le président.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos deux témoins, le D[r] Scott Wallace et M. John Hofsess.

Le mémoire que nos invités ont préparé n'est rédigé que dans une des langues officielles, mais si vous m'accordez votre consentement unanime, je vous le ferai distribuer dès maintenant, quitte à le faire traduire en français plus tard. D'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: Messieurs, en guise de présentation, vous voudrez peut-être nous dire qui vous êtes et nous faire part de votre position.

Dr Scott Wallace (médecin-conseil, Right to Die Society of Canada): Monsieur le président, mesdames et messieurs, permettez-moi de vous présenter mon collègue, M. John Hofsess, directeur administratif de notre société.

M. John Hofsess (directeur administratif, Right to Die Society of Canada): Pour des raisons que comprendront ceux qui liront notre mémoire en entier, nous dédions notre exposé à Claude Jutra, qui fut un extraordinaire cinéaste canadien. En effet, aujourd'hui marque le cinquième anniversaire du suicide tragique et horrible de Claude Jutra, qui souffrait de la maladie d'Alzheimer.

Ma venue ici auprès de vous me rappelle un petit classique d'Hollywood réalisé par Frank Capra, *Mr. Smith Goes to Washington*; si je m'en souviens, c'est sans doute aussi parce que j'ai déjà été pendant cinq ans critique de cinéma à la revue *Maclean's* dans les années 70. Tout comme M. Jefferson Smith, joué par James Stewart, je ne me trouve pas ici dans mon élément naturel. Tout comme lui, je me sens mal à l'aise, intimidé et abasourdi de devoir témoigner devant un groupe de politiciens professionnels dans le but de défendre les intérêts de ceux que Frank Capra appelait dans ses films «les gens», tout simplement. Pour Capra, ces «gens» représentaient les centaines de milliers de braves citoyens ordinaires qui doivent casquer chaque fois que le gouvernement fait une dépense, mais qui sont trop souvent sacqués par les politiciens.

Tout comme M. Smith, je risque de passer pour un naïf si je vous demande à quoi servent vos belles règles si elles ne cachent pas quelque part une certaine bienveillance. M. Smith était populiste. Il ne représentait aucun groupe d'intérêts spécial, mais plutôt le plus nombreux de tous les groupes, c'est-à-dire la grande majorité des citoyens. C'est ce que je prétends faire moi aussi.

[*Texte*]

Mr. Smith stood for common sense and common decency. It is precisely those virtues that I hope will prevail as this committee examines Bill C-203. In short, I ask that we join forces in ensuring that the intent of this bill is honoured and that its shortcomings are corrected by people acting with good will and in good faith.

This committee has an opportunity to prove that it is willing to examine a private member's bill objectively, on its merits. But if it fails to do so, a lot of Canadians will go on suffering and we will all be wasting our time.

In a feature article to be published in the December issue of *Homemaker's* magazine, which reaches 1.2 million Canadian homes, I have explained why the Right to Die Society of Canada has been formed and what we expect to achieve.

• 1545

I don't wish to take up valuable time here outlining what our various programs are, but simply mention in passing that we now produce a monthly television show called *Last Rights* which will be seen on cable systems across the country; that our membership is growing on average at the rate of 10 to 12 new members every day since our inaugural program on September 29.

The reason for our such rapid growth is the same reason why Derek Humphry's book, *Final Exit*, has been such a phenomenal bestseller in Canada and the United States in recent months. Mr. Humphry informs me that the latest sales figures for this book have reached 500,000 copies in hard cover in North America.

Mr. Humphry's organization, the National Hemlock Society, had 21,000 members in 1989. Today, it has more than 45,000. In addition to the National Hemlock organization, there are more than 80 city and state chapters of the Hemlock Society in the United States with their own expanding memberships.

The National Hemlock organization has approximately 1,000 Canadian members, each paying an annual foreign membership fee of $40 U.S. This week, however, Derek Humphry has issued a letter to these Canadian members recommending that they join the Right to Die Society of Canada instead, either immediately or when their renewals are due.

The only people who may be surprised by any of this are those who are out of touch with the needs, feelings and ideas of the mass of Canadian citizens. There have been plenty of signals in previous years that the Canadian public wants a change in the laws governing assisted suicide and physician-assisted euthanasia.

On July 24, 1989, Gallup Canada issued the results of a new poll with a press release headed "Dramatic Increase in Support for Euthanasia". The press release provided an analysis of more than 30 years of polling. On each occasion, people were asked a clear and unequivocal question:

[*Traduction*]

M. Smith représentait le bon sens et le simple savoir-vivre. J'espère que ce sont ces vertus qui prévaudront tout au long de l'étude du projet de loi C-203. En bref, j'espère que nous unirons nos forces pour faire en sorte que l'esprit du projet de loi soit respecté et que ses lacunes soient corrigées par des gens de bonne volonté et de bonne foi.

Votre comité a l'occasion de prouver qu'il est tout à fait disposé à examiner objectivement ce qu'il y a de bon ou de mauvais dans un projet de loi déposé par un simple député, à défaut de quoi, beaucoup de Canadiens continueront à souffrir, et nous aurons tous perdu notre temps.

Dans un article de fond qui sera publié dans le numéro de décembre de la revue *Madame au foyer*, distribuée dans 1,2 million de foyers canadiens, j'ai expliqué la raison d'être et les objectifs de notre association, la Right to Die Society of Canada.

Votre temps est trop précieux pour que je vous décrive nos divers programmes; laissez-moi simplement vous dire en passant que nous produisons une émission mensuelle de télévision intitulée *Derniers droits*, qui sera câblodistribuée dans tout le pays; et que nous accueillons en moyenne de 10 à 12 nouveaux membres par jour depuis la diffusion de notre première émission, le 29 septembre dernier.

Si notre succès est à ce point rapide, c'est pour les mêmes raisons que celles qui ont récemment fait du livre de Derek Humphry, *Final Exit*, un best-seller phénoménal au Canada et aux États-Unis au cours des derniers mois. M. Humphry m'informait qu'il avait atteint avec son livre le chiffre de vente de 500,000 exemplaires reliés en Amérique du Nord.

L'organisme fondé par M. Humphry, la National Hemlock Society, comptait 21,000 membres en 1989. Aujourd'hui, elle en compte plus de 45,000. Outre la société nationale, la Hemlock Society compte plus de 80 sections dans diverses villes et divers États des États-Unis, et le nombre de membres ne cesse de croître.

La National Hemlock compte aussi quelque 1,000 membres canadiens qui versent chacun une cotisation annuelle de 40$ U.S. Toutefois, Derek Humphry envoyait cette semaine à ses membres canadiens une lettre leur recommandant de joindre les rangs de la Right to Die Society of Canada, soit immédiatement, soit au renouvellement de leur cotisation.

Seuls ceux qui ont perdu contact avec les besoins, les sentiments et les opinions de la masse des citoyens peuvent se surprendre de ce phénomène. Au cours des dernières années, la population canadienne a signalé à plus d'une reprise qu'elle souhaitait voir modifier les lois régissant l'assistance au suicide et l'assistance à l'euthanasie par les médecins.

Le 24 juillet 1989, les journaux publiaient les résultats d'un nouveau sondage Gallup sous la rubrique «Augmentation spectaculaire des défenseurs de l'euthanasie». Le communiqué faisait l'analyse de quelque 30 années de sondages. Lors de chaque sondage, on posait à la population une question claire et précise:

[*Text*]

When a person has an incurable disease that causes great suffering, do you think that competent doctors should be allowed by law to end the patient's life through mercy killing, if the patient has made a formal request in writing?

The results started modestly enough in 1968 with 45% saying yes and with 12% undecided. Six years later, however, 55% said yes, 10% were undecided. So even as early as 1974 a majority of Canadians polled were in favour of physician-assisted euthanasia.

By 1979, the number answering yes had jumped to 68%. By 1989, those favouring the idea had increased still further to 77%, and last year the figure reached 78%.

Yet when the Law Reform Commission studied the issue of euthanasia, aiding suicide and cessation of treatment in 1982-83, some of the best legal minds in the country found it possible to conclude that euthanasia in any form "appears to be morally unacceptable to the majority of the Canadian people". With all due respect to the Law Reform Commissioners, what country were they studying? What decade were they reporting from? What strata of Canadians were they listening to: doctors, lawyers, special interest groups intent upon preserving a political religious agenda that has nothing to do with the wishes of most Canadians?

One can see the same kind of ivory tower indifference to human suffering in a recent statement attributed to Justice Minister Kim Campbell, reported in *The Vancouver Sun* for October 24, 1991. Ms Campbell is quoted by reporter Peter O'Neil as saying:

I've indicated that (euthanasia) is something that needs to be revisited but it's not an urgent concern.

In an earlier statement to the same reporter, October 23, Ms Campbell is quoted as saying that she has no plans to introduce legislation of her own in this area but "will not be supporting Bill C-203". Obviously, if you are terminally ill and enduring great suffering, it only adds to one's agony to learn, yet again, that the pillars of Canadian society have hearts of stone.

• 1550

Public opinion in itself, however, is insufficient intellectual justification for enacting a law. As Eike-Henner Kluge points out in his new book, *Biomedical Ethics in a Canadian Context*, in a chapter headed "The Ethics of Deliberate Death": "slavery, the disenfranchisement of women, the legal prohibition of alcohol and abortion, the mistreatment of Japanese-Canadians, all these have been sanctioned by public opinion".

I contend, however, that it is important to distinguish the messages contained in public opinion polls dealing with euthanasia. First, this issue does not involve an action which one group of Canadians wish to impose upon another.

[*Translation*]

Si quelqu'un souffre d'une maladie incurable qui lui cause beaucoup de souffrance, êtes-vous d'avis que la loi devrait permettre à des médecins compétents de mettre fin à la vie du malade par euthanasie si le malade en a fait la demande officiellement par écrit?

Les premiers résultats de 1968 n'étaient pas des plus spectaculaires, puisque seulement 45 p. 100 des personnes interrogées répondaient par l'affirmative et que 12 p. 100 étaient indécises. Six ans plus tard, la tendance avait toutefois changé, puisque 55 p. 100 des personnes interrogées répondaient par l'affirmative et que les indécis étaient tombés à 10 p. 100. Vous voyez que dès 1974, une majorité des Canadiens interrogés se disaient pour l'euthanasie pratiquée sous surveillance médicale.

En 1979, la proportion des partisans avait grimpé à 68 p. 100, et en 1989, elle passait à 77 p. 100, pour atteindre les 78 p. 100 l'année dernière.

Et pourtant, lorsque la Commission de réforme du droit s'est penchée sur l'euthanasie, sur l'assistance au suicide et sur la cessation des traitements en 1982-1983, certains des meilleurs juristes du pays ont réussi à conclure que l'euthanasie, sous toutes ses formes, «semble être moralement inacceptable à la majorité des Canadiens». Je m'en voudrais d'offenser les juristes de la Commission de réforme du droit, mais dans quel pays au juste ont-ils fait leur étude? Quelle décennie ont-ils scrutée? Quelles couches de Canadiens ont-ils écoutées: les médecins, les avocats, les groupes d'intérêts spéciaux dont l'objectif est de préserver un programme politico-religieux qui n'a rien à voir avec les désirs de la plupart des Canadiens?

On constate le même genre d'indifférence envers la souffrance humaine dans une récente déclaration de la ministre de la Justice, M^me^ Kim Campbell, publiée dans le numéro du 24 octobre dernier du *Vancouver Sun*. D'après le journaliste Peter O'Neil, M^me^ Campbell aurait dit ceci:

J'ai fait savoir que la question de l'euthanasie devait être abordée de nouveau, mais que ce n'était pas une question urgente.

La veille, le 23 octobre, M^me^ Campbell aurait affirmé au même journaliste qu'elle ne prévoyait pas déposer de projet de loi en son nom sur la question, et qu'elle n'appuierait pas le projet de loi C-203. Mais, si vous êtes un malade en phase terminale et que vous endurez d'atroces souffrances, apprendre encore une fois que les piliers de la société canadienne ont un coeur de pierre ne fait qu'aggraver votre agonie.

Il est vrai que l'opinion publique ne constitue pas, intellectuellement parlant, une justification suffisante de telle ou telle mesure législative. Et à ce sujet Eike-Henner Kluge a fait remarquer dans son dernier ouvrage, *Biomedical Ethics in a Canadian Context*, au chapitre intitulé «The Ethics of Deliberate Death», que «l'esclavage, les femmes qui n'avaient pas le droit de vote, la prohibition, l'interdiction de l'avortement, les mauvais traitements des Canadiens d'origine japonaise, tout cela avait été approuvé par l'opinion publique».

Je fais cependant remarquer, pour ce qui nous intéresse ici, qu'il convient de bien analyser la valeur des messages que nous a fait parvenir l'opinion publique à travers les sondages concernant l'euthanasie. Tout d'abord, il ne s'agit pas ici

[*Texte*]

Rather, it involves the freedom of people to choose a possible means of death for themselves, if circumstances make it necessary. Second, while a large percentage of Canadians are nominally Roman Catholic, it is clear from Gallup polls that they are not following church directives on the subject of euthanasia. Third, while it may be true that up until recently no organization existed in Canada dedicated to translating public opinion on the subject of euthanasia into political action, I can assure you that aspect has changed with the formation of our organization.

Fourth, we are not referring here to a single and transitory poll, the results of which may be lightly or sceptically regarded. We are referring to persistent, enduring and increasing change of public opinion over a 35-year period, about how Canadians want control over their lives throughout the dying process. At very least, in these figures there is absolute proof of the urgency for Parliament to face the issues of assisted suicide, euthanasia and cessation of medical treatment in all seriousness and sincerity and draft legislation that can be put to a vote in the House of Commons.

Bill C-203 is not acceptable to us as written. A detailed analysis of the bill will be presented to you on November 19 by Professor Eike-Henner Kluge, who served as director of ethics and legal affairs with the Canadian Medical Association for the last two years. The amendments which Professor Kluge will present to you have our full support. I might add that Professor Kluge is not a member of the Right to Die Society of Canada and that his analysis is the product of one of the best-informed independent minds on this topic to be found anywhere in Canada.

As of today, however, I wish to indicate some of the clauses in Bill C-203 which we find problematic. For example, the bill purports to be a change in the Criminal Code made on behalf of terminally ill patients, but the phrase "terminally ill" appears nowhere in its clauses and the bill as written does not seem confined to the terminally ill. The provision that a qualified medical practitioner shall not be required to commence or continue to administer surgical or medical treatment to a person "where such treatment is medically useless and not in the best interests of the person", suggests that it is the doctor, not the patient, who is expected to make life and death decisions based on such criteria. Moreover, there is no provision anywhere in the bill for duly appointed proxies to make decisions on behalf of a patient.

The most disturbing aspect of the bill concerns proposed paragraph 217.(1)(c), which reads:

[*Traduction*]

pour une partie de la population canadienne d'imposer quoi que ce soit au reste du pays. Il s'agit plutôt de donner à ceux qui le désirent la liberté du choix de leur mort, lorsque les circonstances l'exigent. Deuxièmement, alors que les Canadiens qui se réclament du catholicisme représentent un pourcentage important, les sondages indiquent clairement qu'ils ne s'en tiennent pas aux directives de l'Église sur cette question de l'euthanasie. Troisièmement, alors qu'il est peut-être vrai que jusqu'à récemment aucune organisation au Canada n'avait pour vocation de donner un forme politisée aux revendications de l'opinion publique sur cette question de l'euthanasie, je puis vous assurer que les choses ont changé depuis que nous existons.

Quatrièmement, nous ne nous appuyons pas sur un seul et unique sondage dont les résultats pourraient être considérés avec scepticisme, ou même contestés. Nous parlons au contraire ici d'un phénomène permanent, de plus en plus marqué, à savoir l'évolution de l'opinion publique au cours des 35 dernières années, et le désir des Canadiens de pouvoir choisir leur mort. Nous vous parlons ici de chiffres qui sont la preuve absolue de l'urgence qu'il y a pour le Parlement de débattre de façon sérieuse et sincère des questions du suicide assistés, de l'euthanasie et de l'interruption du traitement médical, pour ensuite se prononcer sur un texte de loi.

À cet égard, le projet de loi C-203 n'est pas, tel quel, acceptable. Le professeur Eike-Henner Kluge, qui depuis deux ans dirige la section d'éthique et des affaires juridiques de l'Association médicale canadienne, vous en présentera une analyse approfondie le 19 novembre. Les amendements qu'il vous présentera ont reçu notre pleine approbation. Je pourrais d'ailleurs ajouter que le professeur Kluge n'est pas membre de notre société, et que son avis est donc celui d'un des esprits les plus indépendants et les mieux informés de cette question au Canada.

Pour aujourd'hui, cependant, j'aimerais attirer votre attention sur certaines insuffisances du projet de loi C-203. Tout d'abord, le projet de loi se propose de modifier le Code criminel, et cela au nom des intérêts des personnes en phase terminale, alors que l'expressions «personne en phase terminale» n'apparaît nulle part dans le corps du projet de loi, lequel, tel que présenté à l'heure actuelle, ne semble pas concerner uniquement les personnes en phase terminale. L'article précisant qu'un médecin ne peut en aucun cas être contraint de commencer ou de continuer à administrer un traitement chirurgical ou médical «lorsque ce traitement est médicalement inutile et n'est pas dans l'intérêt véritable du malade» peut laisser penser que c'est au médecin, et non pas au patient, de prendre ces décisions touchant à la vie et à la mort. De plus, rien dans le projet de loi ne touche à la question de personnes dûment mandatées pour prendre les décisions au nom du patient.

Mais l'alinéa 217.(1)c) constitue certainement l'aspect le plus troublant de ce projet de loi; je cite:

[*Text*]

> Nothing. . .shall. . .prevent a qualified medical practitioner from commencing or continuing to administer palliative care and measures intended to eliminate or relieve the physical suffering of a person for the sole reason that such care or measures will or are likely to shorten the life expectancy of the person.

We have been advised by a number of doctors and lawyers who studied this clause that such wording would allow for active euthanasia without any formal or objective criteria being employed outside the relationship between a single doctor and patient. Such a result is not Mr. Wenman's intention. A lot of these problems and more will be dealt with clearly, cogently and sympathetically by Professor Eike-Henner Kluge in his presentation.

• 1555

My remarks on this occasion are those of a "Mr. Smith", a lay person who heads an organization strongly supported by public opinion. On behalf of more than three-quarters of the Canadian population, I implore you not to play political games with Bill C-203. I ask this in the name of thousands of chronically and terminally ill Canadians who cannot be here today, many of whom are beyond the point of being capable of fighting for their rights, even though their wishes are clear. The people of Canada want honesty on the issue of death and dying. They want constructive political change to amend the Criminal Code in this area. They look to you for leadership. I can only say that I hope we have not come in vain.

I wish at this point to turn to my colleague, Dr. Scott Wallace, who has practised medicine for over 30 years.

Dr. Wallace: Mr. Chairman and members of the committee, I will not be reading my presentation, but merely highlighting off the cuff the points I wish to make. The first point is that medical science and technology have totally changed the face of medicine in a very short time. Today we're not talking about the medical world of even 10 years ago.

But fundamentally a doctor's job is to comfort. In truth, we cure very little in the way of disease. We alleviate quite a bit, but the fact is that the essential role of a doctor is still to comfort patients no matter at what stage of their illness they may be.

That could never be more appropriate than in the process of dying. We've spent a lot of time in recent decades talking about quality of life, but we haven't talked a whole lot about the quality of dying. We've also made mistakes in constantly talking about the Hippocratic oath, which was written 2,400 years ago. I'm not too sure there are many medical practices today that are justified by being compatible with what they did 2,400 years ago. Mr. Hippocrates didn't have to deal with defribillators and ventilators and nasal gastric tubes and intravenouses and so on. From my perspective this is a topic of today that is too often criticized or resisted on evidence that really applied a long time ago.

[*Translation*]

> Les articles. . . n'ont pas pour effet: d'interdire à un médecin qualifié de commencer ou continuer à administrer des soins palliatifs et des mesures destinées à supprimer ou à soulager les souffrances physiques d'une personne, du seul fait que ces soins ou ces mesures abrégeront ou sont susceptibles d'abréger l'expectative de vie de cette personne.

Un certain nombre de médecins et d'avocats qui se sont penchés sur cet article nous ont indiqué qu'il rendrait possible l'euthanasie active, sans que l'on ait la possibilité d'imposer le respect de quelque critère objectif que ce soit qui serait défini en dehors de la stricte relation médecin-malade. Je sais que telle n'est pas l'intention de M. Wenman. Toutes ces questions, et d'autres, seront reprises par le professeur Eike-Henner Kluge dans un exposé clair, convaincant et empreint de compassion.

Mes observations, en l'occurrence, ne sont que celles de «M. Tout-le-Monde», qui se trouve diriger un organisme dont les orientations sont largement partagées par l'opinion publique. Au nom de plus des trois quarts de la population canadienne, je vous supplie de ne pas mêler le projet de loi C-203 à quelque querelle politicienne que ce soit. Je vous le demande au nom de milliers de Canadiens chroniquement malades, certains d'entre eux en phase terminale, et qui ne peuvent pas témoigner ici aujourd'hui, ni même très souvent défendre leurs droits, alors que leurs désirs sont parfaitement clairs. La population canadienne désire que l'on débatte de cette question de la mort avec honnêté. Elle demande que l'on aborde la question de la modification du Code criminel de façon constructive. Elle attend donc que vous fassiez preuve d'initiative, et je ne peux que souhaiter n'être pas venu ici en vain.

Je vais donc maintenant passer la parole à mon collègue, le D[r] Scott Wallace, médecin depuis plus de 30 ans.

Dr Wallace: Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, je ne vais pas lire d'exposé, mais simplement résumer l'essentiel de ce que j'ai à vous dire. Tout d'abord, la science et les techniques médicales ont radicalement fait évoluer la médecine en très peu de temps. Celle-ci n'est déjà plus ce qu'elle était il y a simplement 10 ans.

Mais fondamentalement, le médecin est là pour apporter du réconfort. En réalité, face à la maladie, notre pouvoir est limité. Mais nous pouvons soulager la douleur, et le rôle essentiel du médecin reste encore de réconforter le malade, à quelque étape de la maladie que ce soit.

Ce réconfort qu'il peut apporter ne vient jamais plus à point qu'au moment de la mort. Depuis quelques décennies, nous parlons beaucoup de la qualité de la vie, en omettant de réfléchir à la notion de qualité de la mort. Et nous avons également commis beaucoup d'erreurs en nous référant en permanence au serment d'Hippocrate, qui remonte à plus de 2,400 ans. Je ne pense pas que l'on puisse juger les techniques médicales d'aujourd'hui à l'aune de ce qui se faisait il y a 2,400 ans. À l'époque d'Hippocrate, on n'avait pas de défibrillateurs, ni de ventilateurs, ni d'intubation naso-gastrique, de perfusion, etc. Je persiste à penser que l'on continue trop aujourd'hui à traiter de tout ce domaine à partir de conceptions remontant à une autre époque.

[*Texte*]

The Law Reform Commission of Canada has been mentioned many times. The report in 1983 made the point that doctors who assist suicide are never indicted, and if they're indicted the chances of getting a suspended sentence are very likely. I just find that an incredible attitude. We've got a law on the books that apparently nobody ever uses, and if it's ever used, it is never applied. I would suggest that any law that fills that particular niche just adds disrespect to laws generally. I think the doctors who are concerned about being indicted, in all fairness, deserve something written into law that makes it plain to them what they can and cannot do.

I can't believe that the Law Reform Commission decided that only minimal changes were required. As Mr. Hofsess pointed out, there's a groundswell of feeling that in this age when you can be kept alive for little purpose, some significant changes are needed in legislation.

The fundamental point in this whole debate is the sanctity of life. Again I find it such an interesting contradiction in our society that we now take the life of a fetus, who because of the unborn, primitive state of the fetus has no say whatever in termination of life, and we allow that life to be taken. There is no written legislation because the legislators have discovered that the country is split down the middle on the issue of abortion, which is not the case with euthanasia. So by default rather than by legislation, we're permitting thousands of unborn children—who as I keep emphasizing have no say in the decision—yet we have terminally ill people suffering miseries of many kinds, and when they ask us to help them die we say, sorry, we're killing all these fetuses, but you can't have any help. I think that is blatant discrimination and it is certainly a contradiction of federal policy.

• 1600

The other element I want to stress is that there is more to dying than pain. The opponents of this kind of legislation always say that we have all kinds of pills and shots and people needn't suffer pain, but I have news for them. A lot of people have much more misery than pain would ever bring, and I've taken the trouble to list some of the symptoms which cause very protracted and constant misery, whether it be nausea, vomiting, jaundice or itchy skin, which is just a torture. There are many other physical symptoms. Again I'm trying to save time by skipping over the details, but they're all in the text of my presentation.

I'll just finish by saying that these disturbing contradictions in national policy, together with the expressions of public opinion that we've had, really denote the need for this bill to be a first step in opening up the whole issue, the wide issue, the continuum of euthanasia. Frankly, what difference does it make if you expedite somebody's death by three minutes, three hours, three days or three weeks? Is it so much more morally correct if you wait until the patient is almost dead and then you stop treatment?

[*Traduction*]

La Commission de réforme du droit du Canada a été évoquée plusieurs fois. Le rapport de 1983 indiquait que les médecins qui aident au suicide ne sont jamais poursuivis, et que s'ils le sont, ils bénéficient la plupart du temps d'un sursis. Je trouve cela tout simplement effarant. Voilà en quelque sorte une loi qui existe, que personne ne cite, et si d'aventure elle est citée, elle n'est pas appliquée. Voilà qui contribue tout simplement à jeter un peu plus de discrédit sur notre droit. Je pense que les médecins qui craignent d'être poursuivis doivent pouvoir savoir très clairement quelle est la situation du droit quant à ce qu'ils peuvent faire et ne peuvent pas faire.

Je n'arrive pas à croire que la Commission de réforme du droit ait pu décider que quelques modifications mineures seulement étaient nécessaires. Comme l'a fait remarquer M. Hofsess, un droit qui permet que l'on puisse vous maintenir en vie sans grande raison demande à être profondément remanié.

Le point fondamental dans tout ce débat est celui du caractère sacré de la vie. Notre organisation sociale se révèle ici contradictoire. En effet, nous acceptons que l'on supprime la vie d'un foetus, celui qui n'est pas encore né n'ayant pas la possibilité de faire entendre sa voix. Et là, nous sommes face à un vide juridique, parce que les législateurs ont découvert que sur cette question de l'avortement, le pays est divisé en deux, ce qui précisément n'est pas le cas pour l'euthanasie. Comme aucune loi ne l'interdit, nous permettons que des milliers d'enfants à naître meurent—et je continue d'insister sur le fait qu'on ne se préoccupe pas tellement d'eux au moment de prendre cette décision—, mais on laisse cependant des personnes en phase terminale endurer les plus grandes souffrances, et nous leur refusons toute aide. À mon avis, il s'agit d'une discrimination flagrante tout à fait contraire à la politique fédérale.

Je voulais aussi insister sur le fait que la mort n'implique pas seulement de la souffrance. Les adversaires de ce genre de projet de loi disent toujours que nous disposons de tous les moyens médicaux, pilules et injections comprises, pour empêcher les gens de souffrir. Ils ont tort. Bien des gens endurent un supplice bien pire que la souffrance. Je vous ai énuméré un certain nombre de symptômes qui rendent la vie impossible à ceux qui en sont atteints, comme la nausée, les vomissements, la jaunisse ou les démangeaisons. Il s'agit de véritables tortures dans certains cas. Je pourrais vous énumérer beaucoup d'autres symptômes physiques de ce genre, mais je ne le ferai pas pour gagner du temps. Je vous invite à consulter mon mémoire à ce sujet.

Je terminerai en faisant remarquer que les contradictions qui ressortent dans la politique nationale ainsi que les résultats des sondages publics menés sur le sujet soulignent la nécessité d'adopter un projet de loi de ce genre qui lancera le débat sur toutes les formes de l'euthanasie. Bien honnêtement, le fait que quelqu'un meurt trois minutes, trois heures, trois jours ou trois semaines plus tôt fait-il une différence? Est-il moralement plus acceptable d'attendre que le patient soit à l'agonie avant d'interrompre le traitement?

[*Text*]

How many more contradictions can you get in all this? I've tried to point out that this issue is so full of holes and contradictions and discrimination that we need a royal commission to look into the whole issue of doctor intervention, whether it be by assisted suicide or euthanasia. Following that, I think federal legislators would be in a good position to bring forward appropriate legislation or possibly hold a national referendum. If we can hold a national referendum about a "distinct society" we can surely hold a national referendum about the right to die.

Thank you.

The Chairman: Gentlemen, your time is rapidly running out and you've opened the door to a lot of topics that the committee will want to discuss with you. I know that Mr. Hofsess has an engagement and can't stay beyond the alloted time. We have approximately eight or nine minutes left of your alloted time. I suggest that we give about four minutes to each of the first two questioners.

Dr. Wallace: I can stay as long as you like.

Mr. Kilger (Stormont—Dundas): Mr. Chairman, I want to welcome and thank our witnesses for their presentation today. I look forward to Dr. Kluge...to bring forward possible amendments to the proposed legislation.

Mr. Hofsess and Dr. Wallace, as I understand it you don't want this bill. Let me take it one step further. If you had to choose, would you want this bill or no bill at all?

Dr. Wallace: We want the bill amended for the reasons Mr. Hofsess... The bill is a first weak step toward creating the type of atmosphere that will ask questions and pursue the whole subject of—

Mr. Kilger: So you see it as a stepping stone—

Dr. Wallace: Yes, but it has to be amended.

Mr. Kilger: —along that continuum to active euthanasia. That is your final goal, your objective.

Dr. Wallace: Right.

Mr. Hofsess: If I might add something, Professor Kluge will not be making the kind of amendments that would radicalize the bill or change it into something it was never intended to be. He will be fulfilling its intent by clarifying its language.

• 1605

Mr. Kilger: Fulfilling the intent of protecting the doctors.

Mr. Hofsess: Yes, and also patients.

Mr. Kilger: I see. You refer to a lot of polls and we hear enough about polls in our environment, I can assure you.

Some hon. members: Oh, oh!

Mr. Kilger: But there was a very real poll in the State of Washington and I think the result was 55-45.

Dr. Wallace: The result was 54-46.

Mr. Kilger: With 46% not in favour.

[*Translation*]

Quand en aura-t-on assez de toutes ces contradictions? À mon avis, pour cette raison même, le gouvernement devrait constituer une commission royale d'enquête qui étudiera le rôle des médecins en ce qui touche l'aide au suicide et l'euthanasie. Par la suite, les législateurs fédéraux seront en mesure de proposer une loi pertinente ou de tenir un référendum national. Si nous pouvons tenir un référendum au sujet de la «société distincte», nous pouvons sûrement le faire pour le droit de mourir.

Je vous remercie.

Le président: Messieurs, votre temps est presque écoulé, et je suis sûr que les membres du comité ont des questions à vous poser. Je sais que M. Hofsess doit partir bientôt. Il nous reste environ huit ou neuf minutes. Je me propose d'accorder quatre minutes à chacun des deux premiers intervenants.

Dr Wallace: Je peux rester aussi longtemps que vous le souhaitez.

M. Kilger (Stormont—Dundas): Monsieur le président, je veux souhaiter la bienvenue à nos témoins et les remercier de leur exposé. J'ai hâte de voir les amendements que nous proposera M. Kluge.

Si j'ai bien compris, messieurs Hofsess et Wallace, vous vous opposez à ce projet de loi. Que préféreriez-vous: ce projet de loi-ci ou pas de projet de loi du tout?

Dr Wallace: Nous voulons que le projet de loi soit amendé pour les raisons que vous a données M. Hofsess... Le projet de loi constitue un premier pas timide en vue de susciter le climat nécessaire à l'étude de tout le sujet...

M. Kilger: Vous considérez donc qu'il s'agit d'un jalon...

Dr Wallace: Oui, mais il doit être amendé.

M. Kilger: ...qui mènerait vers l'euthanasie active. Voilà votre objectif ultime.

Dr Wallace: C'est juste.

M. Hofsess: Permettez-moi d'ajouter que M. Kluge ne proposera pas des amendements qui changeraient du tout au tout ce projet de loi, ou qui le dénatureraient. Leur but est simplement de préciser l'intention visée par le projet de loi.

M. Kilger: Et l'objet est de protéger les médecins.

M. Hofsess: Oui, mais aussi les malades.

M. Kilger: Je vois. Vous avez fait allusion à beaucoup de sondages, et je peux vous assurer que dans notre métier, nous entendons beaucoup parler de sondages.

Des voix: Oh, oh!

M. Kilger: Un référendum mené dans l'État de Washington a donné comme résultat 55 p. 100 contre 45 p. 100.

Dr Wallace: Le résultat était 54 p. 100 contre 46 p. 100.

M. Kilger: Quarante-six p. 100 contre.

[*Texte*]

Dr. Wallace: That is right.

Mr. Hofsess: In a state that had—

Mr. Kilger: So you fell short of your objective in the State of Washington, which, I would submit, is a part of America that would probably be more receptive to your ideology on this subject-matter than Canadians would be at this time.

Mr. Hofsess: I need to correct that figure, because no public opinion poll in the State of Washington ever reached the figures of the Canadians'. The highest-ever figure reached was 66%, in January of this year.

Mr. Kilger: Thank you for that correction. But in terms of a poll, that is far more accurate, I would submit. I will just speak for myself, as a politician, and there is only one poll I am interested in and it is on election day.

Mr. Hofsess: I have to add one further point, if I may, because the poll had no residency requirement, it made people very nervous to be the first.

Mr. Kilger: You say people are nervous about that, and we talk about doctors being nervous about something for which nobody has ever been charged. As I understand it, some of the procedures are already ongoing because people from the health care field are telling us that, yes, some things are going on in today's medical practices that. . . So I don't know who we are going to protect. Is there really a need for this bill?

Mr. Hofsess: You're the doctor.

Dr. Wallace: I had thought I had made it quite plain that this is the first weak step towards dealing with a continuum that might start six months before the patient dies and that ends when someone decides to "pull the plug", which is the more familiar term for ceasing treatment.

I think the bill serves some purpose if it can be more specifically worded to fulfill its purpose for the terminally ill. How can you have a bill for the terminally ill when the term isn't even mentioned in the bill? That is just an oversight, I presume.

At any rate, if you don't think there is a need for this kind of legislation, I would say, with the greatest respect, that you probably haven't been close to death very often. If you dealt with the dying process on a day-to-day basis you would very quickly be convinced that the present situation, in which doctors fly by the seat of their pants much of the time, is just not correct, particularly when, as I say, we are disposing of unborn children as though doing so was something very matter of fact.

Mr. Wilbee (Delta): I was interested in what you had to say. I must say that I don't agree with a lot of your comments, but the big question I have is just where are you proposing we draw the line?

Again, not having had a chance to really study your brief, Mr. Wenman's bill says it is permissible to withhold or withdraw treatment even if doing so does perhaps hasten death. Just from you have said, I am assuming that you are going further than that statement and are saying the doctors should be permitted to cause death or to kill a patient, if you want to put it more brutally. Where are we going to draw the line on this issue?

[*Traduction*]

Dr Wallace: Oui.

M. Hofsess: Dans un État qui. . .

M. Kilger: Vous n'avez donc pas atteint votre objectif dans l'État de Washington, où les gens devraient être plus réceptifs à vos idées que les Canadiens à l'heure actuelle.

M. Hofsess: Permettez-moi de faire remarquer qu'aucun sondage mené dans l'État de Washington n'a jamais abouti à un résultat aussi élevé que celui qui a eu lieu au Canada en janvier dernier. Soixante-six p. 100 des gens interrogés se sont dits pour le droit de mourir.

M. Kilger: Merci de l'avoir précisé. Cela me semble plus juste pour un sondage. Comme politique, le seul sondage qui m'intéresse, c'est celui qui a lieu le jour des élections.

M. Hofsess: J'ajouterais que, comme ceux qui ont participé au référendum n'avaient pas nécessairement à résider dans l'État de Washington, le fait d'être les premiers à être consultés sur le sujet les inquiétait.

M. Kilger: Vous dites que les gens sont craintifs, et les médecins le sont également, alors qu'aucun d'eux n'a jamais fait l'objet de poursuites pour avoir aidé quelqu'un à mourir. Les spécialistes de la santé nous disent que certaines pratiques médicales courantes visent justement à aider les gens à mourir. . . Qui veut-on donc protéger? Ce projet de loi est-il vraiment nécessaire?

M. Hofsess: C'est à vous de décider.

Dr Wallace: Je pensais avoir clairement précisé qu'à notre avis, ce projet de loi constitue un premier pas timide vers un ensemble de mesures qui pourraient être prises six mois avant la mort du témoin jusqu'au moment où on débranche le respirateur.

Le projet de loi sera utile si les amendements qui y seront apportés précisent vraiment qu'il vise à aider les personnes en phase terminale. Pour l'instant, ce terme n'apparaît même pas dans le projet de loi. Je suppose que c'est un oubli.

Si vous croyez que ce projet de loi n'a pas sa raison d'être, je crois que c'est sans doute, sans vouloir vous offenser, que vous n'avez pas vu la mort de très près souvent. Si vous côtoyiez la mort quotidiennement, vous admettriez vite que la situation intenable dans laquelle se trouvent les médecins à l'heure actuelle ne peut plus durer, compte tenu, en particulier, du peu de cas qu'on fait de tous ces foetus avortés.

M. Wilbee (Delta): J'ai écouté votre exposé avec intérêt. Je ne partage pas la grande majorité de vos idées, mais j'aimerais savoir où vous proposez de tirer le trait.

Je n'ai pas pu vraiment étudier votre mémoire, mais le projet de M. Wenman permettrait de cesser ou de refuser un traitement, même si cela risque d'accélérer la mort. Si j'ai bien compris, vous proposez même qu'on permette aux médecins de causer la mort ou de tuer un patient, pour dire les choses comme elles sont. Où va-t-on s'arrêter?

[*Text*]

You criticize the bill for obscure wording, yet I don't see anything here where you have said that the bill could be improved. You mention the phrase "terminally ill patient", which other groups have brought forward to us, but are we going to say that it is permissible, with a suggestion of six months prior to death? How are we going to agree on what would be permitted?

Mr. Hofsess: As I have indicated, Professor Kluge will be coming with the legal chapter and verse that you need. He is not going to radicalize the bill and make it into something it was never intended to be.

We are saying that, beyond this bill, whatever its fate—and it should go back to the House of Commons upon agreement, in our opinion—there should be a royal commission, which is your recommendation, to explore all these other extra questions. Much more thought, throughout the country, needs to go into that subject.

• 1610

Mr. Wilbee: So you don't have suggestions as to what some of those thoughts might be?

Mr. Hofsess: We'll certainly be part of the ongoing debate, of course.

Mr. Wilbee: Unfortunately, your pages are not numbered. About one-third of the way through, I guess, is one of the things that again concern me about your text. It states:

> Moreover, there is no provision anywhere in the bill for duly-appointed proxies to make decisions on behalf of a patient.

It concerns me that somebody can make a decision about a third party's life with a physician.

Mr. Hofsess: That would simply bring it in line with the advanced directives that were passed by the CMA in June of this year. Professor Kluge drafted that text which they passed. He will, of course, be bringing it to you.

Mr. Wilbee: I have it here. They were very strict on the length of time for proxies and review of proxies and who was to be involved, such as families and this type of thing.

Mr. Hofsess: As I say, he is also the author of that paper which they passed. He will be your expert witness in that regard.

Dr. Wallace: Could I add something to that? I think the essential point is that we're not anywhere near to deciding on specifics on the subject of how long, whether it should be six months, three months, or whatever. What's so critical is to get the national feeling. At least we feel that we really should have some clear national feeling as to how far the citizens of Canada think this should go. If we had a vote and it was 40–60 against, then of course we would accept that as settling the issue.

How can we go too much into specifics when we can't get any assurance or commitment in principle that this is right or desirable for a doctor, under certain circumstances and only at the request of the patient? The idea of a proxy, as you

[*Translation*]

Vous reprochez au projet de loi d'être imprécis, mais vous ne proposez pas d'amendements. Comme d'autres témoins, vous soulignez le fait que les mots «malade en phase terminale» n'y figurent pas, mais quand cette phase doit-elle commencer? Six mois avant la mort? Comment s'entendre sur les pratiques permises?

M. Hofsess: Comme je vous l'ai dit, M. Kluge vous présentera des amendements précis, qui ne viseront cependant pas à dénaturer le projet de loi.

Quel que soit le sort réservé à ce projet de loi—et nous croyons qu'il devrait être renvoyé à la Chambre des communes pour adoption—, nous recommandons la création d'une commission royale d'enquête qui étudierait tout le sujet. Il convient que la question soit longuement débattue dans tout le pays.

M. Wilbee: Avez-vous des suggestions à nous faire à cet égard?

M. Hofsess: Nous participerons certainement au débat.

M. Wilbee: Je regrette que les pages de votre mémoire ne soient pas numérotées. Permettez-moi de vous citer l'un des passages qui me préoccupent:

> En outre, le projet de loi ne prévoit pas la possibilité qu'un mandataire dûment nommé puisse prendre des décisions au nom d'un malade.

Je m'inquiète du fait qu'on recommande qu'une tierce partie et un médecin puissent prendre une décision au sujet de la vie d'une autre personne.

M. Hofsess: Cela cadre avec les lignes directrices adoptées en juin dernier par l'AMC. C'est M. Kluge qui les a rédigées. Il vous les présentera.

M. Wilbee: Je les ai. Elles précisent clairement la durée et les modalités de renouvellement des procurations ainsi que les membres de la famille qui peuvent s'en prévaloir.

M. Hofsess: M. Kluge est l'auteur de ce document, qui a été adopté par l'Association médicale canadienne. Il est donc un spécialiste de la question.

Dr Wallace: Permettez-moi de faire remarquer qu'il est bien évident que ce n'est pas demain que nous déciderons du moment où il convient d'intervenir, que ce soit six mois ou trois mois avant la mort. Il importe de connaître l'avis de la population là-dessus. Nous devrions savoir jusqu'où les Canadiens sont prêts à aller. Si 60 p. 100 des gens s'opposaient à ce projet, cela réglerait la question.

Comment pouvons-nous prendre une décision quelconque, quand nous ne savons même pas s'il est souhaitable pour un médecin, à la demande de son patient, d'aider celui-ci à mourir dans certaines circonstances?

[*Texte*]

well know, Dr. Wilbee, is that patients, while competent, have made it quite clear what they want done or not done when they're no longer able to make their own decisions. That's the point at which the proxy, presumably, would give an opinion.

Mr. Wilbee: We just get scratches of B.C. television in Ottawa—

Mr. Hofsess: Oh, that's a pity.

Mr. Wilbee: —and one of the interesting stories that I saw was a young woman who had what was thought to be a terminal illness. She was suffering and in a great deal of pain. She pleaded with her physicians to terminate her life. However, she recovered completely and she is delighted with her present lifestyle. If she had her way at that time she would not be there. So she is now into the "anti" camp of euthanasia because of her experience.

Mr. Hofsess: I think that's fine. The number against it is 14%.

Dr. Wallace: We're under no illusion that some people are against it. But I'm not sure that unusual examples like that could not be looked after by the proper safeguards. As I have mentioned in the text, they must be written into the bill. I personally have never at any time denied the risk of abuse in this bill. But can any of us sitting around this table take up the principle that because a piece of legislation is going to be abused that you're too inept to be able to write the legislation? That's a pretty dismal way to try to argue that we shouldn't have legislation.

The Chairman: I would like to thank you very much for your presentation. I sincerely hope we haven't made you miss your train.

Mr. Hofsess: No.

The Chairman: Thank you very much. We appreciate it.

Dr. Wallace: We thank you for your courtesy in hearing us out.

Mr. Wilbee: Mr. Chairman, I was going to ask Dr. Scott Wallace something. Dr. Wallace, I think you were the last provincial Conservative member of the B.C. legislature. Is that how you got involved in...

The Chairman: I thought you were going to say he was the last Conservative in British Columbia.

Dr. Wallace: I was the last one. The last living, breathing, provincial Conservative.

The Chairman: We're going to have to reprimand Dr. Wilbee for trying to bring any partisanship into this discussion. It has been non-partisan to this point.

• 1615

We apparently have another time constraint from one of our members. Could I invite the officials from the Department of Justice to please join us at the witness table.

Mr. Kilger: It's a busy day for these officials.

[*Traduction*]

Comme vous le savez, monsieur Wilbee, l'idée derrière la procuration, c'est de permettre à un patient, pendant qu'il est encore en possession de ses moyens, de prendre une décision éclairée. C'est lorsque sa santé se détériorerait que le mandataire prendrait la décision à sa place.

M. Wilbee: À Ottawa, nous voyons peu d'émissions de télévision venant de la Colombie-Britannique...

M. Hofsess: C'est vraiment dommage.

M. Wilbee: ... mais il était question à un moment donné d'une jeune femme qui était atteinte d'une maladie terminale. Elle souffrait beaucoup. Elle a imploré ses médecins de mettre fin à sa vie. Or, elle s'est ensuite rétablie complètement, et elle est maintenant très heureuse. Évidemment, si on avait exaucé son souhait, elle ne serait plus de ce monde aujourd'hui. Elle s'oppose donc maintenant à l'euthanasie.

M. Hofsess: Très bien. Elle fait partie des 14 p. 100 qui s'y opposent.

Dr Wallace: Nous savons bien que certaines personnes s'opposent à l'euthanasie. En prenant les précautions nécessaires, je crois qu'on pourrait éviter des erreurs dans des cas semblables. Ces mesures doivent être précisées dans le projet de loi. Je n'ai jamais nié le fait que ce projet de loi pourrait éventuellement donner lieu à des abus. Faudrait-il pour cette raison ne pas adopter de projet de loi? À mon avis, ce serait un raisonnement par l'absurde.

Le président: Je tiens à vous remercier de votre exposé. J'espère sincèrement que nous ne vous aurons pas fait manquer votre train.

M. Hofsess: Non.

Le président: Je vous remercie de votre présence.

Dr Wallace: Nous vous remercions d'avoir eu la courtoisie de nous écouter.

M. Wilbee: Monsieur le président, j'allais poser une question au Dr Scott Wallace. Docteur Wallace, je crois que vous avez été le dernier député conservateur provincial de l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique. Est-ce ce qui vous a amené à...

Le président: Je croyais que vous alliez dire qu'il était le dernier conservateur en Colombie-Britannique.

Dr Wallace: Je l'étais. Le dernier conservateur en vie à l'échelon provincial.

Le président: Nous allons devoir réprimander M. Wilbee pour son parti pris. Jusqu'ici, nous avions évité tout parti pris.

L'un des membres du comité doit partir bientôt. J'invite les fonctionnaires du ministère de la Justice à prendre place à la table des témoins.

M. Kilger: Ces fonctionnaires ont eu une journée chargée.

[*Text*]

The Chairman: I welcome Mr. Mosley and Mr. Starkman, and offer that Mr. Mosley and I have seen more of each other in the last few months than I have seen of my wife.

Gentlemen, I understand you have an opening statement. For the sake of members, Dr. Wilbee has another engagement and has to leave, so we will give him the first opportunity to ask you any questions—assuming that is agreeable with all.

I assume we don't need to tell you anything about making presentations to parliamentary committees.

Mr. Richard G. Mosley (Senior General Counsel, Criminal and Family Law Policy, Department of Justice): Mr. Chairman, perhaps I could start by indicating that our comments this afternoon will not address the question of the merits of or need for legislation of the nature of Bill C-203. We don't believe it would be appropriate for us, as public servants, to comment on that question, a policy issue of very large proportions.

However, we do have some concerns about the process by which the bill has been developed and the content of the bill itself. I first would like to indicate that the bill appears to have been based largely on the Law Reform Commission's 1982 working paper entitled "Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment".

Unfortunately, it does not appear to have taken into account the subsequent 1983 final report to Parliament or the 1987 report on codification of the criminal law. This is important, particularly in the sense that words which were found in the tentative recommendations of the commission's 1982 working paper were subsequently deleted by the commission as a result of its further consultations on the working paper.

It perhaps is a matter of some curiosity to us as to why the 1982 approach was preferred in light of the commission's later revisions. One example I could offer you of that is at line 10 of the bill; the word "clearly" appeared in the commission's 1982 recommendations and was subsequently deleted. The reference at line 15 to "medically useless" was changed and an alternative suggested. Then the language at lines 17, 18 and 19, "...except where the person clearly requests that such treatment be commenced or continued..." was deleted, in part because of concerns expressed in the 1983 report.

The commission indicated that the phrase... The terms they used were "expressed wishes" of the person, but the phrase might be wrongly interpreted to mean that a physician who refused to consent to a patient's expressed desire for treatment, medically contra-indicated in the circumstances, could be held criminally liable just for not continuing it. As a result, the commission deleted that language.

[*Translation*]

Le président: Je souhaite la bienvenue à MM. Mosley et Starkman. Ces derniers mois, j'ai vu M. Mosley plus souvent que je n'ai vu ma femme.

On m'informe, messieurs, que vous avez une déclaration préliminaire à faire. Comme M. Wilbee doit bientôt partir, je lui permettrai de poser la première question si vous n'y voyez pas d'objection.

Je suppose que je n'ai pas à vous dire comment on fait un exposé devant un comité parlementaire.

M. Richard G. Mosley (avocat général principal, Politique en matière de droit pénal et familial, ministère de la Justice): Monsieur le président, je commencerai par faire remarquer que nous ne nous prononcerons pas cet après-midi sur le bien-fondé du projet de loi C-203 ni sur son utilité. Il ne conviendrait pas que des fonctionnaires prennent position sur une question de politique aux répercussions aussi importantes.

Nous nous préoccupons cependant de la façon dont le projet de loi a vu le jour ainsi que de son contenu. Cette mesure semble reposer en grande partie sur le document de travail publié en 1982 par la Commission de réforme du droit sous le titre «Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement».

Malheureusement, on ne semble pas avoir tenu compte du rapport final présenté en 1983 au Parlement, ni du rapport de 1987 portant sur la codification du droit pénal. Il est important de le faire remarquer parce que certains termes, qui figuraient dans les recommandations présentées dans le document de travail de 1982 ont, par la suite, été supprimés par la Commission à la suite de consultations plus poussées.

Nous nous demandons donc pourquoi on a préféré la version des amendements proposés dans le document de travail de 1982 en dépit des modifications effectuées plus tard par la Commission. Ainsi, le mot «clairement» qui figure à la ligne 8 du projet de loi et qui figurait également dans les recommandations de 1982 de la Commission a, par la suite, disparu. La Commission a aussi remplacé le terme «médicalement inutile» qui figure à la ligne 13 de ce projet de loi. Dans le rapport publié en 1983, elle a aussi supprimé les mots «à moins que celui-ci ne demande clairement qu'il soit commencé ou continué», lesquels figurent aux lignes 15, 16 et 17 du projet de loi.

La Commission a affirmé que la phrase... Elle a utilisé les termes «a exprimé sa volonté», mais elle a craint qu'on interprète cela de façon à vouloir dire qu'un médecin qui refuserait d'administrer un traitement médicalement contre-indiqué, mais demandé par le patient, serait passible de poursuites criminelles s'il décidait simplement de cesser de l'administrer. En conséquence, la Commission a éliminé les termes en question.

[*Texte*]

• 1620

A reference to these differences is raised not to criticize the drafting of Bill C-203 per se, but to suggest that perhaps some of the ground work that is necessary for a piece of legislation of this significance has not been carried out. There hasn't been the very thorough research and consultation that might be appropriate in these circumstances.

The department is concerned about the lack of prior consultation, particularly with provinces and interested groups in this area, and about the absence of a clear, supporting legislative framework for dealing particularly with the question of consent by incompetent persons or provision for substituted consent with third parties.

As the LRC indicated in its 1983 report, the longest and most complex discussions revolved around the problems—and I am quoting now from page 23 of that report—revolved around the problems:

> posed by the non-initiation or the discontinuance of treatment with people who, because of their age, their state of unconsciousness or mental handicap are unable to give a valid consent.

They said then:

> Accordingly, a systematic review of the general principles which should govern any attempts to resolve these complex problems is in order.

Unfortunately, it does not appear that the systematic review has taken place.

With one important exception, the bill recognizes the wishes of the competent patient, but where these wishes are not known, the decision on whether and how to treat is made by the doctor. Neither the bill or the recommendations in the Law Reform Commission's working paper say anything about substituted consent in connection with the cessation of treatment or palliative care resulting in death. The working paper does discuss substituted consent in connection with incompetent persons, i.e. those incapable of expressing their wishes because of age or mental state, but by and large leaves protection for these persons to the provinces.

The important exception I referred to is the absence of any provisions regarding the need to obtain consent from a competent patient in connection with palliative care, which may have the result of causing death. The decision seems to be left entirely to the judgment of the physician. Because nothing is said about substituted consent, it is not clear whether the provisions of clause 1 of the bill are definitive or whether they are to be applied in conjunction with provincial laws dealing with substituted consent.

[*Traduction*]

Si nous mentionnons ces différences, ce n'est pas pour critiquer la rédaction du projet de loi C-203 en tant que tel, mais nous désirons suggérer que certains des travaux préparatoires requis pour une mesure législative de cette importance n'ont peut-être pas été entrepris. La recherche minutieuse et les consultations qui auraient été appropriées compte tenu des circonstances ont été omises.

Le ministère s'inquiète de l'absence de consultations préalables, plus particulièrement avec les provinces et les groupes intéressés à cette question et, également, de l'absence d'un cadre législatif pertinent et clair qui permettrait plus particulièrement de traiter de la question du consentement, dans le cas de personnes incapables, ou des dispositions concernant un consentement donné par des tierces parties suppléantes.

Dans son rapport de 1983, la Commission de la réforme du droit mentionne que les discussions les plus longues et les plus complexes se sont centrées autour des problèmes—et je cite le rapport—:

> posé par la non-initiation ou l'interruption de traitement chez des personnes qui par défaut d'âge, par inconscience, ou par suite d'un handicap mental quelconque, sont incapables de donner un consentement valable.

Et la Commission ajoute:

> Il convient donc ici de reprendre de façon systématique les principes généraux qui doivent présider aux esquisses de solution de ce problème fort complexe.

Malheureusement, il ne semble pas que cette étude systématique ait été faite.

Hormis une exception importante, le projet de loi reconnaît les volontés exprimées par un malade capable, mais quand ces volontés ne sont pas connues, c'est le médecin qui décide du choix du traitement et de son administration. Le projet de loi, tout comme les recommandations de la Commission de réforme du droit dans son document de travail, ne dit rien au sujet du consentement de tiers quand il s'agit de l'interruption du traitement ou de l'administration de soins palliatifs qui entraînent le décès. Le document de travail de la Commission examine la question du consentement donné par un tiers pour des personnes incapables, c'est-à-dire celles qui ne peuvent exprimer leur volonté en raison de leur âge ou de leur condition mentale, mais ce document laisse aux provinces le soin de protéger ces individus.

L'importante exception que j'ai mentionnée est l'absence de toute disposition concernant la nécessité d'obtenir le consentement d'un patient capable pour l'administration de soins palliatifs qui peuvent entraîner la mort. Il semble que la décision appartienne totalement au médecin. Comme rien n'est dit au sujet du consentement par suppléance, on ne sait pas exactement si l'article 1 du projet de loi n'est soumis à aucune réserve, ou s'il doit être mis en oeuvre compte tenu des lois provinciales traitant du consentement donné par un tiers.

[*Text*]

It has been said that decriminalizing physicians' conduct in the circumstances described in the bill would allow the provinces, which have jurisdiction over health, to set standards for the care of the terminally ill. But it is not clear that provincial law can apply to matters that may more properly lie within the criminal domain.

We are not aware of any review of provincial legislation to determine whether adequate protection currently exists for incompetent persons, nor are we aware of any consultations with the provinces and interested groups on what type of protective legislation needs to be in place to protect incompetent persons before any amendments to the Criminal Code should be considered.

Provincial legislation on substituted consent may differ across the country, so the application of clause 1 will vary with the province. It is undesirable that criminal responsibility for an act or omission involving life or death should depend on the province where it takes place. In this country that is more properly a matter for the criminal law.

Bill C-203 does not make provision for the method of communicating requests or refusals by persons who at one time were competent but who no longer are. The bill appears to depend on the existence of living will legislation, but there is no living will legislation in any province. Thus far, the preferred method in the provinces seems to be legislation permitting the appointment of third parties to make decisions on medical care when the person who makes the appointment becomes incompetent—for example, the enduring power-of-attorney proposals in Ontario.

• 1625

The uncertainty created by the above may make physicians reluctant to rely on the provisions of the bill. They may prefer to wait for judicial interpretation, which in itself would nullify the advantage of having a bill ostensibly to clarify the law. The bill may lead physicians to believe that adherence to the general principles in the bill will by itself bring protection from criminal liability. This could be unfortunate.

While the principles themselves may be unexceptional, their application and practice may depend on fundamental issues which are not addressed in the bill. Physicians may also tend to rely on Bill C-203, if it is adopted by Parliament, to provide protection against civil actions for negligence or battery. It is not clear that this reliance would be justified, especially since the bill does not provide protection in the area of incompetency.

The attempted protection of physicians under the provisions of clause 2 of this bill did not form part of the Law Reform Commission's recommendations. Both clause 1 and clause 2 raise questions regarding federal and provincial

[*Translation*]

On a dit que la décriminalisation de la conduite des médecins, dans les circonstances décrites au projet de loi, permettrait aux provinces, lesquelles ont compétence en matière de santé, d'établir des normes pour le soin des malades en phase terminale. Il n'est pas clair, cependant, qu'une loi provinciale puisse s'appliquer à des questions qu'il serait plus approprié de traiter dans le cadre du Code criminel.

Nous ne sommes au courant d'aucun examen législatif provincial visant à déterminer si les personnes incapables bénificient actuellement d'une protection suffisant, ni d'aucune consultation avec les provinces et les groupes iontéressés portant sur la nature des mesures de protection législative requises à l'égard des personnes incapables, avant que l'on envisage de modifier le Code criminel.

Comme les lois provinciales sur le consentement donné par un tiers peuvent différer d'une province à l'autre, ces différences se retrouveraient dans la mise en oeuvre de l'article 1 du projet de loi. Il n'est guère souhaitable que la responsabilité pénale découlant d'un acte ou d'une ommission qui met en jeu la vie d'une personne dépende de la province où cet acte ou cette ommission se produit. Dans notre pays, cette situation ressortit plutôt aux lois pénales.

Le projet de loi C-203 ne prévoit aucune méthode permettant de faire connaître les demandes ou les refus exprimés par des individus qui étaient capables, mais ne le sont plus. En fait, il semble bien que la mise en oeuvre de ce projet de loi dépende de l'existence d'une loi sur les testaments de vie, laquelle n'existe dans aucune province. Jusqu'à présent, la méthode retenue par les provinces semble consister dans l'adoption d'une loi permettant de désigner les tierces parties autorisées à prendre des décisions concernant les soins de santé quand la personne qui procède à ces désignations devient incapable—on pense, par exemple, aux propositions de procuration permanente en Ontario.

Compte tenu de l'incertitude créée par ces différents aspects, les médecins pourraient hésiter à compter sur les dispositions du projet de loi. Ils préféreront, peut-être, attendre l'interprétation qu'en donneront les tribunaux, ce qui éliminerait l'avantage d'avoir un texte de loi visant à préciser la loi. Cette mesure législative pourrait faire croire aux médecins que le respect des principes généraux qu'elles énonce suffit à les protéger de toute responsabilité pénale. Ce serait regrettable.

Même si les principes énoncés ne présentent pas un caractère exceptionnel, leur mise en application et en pratique pourrait dépendre de questions fondamentales qui ne sont pas traitées dans le projet de loi. Les médecins pourraient également être amenés à croire sur le projet de loi C-203, s'il est adopté par le Parlement, les protégerait contre des poursuites civiles pour cause de négligence ou d'acte de violence. Il n'est pas clair qu'une telle confiance soit justifiée, plus particulièrement si l'on note que le projet de loi n'accorde aucune protection dans les cas d'incapacité.

La tentative de protection des médecins que nous trouvons à l'article 2 du projet de loi ne figurait pas dans les recommandations de la Commission de réforme du droit. D'autre part, les articles 1 et 2 soulèvent certaines questions

[*Texte*]

jurisdiction. For example, clause 1 does not expressly refer to children. However, clause 1 as written could apply to children, so that children could refuse treatment, regardless of their parents' wishes or the public policy to provide treatment in certain cases, even against the wishes of parents.

Clause 2 expressly excludes the application of section 215 of the Criminal Code, which deals with duties to provide persons to provide necessities, which protects dependent adults as well as children. This exclusion may be in conflict with the provisions of provincial child welfare provisions regarding treatment for children, provisions which are referred to by the Law Reform Commission in its working paper. Clause 2 also expressly excludes a wide range of offences, including homicide, from the possible offences that could be committed by a physician in the circumstances.

Many of these exclusions are unlikely to apply and it can only be assumed that the exclusions were painted in with a very broad brush. It is important to know that the Law Reform Commission's recommendations were confined to the interpretation of duties. They did not exclude offences, as this bill proposes to do. This bill, without a careful review of the factual situations that might give rise to any particular offence and without any apparent reasons for excluding these offences, attempts to confer blanket protection for physicians from possible criminal responsibility.

It should be remembered that the Law Reform Commission's working paper claimed only to present a broad synthesis of legislative policy in the broad sense of the term. The commissioners were well aware that a great deal remained to be done before legislation could go forward.

This bill presents the principles. It does not effectively turn them into legislation. Moreover, it stands a good chance of disrupting the national situation where good faith attempts are being made to achieve these principles, by introducing uncertainty through the use of directed interpretation of the law—a method not usually employed or found in the Criminal Code—and by the hasty provision of protection for physicians. Both approaches promote conflicts with provincial laws.

Mr. Chairman, those are the opening comments that I wish to make. My colleague, Bernard Starkman, and I will be available for questions. I should perhaps explain that Mr. Starkman is a specialist on medical legal issues within the department and is also a senior counsel within our Criminal and Family Law Policy Directorate.

The Chairman: He is going to keep adding to your resumé as we sit here.

Dr. Wilbee has to sneak out. Can we give him the floor for just a couple of minutes, to bring up any questions he might have?

Mr. Wilbee: I guess I just have one. I am certainly going to study your transcripts carefully. I feel there is a lot of valuable information in there that we need to digest. I guess I was thinking particularly of what you were saying about

[*Traduction*]

concernant les compétences fédérales et provinciales. Par exemple, l'article 1 ne mentionne pas expressément les enfants. Toutefois, il pourrait s'appliquer aux enfants, si bien que ceux-ci pourraient refuser un traitement quel que soit la volonté de leurs parents ou la politique d'intérêt public qui prévoit un traitement dans certains cas, même si les parents s'y opposent.

L'article 2 exclut expressément les médecins de l'application de l'article 215 du Code criminel relatif à l'obligation d'assurer les nécessités de la vie aux personnes à charge qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants. Cette exclusion pourrait contredire les dispositions des mesures provinciales sur le bien être de l'enfance en égard au traitement médical, dispositions dont la Commission de réforme du droit fait mention dans son document de travail. L'article 2, d'autre part, élimine toute une série d'actes criminels, y compris l'homicide, de la liste de ceux qui pourraient être commis par un médecin dans ces circonstances.

Il est peu probable que bon nombre de ces exclusions soient jamais invoquées et il semble bien que ce tableau a été esquissé à grand trait. Il faut bien noter que les recommandations de la Commission de réforme du droit se limitaient à l'interprétation des obligations. Elles ne portaient pas sur les actes criminels, comme le fait le projet de loi. Ce dernier, en l'absence d'un examen attentif des situations concrètes qui pourraient donner lieu à un acte criminel donné, et de raisons apparentes pour exclure ces actes criminels, vise à donner une protection générale aux médecins contre toute responsabilité criminelle éventuelle.

Il ne faut pas oublier que la Commission de réforme du droit ne visait, dans son document de travail, qu'à présenter une synthèse d'orientation législative au sens large du terme. Les commissaires se rendaient fort bien compte que beaucoup de travail devrait encore être fait avant qu'on ne légifère.

Le projet de loi actuel énonce des principes. Il ne les transforme pas efficacement en mesure législative. En outre, il pourrait fort bien perturber la situation dans le pays lorsque des tentatives sont faites de bonne foi pour concrétiser ces principes, en créant une incertitude par une interprétation dictée de la loi—ce que le Code criminel ne fait généralement pas—et en incorporant une disposition de protection des médecins formulée hâtivement. Ces deux aspects peuvent provoquer des conflits avec les lois provinciales.

Monsieur le président, cela termine mon exposé. Mon collègue, M. Bernard Starkman et moi-même sommes prêts à répondre à vos questions. Je devrais peut-être vous préciser que M. Starkman est un spécialiste des questions médicaux-légales dans notre ministère et il est également conseiller juridique principal à la Direction de la politique en matière de droit pénal et familial.

Le président: Il complétera votre exposé pendant cette séance.

Monsieur Wilbee doit nous quitter bientôt. Pouvons-nous lui donner la parole quelques instants pour lui permettre de poser ses questions?

M. Wilbee: Je n'ai d'ailleurs qu'une seule question à poser. Je peux vous assurer que j'étudierai très attentivement la transcription de votre exposé. J'ai l'impression que vous nous avez donné de nombreux renseignements utiles que

[*Text*]

children being excluded. I would assume, does this. . .? We know that mentally ill people can be depressed and request things. Would they come under the same category, or would this have to included into the bill, or differentiated?

• 1630

Mr. Bernard Starkman (Senior Counsel, Family Law Policy, Department of Justice): It all comes under the general heading of incompetency. If the person really is incompetent, then the working paper of the commission says they assume appropriate protection is given by the provinces. They give some examples. Those would apply to children as well as to adults who are mentally incompetent.

Mr. Wilbee: That was the main question I had from your testimony. As I say, I will certainly study your transcripts.

Mr. Kilger: I have one brief question to begin with. I'd like to leave as much time possible to Mr. Wenman. It is a private member's bill and he is the mover. I'd like to give him that opportunity.

Mr. Starkman, I keep going back to the one theme I have, if you will. I don't doubt the intentions of the mover with regard to protecting, if you will, doctors. As we know, the record shows have been no charges. Are you satisfied? Is there a practice out there going on where charges should be levied?

Mr. Starkman: I don't want to be long-winded about it, but perhaps I can give an explanation about what actually happens and why there are no charges. There are no charges because the law is not being broken.

Clause 1 of the bill sets out duties. They are not offences, so there are no charges. They simply say this is a list of duties. Now, the contention has been made that these duties could be interpreted in such a way as to give rise to charges.

I think it's admitted that the common sense interpretation of the duties as set out in the Criminal Code, which are set out in a general way, have prevented prosecutors from even considering the possibility of charges based on a breach of the duties. In other words, common sense interpretation of the duties has said that the principles in this bill do not constitute breaches of the duties.

Even if there were a breach of the duty—and I think it's generally accepted that these principles do not constitute breaches—the prosecutor would still have to be satisfied that he or she could prove a guilty mind on the part of the physician and all the other elements of the offence beyond a reasonable doubt.

[*Translation*]

nous devrons assimiler. J'ai noté particulièrement votre commentaire au sujet des enfants qui ne sont pas mentionnés dans le texte de loi. Est-ce que ceux-ci. . .? Nous savons que des personnes souffrant de maladie mentale peuvent être déprimées et demander certaines choses. Appartiennent-elles à la même catégorie, ou devraient-elles être mentionnées dans le projet de loi, ou devrait-on les différencier?

M. Bernard Starkman (conseiller juridique principal, section de la politique—Droit familial, ministère de la Justice): Tous ces cas sont visés par le terme générique d'inhabilité. Dans son document de travail, la Commission nous dit avoir admis que, si l'individu est vraiment inhabile, les provinces lui accordent la protection appropriée. La Commission donne quelques exemples, qui s'appliqueraient aux enfants ainsi qu'aux adultes mentalement incapables.

M. Wilbee: C'était la principale question que je désirais vous poser après avoir entendu votre exposé. Comme je l'ai dit, j'étudierai certainement la transcription.

M. Kilger: Ma question sera brève, car je voudrais laisser le plus de temps possible à M. Wenman. Il s'agit d'une mesure d'initiative parlementaire dont il est l'auteur. Je voudrais donc lui laisser la possibilité de vous poser des questions.

Monsieur Starkman, je vais reprendre mon thème familier, si vous me le permettez. Je ne mets pas en cause les intentions du parrain de ce projet de loi en ce qui concerne la protection accordée aux médecins. Comme vous le savez, nous n'avons connaissance d'aucune mise en accusation. Êtes-vous satisfait de cette situation? Existe-t-il, en fait, des pratiques qui devraient entraîner des poursuites?

M. Starkman: Je ne veux pas me lancer dans un long discours, mais je peux peut-être vous expliquer ce qui se passe dans la pratique et la raison pour laquelle il n'y a pas de poursuites. Il n'y en a pas parce qu'il n'y a pas infraction.

L'article 1 du projet de loi mentionne les obligations. Il ne s'agit pas d'actes criminels, donc il n'y a pas d'accusation. On indique simplement qu'il y a une liste d'obligations. D'autre part, on a avancé que ces obligations devraient être interprétées de façon à donner lieu à des accusations.

Je crois qu'il est admis que le bon sens, en fait d'interprétation des obligations énoncées dans le Code criminel de façon très générale, a empêché les avocats de la poursuite d'envisager même la possibilité d'une accusation fondée sur un manquement à ces obligations. Autrement dit, le recours au bon sens pour interpréter ces obligations nous mène à conclure que les principes exposés dans ce projet de loi ne constituent pas un manquement aux obligations.

Même s'il y avait manquement—et je crois qu'il est généralement admis que ces principes n'en constituent pas un—l'accusation devrait être convaincue de pouvoir faire la preuve d'une intention coupable de la part du médecin et que tous les autres éléments d'un acte criminel sont réunis au-delà de tout doute raisonnable.

[*Texte*]

Because the general principles set out in clause 1 appear to be generally accepted as reasonable, there is no evidence that prosecutors have ever considered that performing these principles has been adequate to breach any of the duties. Even then, you would still have to find a particular charge in the Criminal Code under which to proceed.

In other words, you'd have to breach the duty. We don't seem to have gotten to this yet. Then you'd have to find that it leads to an infringement of one of the provisions in the Criminal Code. It's not so easy to prefer a charge in the abstract because there may have been a breach of the duty.

If I can put it another way, many provisions in the Criminal Code are framed in a general way, in the way of duties and so on. This doesn't mean you can say it could... I could find a way to interpret it in such a way that it could lead to a possible charge.

Now, you could do that with a number of things, but common sense interpretation of the way the duties are framed in the code tells you this is not what these duties are about. There is no serious consideration of an infringement. Therefore there isn't even a thought of proceeding with a charge. This is why I think there probably haven't been any prosecutions, certainly any successful prosecutions.

Mr. Kilger: I would like to follow up very briefly. We've heard testimony that there's a fear among care-givers—doctors more specifically, I suppose—that they could be charged. Have you heard that expressed? Has the department heard any of these fears from groups such as the Canadian Medical Association or others? Has that been expressed at the department at any time?

• 1635

Mr. Mosley: The department has received no formal representations from medical representatives concerned about what perhaps might be described as a chilling effect of the existing law. The matter has been the subject of a great deal of discussion in the context of these Law Reform Commission consultations. Undeniably, in the course of those consultations, witnesses from the medical community have expressed concern about ambiguities in the law and the lack of perceived clarity in the law. Perhaps from that there might be some concern about their potential liability in circumstances in which they did not use aggressive treatment. However, that has not been communicated to the department in the form of representations to pursue the type of legislation that is in Bill C-203.

The Chairman: We have 10 minutes left in the allotted time. I have another engagement at 5 p.m. I have to leave at 5 p.m., but as far as I am concerned you can ask questions as long as the witnesses are willing to sit here and answer them.

Mr. Wenman (Fraser Valley West): First, I have to respond to your questions. When you, the Law Reform Commission, or others start to prepare opinions on a subject, the first opinion is legally correct as far as lawyers are able to

[*Traduction*]

Étant donné que les principes généraux présentés dans l'article 1 semblent être généralement acceptés comme raisonnables, il n'y a aucune indication que les procureurs aient estimé à un moment quelconque que la mise en oeuvre de ces principes pouvait constituer un manquement aux obligations. Et, même si c'était le cas, il faudrait en outre trouver ce qui, dans le Code criminel, justifierait des poursuites.

Autrement dit, il faut qu'il y ait manquement à une obligation. Nous ne semblons pas en être arrivés là. Il faudrait ensuite déterminer que cela entraîne une infraction à l'une des dispositions du Code criminel. Il n'est pas facile de lancer une accusation dans l'abstrait fondée sur la possibilité d'un manquement à une obligation.

En d'autres termes, bon nombre des dispositions du Code criminel sont exprimées en termes généraux en matière d'obligations etc. Cela ne veut pas dire qu'on puisse les interpréter de façon à engager des poursuites.

Vous pourrez, bien sûr, recourir à divers moyens, mais le bon sens, dans l'interprétation des obligations ainsi énoncées, nous dicte que ce n'est pas le cas. On n'envisage pas sérieusement la possibilité d'une infraction. Par conséquent, on ne peut même pas penser à des pousuites. C'est pour cela qu'il n'y en a probablement pas eu, et, s'il y en a eu, il est certain qu'aucune n'a réussi.

M. Kilger: J'aimerais poursuivre, très brièvement. Lors des témoignages, on nous a signalé que les professionnels de la santé, et plus particulièrement les médecin sans doute, craignent beaucoup d'être poursuivis. Vous a-t-on fait part de telles craintes? Le ministère a-t-il entendu parler de craintes de ce genre de la part de groupes comme l'Association médicale canadienne et d'autres? En a-t-on déjà parlé au ministère?

M. Mosley: Aucune démarche officielle n'a été faite au ministère par des représentants de la profession médicale qui seraient préoccupés par ce que l'on pourrait appeler l'effet paralysant de la loi actuelle. La question a fait l'objet de longues discussions dans le contexte des consultations de la Commission de réforme du droit. Indéniablement, pendant ces consultations, des témoins représentant les milieux médicaux ont exprimé des craintes au sujet des ambiguïtés et du manque de clarté de la loi. Peut-être existe-t-il certaines inquiétudes quant à d'éventuelles poursuites dans des cas où les médecins n'appliqueraient pas un traitement énergique. Cependant, de telles craintes n'ont jamais été communiquées au ministère dans le cadre de démarches en faveur d'une mesure législative semblable au projet de loi C-203.

Le président: Il nous reste dix minutes. J'ai un autre engagement à 17 heures. Je dois donc partir à cette heure-là, mais je n'ai pas d'objection à ce que vous continuiez d'interroger les témoins aussi longtemps qu'ils voudront bien rester pour répondre à vos questions.

M. Wenman (Fraser Valley-Ouest): Premièrement, je dois répondre à vos questions. Quand des avocats de votre service, de la Commission de réforme du droit ou d'autres intervenants commencent à préparer une opinion juridique

[*Text*]

provide—otherwise they would not provide it—in the context of the understanding at that time. I see the early report in 1983 as a strong statement of principle. By the time you get to 1987, you get into the process of semantics, and then start questioning the intent and that kind of thing.

When you take things like "clearly requests", or "expressed wishes", they mean quite different things. That is true. What those things mean is, whose will should prevail? Should it be the will of the individual or the patient, or should it be the override of the person? In fact, in the case of the "expressed wishes", maybe it should not even be legalized. Maybe it should be left as an expression of wish, as opposed to a formalized document that must be upheld in law. In other words, do you legalize it or not?

Those are issues this raises, but I thought the first principle, "clearly requests", did give a more direct call for something like a health care directive and so forth that was a little more authoritative in that command situation. I like that better, and I like this as the principle that we as parliamentarians should start from to find the revisions that are necessary, rather than leaving these to the Law Reform Commission as such.

We would start with that first basic principled statement that I rather liked for many different reasons. It is very difficult to decide which of the words to put into the bill. Of course, that is the same challenge you would have, if you were to do the same thing. That is basically why I chose the earlier suggestion as opposed to the later one. In this process of committee, the CMA group will come and make technical amendments that are not 1987 or 1988 or 1989 but 1991, as we have already had with the Catholic association and others.

I hope that by the time we send the amended bill forward, it will represent the very latest in thinking, having started from the basic principle that I think is expressed in the bill. Again, I can go on at quite some distance with that, but I would like to know from you what is common practice in the medical profession, and when do you cross the line and turn that common practice into breach of law.

• 1640

Mr. Mosley: Mr. Chairman, I wonder if I could respond to Mr. Wenman's characterization of the first cut, if I may call it that, of the Law Reform Commission as being a legally correct position.

This document, when it was published in 1982, represented the tentative conclusions and recommendations of the Law Reform Commission, with their opinions as to what the law might be, should be. They published a working paper because their practice, when they had tentative conclusions, was to issue them in this form before making their formal report to Parliament as provided for in the Law Reform Commission Act.

[*Translation*]

sur une question donnée, leur première opinion est aussi juste qu'il leur est possible de le faire, autrement, ils ne la donneraient pas, compte tenu du contexte et de l'état du débat à ce moment précis. Je vois dans le premier rapport de 1983 une déclaration de principe énergique. Par la suite, en 1987, on commence à s'interroger sur le sens des mots, sur l'intention du législateur, etc.

Des termes comme «demande clairement» et «le voeu exprimé», n'ont pas du tout la même signification. C'est indéniable. Il faut donc décider qui va l'emporter, la volonté du malade ou bien celle d'une autre personne? En fait, en ce qui concerne l'expression «voeu exprimé», peut-être qu'il ne faudrait même pas légiférer. Peut-être devrait-on laisser les choses telles quelles, c'est-à-dire l'expression d'un souhait, par opposition à un document formel dont la légalité doit être démontrée. Autrement dit, faut-il légiférer ou non?

Il y a lieu de s'interroger là-dessus, mais il m'a semblé que le premier principe, c'est-à-dire «demande clairement», constituait une demande plus directe, une volonté énoncée avec plus d'autorité en vue d'obtenir des soins, etc. Je préfère cet énoncé et je trouve que le texte proposé constitue un bon point de départ pour nous, parlementaires, en vue d'effectuer les modifications législatives qui s'imposent, au lieu de nous en remettre à la Commission de réforme du droit.

Nous devrions partir de ce premier principe fondamental, de cet énoncé qui me semblait attrayant pour bien des raisons. Il est très difficile de décider des termes précis qu'il faut employer dans le projet de loi. Bien sûr, vous auriez la même difficulté si vous deviez en faire autant. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi la proposition initiale et non pas celle que l'on a faite par la suite. Des représentants de l'Association médicale canadienne témoigneront devant notre comité et proposeront des amendements de nature technique qui ne datent pas de 1987, de 1988 ou de 1989, mais bien de 1991, comme l'ont déjà fait les représentants de l'Association catholique et d'autres.

J'ai bon espoir que lorsque nous ferons rapport du projet de loi amendé, il représentera l'état actuel de la réflexion en cette matière, c'est-à-dire que nous aurons étoffé le principe de base qui, je crois, est exprimé dans le projet de loi. Je pourrais vous en parler longuement, mais je voudrais que vous me disiez quelle est la pratique courante dans la profession médicale et à partir de quel moment vous faites le pas décisif, passant de cette pratique courante à l'infraction contre la loi.

M. Mosley: Monsieur le président, je voudrais répondre aux propos de M. Wenman qui a dit que le premier jet, si je peux employer cette expression, de la Commission de réforme du droit était plus juste sur le plan juridique.

Dans ce document publié en 1982, la Commission de réforme du droit formulait ses conclusions et recommandations provisoires et donnait son opinion sur ce que la loi devrait être ou pourrait être. Elle a publié un document de travail parce qu'elle a coutume de présenter sous cette forme ses conclusions provisoires avant de soumettre un rapport officiel au Parlement, comme l'exige la Loi sur la Commission de réforme du droit.

[*Texte*]

The next stage was to consult on this document and, clearly, they found in the course of those consultations that they had not gotten the proposals refined to the point where they could be submitted to Parliament as their final report. Those were proposals in legislative reform. They amended them, they found their way into this document, the report, in 1983.

In 1987 they are dealing with the whole body of law which is to form the general part of the Criminal Code and the Commission's recommended new code. That is a subject which is before another committee of this House. The Standing Committee on Justice and the Solicitor General has been charged with a reference from the Minister of Justice to examine the general part.

In the commission's 1987 report they have taken the principles that first found their way into their tentative conclusions, were revised somewhat for their final report to Parliament, and they have applied them very precisely and with great care to the provisions of the Criminal Code where these issues would normally arise. They have not attempted, they in fact have drawn back from the breadth of the proposals to legislate from 1982-83, and they have applied the principles to specific provisions in their draft code.

This process involves a considerable amount of care and attention and thought. What you have in Bill C-203 is, in effect, a replication of the commission's first tentative conclusions reflected in the working paper. It does not reflect their further revisions or the thought they gave to these issues.

Mr. Wenman's comment is quite correct, that we are now in 1991 and there may well be different views on how it should be approached, but before reaching any conclusions on how it should be approached, there is a great deal of work that needs to be done, in our respectful submission.

With regard to the question put to us, we are not physicians. We are not competent to comment on common practice. I could ask my colleague Mr. Starkman to respond from what he knows, but I would stress that we are lawyers in the Department of Justice, and the type of question about common practice within the medical profession should be put to members of that profession and to the CMA.

Mr. Starkman: I would like to add that this is precisely, I think, what my colleague mentioned earlier when he said that there have to be comprehensive consultations before a bill of this kind can be prepared. One of the things, I think, that has to be found out is what are the common practices. Equally important, how do the problems actually arise? Before you can draft the bill appropriately, we must know how the problems arise, and we must also know what the common practice is, in order that some accomodation can be made in a bill so that the bill can then be applied to the real world.

[*Traduction*]

L'étape suivante a consisté à faire une ronde de consultations sur ce document et, manifestement, au cours de ces consultations, la Commission a constaté que ces propositions n'étaient pas raffinées au point de pouvoir être présentées au Parlement dans le rapport final. Il s'agissait de propositions en vue d'une réforme de la loi. On a modifié ces propositions avant de les reprendre dans le rapport de 1983.

En 1987, la Commission a traité de l'ensemble de la législation qui devait constituer la partie générale du Code criminel et du nouveau code qu'elle a recommandé. Cette question est à l'étude devant un autre comité de la Chambre. Le Comité permanent de la justice et du solliciteur général a été chargé par le ministre de la Justice d'examiner le dossier dans son ensemble.

Le rapport publié par la Commission en 1987 a repris les principes qui avaient été énoncés d'abord dans les conclusions provisoires qu'on avait quelque peu polies dans le rapport final au Parlement, et elle a appliqué ces principes, avec une grande précision et beaucoup de prudence, aux dispositions du Code criminel régissant les situations où les questions de ce genre devraient normalement se poser. Elle n'a pas tenté... En fait, elle a fait marche arrière par rapport aux propositions de 1982-1983 et a appliqué les principes à certaines dispositions précises du projet de code.

Il fallait pour cela une étude et une réflexion minutieuses et approfondies. Pour sa part, le projet de loi C-203 reprend intégralement les premières conclusions provisoires de la Commission publiées dans le document de travail. Il ne reflète donc pas les révisions apportées par la suite, ni la longue réflexion consacrée à ces questions.

M. Wenman a absolument raison de dire que nous sommes en 1991 et que les points de vue ont peut-être bien changé, mais avant de tirer des conclusions quelconques sur ce qu'il convient de faire, il y a encore, à notre humble avis, beaucoup de pain sur la planche.

Quant à la question qu'on nous a posée, nous ne sommes pas médecins. Nous n'avons pas la compétence voulue pour nous prononcer sur la pratique courante. Je demanderai donc à mon collègue monsieur Starkman de répondre en se basant sur son expérience en la matière, mais je précise encore une fois que nous sommes avocats au ministère de la Justice et qu'il faudrait s'adresser aux membres de la profession médicale et à l'Association médicale canadienne pour toute question portant sur la pratique courante dans ce milieu.

M. Starkman: Je voudrais ajouter que c'est précisément ce à quoi songeait mon collègue lorsqu'il a dit, tout à l'heure, qu'il fallait procéder à une large consultation avant de mettre au point un projet de loi de ce genre. Il me semble que l'une des questions qu'il faut tirer au clair, est justement celle de savoir quelle est la pratique courante en la matière. Il importe également de délimiter précisément la nature du problème. Avant de s'attaquer à la rédaction d'un projet de loi, il faut savoir en quoi consiste exactement le problème et, également, savoir quelle est la pratique courante, afin que le projet de loi soit conçu de manière à pouvoir s'appliquer concrètement.

[*Text*]

With all due respect, I don't think you can get that simply through witnesses. I think more has to be done. Witnesses are very valuable because they can testify to their perspective, but they cannot give you a comprehensive picture unless they are willing to undertake the kind of comprehensive consultations, analysis and so on that would be needed.

• 1645

Mr. Wenman: You asked how the bill is drafted. To start out with this draft from a layman's concept—a layman must go for expertise—we go to the expertise that is available to Parliament.

The first level of expertise is the Library of Parliament, where many doctorates sit. They sit to give us legal advice. I asked for that legal advice, and this is what we came to in the process of preparing this bill. In addition to that legal advice, they consulted all of the reports of the Law Reform Commission and discussed them with me. We came back with this kind of a bill.

Now, in addition, we have as Members of Parliament another group of drafters of hills who are lawyers. They take the intent plus the report plus the material and they present bills to the House of Commons. I can't vouch for the legality of the words, bu, in the end, all you or any lawyer can do is suggest to us what you think it might mean ultimately. The courts will decide among you lawyers who's right and who's wrong.

To me, this is expressed in very short, simple language that I can understand. I can debate it as an intent, which is my purpose as a parliamentarian. One of the best ways of making it legally correct is to have the advice of the Library of Parliament lawyers, the House of Commons draft lawyers, the Department of Justice lawyers, the Law Reform Commission lawyers, the doctors of the CMA and so forth.

Where do they come to do that? The only point you put all of them together is in this process. This is part of the process. The material that is brought together, as far as I'm concerned, is legally vetted and hopefully legally adequate. Otherwise you'll have to say the Library of Parliament lawyers and the lawyers for the drafting and so forth may be short of competence or expertise. But they have a level of competence for which I have a certain respect. That brings us to this point.

I want to come back to the question of what is common practice. We have this problem also because the doctors don't want to tell the lawyers what to do and don't want to tell the politicians what to do. So nothing is done or not enough is

[*Translation*]

J'ose dire qu'à mon avis, vous ne pouvez pas obtenir satisfaction sur ces deux points simplement en vous adressant à des témoins. Il faut faire bien davantage. L'apport des témoins peut être précieux parce qu'ils peuvent rendre compte de leur expérience, mais ils ne peuvent vous donner une compréhension globale, à moins qu'ils n'acceptent de se lancer dans une démarche de consultation, d'analyse, etc..

M. Wenman: Vous avez demandé comment on avait procédé pour rédiger ce projet de loi. Au départ, le point de vue est celui d'un profane. Un profane doit s'adresser à des experts. Nous nous sommes donc adressés aux experts qui sont à la disposition du Parlement.

Il y a tout d'abord la Bibliothèque du Parlement, où travaillent de nombreuses personnes ayant un doctorat. Ces gens-là sont chargés de nous conseiller en matière juridique. Je leur ai donc demandé conseil et c'est ainsi que nous avons abouti à ce projet de loi. En plus, les spécialistes ont consulté tous les rapports de la Commission de réforme du droit et en ont discuté avec moi. Le projet de loi à l'étude est le fruit de cette démarche.

Par ailleurs, les députés au Parlement peuvent compter sur un autre groupe d'avocats qui sont chargés de la rédaction des projets de loi. Ils se penchent sur l'objectif de départ, ils étudient le rapport et la documentation pertinente et ils proposent des projets de loi à la Chambre des communes. Je ne peux garantir la légalité du libellé, mais au bout du compte, tout ce que vous pouvez faire, vous ou tout autre avocat, c'est de nous dire quelle interprétation, à votre avis, il faut donner au texte de départ. Les tribunaux trancheront et décideront qui a raison et qui a tort, de tous les avocats qui se sont prononcés.

A mes yeux, le texte à l'étude exprime la volonté de départ de façon concise et simple, en des termes que je peux comprendre. Je peux m'inspirer de ce texte pour en débattre l'intention sous-jacente, ce qui est ma raison d'être à titre de parlementaire. L'une des meilleures manières de s'assurer que le texte est acceptable sur le plan juridique, c'est de demander conseil aux avocats de la Bibliothèque du Parlement, aux avocats chargés de la rédaction des lois à la Chambre des communes, aux avocats du ministère de la Justice, aux avocats de la Commission de la réforme du droit, aux médecins de l'AMC, etc.

Dans quel cadre tous ces gens peuvent-ils apporter leur contribution? La démarche que je viens d'expliquer constitue le seul cadre disponible. Notre comité fait partie de cette démarche. Le résultat de toutes ces consultations a reçu l'assentiment de juristes et j'espère qu'il est satisfaisant en termes juridiques. Autrement, il faudrait accuser d'incompétence les avocats de la Bibliothèque du Parlement, les avocats chargés de la rédaction, etc. Or, je reconnais une certaine compétence à ces gens-là. Cela nous amène au point où nous en sommes.

Je reviens à la question de la pratique courante. Ce problème se pose parce que les médecins ne veulent pas dire aux avocats ce qu'ils doivent faire et ne veulent pas dire aux politiciens ce qu'ils doivent faire. En conséquence, rien ne se

[*Texte*]

done. Maybe it is being done. Maybe you're telling me that in your back pocket you have a draft bill. I don't know. Maybe you have the answers. If you do, let's see it. If you have amendments to make of this, let's see your amendments.

What do you think of the amendments that have already been presented to us? I'm going to be making a reference back to you and asking for your comments on the amendments that have been provided. Have you in fact studied them since I sent them over to you? Will you comment on the Catholic churches association's briefs? Are these good amendments? Is this helping the process of clarification?

Obviously we don't have time to go into this. I'm saying we would appreciate your help—very much so—in a constructive way to say what can be done with this bill, if anything can be done with it. Do you have an alternative?

I want to come back to defining. I do need a legal definition or some legal evidence about what is breaking the law and what is not breaking the law—the Criminal Code of Canada—according to the Department of Justice. I ask you again the question; I'll pose it more specifically.

Say I am terminally ill and the doctor tells me he does not see any more useful or meaningful treatment that could be applied to me that would be successful in curing the disease or even prolonging my life in any substantive way. At that point, the doctor starts to treat me with sedatives. It could be through the pressure of the family or through my expressed wishes as in a health care directive or living will, which may or may not be legal, that a judgment is made. A judgment call is made and the doctor gives a very heavy dose that may in fact hasten death.

If the doctor knowingly has given this injection on the basis that it may hasten death, has he incurred, or may he have incurred, investigation at least, charges second, and possible prosecution?

Mr. Mosley: If the intention of a physician is to cause death, then the Criminal Code provisions would apply.

Mr. Wenman: In that case, the person should be charged.

• 1650

Mr. Mosley: No, I think what you're trying to get at, and which illustrates one of the problems in this area, is that if the physician is administering a heavy dose of a sedative or pain-killer solely for palliative reasons, that physician does not have the intent to kill, and normal criminal law principles apply. His intention is to relieve suffering. It is not to kill. In those circumstances, we don't believe the physician would attract criminal liability.

If the intent of the physician is to cause death by the administration of that drug, it's an entirely different matter. That is active euthanasia.

[*Traduction*]

fait, ou du moins presque rien. Ou peut-être que l'on agit. Peut-être êtes-vous en train de me dire que vous avez en réserve un texte à proposer. Je n'en sais rien. Peut-être avez-vous la solution. Si c'est le cas, voyons voir. Si vous avez des amendements à proposer, faites-les connaître.

Que pensez-vous des amendements qui nous ont déjà été proposés? Je vous renvoie la balle et je vous demande de vous prononcer sur les amendements qui ont été proposés. Les avez-vous étudiés depuis que je vous les ai envoyés? Nous direz-vous ce que vous pensez des mémoires remis par l'Association des églises catholiques? Ces amendements sont-ils satisfaisants? Est-ce que cela contribue à préciser les choses?

De toute évidence, nous n'avons pas le temps de nous lancer dans un tel débat. Je vous dis que nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir nous aider de façon constructive en nous disant ce que l'on pourrait faire à partir de ce projet de loi, à supposer que l'on puisse faire quelque chose. Avez-vous une solution de rechange à proposer?

Je reviens aux définitions. J'aurais besoin d'une définition juridique ou en tout cas d'un conseil juridique quelconque sur la question de savoir à partir de quel moment on enfreint la loi, le Code criminel du Canada, aux yeux du ministère de la Justice. Je vous pose encore une fois la question et je vais le faire de façon encore plus précise.

Supposons que je sois un malade en phase terminale et que le docteur me dise qu'il n'a aucun autre traitement utile à me proposer qui serait susceptible de guérir la maladie ou même de prolonger ma vie de façon appréciable. A ce moment-là, le docteur commence à m'administrer des sédatifs. A partir des pressions exercées par la famille ou encore du désir que j'ai moi-même exprimé, par exemple dans une directive ou dans un testament biologique, dont la valeur légale peut être contestable, le médecin prend une décision. Il m'administre une dose massive qui peut hâter la mort.

Si le médecin a donné cette injection sciemment, sachant qu'elle pouvait hâter la mort du patient, s'est-il exposé, ou peut-il s'être exposé à faire l'objet d'une enquête, ensuite à être accusé et peut-être poursuivi?

M. Mosley: Si l'intention du médecin est de causer la mort, alors les dispositions du Code criminel entrent en jeu.

M. Wenman: Dans ce cas, des accusations devraient être portées.

M. Mosley: Non, je pense que vous voulez en venir à ceci, qui illustre l'un des problèmes dans ce domaine, à savoir que si le médecin administre une dose massive de sédatifs ou d'analgésiques uniquement pour des raisons palliatives, ce médecin n'a pas l'intention de tuer et les principes courants du droit criminel s'appliquent. Son intention est d'alléger les souffrances et non pas de tuer. Dans ces circonstances, nous ne croyons pas que le médecin devrait être passible de poursuites au criminel.

Par contre, si l'intention du médecin est de provoquer la mort en administrant ce médicament, c'est une tout autre affaire. Il s'agit alors d'euthanasie active.

[*Text*]

Mr. Wenman: Are you able to tell me where that line is? Are you able to write it down and describe it in a legal way that might be better than the way it is described in this bill?

Mr. Starkman: Can I give you an example that I have come across? Suppose the doctor gives doses of drugs that are far in excess of what is necessary to achieve palliative care. He does this persistently, and all the people die. His own profession will be extremely concerned, because they will want to know if he is intentionally killing people, or if he is simply not well-enough trained to know what dosages he should be giving for palliative care. I am giving you examples that have occurred.

Again, what the law is concerned with is not so much his training as his intention. It may be that his training was deficient, and he simply thought you had to give this great excess of drug.

Mr. Wenman: Are you willing to tell me that you, as the Department of Justice, cannot, in this day and age, when these things are being admitted and brought forward. . .that this is not occurring, that people in fact are overdosing and causing death, and you can't find them and you can't charge them? Or is the reason you won't charge them because (a) you can't convict them under your law, or (b) there is a sense that common practice and common sense is at play in the world, and therefore there is no need to disurb that?

What are the reasons? Why have you not charged people who are, almost admittedly, now participating in active euthanasia in Canada?

Mr. Mosley: Let me say first that we are not, in the Department of Justice, directly involved in the enforcement of the criminal law in the provinces. That is the responsibility of the provincial attorneys general. Our minister has the responsibility as attorney general for the two territories, and I am not aware of any cases that have been brought to our attention in regard to those two jurisdictions.

We cannot speak for the provincial attorneys general. You may want to hear from them. There should be consultation with the people who are directly concerned with the issues of whether or not criminal liability attaches in a particular set of circumstances, such as those you have described. As far as I know, the provincial attorneys general have not been consulted with in regard to this legislation. We would be pleased to learn that's incorrect, but that's my understanding. They may have something to say about this that would be worth hearing.

The process is one which, Mr. Chairman, Mr. Wenman has suggested is the place where these matters are to be resolved. The difficulty with this is that you may not have enough time to carefully examine and study all of the issues

[*Translation*]

M. Wenman: Êtes-vous en mesure de me dire où se situe la frontière entre les deux? Êtes-vous capable de coucher tout cela par écrit, en termes jurudiques, d'une manière qui constituerait une amélioraion par rapport au texte de loi proposé?

M. Starkman: Je vais vous donner un exemple. Supposons que le médecin administre des doses massives de médicaments, très supérieures à ce qui serait nécessaire dans le cadre de soins palliatifs. Il le fait continuellement et ses patients meurent l'un après l'autre. Ses propres collègues vont s'inquiéter énormément. Ils vont se demander si ce médecin tue intentionnellement des gens ou bien si sa formation n'est tout simplement pas suffisamment solide pour lui permettre de déterminer la posologie qu'il devrait administrer dans le cadre de soins palliatifs. On a déjà vu des situations de ce genre.

Encore une fois, la loi ne s'attache pas tellement à sa compétence, mais plutôt à son intention. Il est possible qu'il soit tout simplement mal renseigné, qu'il croyait en toute bonne foi qu'il fallait administrer de telles doses massives de médicaments.

M. Wenman: Êtes-vous en train de me dire que vous et le ministère de la Justice ne pouvez pas, à notre époque, où il est généralement admis que de tels gestes sont posés, qu'il y a effectivement des médecins qui administrent de trop fortes doses, causant ainsi la mort, et que vous êtes incapables de les trouver et de porter des accusations contre eux? Ou bien la raison pour laquelle vous refusez de porter des accusations ne serait-elle pas d'abord que vous ne pourriez les faire condamner en application de la loi actuelle, ou bien parce qu'on a le sentiment que la pratique courante et le simple bon sens donnent satisfaction et qu'il n'y a donc aucun besoin d'intervenir?

Quelles sont les raisons? Pourquoi n'avez-vous pas porté d'accusations contre des gens qui, presque de leur propre aveu, se livrent actuellement à l'euthanasie active au Canada?

M. Mosley: Je précise d'abord que le ministère de la Justice n'est pas directement intéressé à l'application du droit criminel dans les provinces. Cela relève des procureurs généraux provinciaux. Notre ministre assume à titre de procureur général la responsabilité à l'égard des deux territoires et, à ma connaissance, aucun cas de ce genre ne nous a été signalé dans les deux territoires.

Nous ne pouvons pas parler au nom des procureurs généraux provinciaux. Vous voudrez peut-être les inviter à comparaître. On devrait en effet consulter les personnes qui sont directement chargées de déterminer s'il y a acte criminel dans une série de circonstances données, telles que vous les avez décrites. Autant que je sache, les procureurs généraux des provinces n'ont pas été consultés au sujet de ce projet de loi. Nous serions ravis d'apprendre que ce n'est pas exact, mais il me semble que c'est bien le cas. Ils auraient peut-être des choses valables à dire.

Monsieur le président, M. Wenman a laissé entendre que la démarche que l'on a adoptée constitue la façon indiquée de résoudre ces questions. Le problème, c'est que vous n'aurez peut-être pas le temps d'étudier de façon

[*Texte*]

that arise in the context of this subject-matter. The principles are such that many are supportive; many of the witnesses you have heard from appear to be supportive of the general principles, but perhaps not the way this bill attempts to deal with them.

There was a case in B.C. just a few weeks ago where there was an investigation conducted in relation to a physician who indicated that certain steps had been taken to relieve the suffering of his father. The news reports resulting from that inquiry suggested that the care in that particular case had been entirely consistent with common practice. I don't know if you've looked into the circumstances of that particular case, or of others of a similar nature, but there does not seem to be a problem requiring urgent enactment of the proposals in Bill C-203. There may well be a problem requiring very careful and thorough consideration of the issues that the bill attempts to address. That is, I suggest, another matter that the Minister of Justice has indicated she is concerned with and would want to examine.

• 1655

This bill might not be the appropriate vehicle for dealing with those issues. Consider the timeframe in terms of whether you can conduct the kind of comprehensive study analysis consultation that's called for. Whether you can do that is a matter of some question.

Mr. Wenman: Could you suggest recommendations to improve this bill? First of all, is this bill drafted correctly in legal terms? Would it stand up before the law?

Mr. Mosley: We don't want to be drawn into a process of trying to suggest changes to this bill without having conducted the consultations that are called for and required.

Mr. Wenman: Is there anyone in your department conducting these consultations now and investigating this area in order that you might come up with such proposals? Or is it just sitting there?

Mr. Mosley: The matter is not sitting there. The issue has come up in the context of ongoing projects. For example, in the study of the law of homicide the issue of the implications of euthanasia have been raised. We are also prepared, and have produced a document, to assist the review by the standing committee of the minister's reference on the general part. The general part study will address issues which may have to be examined before this type of proposal could go forward. These are general principles of liability for criminal conduct. The general part study is looking at rewriting our Criminal Code from a fresh perspective.

If that takes place then everything that is being done today with regard to the Criminal Code would have to be re-examined in the context of those principles. It may be a question of the cart before the horse. But I think we should be looking at the general principles of criminal liability that that process will be examining before seeing how they would apply to these particular circumstances addressed in this bill.

[*Traduction*]

approfondie toutes les questions qui se posent dans un tel contexte. Beaucoup appuient la chose en principe. Bon nombre des témoins que vous avez entendus semblent appuyer le principe général, mais pas nécessairement la façon dont on tente de s'attaquer au problème par ce projet de loi.

Il y a quelques semaines, on a fait enquête en Colombie-Britannique sur un médecin qui avait fait savoir que certaines mesures avaient été prises pour soulager les souffrances de son père. D'après les articles que l'on a pu lire sur les résultats de cette enquête, les soins qui avaient été donnés dans ce cas précis étaient entièrement conformes à la pratique courante. Je ne sais pas si vous avez étudié le dossier de cette affaire ou d'autres affaires du même genre, mais il ne semble pas s'agir d'un problème qui exige de toute urgence que l'on mette en place les propositions du projet de loi C-203. Il se peut qu'il existe un problème exigeant une étude attentive et approfondie des questions qui se posent et auxquelles le projet de loi tente de répondre. Je crois que la ministre de la Justice a fait savoir qu'il s'agit-là d'une question qui la préoccupe et sur laquelle elle entend se pencher.

Ce projet de loi ne constitue peut-être pas l'outil qui convient en l'occurence. Songez par exemple au temps dont vous disposez pour faire ce qu'il faut faire en termes d'études approfondies, d'analyses et de consultations. On peut se demander s'il vous est possible de le faire.

M. Wenman: Avez-vous des recommandations à faire en vue d'améliorer le projet de loi? Premièrement, le libellé en est-il acceptable sur le plan juridique? Donnerait-il satisfaction une fois mis à l'épreuve?

M. Mosley: Nous ne voulons pas nous laisser entraîner à proposer des modifications à ce projet de loi sans avoir tenu les consultations qui s'imposent.

M. Wenman: Y a-t-il quelqu'un dans votre ministère qui s'occupe actuellement de tenir ces consultations et qui fait enquête dans ce domaine afin que vous puissiez aboutir à des propositions quelconques? Ou le dossier est-il laissé en plan?

M. Mosley: Le dossier n'est absolument pas laissé en plan. La question s'est posée dans le contexte de projets en cours. Par exemple, au cours de l'étude de la législation sur l'homicide, on a soulevé la question des répercussions de l'euthanasie. Nous étions également prêts à contribuer à l'étude entreprise par le comité permanent dans le cadre du mandat qui lui a été confié par la ministre sur la partie générale et nous avons d'ailleurs produit un document à cette fin. Cette étude générale portera sur des questions qu'il faudra peut-être examiner avant d'en arriver à ce genre de proposition. En droit criminel, il y a des principes généraux qui s'appliquent pour déterminer si une personne est passible ou non de poursuites. Dans le cadre de cette étude générale, on envisage de remettre en chantier l'ensemble de notre Code criminel.

Dans une telle éventualité, tout ce qui se fait de nos jours en rapport avec le Code criminel devrait être réexaminé dans le contexte de ces principes. Peut-être a-t-on mis la charrue avant les boeufs. Quoi qu'il en soit, j'estime qu'il faut se pencher sur les principes généraux de responsabilité criminelle avant de voir comment ils pourraient s'appliquer aux circonstances particulières dont il est question dans ce projet de loi.

[*Text*]

Mr. Wenman: Of course, if you take that argument to its full extent, then you would say don't make any changes to the criminal law because we're going to revise the whole thing some time. Now, if you're going to do a whole revision of the criminal law, you tell me how many people are going to put up with how much suffering for how long before you get around to that process. So why not, through this bill or a similar bill, at least express an intention so you can give comfort to a physician that will allow him to use his judgment?

In fact, shouldn't this palliative care, which involves giving care to terminally ill people, be more of a provincial jurisdiction than a criminal matter? Shouldn't this be a palliative care matter handled by the province?

Mr. Mosley: I think that's an important question because it raises the interplay between federal and provincial jurisdiction. Certainly health is a matter for provincial jurisdiction. The provinces should be looking at whether their legislation would support the issue of consent for incompetent persons. I don't think we know whether it's adequate to do this, whether we're going to have a patchwork of 12 jurisdictions with different statutes in place dealing with substituted consent.

There is also a question of matters which are properly within the criminal law; for instance, criminal liability. The question regarding the principles that determine whether someone is liable for criminal conduct should the federal Parliament vacate the field to a certain extent and allow the provinces to step in and set out the standards is very interesting. It does not seem to have been addressed. It would bear study over a longer timeframe.

• 1700

Mr. Wenman: It currently is occupied because it is common practice. Because common practice is there, this is in itself a form of law. Again, those are political decisions about the distribution of the law. I guess it would be better to ask those of the government or of those officials.

Mr. Mosley: It is a constitutional question, if anything.

Mr. Wenman: I appreciate your discussion here. Do you have any studies, information or material you could provide to the committee on this subject that contains preliminary ideas or concepts relating to this you may want to lodge with us? Is there something sitting there? Is some background being prepared for next year, when you may come in with the same piece of legislation, something similar, or some version thereof?

Mr. Mosley: We have nothing we could provide to the committee that would be of assistance in this matter.

[*Translation*]

M. Wenman: Bien sûr, si vous appliquez votre raisonnement jusqu'au bout, vous direz qu'il ne faut apporter le moindre changement au droit criminel puisque de toute façon nous allons refondre l'ensemble de l'ouvrage. Maintenant, si vous vous lancez dans une refonte globale du droit criminel, dites-moi donc une chose: Combien de personnes devront endurer combien de souffrances et pendant combien de temps avant que vous accouchiez de votre refonte? Dans ces conditions, pourquoi ne pas au moins exprimer l'intention du législateur, au moyen de ce projet de loi ou d'un texte du même genre, afin de rassurer le médecin et de lui permettre d'utiliser son jugement?

En fait, toute cette question des soins palliatifs, des soins que l'on dispense aux malades en phase terminale, ne devrait-elle pas relever plutôt des autorités provinciales que du droit criminel? Ne devrait-on pas s'en remettre aux provinces pour prendre les décisions dans le domaine des soins palliatifs?

M. Mosley: Cela me semble une importante question parce qu'elle soulève le chevauchement des compétences fédérales et provinciales. Assurément, la santé est de compétence provinciale. Les provinces devraient se demander si leur législation est satisfaisante en ce qui concerne le consentement donné au nom de personnes inhabiles. Je ne pense pas que nous sachions à coup sûr si c'est satisfaisant, si nous n'aboutirons pas à un ensemble disparate de 12 jurisdictions ayant des lois différentes en ce qui concerne le consentement par procuration.

Il y a également des questions qui relèvent à n'en pas douter du droit criminel, par exemple la responsabilité criminelle. Voici une question très intéressante: qu'adviendrait-il des principes servant à déterminer si une personne est passible de poursuite criminelle, advenant que le Parlement fédéral se retire de ce domaine dans une certaine mesure et permette aux provinces de combler le vide et d'énoncer les critères en la matière? Personne ne semble ne s'être penché sur cette question. Il vaudrait la peine de l'étudier à long terme.

M. Wenman: Le terrain est déjà occupé puisque c'est de pratique courante. Cette pratique courant constitue en elle-même une forme de droit. Encore une fois, ce sont des décisions politiques qu'il convient de prendre quant à la responsabilité de l'application de la loi. Je suppose qu'il vaudrait mieux poser la question aux responsables du gouvernement ou du ministère.

M. Mosley: C'est une question constitutionnelle.

M. Wenman: Je comprends vos arguments. Avez-vous des études, de l'information ou de la documentation que vous pourriez fournir au comité sur cette question et dans lesquelles on trouverait des idées ou des notions préliminaires dont vous voudriez nous faire part à ce sujet? Existe-t-il quelque chose? Prépare-t-on actuellement des documents pour l'année prochaine, lorsque vous vous retrouverez peut-être devant le même texte de loi ou une autre mouture du même genre?

M. Mosley: Nous n'avons rien à offrir au comité qui pourrait lui être utile en cette matière.

[*Texte*]

The Chairman: Gentlemen, I would like to thank you very much for your presentation. Thank you, Mr. Wenman, for carrying the questioning on for quite a while. I think you have given us as strong a presentation, in asking us to hesitate or withdraw, as you can without coming up and saying that is your conclusion.

I guess the committee has to wrestle with the information you have given us and decide whether we have the time and the resources to carry on the major study or not. Mr. Wenman, I guess, has the opportunity to convince us whether or not it is necessary.

I do thank you very much. I know Bob could carry on all night, if we let him. Thank you very much. I appreciate it.

The next meeting of this committee is scheduled for November 19 in room 209 at 3.30 p.m.

The meeting is adjourned.

[*Traduction*]

Le président: Messieurs, je vous remercie beaucoup pour votre présentation. Merci, monsieur Wenman, de vous être chargé de l'interrogatoire pendant un bon bout de temps. Je pense que, sans le dire clairement, vous nous avez fait comprendre que vous préféreriez que nous nous retirerions.

Je suppose que le comité doit maintenant se pencher sur l'information que vous nous avez communiquée et décider si nous disposons du temps et des ressources voulus pour entreprendre une étude d'envergure. Je suppose qu'il incombe à M. Wenman de nous convaincre dans un sens ou dans l'autre.

Je vous remercie beaucoup. Je sais que Bob pourrait continuer toute la nuit, si nous le laissions faire. Merci beaucoup.

La prochaine séance du comité aura lieu le 19 novembre, à la salle 209, à 15h30.

La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid / Port payé
Lettermail / Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Right to Die Society of Canada:

Mr. John Hofsess, Executive Director;

Dr. Scott Wallace, Medical Consultant.

From the Department of Justice:

Richard G. Mosley, Senior General Counsel, Criminal and Family Law Policy;

Bernard Starkman, Senior Counsel, Family Law Policy.

TÉMOINS

De Right to Die Society of Canada:

John Hofsess, directeur exécutif;

Dr Scott Wallace, expert-conseil médical.

Du ministère de la Justice:

Richard G. Mosley, avocat général principal, Politique en matière de droit pénal et familial;

Bernard Starkman, avocat principal, Politique du droit familial.

Available from Canada Communication Group – Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada – Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 5

Tuesday, November 19, 1991

Chairman: Gilbert Parent

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 5

Le mardi 19 novembre 1991

Président: Gilbert Parent

Minutes of Proceedings and Evidence of Legislative Committee H on

BILL C-203

An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)

Procès-verbaux et témoignages du Comité législatif H sur le

PROJET DE LOI C-203

Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)

RESPECTING:

Order of Reference

CONCERNANT:

Ordre de renvoi

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament, 1991

Troisième session de la trente-quatrième législature, 1991

LEGISLATIVE COMMITTEE H ON BILL C-203

Chairman: Gilbert Parent

Members

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Bill Farrell

Clerk of the Committee

COMITÉ LÉGISLATIF H SUR LE PROJET DE LOI C-203

Président: Gilbert Parent

Membres

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Bill Farrell

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, NOVEMBER 19, 1991
(6)

[*Text*]

Legislative Committee H on Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons), met at 3:35 o'clock p.m. this day, in Room 209, West Block.

Members of the Committee present: Doug Fee and Bob Kilger.

Acting Members present: Don Boudria for Fred Mifflin; Robert Wenman for Ross Stevenson and Stanley Wilbee for Jim Hawkes.

In attendance: From the Library of Parliament: Susan Alter, Research Officer.

Gilbert Parent announced his appointment as Chairman of the Committee pursuant to Standing Order 113(2).

Witnesses: From the Christian Brethren: Don Logan and Don Hartwick. *From the University of Victoria:* Eike-Henner Kluge. *From the Elisabeth-Bruyère Health Centre — Palliative Care Unit:* Dr. John Scott.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, September 24, 1991, relating to Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)(*See Minutes of Proceedings and Evidence of Monday, September 30, 1991, Issue No. 1*).

On motion of Don Boudria, it was agreed,—That the speech made in Ottawa on Monday, November 18, by Professor Rita Marker be printed as an appendix to this day's *Minutes of Proceedings and Evidence*.

Don Hartwick and Don Logan both made opening statements and answered questions.

By unanimous consent, it was agreed,—That the brief by Eike-Henner Kluge be taken as read into the record.

Eike-Henner Kluge made an opening statement and answered questions.

Dr. John Scott made an opening statement and answered questions.

The Chairman informed the Committee, that the speech by Professor Rita Marker, will not be appended until the next meeting.

On motion of Robert Wenman, it was agreed,—That reasonable travelling and living expenses be paid to Yvon Bureau, representative from Fondation Responsable Jusqu'à la Fin, who appeared before the Committee on Thursday, October 31, 1991.

On motion of Stanley Wilbee, it was agreed,—That reasonable travelling and living expenses be paid to John Hofsess, representative from the Right to Die Society of Canada, who appeared before the Committee on Thursday, November 7, 1991.

On motion of Doug Fee, it was agreed,—That reasonable travelling and living expenses be paid to Scott Wallace, representative from the Right to Die Society of Canada, who appeared before the Committee on Thursday, November 7, 1991.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 19 NOVEMBRE 1991
(6)

[*Traduction*]

Le Comité législatif H sur le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), se réunit à 15 h 35, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest.

Membres du Comité présents: Doug Fee et Bob Kilger.

Membres suppléants présents: Don Boudria remplace Fred Miflin; Robert Wenman remplace Ross Stevenson; et Stanley Wilbee remplace Jim Hawkes.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Susan Alter, attachée de recherche.

Gilbert Parent annonce sa nomination en qualité de président du Comité, conformément au paragrpahe 113(2) du Règlement.

Témoins: Des Christian Brethren: Don Logan et Don Hartwick. *De l'Université Victoria:* Eike-Henner Kluge. *Du Centre de santé Élisabeth-Bruyère — Unité régionale de soins palliatifs:* Dr John Scott.

Conformément à son ordre de renvoi du mardi 24 septembre 1991, le Comité reprend l'étude du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), (*voir les Procès-verbaux et témoignages du lundi 30 septembre 1991, fascicule no 1*).

Sur motion de Don Boudria, il est convenu,—Que le discours prononcé à Ottawa, le lundi 18 novembre, par le Pr Rita Marker, figure en annexe au compte rendu d'aujourd'hui.

Don Hartwick et Don Logan font des exposés et répondent aux questions.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le mémoire de Eike-Henner Kluge soit tenu pour lu et consigné tel quel.

Eike-Henner Kluge fait un exposé et répond aux questions.

Le Dr John Scott fait un exposé et répond aux questions.

Le président informe le Comité que le discours de Rita Marker sera imprimé en appendice au compte rendu de la prochaine réunion.

Sur motion de Robert Wenman, il est convenu,—Que des frais raisonnables de déplacement et de séjour soient remboursés à Yvon Bureau, de la Fondation Responsable jusqu'à la fin, qui a témoigné le jeudi 31 octobre 1991.

Sur motion de Stanley Wilbee, il est convenu,—Que des frais raisonnables de déplacement et de séjour soient remboursés à John Hofsess, de Right to Die Society of Canada, qui a témoigné le jeudi 7 novembre 1991.

Sur motion de Doug Fee, il est convenu,—Que des frais raisonnables de déplacement et de séjour soient remboursés à Scott Wallace, de Right to Die Society of Canada, qui a témoigné le jeudi 7 novembre 1991.

On motion of Robert Wenman, it was agreed,—That the letter from the Library of Parliament to Robert Wenman be printed as an appendix to this day's *Minutes of Proceedings and Evidence*. (*See Appendix "C-203/1"*).

At 5.35 o'clock p.m. it was agreed,—That the Committee adjourn to the call of the Chair.

Bill Farrell

Clerk of the Committee

Sur motion de Robert Wenman, il est convenu,—Que la lettre de la Bibliothèque du Parlement adressée à Robert Wenman, figure en annexe aux *Procès-verbaux et témoignages* d'aujourd'hui (*voir Appendice «C-203/1»*).

À 17 h 35, il est convenu,—Que le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Bill Farrell

[*Texte*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Tuesday, November 19, 1991

• 1535

The Chairman: Colleagues, we will continue the hearing of witnesses on Bill C-203.

Mr. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): I have a point of order, Mr. Chairman. This is perhaps a little unusual. I understand we have in the room Professor Rita Marker, who is a known international expert on euthanasia. She presented a discourse here in Ottawa last night. I wanted to ask if there would be unanimous consent of the committee to have Professor Marker table a document, which we could append to our minutes in lieu of listening to testimony from her.

Ideally, I would ask if we could have every witness back up half an hour and have her testify right now. I don't suppose I would stand much of a chance in getting unanimous consent for that proposition, even though it would be my first option. Mr. Chairman, if you were to seek that consent and if colleagues would be willing to grant it, I think our work could be enriched immensely if we had the benefit of receiving formally the information from this well-known international expert.

The Chairman: I see five members of the committee. This is not a point of order at this point. It would probably be a motion to have this information distributed at this point.

Mr. Boudria: I move that this information be appended to the *Minutes of Proceedings and Evidence* of our committee.

Mr. Fee (Red Deer): I second the motion.

Mr. Wenman (Fraser Valley West): Could I hear a little bit about it first?

Mr. Boudria: For Mr. Wenman's information, Professor Rita Marker presented last night a discourse here in Ottawa. She is an international expert on euthanasia. Some of us might even have seen her early this morning or late last night on national television. She would be prepared to file a report with this committee, if we would accept to have it as part of our minutes. I think we would gain immensely by it.

The other alternative would be to ask every witness to back up half an hour and listen to her right now. She is leaving Ottawa at four to go back to the airport to go back to the United States.

The Chairman: That is not part of the motion.

Mr. Boudria: No, even though it is my favourite option.

Mr. Wenman: The committee of course wants to gather all information it can from anywhere, so I would always support the tabling of that or other information that we can receive. I would have no objection to that and I am sorry that we didn't know sooner.

[*Traduction*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le mardi 19 novembre 1991

Le président: Chers collègues, nous poursuivons l'audition de témoins au sujet du projet de loi C-203.

M. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): J'invoque le Règlement, monsieur le président. Ma demande est peut-être un peu inhabituelle. Je crois savoir que le professeur Rita Marker, spécialiste de l'euthanasie de renommée internationale est parmi nous. Elle a prononcé un discours ici, à Ottawa, hier soir. Serait-il possible d'obtenir le consentement unanime du comité afin que le professeur Marker puisse déposer un document, que nous pourrions annexer à notre procès-verbal au lieu d'entendre son témoignage?

Idéalement, je demanderais que l'on décale tous les témoins d'une demi-heure pour nous permettre d'entendre le professeur Marker sur-le-champ. Je ne crois pas avoir bien des chances d'obtenir le consentement unanime sur cette proposition, même si elle serait mon premier choix. Monsieur le président, si vous demandiez ce consentement et si nos collègues étaient disposés à l'accorder, je pense que nos travaux seraient extrêmement enrichis, parce que nous pourrions entendre officiellement cette experte de réputation internationale.

Le président: Je vois cinq membres du comité présents. Votre intervention n'est pas vraiment un rappel au Règlement. Il faudrait plutôt une motion afin de faire distribuer ce document.

M. Boudria: Je propose que ce document soit annexé aux *Procès-verbaux et témoignages* de notre comité.

M. Fee (Red Deer): J'appuie la motion.

M. Wenman (Fraser Valley-Ouest): Puis-je savoir d'abord de quoi il s'agit?

M. Boudria: À titre d'information, à l'intention de M. Wenman, le professeur Rita Marker a prononcé hier soir un discours ici à Ottawa. Elle est une experte internationale de l'euthanasie. Certains d'entre nous l'ont peut-être même vue à la télévision nationale ce matin ou tard hier soir. Elle serait disposée à déposer un rapport au comité, si nous acceptons de l'inclure dans notre procès-verbal. Je pense que nous en tirerions un immense profit.

L'autre solution consisterait à demander à tous les témoins de décaler leur témoignage d'une demi-heure afin de pouvoir l'entendre maintenant. Elle quitte Ottawa à 16 heures pour se rendre à l'aéroport et rentrer aux États-Unis.

Le président: Cela ne fait pas partie de la motion.

M. Boudria: Non, bien que ce soit ma solution préférée.

M. Wenman: Le comité veut, bien sûr, obtenir toute l'information possible et de toutes les sources. Je serai donc toujours d'accord pour qu'on dépose ce document ou toute autre information que nous pourrons obtenir. Je n'y ai aucune objection et je suis désolé que nous n'en ayons pas entendu parler plus tôt.

[*Text*]

Mr. Boudria: Neither did I.

Mr. Wenman: I think one of the things we have to look at, Mr. Chairman, sometime perhaps at the end of the meeting today, is how many more witnesses will we receive, how much more information will we seek, and at what point will we move into consideration of the bill itself. I think that just points that out, and I just say that at this moment.

I have some material that I would like to table too, but I can perhaps do that later in the meeting when we get down to the business.

The Chairman: I want to deal with this motion, but technically speaking I am not your chairman yet. I am not your chairman until I to read into the record that I am your chairman.

• 1540

This is a letter addressed to me by the Speaker, John Fraser.

Dear Colleague:

Pursuant to Standing Order 113 this is to confirm your appointment as Chairman of Legislative Committee H on Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons).

I'm here in replacement of Mr. Blackburn. With that officially on the record and there being no motions to impeach me, we will move on to the business at hand.

I understand there is a motion from Mr. Boudria, seconded by Mr. Fee, that we accept a paper from Professor Rita Marker.

Motion agreed to

The Chairman: The clerk is instructed to enter this into the *Minutes of Proceedings and Evidence.*

Mr. Wenman mentioned that we might want to get together after the meeting to have discussions as to the number of witnesses and the length of time this committee wants to sit.

With your agreement I will now call our first witnesses, Mr. Don Logan and Mr. Don Hardwick of the Christian Brethren. Wecome to our committee on Bill C-203. You will have 30 minutes in which to make your presentation and answer any questions. I suggest that you keep your presentation to about 15 minutes or so, which will allow Members of Parliament to put questions to you. We're ready to hear your testimony.

Mr. Don Logan (Christian Brethren): Mr. Chairman, we will both speak but Mr. Hardwick will make the introduction, if that's acceptable.

Mr. Don Hardwick (Christian Brethren): Mr. Chairman, would it be possible to pass out copies of this for the members?

The Chairman: Yes, please do. The brief is in only one language, so we need permission from the committee to accept it. It is understood that it will be translated into the other official language as soon as possible. Are we agreed?

[*Translation*]

M. Boudria: Moi aussi.

M. Wenman: Je pense, monsieur le président, qu'il faudra déterminer, peut-être après notre séance d'aujourd'hui, combien d'autres témoins nous entendrons, l'ampleur de l'information que nous chercherons et à quel moment nous passerons à l'étude du projet de loi proprement dit. Il me semble que la situation actuelle fait ressortir clairement cette nécessité. Je m'en tiendrai à cela pour le moment.

Je voudrais, moi aussi, déposer certains documents, mais je pourrai peut-être le faire plus tard, au cours de notre réunion, quand nous en entrerons dans le vif du sujet.

Le président: Je veux obtenir une décision sur cette motion, mais techniquement, je ne suis pas encore votre président. Je ne le suis pas tant que je n'ai pas donné lecture officielle de la lettre de nomination.

Voici une lettre qui m'a été adressée par le Président de la Chambre, M. John Fraser.

Cher collègue,

Conformément à l'article 113 du Règlement, je confirme par la présente votre nomination à la présidence du Comité législatif H sur le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale).

Je remplace M. Blackburn. Cela étant dit officiellement, et puisque aucune motion ne conteste la nomination, nous pouvons maintenant passer à l'ordre du jour.

Je crois savoir qu'il y a une motion de M. Boudria, appuyée par M. Fee, pour que nous acceptions un document du professeur Rita Marker.

La motion est adoptée

Le président: Nous demandons au greffier d'inclure ce document dans les *Procès-verbaux et témoignages.*

M. Wenman a indiqué que nous pourrions nous réunir après la séance pour discuter du nombre de témoins et de la durée de nos travaux.

Avec votre accord, je donnerai la parole à nos premiers témoins, MM. Don Logan et Don Hardwick, des Christian Brethren. Bienvenue à notre comité sur le projet de loi C-203. Vous avez 30 minutes pour présenter votre exposé et répondre à nos questions. Je vous suggère de vous en tenir à une déclaration de 15 minutes environ, pour que les députés puissent ensuite vous poser des questions. Nous sommes prêts à entendre votre témoignage.

M. Don Logan (Christian Brethren): Monsieur le président, nous prendrons la parole tous les deux, mais M. Hardwick se chargera de l'entrée en matière, si vous le permettez.

M. Don Hardwick (Christian Brethren): Monsieur le président, serait-il possible de distribuer des exemplaires de ce document aux membres du comité?

Le président: Je vous en prie. Le mémoire étant unilingue, il nous faut la permission du comité pour l'accepter. Ce document sera traduit dans l'autre langue officielle dès que possible. D'accord?

[*Texte*]

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: Yes, please do that.

Mr. Hardwick: Mr. Chairman and members of the committee, it is a privilege to address this committee on such an important issue as Bill C-203. Mr. Logan and I are here this afternoon to speak on behalf of a universal fellowship of believers in our Lord Jesus Christ. We strive to live a life in accord with the holy scriptures—God's inspired word. The Lord himself said "man shall not live by bread alone, but by every word which goes out through God's mouth". I would like to make it very clear that my every breath is in God's hands. It's only by his grace that I'm here today to speak to this committee. A young man who was used by God in the scriptures—he helped Job—said "the Spirit of God hath made me, and the breath of the Almighty hath given me life".

I speak here this afternoon as one who fears God, and he is to be feared. How often may I ask have God's rights been referred to by persons who propose or support this Bill C-203, an act to amend the Criminal Code for terminally ill persons? Romans 2, verses 28-32 speak of those who thought it not good to have God in their knowledge.

Canada is a Christian country where the supremacy of God should be recognized. I believe there is a prayer breakfast that is provided for members of this House. I know some who faithfully attend this. We as believers pray in our local prayer meeting weekly, and daily in our homes, for the government of our country—right down to this very committee meeting today.

The issue at stake is a moral one, and I would appeal to the members of this committee to weigh over very carefully the presentation being made tonight by Don Logan. The act, if amended, would only open a way for godless men and women to interfere with God-given life. No one likes to suffer, but we must remember that man's extremity is God's opportunity.

• 1545

We have been called to go a suffering way, and Psalm 119, verse 67, in fact says "before I was afflicted I went astray, but now I keep thy word". I trust these few words would open your ears to take in the following presentation. It is the responsibility of this committee to recommend that this bill be rejected in its entirety. I thank you.

The Chairman: Thank you, Mr. Hardwick. We will hear from Mr. Logan.

Mr. Logan: As Don said, we're part of a world-wide community known as Christian Brethren. We're not all that numerous anywhere, but we are spread pretty well over the free world. Basically, we seek to go by the Bible in all details. I expect we'd be called fundamentalists. I don't mind the name.

[*Traduction*]

Des voix: D'accord.

Le président: Allez-y.

M. Hardwick: Monsieur le président, membres du comité, c'est un privilège pour nous de pouvoir exposer au comité notre point de vue sur une question aussi importante que le projet de loi C-203. M. Logan et moi-même prenons la parole ici cet après-midi au nom de la fraternité universelle des croyants en Notre Seigneur Jésus-Christ. Nous essayons de vivre notre vie en accord avec les Saintes Écritures—avec la parole de Dieu. Le Seigneur lui-même a dit: «L'homme ne doit pas vivre de pain seulement, mais de chaque parole qui sort de la bouche de Dieu». Je veux que vous sachiez clairement que ma vie est entre les mains de Dieu. Ce n'est que par sa grâce que je suis ici pour prendre la parole devant le comité. Un jeune homme dont Dieu s'est servi dans les Saintes Écritures—celui qui a aidé Job—a dit: «C'est le souffle de Dieu qui m'a fait, l'haleine du Tout-puissant qui m'anime».

Je prends la parole ici cet après-midi comme quelqu'un qui craint Dieu, car il faut craindre Dieu. Combien de fois, je vous le demande, les personnes qui appuient ce projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), ont-elles invoqué les droits de Dieu? Les versets 28 à 32 du chapitre 2 de l'épître aux Romains parlent de ceux qui n'ont pas jugé bon de garder la connaissance de Dieu.

Le Canada est un pays chrétien, où la suprématie de Dieu devrait être reconnue. Je pense que des déjeuners de prière sont organisés par la Chambre à l'intention des députés. Je sais que certains d'entre vous y assistent assidûment. En tant que croyants, nous prions toutes les semaines dans nos assemblées de prière locale, et tous les jours à la maison, pour le gouvernement de notre pays—pour tous ses aspects y compris la séance du comité d'aujourd'hui.

L'enjeu est moral, et j'exhorte les membres du comité à peser avec beaucoup de soin la déclaration de Don Logan, ce soir. Si elle est modifiée, la Loi permettrait à des hommes et des femmes impies d'intervenir sur le cours de la vie qui nous vient de Dieu. Personne n'aime souffrir, mais nous devons nous rappeler que l'agonie de l'Homme est l'occasion de Dieu.

Nous sommes appelés à mourir dans la souffrance. Le verset 67 du psaume 119 dit: «Avant d'être affligé je m'égarais, maintenant j'observe ta promesse». J'espère que ces quelques mots vous porteront à tendre l'oreille pour entendre notre exposé. Il incombe au comité de recommander que ce projet de loi soit rejeté en entier. Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur Hardwick. Nous entendrons maintenant M. Logan.

M. Logan: Comme l'a indiqué Don, nous faisons partie d'une communauté internationale appelée Christian Brethren. Nous ne sommes pas très nombreux, mais il y a des nôtres partout dans le monde libre. Essentiellement, nous essayons de vivre la Bible dans tous ses détails. Je suppose qu'on pourrait nous appeler des fondamentalistes. Cet épithète ne me gêne pas.

[*Text*]

The invitation to appear before your committee is especially appreciated because our convictions on this subject are very deeply based. We want to express them as energetically as we can at this juncture. We'll do our best to make them pertinent and useful.

The respect for life as given of God is primary in our beliefs. I'm going to read quite a few scriptures here. In fact, I would consider the scriptures the main part of what I have to say. They carry more weight than I could possibly carry by myself. So I trust I'll have your indulgence to read them.

Acts 17, verses 24 and 25 refers to the "God that made the world and all things therein. . .giveth to all life, and breath, and all things". Genesis 2, verse 7, says "And the Lord God formed man of the dust of the ground, and breathed into his nostrils the breath of life; and man became a living soul".

Human life has extraordinary value. I don't suppose anybody here would deny there is a quality about human life that is different from any other kind of life.

I believe God has supreme rights over all men including, specifically, their bodies whether living, dying, or in death. Romans 14, verses 7 to 9 says:

> For none of us liveth to himself, and no man dieth to himself. For whether we live, we live unto the Lord; and whether we die, we die unto the Lord: whether we live therefor, or die, we are the Lord's. For to this end Christ both died, and rose, and revived, that he might be Lord both of the dead and living.

First Samuel 2, verse 6 says "The Lord killeth, and maketh alive: He bringeth down to the grave, and bringeth up".

Psalm 48, verse 14, says "For this God is our God forever and ever: He will be our Guide even unto death".

We care tenderly for the sick and use all the means available to relieve pain. We have no compunction about that. At the same time, we relate all sickness to God himself. Illness may be temporary, it might be terminal, and God can come in on his mercy and change the course of a sickness.

Second Kings 13, verses 14 and 20, say "Now Elisha was fallen sick of his sickness whereof he died". . ."And Elisha died and they buried him". Isaiah 38, verse 1 refers to Hezekiah and says:

> In those days was Hezekiah sick unto death. And Isaiah the prophet the son of Amoz came unto him, and said unto him, Thus saith the Lord, Set thine house in order: for thou shalt die, and not live.

The very next section in that chapter shows a change when it says:

> Thus saith the Lord, the God of David thy father, I have heard thy prayer, I've seen thy tears: behold, I will add unto thy days fifteen years.

[*Translation*]

Nous vous savons tout particulièrement gré de nous avoir invités à comparaître devant votre comité parce que nos convictions sur la question sont très profondes. Nous voulons les exprimer aussi énergiquement que possible ici. Nous essaierons de le faire de manière pertinente et utile.

Le respect de la vie que Dieu nous a donnée est pour nous une croyance fondamentale. Je vous lirai quelques extraits de la Bible. De fait, c'est de la Bible que sont tirés presque tous mes propos. La Bible a plus de poids que tout ce que je pourrais dire moi-même. J'espère que vous aurez l'indulgence de me laisser en lire des passages.

Les versets 24 et 25 du chapitre 17 des Actes des apôtres font allusion à «Dieu qui a fait le monde et tout ce qui s'y trouve. . . lui qui donne à tous vie, souffle et toutes choses». Le verset 7 du chapitre 2 de la Genèse dit: «Alors Yahvé Dieu modela l'homme avec la glaise du sol, il insuffla dans ses narines une haleine de vie et l'homme devint un être vivant».

La vie humaine a une valeur extraordinaire. Personne ici, je crois, ne niera que la vie humaine possède une qualité qui la distingue des autres formes de vie.

Je crois que Dieu a des droits suprêmes sur tous les hommes, y compris sur leur corps, qu'ils soient vivants, à l'agonie ou décédés. Les versets 7 à 9 du chapitre 14 de l'épître aux Romains enseignent:

> En effet, nul d'entre nous ne vit pour soi-même, comme nul ne meurt pour soi-même; si nous vivons, nous vivons pour le Seigneur, et si nous mourons, nous mourons pour le Seigneur. Donc, dans la vie comme dans la mort, nous appartenons au Seigneur. Car le Christ est mort et revenu à la vie pour être le Seigneur des morts et des vivants.

Verset 6 du chapitre 2 du Premier livre de Samuel: «C'est Yahvé qui fait mourir et vivre, qui fait descendre dans la tombe et en remonter.»

Verset 14 du psaume 48: «Lui est Dieu, notre Dieu aux siècles des siècles, lui, il nous conduit dans la mort».

Nous prenons soin tendrement des malades et recourons à tous les moyens à notre disposition pour soulager la douleur. Nous n'avons aucun remord de conscience à ce sujet. Mais en même temps, nous relions toute maladie à Dieu lui-même. La maladie est peut-être temporaire, peut-être fatale et dans sa bonté, Dieu peut venir changer le cours d'une maladie.

Les versets 14 et 20 du chapitre 13 du Deuxième livre des Rois relatent: «Quand Élisée fut frappé de la maladie dont il allait mourir. . . Elisée mourut et on l'enterra». Le verset 1 du chapitre 38 d'Isaïe parle d'Ézéchias et dit:

> En ces jours-là, Ézéchias fut atteint d'une maladie mortelle. Le prophète Isaïe, fils d'Amos, vint lui dire: «Ainsi parle Yahvé. Mets ordre dans ta maison, car tu vas mourir, tu ne vivras plus.»

La section suivante de ce chapitre montre un changement quand elle dit:

> Ainsi parle Yahvé, Dieu de ton ancêtre David. J'ai entendu ta prière, j'ai vu tes larmes. . . J'ajouterai quinze années à ta vie.

[*Texte*]

Daniel 5, verse 23, says "the God in Whose hand thy breath is, and Whose are all thy ways". It is exceedingly important to us that these things are in God's hands.

Philippians 2, verse 27, states "For indeed he was sick nigh unto death: but God had mercy on him". We look for God's intervention from time to time if it's His will to do so.

We don't deprecate suffering, which we regard as one of the means God uses to reach his ends.

One of the things that has characterized a lot of the presentations to this committee is that suffering must be avoided at all costs. Suffering needs to be ameliorated. There's no way I want to see anybody suffer. Suffering in itself is not necessarily without great value. The whole history of this world gives instances of how suffering has borne positive results. You would have things in your own memory that would prove that. Christ's suffering, pre-eminently, suffering of men and women, suffering, for example, the Apostle Paul. You could even come down to suffering of men and women in the wars. Suffering in itself is not to be despised.

• 1550

I Peter 4, verse 19, says

Wherefore let them that suffer according to the will of God commit the keeping of their souls to Him in well doing, as unto a faithful Creator.

God knows, and he measures suffering. He doesn't give us more than we can bear.

It is self-evident to faith that God's rights and death are absolute. He has placed the authority of government and man to terminate human life only in the connection of capital punishment. Otherwise, it's God's matter always to determine the day and time of death.

Genesis 9, verse 6:

Who so sheddeth man's blood, by man shall his blood be shed: for in the image of God made He man.

Psalm 23: verse 4, a very comforting psalm, so well known:

Yea, though I walk through the valley of the shadow of death, I will fear no evil: for Thou art with me.

What a comfort, what a comfort in the presence of suffering.

Psalm 68, verse 20:

He that is our God is the God of salvation; and unto God the Lord belong the issues from death.

Psalm 116, verse 15:

Precious in the sight of the Lord is the death of his saints.

Ecclesiastes 3: verses 1, 2 and 14, another well-known scripture:

[*Traduction*]

Le verset 23 du chapitre 5 de Daniel parle du: «Dieu qui tient ton souffle entre ses mains et de qui relèvent toutes tes voies». Il est extrêmement important pour nous que ces questions demeurent entre les mains de Dieu.

Verset 27 du chapitre 2 de l'épître aux Philippiens: «C'est vrai qu'il a été malade, et bien près de la mort; mais Dieu a eu pitié de lui». Nous espérons l'intervention de Dieu de temps à autre, si c'est sa volonté.

Nous ne rabaissons pas la souffrance, que nous considérons comme un des moyens auxquels Dieu a recours pour arriver à ses fins.

L'une des remarques qui a caractérisé un grand nombre des témoignages à votre comité est qu'il faut éviter la souffrance à tout prix. La souffrance doit être soulagée. Je ne veux certainement pas voir les gens souffrir. La souffrance en soi n'est pas nécessairement sans grande valeur. L'histoire du monde a démontré que la souffrance peut entraîner des résultats positifs. Vous pouvez certinement vous rappeler des souvenirs qui le confirment. La souffrance du Christ, par-dessus tout, la souffrance des hommes et des femmes, la souffrance de l'apôtre Paul, par exemple. On pourrait même songer à la souffrance des hommes et des femmes pendant les guerres. Il ne faut pas mépriser la souffrance en soi.

Le verset 19 du chapitre 4 du Premier épître de saint Pierre dit:

Ainsi, que ceux qui souffrent selon le vouloir divin remettent leurs âmes au Créateur fidèle, en faisant le bien.

Dieu sait tout, et il mesure la souffrance. Il ne nous impose pas un fardeau plus lourd que celui que nous pouvons porter.

Il va de soi, pour les croyants, que les droits de Dieu sur la mort sont absolus. Il a donné au gouvernement et à l'homme le pouvoir de mettre fin à une vie humaine uniquement dans le contexte de la peine capitale. Dans tous les autres cas, il incombe toujours à dieu de déterminer le jour et l'heure de la mort.

Le verset 6 du chapitre 9 de la Genèse dit:

Qui verse le sang de l'homme, par l'homme aura son sang versé. Car à l'image de Dieu l'homme a été fait.

Le verset 4 du psaume 23, un psaume qui apporte un grand réconfort et est bien connu dit:

Passerais-je un ravin de ténèbre, je ne crains aucun mal; près de moi ton bâton, ta houlette sont là qui me consolent.

Quel réconfort face à la souffrance!

Verset 20 du psaume 68:

Béni soit le Seigneur de jour en jour! Il prend charge de nous, le Dieu de notre salut.

Verset 15 du psaume 116:

Elle coûte aux yeux de Yahvé, la mort de ses amis.

Les versets 1, 2 et 14 du chapitre 3 de l'Écclésiaste, d'autres paroles bibliques bien connues, enseignent:

[*Text*]

To every thing there is a season, and a time to every purpose under the heaven: a time to be born, and a time to die;. . . I know that, whatsoever God doeth, it shall be for ever: nothing can be put to it, nor any thing taken from it: and God doeth it, that men should fear before Him.

Ecclesiastes 8, verse 8:

There is no man that hath power over the spirit to retain the spirit; neither hath he power in the day of death: and there is no discharge in that war; neither shall wickedness deliver those that are given to it.

Romans 5, verse 12: "death passed upon all men, for that all have sinned". Now death itself is defined very precisely in the Bible.

James 2, verse 6, says "the body without the spirit is dead". That bears on a vital factor in your current considerations, and that is the nature of the unconscious state. When God made man, He made him spirit, soul and body. Having to do not only with our bodies, God has unlimited access at all times to our spirits. Whether conscious or not, this is a matter of major importance to us.

We believe, therefore, that it is not any man's right to interfere with God's rights as to a person, even when that person is unconscious.

I will read a section from Job 33, verses 14 to 16:

For God speaketh once, yea twice, yet man perceiveth it not. In a dream, in a vision of the night, when deep sleep falleth upon man and slumbering is upon the bed; then He openeth the ears of men, and sealeth their instruction.

There have been many instances of persons ostensibly comatose who have been conscious and taken things in. I'll speak of one in a moment.

Ecclesiastes 12, verse 7:

Then the dust shall return to the earth as it was; and the spirit shall return unto God Who gave it.

Doctors are looked at in scripture and they are shown to be subordinate to God and to his Word. However valuable and helpful the provisions of medical science may be, and they certainly are valuable, doctors remain servants to those served. They are engaged to diagnose, suggest and, if agreed, perform treatment. Never are they to be allowed to interfere with God's rights or to take over a believer's responsibility to God.

Genesis 50, verse 2, says "And Joseph commanded his servants the physicians". And II Chronicles 16, verse 12, refers to someone who in his disease sought not to the Lord, but to the physicians. As Christians, we believe that doctors, nurses, indeed all who in any way attend to the sick, aged or infirm should do the utmost to be kind, humane, compassionate, sympathetic and merciful.

Matthew 5, verse 7, says "Blessed are the merciful: for they shall obtain mercy". Similiarly, we maintain that every person, adult or child, is entitled to receive the best possible available treatment and that such treatment be in accord with the objective of preserving life.

[*Translation*]

Il y a un moment pour tout, et un temps pour tout faire sous le ciel; un temps pour enfanter, et un temps pour mourir;. . .Je sais que la conduite de Dieu est constante. À cela, il n'y a rien à ajouter, de cela, il n'y a rien à retrancher; or Dieu fait qu'on a peur de lui.

Verset 8 du chapitre 8 de l'Écclésiaste:

Personne n'est maître du vent, pour le retenir; ni maître du jour de la mort. Il n'y a pas de sursis à la guerre, et la méchanceté ne sauve pas son auteur.

Le verset 12 du chapitre 5 de l'épître aux Romains dit: «la mort a passé en tous les hommes, du fait que tous ont péché». La mort elle-même est définie très précisément dans la Bible.

Le verset 6 de l'épître 2 de saint Jacques dit: «le corps sans l'âme est mort». Ce verset touche à un facteur vital de vos travaux actuels, soit la nature de l'état d'inconscience. Quand Dieu a fait l'homme, il lui a donné un esprit, une âme et un corps. Puisqu'il a affaire non seulement au corps, Dieu a un accès illimité en tout temps à notre âme. Que nous soyons conscients ou non. Cet aspect est très important pour nous.

Nous croyons donc que l'homme n'a pas le droit de s'arroger les droits de Dieu à l'égard d'une personne, même quand cette personne est inconsciente.

Je vous lirai les versets 14 à 16 du chapitre 33 de Job:

Dieu parle d'une façon, et puis d'une autre, sans qu'on prête attention. Par des songes, par des visions nocturnes, quand une torpeur s'abat sur les humains et qu'ils sont endormis sur leur couche, alors il parle à l'oreille de l'homme, par des apparitions il l'épouvante.

Il est arrivé souvent que des personnes, de toute évidence dans un état comateux, aient été conscientes et aient entendu ce qu'on leur disait. J'évoquerai une d'entre elles dans un moment.

Verset 7 du chapitre 12 de l'Écclésiaste:

Et que la poussière retourne à la terre comme elle en vint, et le souffle de Dieu qui l'a donné.

Les Saintes Écritures parlent des médecins et indiquent qu'ils sont soumis à Dieu et à sa parole. Malgré la valeur et l'utilité de la science médicale—et cette valeur est indiscutable—les médecins restent au service de leurs malades. Ils doivent diagnostiquer la maladie, proposer un traitement et l'administrerr après y avoir été autorisés. Ils ne doivent jamais s'arroger les droits de Dieu ni assumer la responsabilité d'un croyant face à Dieu.

Le verset 2 du chapitre 50 de la Genèse dit: «Puis Joseph donna aux médecins qui étaient à son service l'ordre d'embaumer son père». Et le verset 12 du chapitre 16 du Deuxième livre des Chroniques parle de quelqu'un qui, dans sa maladie, n'a pas demandé l'aide de dieu mais des médecins. En tant que chrétiens, nous estimons que les médecins, les infirmiers et infirmières et tous ceux qui s'occupent des malades, des personnes âgées ou des infirmes devraient faire tout en leur pouvoir pour être bienveillants, compatissants et miséricordieux.

Le verset 7 du chapitre 5 de l'Évangile selon saint Mathieu nous dit: «Bienheureux les miséricordieux, car ils obtiendront miséricorde». De même, nous soutenons que toute personne, adulte ou enfant, a le droit de recevoir le meilleur traitement possible et que ce traitement doit viser à sauver la vie.

[*Texte*]

• 1555

How does this all apply to the specifics of the bill? The main reason stated for introducing the bill is that doctors tend to extend life-sustaining measures beyond what's perceived to be acceptable. The reason they do it is that they are afraid of being prosecuted if they did something else. Is this indeed so? It is basic to the whole question of this bill.

World-wide and emphatically including this country, our experience has been diametrically contrary to this presumption. In case after case, almost routinely, we have experienced pressure from doctors to withhold or remove life-sustaining devices from persons who survived to live useful and energetic lives. The sole reason they have survived is the result of our insistence that they be maintained on life-support systems in the face of this determined opposition from doctors.

Several cases are outlined in the appendix to this brief. I won't cover them here, but I will refer to certain pertinent details of two instances of which I have direct personal knowledge.

You will find when you look at those things at the back of the brief that they are mostly from Australia and one is from South Africa. That is because I was able to lay my hands on them quickly. Somebody had gone into this for a brief over there. That is why they are from that source. I could bring up other cases from this continent, but I don't have as much detail on them. I will speak about these two with which I have had intimate personal connection.

One was a young woman in Auckland, New Zealand. She was completely paralysed by a stroke and was presumed to be comatose, although she was actually fully alert mentally. Powerless to intervene, she listened with growing horror as the doctors in charge of her care calmly discussed the details of how they were about to disconnect her from the support apparatus that was keeping her alive. She survives today only because their procedure was stopped. I had a look of a picture of her today. She is walking with the aid of a walker. She wrote a letter and she is a very lively woman. But she had to endure this because somebody was ready to pull the plug.

The second was a close friend of mine in Winnipeg. Two years ago, he experienced a severe heart attack and was saved through prompt CPR and medical attention. A year later, he experienced another attack and was taken to hospital unconscious. The emergency room doctor, on the presumption that his brain was irreparably damaged, proposed no further intervention to preserve his life. There had been some delay in getting CPR going on him and the doctor thought there was not sense. There were no tests and no examinations, nothing at all, just don't give him anything more.

Refusal of this advice provoked a confrontation. That confrontation with grieving relatives was repeated four times in fourteen hours. At the end of those fourteen hours, my friend revived in full consciousness and unimpaired intelligence. He spent irreplacable hours in animated conversation before he died. I could give you other cases, but I am not here to give you anecdotal evidence at no end.

[*Traduction*]

Comment tout cela s'applique-t-il aux dispositions du projet de loi? La principale raison déclarée du dépôt du projet de loi est que les médecins ont tendance à prolonger les mesures de maintien de la vie au-delà de ce qui est jugé acceptable. Ils le font parce qu'ils craignent des poursuites s'ils agissent autrement. Est-ce vraiment le cas? Cette question est fondamentale pour le projet de loi.

Notre expérience mondiale, notamment au Canada, contredit tout à fait cette hypothèse. Fois après fois, et de manière presque constante, nous avons constaté les pressions des médecins visant à débrancher des personnes qui ont survécu et ont vécu par la suite une vie utile et active. La seule raison de leur survie est notre insistance pour qu'elles restent branchées à ces appareils de survie en dépit de l'opposition déterminée des médecins.

Quelques exemples sont exposés dans l'annexe de notre mémoire. Je n'en parlerai pas ici, mais j'évoquerai certains détails pertinents de deux exemples que je connais directement.

Vous remarquerez, en laisant cette annexe, que les exemples se trouvent principalement en Australie. Il y en a un autre en Afrique du Sud. Ils ont été choisis parce que j'ai pu les trouver rapidement. Quelqu'un a mené des recherches à ce sujet en vue d'un mémoire présenté là-bas. C'est ce qui explique cette source. Je pourrais donner des exemples sur notre continent, mais je n'ai pas autant de détails à leur sujet. J'évoquerai les deux dont j'ai eu personnellement connaissance.

Le premier touche à une jeune femme d'Auckland, en Nouvelle-Zélande. Complètement paralysée par une attaque cérébrale, elle a été jugée comateuse, bien que tout à fait alerte mentalement. Incapable d'intervenir, elle a écouté avec une horreur grandissante les médecins discuter calmement devant elle de la façon dont ils procéderaient pour la débrancher de l'appareil qui la maintenait en vie. Elle vit encore aujourd'hui, uniquement parce qu'on les a empêchés de le faire. J'ai vu une photo d'elle aujourd'hui. Elle se déplace à l'aide d'une marchette. Elle a écrit une lettre et elle est très vivante. Mais elle a dû endurer ce martyre parce que quelqu'un était prêt à la débrancher de l'appareil de survie.

Le deuxième exemple est un ami très proche de Winnipeg. Il y a deux ans, il a subi une grave attaque cardiaque et a été sauvé grâce à une réanimation cardio-respiratoire et à une attention médicale rapides. Un an plus tard, il a subi une autre attaque et a été transporté inconscient à l'hôpital. Le médecin de l'urgence, présumant que le cerveau était irrémédiablement endommagé, a proposé de ne pas intervenir davantage pour lui sauver la vie. La réanimation cardio-respiratoire avait mis du temps à venir et le médecin pensait qu'il ne valait pas la peine d'insister. Il n'y a eu aucun examen, rien du tout, simplement un médecin qui ne voulait plus rien faire.

Le refus de ce conseil a provoqué une confrontation. Cette confrontation avec des proches affligés s'est répétée quatre fois en quatorze heures. Après ces quatorze heures, mon ami a repris tout à fait conscience, sans séquelle au cerveau. Il a eu des heures irremplaçables de conversation animée avant de mourir. Je pourrais vous donner d'autres exemples, mais je ne suis pas ici pour vous donner des preuves anecdotiques sans raison.

[*Text*]

Just how do these cases and the others appended tally with a notion that doctors are insisting on heroic measures to sustain life? I submit that they support the opposite conclusion. Even under existing laws, many doctors weigh in on the side of withdrawing or withholding support when the need for such support is clearly indicated by the circumstances.

I have not attended all the sessions of your committee, but I did look over most of them. You have heard something about the Washington State referendum on euthanasia. You are probably better acquainted with the details in it than I am. It is a great relief that it failed. The point I want to make is that Washington already has a Natural Death Act, with objectives similar to the proposed Bill C-203; they are quite similar in many respects.

The thoroughly abhorrent euthanasia proposals were presented as logical amendments of that law—just a few changes and we are fixed. As you all know, there were remarks made in the House on Bill C-203 that link the prospect of full-blown euthanasia with it. It is right in *Hansard*. Also Bill C-261, which mercifully was talked out rather than being accorded second reading, looms in the background as a fearful reminder of how close many minds are to embracing the abominable motion of mercy killing.

Canada surely doesn't need a bill that gives even a hint of movement in that direction. Bill C-203 is perceived in many quarters as much more than a hint.

I have some very brief comments on the actual wording of the bill. On proposed paragraph 217.1(a), according to our information, this is current practice without the bill. If I am wrong on that, it will probably come up in the questions.

• 1600

With regard to paragraph 217.(1)(b), who says a treatment is medically useless? Who determines that it is not in the best interests of the person? These are highly subjective terms and nobody's life should have to hang on their interpretation by a particular practitioner. Witness the cases we have presented.

Under paragraph 217.(1)(c), measures intended to eliminate the physical suffering of a person, and likely to shorten the life expectancy of a person, could, if taken in isolation, surely be assumed to mean something more lethal than the morphine cocktail the drafter presumably had in mind. Successful legal defences have rested on much slimmer underpinnings than this and could again.

Subclause 246.(1) looks to us like the other side of the same coin, so I won't go over these comments.

Subclause 246.(2) is just the definition of a practitioner and not germane to what I have to say.

[*Translation*]

Comment ces exemples et les autres indiqués en annexe se mesurent-ils à l'idée que les médecins insistent sur des mesures héroïques pour maintenir la vie? Je soutiens qu'ils appuient la conclusion contraire. Même en vertu de la législation actuelle, de nombreux médecins ont tendance à abandonner le soutien ou à ne pas l'offrir quand la nécessité d'un tel soutien est clairement justifiée dans les circonstances.

Je n'ai pas assisté à toutes les séances de votre comité, mais j'ai lu la plupart des procès-verbaux. Vous avez entendu parler du référendum sur l'euthanasie qui s'est déroulé dans l'État de Washington. Vous en connaissez probablement les détails mieux que moi. C'est un grand soulagement de savoir qu'il a échoué. Je soutiens que l'État de Washington a déjà une loi, la Natural Death Act, dont les objectifs ressemblent à ceux du projet de loi C-203 proposé. Les objectifs se ressemblent à de nombreux égards.

Les propositions tout à fait répugnantes concernant l'euthanasie ont été présentées comme des modifications logiques de cette loi—à peine quelques petits changements et le tour serait joué. Comme vous le savez tous, des députés ont fait à la Chambre des remarques sur le projet de loi C-203 qui l'inscrivent dans la perspective de l'euthanasie complète. On peut le lire dans le Hansard. De plus, le projet de loi C-261, qui, heureusement, a été rejeté avant la deuxième lecture, traîne toujours dans les coulisses et nous rappelle dangereusement jusqu'à quel point bien des gens sont à un cheveu d'accepter l'idée abominable de l'euthanasie.

Le Canada n'a certainement pas besoin d'un projet de loi qui donnerait ne serait-ce qu'un petit signal d'une évolution dans cette direction. Dans bien des milieux, le projet de loi C-203 est perçu comme beaucoup plus qu'un signal.

Je ferai brièvement quelques remarques au sujet du libellé du projet de loi. Selon nos informations, la pratique exposée à l'alinéa 217.1a) est déjà courante, sans le projet de loi. Si je me trompe, on me l'indiquera certainement pendant la période de questions.

En ce qui concerne l'alinéa 217.(1)b), qui détermine qu'un traitement est médicalement inutile? Qui détermine que ce traitement n'est pas dans l'intérêt véritable du malade? Ce sont des termes hautement subjectifs et aucune vie ne devrait dépendre de leur interprétation par un médecin. À preuve, les exemples que nous avons présentés.

Aux termes de l'alinéa 217.(1)c), les mesures destinées à supprimer ou à soulager les souffrances physiques d'une personne pourraient, si elles étaient prises isolément, certainement signifier des mesures plus mortelles que le cocktail de morphine auquel le législateur pensait probablement. Les défenses juridiques ont invoqué avec succès des fondements beaucoup plus fragiles et le pourraient encore.

L'article 246.(1) nous paraît être l'envers de la médaille. Je n'insisterai donc pas davantage.

L'article 246.(2) ne fait que définir la notion de médecin et ne se rapporte pas à mon propos.

[*Texte*]

We have looked over the relevant sections of the Criminal Code and find no difficulty with leaving them as they stand, particularly in the context that they have not provoked prosecutions where actual practice reaches or even goes beyond the provisions outlined in Bill C-203.

So the question comes up as to what the practical effect of Bill C-203 would be if it were passed. I would ask you to reflect for just a moment on what a doctor is to conclude if you tell him that you are passing a bill to make it easier for him to let his patient die with even less likelihood of prosecution than exists at present. What's he supposed to think? The core point of this brief is that he is already inclined to withhold or stop treatment prematurely. Passing this bill would serve to encourage even further abuses in this respect. At the same time, it would serve as a stepping stone for those who are already assiduously promoting active euthanasia.

We submit that this is a wrong-headed and unneeded bill, the net result of which would be to weaken respect for life and for the loving God who gives it, whose right it is to take life away when and as He wills. We respectfully urge that the recommendation of this committee be that this bill not be read a third time.

The Chairman: I thank you, Mr. Logan.

Mr. Boudria: I am not sure I fully agree with the witness on how doctors behave, generally. That issue is up for debate and I am sure Dr. Wilbee will take it up. I am very much in agreement, though, with what the witnesses are saying, to the extent that messages we send out that make life expendable do just that.

In my mind, it is easy to determine the two opposite ends. One, is it wrong to inject someone with something to cause death? Obviously the answer to that question is yes. The easy issue at the other end is that if a patient refuses a certain medical treatment, he or she has the right to do so. Of course we are talking about everything in the middle.

How do you see, for instance, a patient who himself or herself wants to have a certain treatment removed, whether that treatment be a machine or so on, particularly when that machine, equipment, or artificial whatever it is provides food and water? Are food and water a medical treatment or are they just the basic necessities of life, that really don't have anything to do with medicine, except for the fact that it is the means by which they are provided?

Mr. Logan: My own opinion is that food and water are not medical treatment. But I know there is a great debate about the subject and the experts have their opinions about it. But if someone refuses food you can't do much about that anyway. I could do so today, starve myself to death, if I wanted to.

Mr. Boudria: I am not sure I agree.

• 1605

The Chairman: The chair isn't going to permit you to go into debate. We're going to permit you to ask questions of the witnesses, and would you please tell the chair which witness you would like to respond. Dr. Wilbee.

[*Traduction*]

Nous avons examiné les articles pertinents du Code criminel et ne voyons aucun mal à les laisser tels quels, d'autant plus qu'ils n'ont entraîné aucune poursuite judiciaire lorsque la pratique réelle va aussi loin ou même plus loin que les dispositions prévues dans le projet de loi C-203.

La question cruciale est donc de savoir quel serait l'effet pratique de l'adoption du projet de loi C-203. Je vous demande de réfléchir, ne serait-ce qu'un instant, à ce que le médecin conclura si vous lui dites que vous adoptez un projet de loi afin de lui faciliter la tâche lorsqu'il veut laisser mourir un de ses patients, alors que la menace de poursuites n'existe même pas actuellement. Que va-t-il penser? L'argument central de notre mémoire est qu'il est déjà enclin à ne pas administrer certains traitements ou à y mettre fin prématurément. Ce texte servira aussi de tremplin à ceux qui défendent déjà hardiment l'euthanasie.

Nous soutenons que le projet de loi n'est pas justifié, qu'il est inutile et qu'il aura pour résultat net d'affaiblir le respect de la vie et du Dieu d'amour qui la donne et qui a le droit de la reprendre quand il le veut. Nous vous exhortons respectueusement à recommander que le projet de loi ne soit pas lu une troisième fois.

Le président: Je vous remercie, monsieur Logan.

M. Boudria: Je ne suis pas entièrement d'accord avec le témoin au sujet du comportement général des médecins. On pourrait en discuter, et je suis certain que le Dr Wilbee le fera. Je suis, en revanche, assez d'accord avec les propos des témoins, en ce sens que si nous donnons que l'impression la vie est peu de chose, c'est ainsi qu'on la traitera.

À mon avis, il est facile de déterminer les deux extrêmes. Premièrement, est-il mal d'injecter un produit qui causera la mort de quelqu'un? Il va de soi que la réponse à cette question est affirmative. La solution facile à l'autre extrême est que le patient a le droit de refuser un traitement médical. Nous parlons bien sûr de tout ce qui se trouve entre ces deux extrêmes.

Que pensez-vous, par exemple, d'un patient souhaitant la fin d'un certain traitement, que ce traitement soit administré par une machine ou un médicament, en particulier lorsque cette machine, cet appareil ou ce dispositif artificiel fournit l'eau et les aliments? Est-ce que les aliments et l'eau sont un traitement médical ou simplement les éléments essentiels à la vie qui n'ont rien à voir avec la médecine, sauf qu'ils sont administrés par des moyens médicaux?

M. Logan: Je pense personnellement que les aliments et l'eau ne sont pas un traitement médical. Mais je sais très bien que c'est une question très controversée et que les experts ont leur opinion là-dessus. Mais si quelqu'un refuse de manger, on n'y peut pas grand-chose. Je pourrais le faire moi-même aujourd'hui et me laisser mourir de faim si je le voulais.

M. Boudria: Je n'en suis pas si sûr.

Le président: Je ne vous permettrai pas d'engager un débat. Je vais vous permettre de poser des questions aux témoins et vous m'indiquerez de quel témoin vous voulez une réponse. Docteur Wilbee.

[*Text*]

Mr. Wilbee (Delta): Thank you very much. I do find your brief very fascinating and interesting. We could develop a theological discussion on Hezekiah, whether it was a good thing that he lived longer than he was supposed to. But my question is of a different nature.

Does a patient have the right to refuse treatment? For example, if I told you that you had a particular type of cancer and the only treatment was chemotherapy and that was going to make you feel ill and miserable, although you might have a slight chance of prolonging your life, are you obligated to take that treatment? It's going to prolong your life possibly.

Mr. Logan: Well, I would think it is within my purview to refuse it or not.

Mr. Wilbee: So you're saying that the patient himself should have some choice in the treatment that he is given?

Mr. Logan: He should be the final arbiter of what treatment he's given.

Mr. Wilbee: In the end stages, if I am in a great deal of pain, for one reason or another, whether it's just an occasional case or frequent—we're not discussing frequency, we're discussing possibilities—can I not ask for something to relieve my pain, even though that medication may reduce the length of time that I live? Again, you mentioned morphine, that it reduces my respiration and so on. Can I not ask for something for pain, even though that may shorten my life?

Mr. Logan: Oh, sure, some of my friends have had to have it. I've sat there when they took one of those things, just to keep them going. I've no difficulty about that.

What this thing goes to. . . I am alarmed to see it. Some of the testimony to date is that I would deliberately ask for a dose that would make me quit breathing. I can't go for that.

Mr. Wilbee: I think this is where—

The Chairman: I think we're going to limit you to one more question, Dr. Wilbee. This is four parts on one.

Mr. Wilbee: I was just going to say that my understanding of the bill is that it does not permit something that will bring death for that purpose. The purpose of the bill is to produce something that will alleviate pain but not cause death.

Mr. Logan: I understand that is the purpose of the bill. But that section, the wording of it, I expect would be tested by somebody who wants to push the frontier.

But further than that, in certain responses in this committee, persons whom I wouldn't have expected to have condoned the notion of taking a big enough dose of morphine so that respiration is arrested. Now, that is a bad thing. That is not right. That is killing.

Mr. Wenman: I appreciate the fact that you have given us a biblical response. I think that's very important to the committee, and I thank you for it. Although I would have to say that as I read the same quotes, I don't understand them the same way. In fact, after hearing your testimony, you are virtually agreeing with the bill by saying that you want to be the final arbiter, or at least to participate in that process along with your doctor.

[*Translation*]

M. Wilbee (Delta): Merci beaucoup. Je trouve votre mémoire très fascinant et très intéressant. Nous pourrions avoir une discussion théologique sur Ézéchias, et nous demander s'il était bien de le laisser vivre plus longtemps qu'il le devait. Ma question est d'un ordre bien différent.

Un patient a-t-il le droit de refuser un traitement? Par exemple, si je vous apprenais que vous avez un certain type de cancer, que le seul traitement possible est la chimiothérapie et que ce traitement vous fera sentir très mal en point, bien qu'il ait une petite chance de prolonger vos jours, êtes-vous tenu d'accepter ce traitement? Il prolongera peut-être vos jours.

M. Logan: Je pense avoir le droit de le refuser.

M. Wilbee: Par conséquent, le patient lui-même devrait avoir son mot à dire au sujet du traitement qu'on lui administre?

M. Logan: Il devrait être le juge ultime du traitement qu'il recevra.

M. Wilbee: En phase terminale, si je souffre beaucoup, pour une raison ou pour une autre, que ce soit à l'occasion ou souvent—nous ne discutons pas de la fréquence, mais bien des possibilités—ne puis-je pas demander à quelqu'un de soulager ma douleur, même si le médicament peut réduire les jours qu'il me reste à vivre? Vous avez parlé de la morphine, qui réduit la respiration, etc. Ne puis-je pas demander qu'on soulage ma douleur, même si cela peut raccourcir mes jours?

M. Logan: Bien sûr. Certains de mes amis ont dû le faire. J'étais à leurs côtés quand ils ont pris ces médicaments qui leur permettaient d'endurer le mal. Je n'y ai aucune objection.

Ce que vise ce projet de loi. . . Cela m'alarme. Certains des témoignages jusqu'ici laissent entendre que je pourrais demander délibérément une dose qui me ferait cesser de respirer. Je ne peux l'accepter.

M. Wilbee: Je pense que. . .

Le président: Nous allons vous limiter à une autre question, docteur Wilbee. C'est quatre contre un.

M. Wilbee: J'allais dire tout simplement que, selon mon interprétation du projet de loi, il est interdit de prendre des mesures qui donneront la mort. Le projet de loi vise à permettre un traitement qui soulagera la douleur, mais qui ne causera pas la mort.

M. Logan: Je comprends que c'est l'objectif du projet de loi. Mais cet article, son libellé serait probablement contesté par quelqu'un qui voudrait voir jusqu'où on peut aller.

Mais, au-delà de tout cela, des personnes de qui je ne m'y serais pas attendu ont appuyé dans certaines réponses à votre comité l'idée de prendre une dose de morphine suffisante pour couper la respiration. Cela, c'est mauvais. Ce n'est pas bien. C'est tuer.

M. Wenman: Je suis conscient que vous nous avez donné une réponse biblique. C'est très important pour le comité, et je vous en remercie. Je dois cependant avouer que, en lisant les mêmes citations, je le les interprète pas de la même façon. De fait, après avoir entendu votre témoignage, je trouve que vous êtes presque d'accord avec le projet de loi, puisque vous affirmez vouloir être le juge ultime ou tout au moins participer à ce processus en collaboration avec votre médecin.

[*Texte*]

In your brief you quote from Ecclesiastes:

> To everything there is a season, and a time to every purpose under the heaven: a time to be born, and a time to die...

Well, when is it time? When is it time to let God's will take over? Now, it seems to me at one point, when you ask to withdraw from treatment, you are saying I withdraw from treatment; medical science, you can't do any more for me, just leave it between God and me. Isn't that what is being allowed? Relieve my pain and my suffering. That is the intention of the bill. I don't see anything further in it. If there is something further in it, how do you suggest we would change the wording?

• 1610

Mr. Logan: I've observed that you've asked that question of a good many witnesses.

Mr. Wenman: Yes, and I'd like to know how you feel personally. I'd also like to hear from your partner.

Mr. Logan: I did not say, if you recall, that I would ask to have the thing withdrawn. I would say that it's my conclusion it should be respected. The difficulty we've encountered is the tendency on the part of the medical community to want to force a withdrawal. That's what I object to.

I realize your bill goes two ways, but I would not, in my own prospect, say that I would want the thing to be withdrawn, that I would not want to continue my life as long as it was possible. It also raises the question as to what happens if I'm not capable of making that decision when the time comes. There are a lot of living wills and who knows what, but none of these are provided for in this thing.

My basic question is, in the absence of any prosecution, why this bill? That has been asked a lot of times, but I say that the supposed protection it gives to doctors isn't worth the down side of it, which is that it encourages communities to be more liberal in the incidence of helping patients to die. I cannot subscribe to that.

I don't think you and I are all that far apart, because I believe you are a Christian and I know that—

Mr. Wenman: You have said nothing today in your testimony that I would disagree with, so we're only interpreting either the word of God or the bill in the wrong way, in my view.

Mr. Logan: I rather suspect, Mr. Wenman, that your views wouldn't be that far from mine as to an individual situation. I find it difficult to oppose your bill because of my respect for you, but I'm opposing it anyway, because I think—

Mr. Wilbee: You're not Liberal, are you?

Mr. Logan: I think your bill does the two things I spoke about. It encourages doctors to be more liberal in the way they proceed here and I don't think they need to be more liberal; I think they need to be more conservative. How's that? I also think it provides a stepping stone for active euthanasia. I know you don't think that, but I think that.

[*Traduction*]

Dans votre mémoire, vous citez les Ecclésiates:

> Il y a un moment pour tout, et un temps pour tout faire sous le ciel: un temps pour enfanter, et un temps pour mourir...

Eh bien, quand vient le moment? Quand est-il temps de laisser la volonté de Dieu s'accomplir? Il me semble que, à un moment donné, quand on demande que cesse un traitement, on dit: je ne veux plus de traitement, la médecine ne peut plus rien pour moi, laissez-moi régler mes comptes avec Dieu. N'est-ce pas ce que permet le projet de loi? Soulager la douleur et la souffrance. Voilà l'intention du projet de loi. Je n'y vois rien de plus. Si le projet de loi va plus loin, comment proposez-vous d'en changer le libellé?

M. Logan: J'ai observé que vous avez posé cette question à un grand nombre de témoins.

M. Wenman: Oui, et j'aimerais savoir ce que vous pensez personnellement. J'aimerais également entendre l'opinion de votre collègue.

M. Logan: Je n'ai pas affirmé, si vous vous rappelez bien, que je demanderais que cesse le traitement. Je dirais que ma volonté doit être respectée. La difficulté à laquelle nous avons dû faire face est la tendance du milieu médical à vouloir imposer la fin d'un traitement. C'est à cela que je m'oppose.

Je suis conscient que votre projet de loi va dans deux sens, mais personnellement, je ne dirais pas que je veux que cesse le traitement, que je ne veux pas continuer de vivre le plus longtemps possible. Qu'arrive-t-il si je ne suis pas capable de prendre cette décision le moment venu? Il y a beaucoup de testaments de vie et Dieu sait quoi encore, mais rien de tout cela n'est prévu dans le projet de loi.

Ma question fondamentale est la suivante: puisqu'il n'y a pas eu de poursuites, pourquoi un tel projet de loi? La question a été posée à maintes reprises, mais je soutiens que la protection qu'il est censé donner aux médecins ne compense pas les inconvénients, c'est-à-dire qu'il encourage la société à être plus libérale et à aider davantage les patients à mourir. Je ne peux l'accepter.

Je ne pense pas que vous et moi divergions beaucoup d'opinion, parce que je pense que vous êtes chrétien et sais que...

M. Wenman: Il n'y a aucun aspect de votre témoignage avec lequel je ne suis pas d'accord. Par conséquent, nous ne faisons que mal interpréter la parole de Dieu ou le projet de loi, selon moi.

M. Logan: J'ai l'impression, monsieur Wenman, que vous ne divergez pas beaucoup d'opinion avec moi au sujet d'une situation en particulier. J'ai du mal à m'opposer à votre projet de loi parce que je vous respecte, mais je le fais quand même, parce que je pense...

M. Wilbee: Vous n'êtes pas membre du Parti libéral, n'est-ce-pas?

M. Logan: Je pense que votre projet de loi permet deux choses, dont j'ai déjà parlé. Il encourage les médecins à être plus libéraux dans leur façon de procéder et je ne pense pas qu'ils ont besoin de l'être; je pense qu'ils devraient être plus conservateurs. Que dites-vous de cette réponse? Il offre aussi un tremplin vers l'euthanasie active. Je sais que vous n'êtes pas de cet avis, mais je le pense vraiment.

[*Text*]

Mr. Hardwick: I feel there's not really any need to change the act as it stands. To make it easier for a doctor to pull the plug is only opening an avenue that the devil can get into. Before you know it, you're going to have something that's contested.

Mr. Wenman: In the slippery slope argument, you can almost argue that a benchmark can stop something as well as allow something. If you in fact allow conventional practice to proceed, which is basically the case in the Netherlands, as you said, practice reaches and even goes far beyond. But what's to stop it unless Parliament says that's wrong? In fact, both this bill and the Criminal Code of Canada say that active euthanasia is wrong and cannot be practised.

We've confused this bill with the Washington state bill. You said it's like the Washington State bill; it isn't like the Washington State bill at all. So I say to you in response that a benchmark is being established here, basically in the Criminal Code, by saying that euthanasia is not acceptable in Canada, but that a doctor should not be prosecuted for easing pain and suffering. In other words, we should have palliative care. Anyway, I'm not supposed to argue, I'm supposed to ask about the argument.

The Chairman: I'll permit you to have one last word.

• 1615

Mr. Logan: I have just a quick factual response. In my reference to the Washington state initiative, it was not this final initiative I'm speaking about that was like your bill; it was the one before. It was not the last one. I realize the distinction.

That last one is active euthanasia, in my books, and I have no time for it at all. The one before it is very like your bill, the law that was proposed to be amended by the change in wording in the last initiative.

Mr. Fee: I was just going to comment that I'm not going to debate scripture with either one of these gentlemen, but I do feel that after hearing them, I think I agree more with your interpretation than Mr. Wenman's.

But I want to talk about the question you've been asked three times. I want to get one conclusion out of it. This concerns the difference between the withdrawal of medical treatment and deliberately administering a lethal dose of something. I think there is a real difference. I think I have your conclusion, but I'd like some assurance.

Are you saying that mankind, in order to be true to God, should insist on all possible medical heroics in order to provide an extension on life?

Mr. Logan: No, I wouldn't go that far, medical heroics being some... I'll tell you, I had the situation with a friend of mine. She was in the terminal stages of brain cancer. They had given her some very rigorous treatment in efforts to keep her going. I respected it. They were doing a good job. But she was very near the end. They asked me whether they should go for the whole thing again. She was all bruised up from the previous one. I said no.

[*Translation*]

M. Hardwick: Je ne vois pas de nécessité réelle de changer la loi actuelle. Faciliter à un médecin la cessation d'un traitement revient à ouvrir une porte par laquelle le diable pourra entrer. Avant que vous ne vous en rendiez compte, il y aura contestation.

M. Wenman: L'argument de la pente glissante permet presque de soutenir qu'un étalon peut empêcher ou permettre quelque chose. Si on laisse la pratique courante se poursuivre, comme cela se passe aux Pays-Bas, comme vous le dites, la pratique ira beaucoup plus loin. Mais qui la stoppera, si ce n'est le gouvernement, en affirmant que c'est mal? De fait, le projet de loi et le Code criminel stipulent que l'euthanasie active est mauvaise et ne doit pas être pratiquée.

On a confondu ce projet de loi avec celui de l'Etat de Washington. Vous affirmez qu'il ressemble au projet de loi de l'Etat de Washington. Mais il ne lui ressemble pas du tout. Je vous réponds donc qu'on établit ici un repère, essentiellement dans le Code criminel, en affirmant que l'euthanasie n'est pas acceptable au Canada, mais qu'un médecin ne devrait pas être poursuivi en justice lorsqu'il soulage la douleur et la souffrance. Autrement dit, nous devrions avoir des soins palliatifs. De toutes façons, je ne suis pas censé discuter, je suis censé poser des questions sur l'argument.

Le président: Je vous permets une dernière intervention.

M. Logan: Juste une réponse factuelle rapide. Lorsque je parlais de l'initiative de l'État de Washington, je ne voulais pas parler de cette dernière initiative qui est semblable à votre projet de loi; il s'agissait de la précédente et non de la dernière. Je me rends compte qu'il y a une différence.

La dernière concerne l'euthanasie active et je ne veux pas en parler du tout. La précédente ressemblait beaucoup à votre projet de loi, et c'est ce texte que proposait de modifier le dernier projet de loi en date.

M. Fee: C'est ce que j'allais dire. Je n'ai pas l'intention de discuter des textes avec l'un ou l'autre de ces messieurs, mais après les avoir entendus, je pense que je suis davantage d'accord avec votre interprétation qu'avec celle de M. Wenman.

Mais je voudrais revenir à la question qu'on vous a posée trois fois. Je voudrais bien parvenir à en tirer une conclusion. Il s'agit de la différence entre l'arrêt d'un traitement médical et l'administration délibérée d'une dose fatale de quelque chose. Je pense qu'il y a réellement une différence entre les deux. Je pense vous avoir bien compris, mais j'aimerais en être certain.

Dites-vous que, pour être fidèle à Dieu, nous devrions opter pour l'acharnement thérapeutique afin de prolonger la vie?

M. Logan: Non, je n'irai pas aussi loin, l'acharnement thérapeutique étant... Je vais vous dire, j'ai vécu ce genre de situation avec une amie. Elle en était rendue à la phase terminale d'un cancer du cerveau. Ils lui avaient administré un traitement très rigoureux afin de la garder en vie. Je comprenais cela. Ils faisaient un bon travail. Elle était toutefois rendue au seuil de la mort. Ils m'ont alors demandé s'ils devaient reprendre une fois de plus tout le traitement. Elle ne s'était pas encore remise du précédent. Je leur ai répondu par la négative.

[*Texte*]

So I'm not saying that in a situation that's obviously terminal, where a person would be severely injured, that I would always say that. But in principle, the time of death is in God's hands. That's where I would leave it.

I'm not talking, in that case, about ordinary methods to keep her going but some real "heroics", to use your word. There comes a point. . .

Mr. Kilger (Stormont—Dundas): Mr. Logan, it seems that in most of our deliberations on this bill we encounter the same words. We talk about euthanasia or living wills or health directives and so on; yet, the purpose of this bill—and I keep going back to its explanatory note—is to protect a physician from criminal liability.

I keep asking myself if we need a bill to protect doctors. What are we going to protect them from?

Mr. Boudria: None of them have ever been charged.

Mr. Kilger: If there's confusion, that's where the confusion lies with me. We've been told time and time again that there have been no charges laid. Yet if the medical practitioners or caregivers have such anxiety, such fear, if you will, I would submit that maybe we could do more in the way of better communication and education with these caregivers and these doctors as opposed to giving them something that pretends to protect them.

I submit that it takes us to some place, some time, that is far too risky. I'm not questioning the intent of this bill, but I guess I would like to hear your comments as to whether you're satisfied that in fact it is going to protect doctors. With all due respect to the medical practice, is it protection doctors need to have at this time?

Mr. Logan: I don't think it is. You just put yourself in the shoes of the doctor. You'd want any protection you could get, higher and deeper. You know, there's never too much protection. If you ask a doctor whether or not he or she would like protection, what's a doctor going to say? The question becomes whether or not a doctor needs protection. On the evidence to date, he doesn't.

Mr. Kilger: I think the patient needs more protection.

Mr. Logan: Exactly. The patient is the one who needs the protection. It would be no news to the persons around this table that some doctors are adventurous. They're like any other group. We've seen some in certain other aspects of medical practice who have gone very far in their adventures. There are some of those in this category, too. None of them has even hit a wall yet. The normal practitioner, following normal rules of practice and normal practices, isn't in any trouble with the Criminal Code, as far as I can see. Admittedly, I am not a lawyer.

• 1620

The Chairman: Mr. Logan, I thank you and Mr. Hardwick for appearing before us as witnesses. We thank you for your views.

[*Traduction*]

Je ne dis pas que c'est ce que je répondrai toujours lorsque le malade est de toute évidence en phase terminale, lorsqu'une personne est gravement blessée, mais en principe, c'est Dieu qui choisit le moment de notre mort. C'est cette pensée que je voudrais vous laisser.

Dans ce cas-ci, je ne veux pas parler des méthodes utilisées habituellement pour maintenir les malades en vie, mais de véritable acharnement, pour reprendre votre expression. Il vient un moment où. . .

M. Kilger (Stormont—Dundas): Monsieur Logan, nous semblons toujours entendre les mêmes expressions depuis le début de nos délibérations. Nous parlons d'euthanasie, de testaments de vie, de directives en matière de santé, ainsi de suite; pourtant, ce projet de loi a pour objet—et je reviens ici à la note explicative—de protéger un médecin de la responsabilité criminelle.

Je ne cesse de me demander s'il faut adopter un projet de loi pour de protéger les médecins. De quoi allons-nous les protéger?

M. Boudria: Aucun médecin n'a jamais été poursuivi.

M. Kilger: S'il y a confusion, c'est bien à ce sujet. On nous a dit à maintes et maintes reprises qu'aucune poursuite n'a jamais été intentée. Pourtant, si les médecins ou les soignants sont si anxieux, si craintifs, je pense qu'il serait peut-être préférable que nous les informions et les sensibilisions davantage à ce sujet plutôt que de leur fournir quelque chose qui prétend les protéger.

Je pense que ce projet de loi nous entraîne dans une voie qui est beaucoup trop risquée. Je ne remets pas en question le but poursuivi, mais j'aimerais que vous me disiez si vous croyez réellement que ce projet de loi protégera les médecins. Avec tout le respect que je dois à la pratique médicale, est-ce là une protection dont les médecins ont besoin à l'heure actuelle?

M. Logan: Je ne le crois pas. Vous venez vous-même de vous placer dans la situation du médecin. Il est certain que vous voulez toujours obtenir plus de protection. Vous n'en avez jamais trop. Si vous demandez un médecin s'il aimerait être protégé davantage, que croyez-vous qu'il vous répondra? Il faut alors se demander s'il est nécessaire de le protéger ou non. Selon les données dont on dispose, je ne le crois pas.

M. Kilger: Je pense que le patient a davantage besoin de protection.

M. Logan: Exactement. Le patient est celui qui a besoin d'être protégé. Personne autour de cette table ne sera surpris d'apprendre que certains médecins sont aventuriers. Ils sont comme tout autre groupe de la société. Certains sont même allés très loin dans leurs aventures. On trouve de ces gens dans ce groupe aussi. Cependant, personne ne s'est même encore cassé le nez. Je pense que le médecin normal qui suit les règles habituelles de pratique n'a rien à craindre du Code criminel. Il faut convenir que je ne suis pas avocat.

Le président: Monsieur Logan, je vous remercie ainsi que M. Hardwick d'être venus témoigner devant nous aujourd'hui. Nous vous remercions d'avoir exprimé vos points de vue.

[*Text*]

Our next witness will be Eike-Henner Kluge, a professor from the University of Victoria. Professor Kluge, I understand that you will be referring to your notes rather than reading them all the way through. Is that correct?

Professor Eike-Henner Kluge (University of Victoria): With permission, I will ask the chair to accept my presentation as read into the record, and I will then refer to it as the occasion demands. I will read parts of it, but not other parts, the footnoted legal references and so on. I will ask the indulgence of the chair for allowing me some comments concerning previous testimony after I have finished my presentation.

The Chairman: With agreement from the committee, the chair will permit the report to be taken as read into the minutes. Is that agreed?

Some hon. members: Agreed.

Statement by Professor Eike-Henner W. Kluge: I have taught and lectured on biomedical ethics at Canadian and U.S. universities and have acted as consultant to various Canadian professional health care organizations, hospitals and private health care professionals. I was the first expert witness in medical ethics recognized by a Canadian court of law. In 1989, at the request of the Canadian Medical Association, I established the CMA's Department of Ethics and Legal Affairs and was its first director. I am a member of the Ethics Advisory Panel of the British Columbia Ministry of Health and a consultant in medical ethics to the Commonwealth Medical Association and to Health and Welfare Canada. I have also acted as medical ethics consultant to the Department of Correctional Services and to the RCMP. I have published extensively on a wide variety of ethical and legal subjects in medical, legal, and professional journals, and am the author of five books in biomedical ethics, three of which deal with the ethics of deliberate death. My latest book, *Biomedical Ethics in a Canadian Context*, is the first Canadian textbook on biomedical ethics designed specifically for Canadian physicians.

Preamble

The purpose of laws is to guide the conduct of citizens, and the function of legislators is to draft laws that can serve in a guiding capacity. Therefore, when the governing body of a country undertakes to develop laws, it should keep in mind that the laws that it envisions and ultimately passes and empowers will not function on their own: They will be interpreted by courts in the context of everyday life. The understanding that the courts will bring to these laws, and therefore the interpretation that the laws will ultimately receive, will not be based on the discussions that have shaped the opinions of the legislators; and the happenstances that will trigger the application of the laws themselves may well lie outside the realm of what the legislators originally anticipated. Therefore unless the laws that are passed spell out with crystal clarity—insofar as that is humanly possible—what the legislators had in mind, it may happen

[*Translation*]

Le témoin suivant sera M. Eike-Henner Kluge, professeur à l'Université de Victoria. M. Kluge, je crois comprendre que vous vous reporterez à vos notes plutôt que d'en faire une lecture complète. En sera-t-il ainsi?

M. Eike-Henner Kluge (Université de Victoria): Avec votre permission, je demande au président d'accepter mon exposé aux fins du compte rendu comme s'il en avait été fait lecture et je m'y reporterai ensuite lorsqu'il le faudra. J'en lirai certaines parties et en laisserai tomber d'autres ainsi que les références juridiques en bas de page et ainsi de suite. Je demanderai, enfin, l'autorisation du président de faire certaines observations des témoignages précédents, une fois mon exposé terminé.

Le président: Si les membres du Comité sont d'accord, le mémoire sera considéré aux fins du compte rendu comme ayant été lu. D'accord?

Des voix: D'accord.

Déclaration du professeur Eike-Henner Kluge: J'ai enseigné et donné des cours sur l'éthique biomédicale dans des universités canadiennes et américaines, et j'ai été consultant auprès de divers services de soins de santé professionnels canadiens, d'hôpitaux ainsi que de professionnels de la santé du secteur privé. J'ai été le premier témoin spécialiste en éthique médicale reconnu par un tribunal canadien. En 1989, à la demande de l'Association médicale canadienne, j'ai mis sur pied le Service d'éthique et d'affaires juridiques de l'AMC et j'en ai été le premier directeur. Je suis membre du Ethics Advisory Panel of the British Columbia Ministry of Health et je suis consultant en éthique médicale auprès de l'Association médical des Commonwealth et de Santé et Bien-être Canada. J'ai aussi été consultant en éthique médicale au Service correctionnel du Canada ainsi qu'à la GRC. J'ai publié de nombreux articles sur une vaste gamme de sujets éthiques et juridiques dans des journaux médicaux, juridiques et professionnels. Je suis en outre l'auteur de cinq livres sur l'éthique biomédicale, dont trois traitent de l'éthique de la mort intentionnelle. Mon dernier livre *Biomedical Ethics in a Canadian Context*, est le premier ouvrage canadien sur l'éthique biomédicale conçu spécialement pour les médecins canadiens.

Préambule

Les lois ont pour objet de guider les citoyens et le rôle des législateurs consiste à rédiger des lois qui puissent être utilisées de la sorte. Pour cette raison, lorsque le gouvernement d'un pays s'engage à élaborer des lois, il ne devrait pas perdre de vue que les textes législatifs qu'il prévoit et qu'il finira par adopter et appliquer ne fonctionneront pas seuls: ils seront interprétés par les tribunaux dans le contexte de la vie de tous les jours. La compréhension de ces lois par les tribunaux et, par conséquent, l'interprétation qu'ils en feront finalement, ne seront pas fondées sur les discussions qui ont façonné l'opinion des législateurs; et les événements fortuits qui déclencheront l'application des lois elles-mêmes peuvent bien se situer en dehors du domaine qu'avaient prévu à l'origine les législateurs. Par conséquent, à moins que les lois qui sont adoptées ne réflètent clairement l'intention des législateurs—

[*Texte*]

that what the legislators have passed into statute will be fine in theory but unacceptable or unworkable in application.

Legislators traditionally have been aware of this reasoning and have accepted its thrust. That is why, all other things being equal, legislators have attempted to frame laws that are short on specifics but capture the underlying principles they are trying to express. Furthermore, when attempting to express these principles, they have tried to reflect, as best as they knew how, the basic principles that define our society itself.

One of the fundamental principles that has motivated Canadian society in the past—and which I hope is basic to the outlook of the present legislature, and will continue to form the perspective of future parliaments—is the principle of respect for human life. This principle continues to be a central theme in Canadian moral consciousness.

However, there is another ethical principle that Canadian society espouses. It is even more fundamental than the principle of respect for human life. It is the principle of the autonomy and dignity of the human person.

On occasion, these principles may conflict. The bill before this committee deals with just this possibility. It attempts to resolve the conflict in favour of the principle of autonomy by recognizing in statute a limit beyond which the principle of respect for life may not be pushed. I would respectfully add my voice to those who have argued in favour of this bill.

Physician-Patient Relationship

The idea of this bill can be defended from the perspective of the medical profession as well as that of the patient.

As to the perspective of the medical profession, the physician-patient relationship lies at its very core. This relationship also lies at the centre of our system of health care. The relationship is therefore important, and its integrity must not be threatened, lest the integrity of the medical profession and the character of our health care be imperiled.

However, the physician-patient relationship is fragile, because it is based on trust: Patients believe—and not without reason—that physicians will do all that lies reasonably within their power to assist them to acquire the best health care possible in order to retain or achieve, as the case may be, the optimal level of health possible under the circumstances. Patients also believe that physicians will do everything within their power to assuage and ameliorate the dolours that cannot be remedied. At the same time, physicians believe that so long as they use reasonable care, act with due expertise and diligence, and do their reasonable best, these efforts will not be redound to their personal disadvantage.

The Criminal Code, as it currently stands, threatens grievous penalties for physicians and duly qualified health care professionals who do not do their utmost to save and/or sustain the life of a patient once they have undertaken to administer medical care. It is true that, by and large, the relevant statutes that threaten such punishment have not been invoked. Nevertheless, the fact remains that the Criminal Code does contain such provisions. Therefore,

[*Traduction*]

dans la mesure où cela est humainement possible—il se pourrait bien que l'aboutissement du travail des législateurs soit très bien en théorie, mais inacceptable ou inapplicable.

Les législateurs sont depuis toujours conscients de ce raisonnement et ils acceptent sa dynamique. C'est la raison pour laquelle, toutes choses égales d'ailleurs, les législateurs ont tenté de formuler des lois qui donnent peu de détails mais retiennent les principes sous-jacents qu'ils tentent d'exprimer. De plus, en tentant d'exprimer ces principes, ils ont essayé d'exprimer, du mieux qu'ils le pouvaient, les principes fondamentaux qui définissent notre société.

L'un des principes fondamentaux qui a servi de motivation à la société canadienne par le passé—et qui, je l'espère, est essentiel aux perspectives du parlement actuel, et continuera de l'être pour ceux qui le suivront—est celui du respect de la vie. Ce principe continue d'être un thème central de la conscience morale canadienne.

Toutefois, la société canadienne soutient un autre principe encore plus fondamental que celui du respect de la vie humaine. Je veux parler du principe de l'autonomie et de la dignité de la personne humaine.

Il peut arriver à l'occasion que ces principes se heurtent. Le projet de loi qu'étudie le Comité traite justement de cette possibilité. Il tente de résoudre le conflit en faveur du principe de l'autonomie en reconnaissant dans un texte de loi une limite quant à l'application du principe du respect de la vie. Je me range respectueusement du côté de ceux qui appuient ce projet de loi.

Relations entre le médecin et son malade

L'idée de ce projet de loi peut être défendue du point de vue de la profession médicale ainsi que de celui du malade.

En ce qui concerne le point de vue de la profession médicale, la relation entre le médecin et son malade tient la toute première place. Cette relation est aussi l'élément central de notre régime de soins de santé, d'où son importance. Il ne faut pas menacer son intégrité de peur de mettre en danger l'intégrité de la profession médicale et le caractère de nos soins de santé.

Toutefois, comme elle se fonde sur la confiance, la relation entre le médecin et son malade est fragile: les malades croient—et non sans raison—que les médecins feront tout ce qui est raisonnablement en leur pouvoir pour les aider à obtenir les meilleurs soins possibles pour qu'ils conservent ou améliorent, selon le cas, leur santé dans les circonstances. Les malades croient aussi que les médecins feront tout leur possible pour soulager et atténuer la souffrance lorsque la guérison est exclue. Les médecins croient quant à eux que tant qu'ils prodiguent des soins raisonnables, en preuve de compétence et de diligence, et font de leur mieux, ces efforts ne seront pas retenus contre eux.

Le Code criminel, dans son libellé actuel, menace les médecins et les professionnels de la santé dûment qualifiés de peines sévères s'ils ne déploient pas tous les efforts pour sauver ou maintenir en vie un malade une fois qu'ils ont commencé à le soigner. Il est vrai que, dans l'ensemble, les lois pertinentes qui menacent de telles peines n'ont pas été invoquées. Il n'en demeure pas moins que le Code criminel contient de telles dispositions. Par conséquent, les médecins

[*Text*]

physicians—and health care professionals in general—can never be assured that these provisions will not form the basis of an action. In effect, then, physicians who refrain from employing the miracles of modern life-saving and/or sustaining technology in accordance with the wishes of their patients and who are respectful of the dignity their patients demand, do so under the threat of criminal prosecution. Therefore, in applying the art and science of medicine in an ethically responsible fashion, they are practising under the looming shadow of the gaoler. Such a state of affairs is not conducive to an appropriate physician-patient relationship. It is certainly not conducive to a patient-centred perspective. It makes for defensive medicine at its very worst.

This bill, therefore, is to be welcomed from the perspective of medicine as a profession.

The Perspective of the Patient

At the same time, it is to be welcomed from a patient-centred perspective.

Patients have a right to self-determination. Both professional ethics and the common law agree on that fact. A law that threatens health care givers with criminal prosecution unless they attempt to save and/or sustain life once medical measures are undertaken; a law that raises the spectre of criminal prosecution if the ethically appropriate use of health care measures will predictably shorten life—such a law forces physicians to refrain from offering these treatment options to their patients. Such a law, therefore, artificially contrains the choices that are open to their patients. It therefore emasculates the patients' right to self-determination. With this, it violates a fundamental ethical conviction of Canadian society. Ethically, that is unacceptable.

Furthermore, Canadian citizens have a right to life, not a duty. By effectively removing the option of death from the array of choices open to patients, the law turns the right to life into a duty. No more egregious a perversion of the notion of a right can be imagined.

Some Reservations

At the same time, although the intent and thrust of this bill are ethically laudable, the bill should not be passed in its present form. Without thereby intending disrespect for the formulators and supporters of this bill, and without thereby intending to detract from the need to pass this bill, suitably amended, it seems to me—and with the committee's leave I shall try to convince the committee—that the bill, in its present form, is seriously flawed as well as incomplete.

1. The Concept of What is Medically Useless

One of the major flaws lies in proposed new paragraph 217.1(b). Inter alia, this clause states that:

217.1 Nothing in sections 14, 45, 216 and 217 of the *Criminal Code* shall be interpreted as

[*Translation*]

en particulier—et les professionnels de la santé en général—ne peuvent jamais être convaincus que des poursuites ne seront pas engagées contre eux sur la base de ces dispositions. En réalité, les médecins qui s'abstiennent d'employer les miracles des techniques modernes mises à leur disposition pour sauver ou prolonger la vie conformément aux désirs de leurs malades et qui tiennent compte de la dignité de ces derniers, le font sous la menace de poursuites. Ainsi, en appliquant la science et l'art médicaux de façon responsable, ils exercent sous la menace du geôlier. Voilà qui ne mène pas à une relation valable entre le médecin et son malade et encore moins à une médecine centrée sur le malade. Cela prépare la voie pour la pire médecine défensive qui soit.

Il faut donc faire bon accueil à ce projet de loi du point de vue de la médecine en tant que profession.

Le point de vue du malade

Il faut en même temps lui faire son accueil du point de vue d'une perspective axée sur le patient.

Les malades ont le droit de décider pour eux-mêmes. Tant l'éthique professionnel que la «common law» s'entendent là-dessus. Une loi qui menace de poursuites criminelles les dispensateurs de soins de santé à moins qu'ils ne tentent de sauver ou de maintenir en vie un malade une fois qu'ils ont commencé à le soigner, une loi qui agite le spectre de la poursuite criminelle si le recours moralement approprié à des soins risque d'abréger la vie—une loi de ce genre oblige les médecins à s'abstenir d'offrir ces traitements à leurs malades. Une loi de ce genre, par conséquent, limite artificiellement les choix qui s'offrent à leurs malades. Elle réduit donc le droit des malades de décider pour eux-mêmes. En outre, elle transgresse un conviction éthique fondamentale de la société canadienne. Du point de vue éthique, cela est inacceptable.

En outre, les citoyens canadiens ont le droit de vivre, mais ce n'est pas une obligation. En rayant l'option de la mort des choix qui s'offrent aux malades, la loi transforme le droit à la vie en une obligation. On ne peut imaginer pire travestissement de la notion de droit.

Quelques réserves

En même temps, même si l'intention et la dynamique de ce projet de loi sont moralement louables, il ne faudrait pas l'adopter dans sa forme actuelle. Sans vouloir manquer de respect envers les auteurs et les partisans de ce projet de loi, et sans vouloir par conséquent minimiser la nécessité de l'adopter avec les amendements qui s'imposent, il me semble—et avec la permission du Comité je tenterai d'en convaincre ses membres—que le projet de loi, dans son libellé actuel, est très imparfait et incomplet.

1. Le concept de ce qui est médicalement inutile

L'un des principaux défauts se trouve dans le nouvel alinéa 217.1b) proposé, qui se lit comme suit:

217.1 Les articles 14, 45, 216 et 217 n'ont par pour effet:

[*Texte*]

(b) requiring a qualified medical practitioner to commence or continue to administer surgical or medical treatment to a person where such treatment is medically useless and not in the best interests of the person, except where the person clearly requests that such treatment be commenced or continued;

The flaw inherent in this phrasing is this: what counts as being useless is not an absolute matter. It always depends on the context and cannot be defined independently of the outcome that is aimed at. This holds true in the medical setting no less than anywhere else.

The context for which this bill is intended and that would trigger its provisions are situations that involve techniques for saving and/or sustaining of human life. Accordingly, the notion of uselessness that is central to this clause of the proposed legislation requires that one of the following two possibilities obtains: either the uselessness of a given intervention resides in its inability as a technical modality here and now to save and/or sustain the life in question, or the treatment's uselessness lies in the fact that it will not result in the retention of a certain quality of life.

If the first is what is meant, then the proposed law would define the limits of medical obligations too narrowly. It would allow a physician to refrain from commencing or continuing medical or surgical treatment "where such treatment will not save or sustain life" on a purely technical basis. The fact is that most of the medical treatments of a life-saving and/or sustaining nature that the bill is trying to remove from the list of mandatory interventions are in fact successful in this narrowly defined sense: they will save and/or sustain the life of the patient here and now. It is just that the quality of the life that will be saved and/or sustained will be questionable at best, and the patients whose lives are saved non-consensually may experience the imposition of such a life as an affront to their dignity and to their fundamental values. Therefore, when construed in this narrow sense, the proposed law would leave most relevant medical treatments as mandatory, just as they are under the current statutes.

On the other hand, if the phrase "medically useless" is interpreted in a more liberal sense—as indeed it should be—then the notion of uselessness has to be interpreted in some other fashion. Two possibilities come to mind. One is that uselessness will mean not a non-existent technical success rate in general, but a low likelihood of technical success in a particular instance. Alternatively, it could be interpreted as meaning that the treatment will not buy the patient much time, or that the quality of life to which the patient is likely to be restored, or the qualitative level at which the patient can reasonably expect to be sustained, will be exceedingly low, or some much.

However, none of these interpretations are value-neutral. Each is predicated on a hidden valuation without which it cannot function. The contention that a low success rate would free the physician from an obligation to treat raises the

[*Traduction*]

b) d'obliger un médecin qualifié à commencer ou continuer à administrer un traitement chirurgical ou médical à une personne qui demande clairement qu'il ne soit pas commencé ou continué;

Le défaut propre à ce libellé est le suivant: ce que l'on estime inutile n'est pas un fait indiscutable. Tout dépend toujours du contexte et on ne peut définir le traitement sans tenir compte du but qu'il vise. Cela vaut autant dans le contexte médical que dans n'importe quel autre domaine.

Le contexte que vise ce projet de loi et qui entraînerait l'application de ces dispositions est celui de situations dans lesquelles il faut recourir à des techniques pour sauver la vie du malade ou le maintenir en vie. Ainsi, la notion d'inutilité, qui constitue l'élément central de cet article de la mesure législative proposée, exige soit que l'inutilité d'une intervention donnée réside dans son impuissance en tant que modalité technique dans l'instant présent à sauver la vie en question ou à la maintenir, soit que l'inutilité du traitement repose dans le fait qu'il ne permettra pas au malade de jouir d'une certaine qualité de vie.

Si l'on opte pour la première interprétation, alors le projet de loi définirait trop étroitement les limites des obligations médicales. Il permettrait à un médecin de s'abstenir d'entreprendre ou de continuer un traitement médical ou chirurgical lorsqu'un tel traitement ne sauvera ni n'épargnera la vie pour des raisons purement techniques. Le fait est que la plupart des traitement médicaux qui servent à sauver ou à maintenir la vie que le projet de loi tente de supprimer de la liste des interventions obligatoires sont en fait utiles en ce sens étroitement défini: ils sauveront le malade ou le maintiendront en vie pour l'instant. C'est précisément que la qualité de vie qui sera sauvée ou maintenue sera discutable au mieux, et que les malades à qui ont a sauvé la vie sans qu'ils aient leur mot à dire peuvent considérer cette dernière comme une insulte à leur dignité et à leurs valeurs fondamentales. Ainsi, lorsqu'on l'interprète en ce sens étroit, le projet de loi continuerait à rendre obligatoires la plupart des traitements médicaux pertinents, tout comme c'est le cas avec les lois actuelles.

D'autre part, si l'expression «médicalement inutile» est interprétée plus largement—et c'est ce qu'on devrait faire—alors la notion d'inutilité doit être d'une autre manière. Deux possibilités viennent à l'esprit. D'une part, l'inutilité ne signifiera pas un taux de succès technique non existant en général, mais une faible possibilité de succès technique dans un cas particulier. Par contre, on pourrait l'interpréter comme voulant dire que le traitement ne prolongera pas la vie du malade ou que la qualité de vie qu'aura vraisemblablement le malade, ou le niveau qualitatif de vie auquel le malade peut raisonnablement s'attendre d'être maintenu, sera très bas.

Toutefois, toutes ces interprétations se fondent sur la valeur. Chacune dépend d'une évaluation cachée. L'affirmation selon laquelle un faible taux de succès affranchirait le médecin de l'obligation de traiter le malade

[*Text*]

question of what is to be considered low. And here there are no absolutes. For instance, what is an acceptable success rate in certain forms of oncology is considered abysmal in appendectomies; and what counts as a low success rate in tonsillectomies would be considered outstanding in the treatment of Parkinsonianism. Low is a matter of values, as is the notion of quality of life.

Here is where I see the danger. Given that only the qualifier "medical" occurs in the phrase "medically useless", the values that appear to be mandated as providing an appropriate interpretation will be the values of the medical profession. The present bill would therefore have the effect of giving the medical profession the right to decide what values should determine the delivery of health care when it comes to matters of life and death.

I find this is unacceptable for two reasons: first, as a matter of general principle, no profession has the right to impose its values on society. While input from the professions is germane to and even necessary for the shaping of societal opinions, it is society's own values that should be determining.

Second, to give this special status to the values of the medical profession, and to accord the profession's decisions ultimate weight is contrary to the fundamental principle of the autonomy of the person. The ultimate test of my autonomy as an individual is whether I am allowed to reach decisions on the basis of my own values, and have that decision carried out. Therefore, if my decision is ineffective, then my autonomy has been fundamentally compromised. I would find this particularly ironic in the present context, since the aim of this bill, as I understand it, is to amend the Criminal Code precisely to reflect patient autonomy in the health care setting.

The notion that underlies this clause is of course ethically unexceptionable. There cannot be an obligation to do what is impossible. However, the clause as it stands does not capture this idea. As it stands, what it does is define, through the Criminal Code, what is an appropriate outcome for the delivery of health care.

With this, in turn, it defines the notion of health care itself—but mistakenly. Not all health care is outcome oriented. Some health care is intended to provide care irrespective of outcome, precisely as expression of caring on part of our society. And this is appropriate, because it reflects and captures a value in our society that should be preserved. "To cure, sometimes; to care, always". A health care delivery system that does not embrace this and that seeks to exempt health care professionals from the thrust of this perspective would be fundamentally flawed.

[*Translation*]

soulève la question de ce que l'on doit considérer comme étant un faible taux de succès. Et ici, il n'y a pas d'absolus. Par exemple, ce qui est considéré comme un taux acceptable de succès pour certaines formes de cancers devient un taux catastrophique dans le cas d'appendicectomis; et ce que l'on considère être un faible taux de succès pour l'ablation des amygdales serait remarquable dans le traitement de la maladie de Parkinson. Il s'agit d'une question de valeur, comme dans le cas de la notion de qualité de vie.

Voici où je vois le danger. Étant donné que le qualificatif «médical» ne figure que dans l'expression «médicalement inutile», les valeurs qui semblent être retenues pour donner une interprétation appropriée seront celles de la profession médicale. Le projet de loi actuel aurait donc pour effet de conférer à cette profession le droit de décider des valeurs qui détermineraient la prestation de soins de santé lorsqu'il s'agit d'une question de vie ou de mort.

Je trouve cela inacceptable pour deux raisons: premièrement, par principe, aucune profession n'a le droit d'imposer ses valeurs à la société. Même si l'apport des professions est utile, voire nécessaire, pour façonner les opinions de notre société, ce sont les propres valeurs de la société qui devraient être déterminantes.

Deuxièmement, le fait d'accorder ce statut spécial aux valeurs de la profession médicale et de faire des décisions de la profession les décisions ultimes va à l'encontre du principe fondamental de l'autonomie de la personne. Le fait que je sois autorisé à prendre des décisions selon mes propres valeurs et à les exécuter représente l'ultime critère de mon autonomie en tant que personne. Par conséquent, le fait que mes décisions soient sans effet prouve que mon autonomie a été fondamentalement mise en péril. Je trouverais cela particulièrement ironique dans le contexte actuel, étant donné que l'objet du projet de loi, comme je le comprends, consiste à modifier le Code criminel pour précisément refléter l'autonomie du patient dans le contexte des soins de santé.

Le concept qui sous-tend cette disposition est bien entendu irréprochable au plan éthique. On ne peut obliger qui que ce soit à faire l'impossible. Toutefois, sous sa forme actuelle, cette disposition ne reprend pas une telle idée. Dans son libellé actuel, elle définit en fait, par l'entremise du Code criminel, ce qui représente un résultat approprié de prestation de soins de santé.

Elle définit par voie de conséquence la notion de soins de santé elle-même—mais de façon erronée. Tous les soins de santé ne visent pas un résultat. Certains visent à fournir une aide indépendamment du résultat, et servent précisément à exprimer la compassion de la part de notre société. Reflétant et reprenant une valeur de notre société qui doit être préservée, cela est tout à fait approprié. «Parfois guérir, toujours faire preuve de compassion». Tout système de prestation de services de santé qui n'adopte pas cette devise et qui cherche à en soustraire ses professionnels de la santé serait fondamentalement imparfait.

[*Texte*]

To reiterate, by enshrining an outcome-orientated perspective in this piece of legislation, it would follow that if this bill is passed into law as it stands, a federal statute would define what is and what is not appropriate health care delivery. I do not think that it is up to a federal statute to determine this matter. It might even be *ultra vires*.

My suggestion to this committee therefore is that the clause about medical uselessness should be dropped from the draft legislation entirely. The legislation should not deal with notion of medically useless at all. There is no need. Instead, the bill should take its cue from the fundamental principle of autonomy and respect for person, which constitutes its ethical base. It should focus solely on right to withhold treatment at the request of the patient or of an appropriate proxy, and try to develop a wording that will allow this.

2. Proxy Decision-Making

This introduces a second area in which this bill should be amended. The bill identifies two parties who are empowered to make the decision to refrain from initiating or to cease employing life saving and/or sustaining measures: the "qualified medical practitioner" and the person who is the subject of the medical undertaking.

Therefore if this Bill were to pass into law as it stands, it would entail that if a patient had not previously and competently made a decision, then, when the patient was no longer competent, the power to make the decision would pass to the physician.

This would fly in the face of the common law as it is currently evolving. Case law suggests that familial relationships entail a right not only on the part of the next-of-kin to act in a decision-making capacity but also on the part of relevant others if they have been suitably identified by the now-incompetent person, or stand in a close and relevant relationship. Some provincial statutes are to similar effect, and detail the order of appropriate proxy decision-makers on the basis of family relationship. Finally, it would stand in conflict, if not with the letter, then at least with the spirit of the recent provincial statutes and initiatives that allow persons to appoint health care proxies irrespective of familial relation who then have the power to make decisions for them without having to detail what that decision would be.

These considerations may strike this Committee as abstract and academic, given that there are other sections in the Code that might be of assistance, and given the common assumption that the proxy decision-makers that I have identified would normally be respected. However, if the past history of legal conflict in the arena of proxy health care decision-making is any indication, it would be better if the issue of proxy decision-making were to be clarified in the legislation itself.

The same point holds true, except possibly even more strongly, for the case of persons who have never been competent. Children, and the mentally severely handicapped fall under this rubric (albeit for different reasons). If the Bill

[*Traduction*]

Je répète qu'en incluant une perspective axée sur les résultats dans ces mesures législatives on obtiendrait, si ce projet de loi est adopté sous sa forme actuelle, une loi fédérale qui définirait ce qui représente une bonne prestation de soins de santé et, inversement, une mauvaise prestation de tels soins. Je ne pense pas qu'une telle décision relève de la compétence fédérale. Elle pourrait même se situer au-delà de cette compétence.

Je propose donc au Comité de supprimer complètement du projet de loi cette disposition relative à l'inutilité médicale. La loi ne devrait nullement traiter du concept du «médicalement inutile». Cela ne sert à rien. Par contre, le projet de loi devrait se fonder sur le principe fondamental de l'autonomie et du respect de la personne, qui constitue son fondement éthique. Il devrait se concentrer uniquement sur le droit de suspendre un traitement à la demande du patient ou d'un mandataire approprié. Il faudrait donc essayer d'arriver à un libellé qui le permette.

2. Prise de décision par un mandataire

Cela nous amène à un deuxième amendement qui me semble nécessaire. Le projet de loi identifie deux parties habilitées à prendre la décision de ne pas entreprendre ou de cesser de prendre des mesures permettant de sauver la vie ou des mesures essentielles au maintien de la vie: le «médecin qualifié» et la personne faisant l'objet des soins médicaux.

Par conséquent, si ce projet de loi était adopté sous sa forme actuelle, cela voudrait dire que dans les cas où un patient n'aurait pas pris une décision préalable, de façon compétente, le pouvoir de prendre cette décision reviendrait au médecin lorsque le patient ne serait plus compétent.

La «common law», telle qu'elle se développe actuellement, serait ainsi battue en brèche. D'après le droit jurisprudentiel, les liens de parenté entraînent la reconnaissance du droit de prendre des décisions non seulement au plus proche parent, mais également à d'autres personnes pertinentes dans la mesure où elles ont été identifiées correctement par la personne maintenant incompétente, ou dans la mesure où elles sont proches de cette dernière. Certaines lois provinciales servent le même but et indiquent en détail l'ordre de préséance des mandataires appropriés selon les liens de parenté. Enfin, cela irait à l'encontre, sinon de la lettre, du moins de l'esprit, des présentes lois et initiatives provinciales qui permettent de nommer des mandataires indépendamment des liens de parenté. Ces mandataires sont alors habilités à prendre des décisions sans en indiquer en détail la teneur.

Il se peut que pour le Comité ces considérations soient abstraites et théoriques, surtout lorsque l'on sait que d'autres articles du Code pourraient être utiles et que l'on suppose en général que son choix de mandataires serait habituellement respecté. En raison toutefois des conflits juridiques dans ce domaine, il serait préférable que la loi elle-même clarifie la question de la prise de décisions par des mandataires.

La même chose s'applique peut-être même encore plus fortement dans le cas des personnes qui n'ont jamais été compétentes. Les enfants et les graves déficients mentaux appartiennent à cette catégorie «bien que pour des raisons

[*Text*]

is to achieve its aim of preventing the injury of continued existence for patients who can speak for themselves, surely equity demands that it should not disadvantage those who cannot do so. Helplessness demands, as a minimum, treatment that is both equitable and fair.

Furthermore, in the last few decades the ethical literature has been emphatic in pointing out that the standards used by the medical profession in making health care decisions are not necessarily the same as those used by the rest of society. The point is particularly important in the Canadian context, where physicians may have patients whose ethno-cultural background they do not share.

I therefore respectfully suggest to this Committee that the Bill be amended to include appropriate provisions for identifying who would constitute a duly empowered proxy decision-maker in the case of incompetent persons.

Furthermore, I respectfully suggest that this Committee so amend the Bill that these duly empowered proxy decision-makers be given the power, under this Bill, to request withholding and withdrawal of treatment. If I may paraphrase a decision that has come to us from the US setting, «The rights of the incompetent should not be less than the rights of the competent solely because of the fact of their incompetence.»

3. ACTIVE EUTHANASIA

There is one further aspect of this Bill that calls for consideration and amendment:

Clause (c)(1) of this Bill states that a qualified medical practitioner may commence or continue

> to administer palliative care and measures intended to eliminate or relieve the physical suffering of a person

even if

> such care or measures will or are likely to shorten the life expectancy of the person.

If strictly interpreted, this would allow for active euthanasia.

It will probably come as no surprise to some members of this Committee that I am not, in principle, opposed to such a provision in the Criminal Code. I have argued for such a provision for years. It probably will be surprising to some Committee members that my position on this finds a large measure of support among professional ethicists, and on an international basis.

However, that is really not the issue. While I would not be opposed to an appropriately drafted statute on active euthanasia, I see great danger in a statute that allows for active euthanasia by accident and without adequate controls. I emphasize, so far as I can see, this Bill does not intend to legalize active euthanasia as the term is usually understood. However, unless this provision of the Bill is amended, it runs the danger of doing so—and without adequate safeguards. I would caution against this.

[*Translation*]

différentes». Pour que le projet de loi permette d'atteindre l'objectif visé, soit l'interruption de la vie «invivable» de ceux qui peuvent prendre des décisions, il faudrait, par souci d'équité, que la loi ne désavantage pas les personnes qui ne peuvent le faire. L'incapacité exige, à tout le moins, un traitement qui soit équitable et juste.

Par ailleurs, au cours des dernières décennies, tout ce qui a été écrit au sujet de l'éthique souligne de façon catégorique que les normes retenues par la profession médicale au chapitre des décisions en matière de soins de santé ne sont pas nécessairement les mêmes que celles adoptées par le reste de la société. Ceci revêt une importance particulière dans le contexte canadien, où les médecins peuvent avoir des patients dont le milieu ethnoculturel n'est pas le même.

Je recommande donc respectueusement au Comité d'amender le projet de loi en y inclants des dispositions permettant de déterminer les personnes qui pourraient agir à titre de mandataires dûment habilités dans le cas de personnes incompétentes.

En outre, je recommande respectueusement que le Comité amende le projet de loi de façon que ces mandataires dûment habilités aient le pouvoir, en vertu du projet de loi, de demander la suspension ou l'interruption du traitement. Si je peux me permettre de paraphraser une décision prise aux États-Unis, «les droits de la personne incompétente ne devraient pas être inférieurs à ceux des personnes compétentes, uniquement en raison de son incompétence.»

3. L'EUTHANASIE ACTIVE

Un autre aspect du projet de loi exige un examen et un amendement:

En vertu du paragraphe c)(1) du projet de loi, un médecin qualifié peut commencer ou continuer

> à administrer des soins palliatifs et des mesures destinées à supprimer ou soulager les souffrances physiques d'une personne,

même si

> ces soins ou ces mesures abrégeront ou sont susceptibles d'abréger l'expectative de vie de cette personne.

Rigoureusement interprétée, cette disposition permet l'euthanasie active.

Certains membres du Comité ne seront probablement pas surpris d'apprendre que je ne m'oppose pas, en principe, à l'insertion d'une telle disposition dans le Code criminel. Je plaide en faveur d'une telle disposition depuis des années. Ce qui étonnera probablement d'avantage certains membres du Comité, c'est que ma position à cet égard jouit d'un large appui, à l'échelle internationale, chez les éthiciens professionnels.

Là n'est toutefois pas le problème. Même si je ne m'opposerais pas à un projet de loi sur l'euthanasie active libellé de façon appropriée, une loi qui permettrait l'euthanasie active par accident et sans prévoir de moyens de contrôle adéquats me semble représenter un grave danger. Selon moi, et j'insiste là-dessus, ce projet de loi ne vise pas à légaliser l'euthanasie active au sens habituel du terme. À moins que cette disposition ne soit modifiée, il risque toutefois de la légaliser, sans mettre en place des moyens de sauvegarde adéquats. Ce serait prendre un grave risque.

[*Texte*]

I would therefore suggest to this Committee that this Bill be amended as follows:

217.1 Nothing in sections 14, 45, 216 and 217 of the Criminal Code shall be interpreted as

(a) requiring a qualified medical practitioner to commence or continue to administer surgical or medical treatment to a person who competently requests that such treatment not be commenced or continued;

(b) requiring a qualified medical practitioner to commence or continue to administer surgical or medical treatment to a person who has previously made a competent determination that such treatment not be commenced or continued and who has not revoked such determination;

(c) requiring a qualified medical practitioner to commence or continue to administer surgical or medical treatment to a person when a duly empowered substitute decision-maker of that person, using appropriate standards of substitute decision-making, formally requests that such treatment not be commenced or continued; or

(d) preventing a qualified medical practitioner from commencing or continuing to administer palliative care and measures intended to eliminate or relieve the suffering of a person for the sole reason that such care or measures will or are likely to shorten the life expectancy of the person, except where

(i) that person competently requests or has competently requested that such measures not be undertaken if these measures have a life shortening effect; or

(ii) the duly empowered substitute decision-maker of that person, using appropriate standards of substitute decision-making, requests that such measure not be undertaken if these measures have a life shortening effect.

I would further recommend that section 246, as proposed by this Bill, be amended to read as follows:

246.1 Notwithstanding anything in section 215 and 218 or 246, no qualified medical practitioner commits an offence set out in those sections where the practitioner

(a) does not commence or continue to administer

(i) surgical or medical treatment to a person who competently and formally requests that such treatment not be commenced or continued;

(ii) surgical or medical treatment to a person who has previously made a competent determination that such treatment not be commenced or continued and who has not revoked such determination;

(iii) surgical or medical treatment to a person when a duly empowered substitute decision-maker of that person, using appropriate standards of substitute decision-making, formally requests that such treatment not be commenced or continued; or

(b) commences or continues to administer palliative care and measures intended to eliminate or relieve the suffering of a person for the sole reason that such care or measures will or are likely to shorten the life expectancy of the person, except where

[*Traduction*]

Je recommande donc au Comité de modifier le projet de loi comme suit:

217.1 Les articles 14, 45, 216 et 217 n'ont pas pour effet:

a) d'obliger un médecin qualifié à commencer ou continuer à administrer un traitement chirurgical ou médical à une personne qui, en pleine possession de ses moyens, demande qu'il ne soit pas commencé ou continué;

b) d'obliger un médecin qualifié à commencer ou continuer à administrer un traitement chirurgical ou médical à une personne qui, en pleine possession de ses moyens, a demandé au préalable que ce traitement ne soit pas commencé ou continué et n'a pas révoqué cette décision par la suite;

c) d'obliger un médecin qualifié à commencer ou continuer à administrer un traitement chirurgical ou médical lorsqu'une autre personne dûment habilitée à prendre des décisions pour elle demande officiellement, en respectant les formes établies à cet égard, qu'un tel traitement ne soit pas commencé ou continué; ou

d) d'interdire à un médecin qualifié de commencer ou continuer à administrer des soins palliatifs et des mesures destinées à supprimer ou à soulager les souffrances d'une personne du seul fait que ces soins ou ces mesures abrégeront ou sont susceptibles d'abréger l'expectative de vie de cette personne, sauf lorsque

(i) cette personne demande ou a demandé à un moment où elle est ou était en pleine possession de ses moyens, que de telles mesures ne soient pas prises si celles-ci abrégeront son expectative de vie, ou

(ii) une personne dûment habilitée à prendre des décisions pour elle demande, en respectant les formes établies à cet égard, que si elles abrégeront l'expectative de vie de la personne, de telles mesures ne soient pas prises.

Je recommande en outre que l'article 246 du projet de loi soit modifié afin qu'il se lise comme suit:

246.1 Nonobstant les articles 215 et 218 à 246, un médecin qualifié ne commet aucune des infractions visées par ces articles:

a) lorsqu'il ne commence pas ou ne continue pas, selon le cas:

(i) à administrer un traitement chirurgical ou médical à une personne qui, en pleine possession de ses moyens, demande formellement que celui-ci ne soit pas commencé ou continué;

(ii) à administrer un traitement chirurgical ou médical à une personne qui, en pleine possession de ses moyens a demandé auparavant qu'un tel traitement ne soit pas commencé ou continué, et qui n'a pas révoqué cette décision;

(iii) à administrer un traitement chirurgical ou médical à une personne lorsqu'une autre personne dûment habilitée à prendre des décisions pour elle demande officiellement, en respectant les formes établis à cet égard, qu'un tel traitement ne soit pas commencé ou continué, ou

b) lorsqu'il commence ou continue à administrer des soins palliatifs et des mesures destinées à supprimer ou à soulager les souffrances du malade du seul fait que ces soins ou ces mesures abrégeront ou sont susceptibles d'abréger l'expectative de vie du malade, sauf si

[*Text*]

(i) that person competently requests or has competently requested that such measures not be undertaken if these measures have such a life shortening effect, or

(ii) the duly empowered substitute decision-maker of that person, using appropriate standards of substitute decision-making, requests that such measure not be undertaken if these measures have a life shortening effect.

246.2 In the event that the life of the person will or is likely to be shortened by the use of palliative measures involving medications or similar means, and the time-span of this shortening exceeds what would normally be expected using appropriate and recognized palliative measures, the case shall be subject to review by an independent body consisting of a physician having no connection with any party involved in the case, a member of the Attorney General's Department of the jurisdiction in which the death has occurred, and an independent member of the public having training in ethics.

246.3 If this independent body finds that the event was not in accordance with the competently expressed wishes of the patient or in accordance with appropriate standards of substitute decision-making, as the case may be, the otherwise relevant provisions of the Criminal Code shall apply.

CONCLUSION

Canadian society has undergone, and is continuing to undergo, a profound change in its ethical perspective. The principle of autonomy and respect for persons has moved centre-stage, and the right to self-determination has become accepted as the fundamental ethical right that grounds moral actions. This shift may be discomfiting to some. However, from an ethical perspective it is to be welcomed because it reflects a maturation of our society in the direction of a responsible ethical perspective that places decision-maker power where it belongs: with the individual person. The aim of laws is not to promote robot-like actions but ethical behaviour based on reasoned and independent choice.

Bill C-203 is not a novelty. Not even in the Canadian setting. It is in perfect agreement with the recommendation made by the law Reform Commission of Canada in its Report entitled «Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment», and its Working Papers «Homicide» and «Omission, Negligence and Endangering.» It also reflects the evolving perspective of Canadian citizens. In fact, at a time when national agreement is at a premium, the degree to which Canadians support this notion is remarkable. It is also supported by religious as well as ethical reasoning that is opposed to active interventions intended to end life. I can think of few ethical issues that have this degree of societal backing. I also believe that failure to amend this Bill along the lines I have indicated, and failure to pass it into law thus suitably amended, would amount to the substitution of private agendas for what is ethically reasonable and societally mandated.

[*Translation*]

(i) le malade, en pleine possession de ses moyens demande ou a demandé que les mesures en question ne soient pas prises si elles auront pour effet d'abréger l'expectative de vie, ou

(ii) la personne dûment habilitée à prendre des décisions pour le malade demande, en respectant les formes établies à cet égard, que les mesures en question ne soient pas prise si elles auront pour effet d'abréger l'expectative de vie.

246.2 Lorsque la vie d'une personne sera abrégée ou est susceptible d'être abrégée par des soins palliatifs comportant l'administration de médicaments ou d'autres mesures semblables, et que la durée de vie du malade est réduite davantage que ce à quoi on peut s'attendre normalement lorsque des mesures palliatives appropriées et reconnues sont utilisées, le dossier est soumis à l'examen d'un groupe indépendant composé d'un médecin n'ayant aucun lien avec l'une quelconque des parties à l'affaire, d'un membre du Bureau du Procureur général de l'administration où le décès a eu lieu, ainsi que d'un membre indépendant du grand public qui possède une formation en matière de déontologie.

246.3 Si ce groupe indépendant constate que le déroulement des faits n'est pas conforme aux volontés que le malade a exprimées lorsqu'il était en pleine possession de ses moyens, ou que les décisions prises au nom du malade n'ont pas respecté les normes appropriées, selon le cas, les dispositions pertinentes du Code criminel s'appliqueront.

CONCLUSION

La société canadienne a vécu et continue de vivre un profond changement de ses valeurs éthiques. Le principe de l'autonomie et du respect de la personne occupe désormais la place éminente, et l'on en est venu à accepter le droit de décider pour soi-même comme le droit éthique fondamental qui préside aux décisions morales. D'aucuns peuvent être décontenancés par ce changement. Toutefois, d'un point de vue éthique, on doit s'en réjouir parce qu'il traduit une évolution de notre société vers une attitude morale responsable qui accorde à qui de droit, c'est-à-dire à l'individu, le droit de décider. Les lois n'ont pas pour objet de provoquer des gestes mécaniques, mais plutôt de favoriser un comportement moral reposant sur des choix raisonnés et indépendants.

Le projet de loi C-203 ne constitue pas une innovation. Pas même dans le contexte canadien. Il est parfaitement compatible avec la recommandation faite par le Commission de réforme du droit du Canada dans son rapport intitulé «Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement», et dans ses documents de travail «L'homicide» et «L'omission, la négligence et la mise en danger». Il traduit également l'évolution de la perspective des citoyens canadiens. De fait, en ce moment où l'on fait grand cas de l'entente nationale, il est remarquable de constater à quel point les Canadiens soutiennent cette notion. Elle bénéficie également de l'appui du courant de pensée religieux et moral qui condamne les interventions actives en vue de mettre fin à la vie. À mon avis, très peu d'autres questions d'ordre moral font l'objet d'un appui aussi généralisé. Je pense également que si on ne modifie pas ce projet de loi de la façon que j'ai proposée et si on n'adopte pas une loi ainsi modifiée, on donnera préséance à des impératifs privés sur une mesure qui est raisonnable sur le plan moral et qui est sanctionnée par la société.

[*Texte*]

The Chairman: The minutes will be distributed to you. When you say you want to comment on previous testimony, are you talking exclusively about the witnesses who appeared here today before us or about all other witnesses?

Prof. Kluge: Mr. Chairman, this is specifically with respect to the presentation made by Mr. Starkman and his colleague from the Law Reform Commission of Canada.

The Chairman: Are we agreed that he make comments on the specifics he mentioned?

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: We ask you to leave some time at the end of your presentation so that Members of Parliament can question you on your testimony. With that, sir, you have the floor.

Prof. Kluge: Mr. Chairman, I was told I should give my credentials to the committee. I am a lecturer in biomedical ethics in Canadian and American universities, as well as a consultant to the federal government—the Department of Health and Welfare, the RCMP and Correctional Services. I am the first expert witness in medical ethics in a Canadian court of law. I was asked by the Canadian Medical Association to establish a department of ethics and legal affairs in 1989, and I was appointed as its first director. I am currently a member of the ethics advisory panel of the British Columbia Ministry of Health, and I am a consultant to the Commonwealth Medical Association.

I must confess in all honesty that I have lost count of my publications. I have written five books in the area of biomedical ethics, three of which deal with deliberate death. My latest book, *Biomedical Ethics in a Canadian Context*, is the first textbook geared to the Canadian physician in the Canadian legal and socio-legal context.

Mr. Chairman, I would like to begin by saying that there are several fundamental ethical principles that characterize Canadian society. One of them is the principle of respect for life. This principle is a central theme, and I hope it will continue to be a central theme of Canadian life, but there is another theme, the principle of autonomy and the right to self-determination. If recent developments in case law and in the drafting of statutes are any indication, that principle is being recognized more and more.

It is from the perspective of the right of autonomy and self-determination, conditioned by the right for life, that I would respectfully support this bill. I would suggest, Mr. Chairman, that it can be supported both from the perspective of the medical profession and from the perspective of the patient. What is characteristic of the medical profession and the interaction between the medical profession and patients is what is called, in technical terms, a physician-patient relationship. I say "technical terms" because it means something very specific. It is a fiduciary relationship based on trust. For that reason, it is very fragile.

[*Traduction*]

Le président: Le procès-verbal vous sera remis. Lorsque vous dites que vous voulez faire des commentaires au sujet de témoignages antérieurs, pensez-vous seulement aux témoins qui ont comparu aujourd'hui ou à tous les autres témoins?

M. Kluge: Monsieur le président, c'est précisément au sujet de l'exposé fait par M. Starkman et ses collègues de la Commission de réforme du droit du Canada.

Le président: Tout le monde est-il d'accord pour qu'il fasse les commentaires en question?

Des voix: D'accord.

Le président: Nous vous demandons de prévoir suffisamment de temps à la fin de votre exposé afin que les députés puissent vous poser des questions au sujet de votre témoignage. Et là-dessus, monsieur, vous avez la parole.

M. Kluge: Monsieur le président, on m'a dit que je devais donner mes titres au Comité. Je suis conférencier en déontologie biomédicale dans des universités canadiennes et américaines, en plus d'être consultant auprès du gouvernement fédéral—ministère de la Santé, GRC et Services correctionnels. J'ai été le premier témoin spécialisé en éthique médicale reconnu par un tribunal canadien. L'Association médicale canadienne m'a demandé de mettre sur pied en 1989 un service d'éthique et d'affaires juridiques, dont j'ai été le premier directeur. À l'heure actuelle, je fais partie du conseil consultatif de déontologie du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et je suis consultant auprès de l'Association médicale du Commonwealth.

En toute honnêteté, je dois avouer que je ne sais plus très bien combien de publications j'ai signées. J'ai écrit cinq ouvrages sur la l'éthique biomédicale, dont trois qui portent sur la mort intentionnelle. Mon dernier livre, intitulé *Biomedical Ethics in a Canadian Context*, est le premier traité destiné aux médecins canadiens oeuvrant dans le contexte juridique et socio-juridique au Canada.

Monsieur le président, je voudrais d'abord souligner qu'il existe plusieurs principes éthiques fondamentaux qui caractérisent la société canadienne. L'un d'entre eux est celui du respect de la vie. Ce principe est au coeur des thèmes qui sous-tendent la vie canadienne et j'espère qu'il continuera de jouer un rôle prépondérant; mais il est un autre thème, celui du principe de l'autonomie et le droit de décider pour soi-même. Si l'on peut en croire les derniers événements dans le domaine de la jurisprudence et de la conception des lois, ce principe est de plus en plus accepté.

C'est en reconnaissance de ce droit à l'autonomie et de décider pour soi-même, subordonné au droit à la vie, que je me prononce respectueusement en faveur du projet de loi. Je dirais même, monsieur le président, que ce projet de loi peut jouir de l'appui tant de la profession médicale que des patients. La caractéristique de la profession médicale et de l'interaction entre les médecins et les patients est ce qu'on appelle, en termes techniques, la relation malade-médecin. Je dis bien «termes techniques» parce qu'il sagit de quelque chose de très précis, découlant d'une relation de confiance. C'est donc très fragile.

[*Text*]

• 1625

The patient trusts that physicians will do everything within their power to alleviate or they cannot cure. Patients trust further that physicians will not abuse this power. Physicians also trust that when they use their best efforts, these best efforts will not redound to their disadvantage; certainly not legal action.

The problem is that the current Criminal Code as it stands threatens legal action. You have heard testimony. I have had the privilege of reading the *Minutes of Proceeding and Evidence* of previous testimony that no prosecutions have been successful. I might add that when I was director of ethics and legal affairs for the Canadian Medical Association, I had two of my researchers do independent research. Of course it confirms that there has been no successful prosecution. This does not mean that no charge was laid, but that there was no successful prosecution under these headings.

That is not the issue. The issue is that the law is there as it stands. As a matter of fact, whether or not it will be applied, Mr. Chairman, is a function of prosecutorial discretion. Therefore, the physician who, conscious of the dignity of the patient and following the wishes of the patient, ceases to use every effort possible, which legally he is employed to do by the relevant sections of the Criminal Code, practices under the shadow of the jailor. That is not conducive to an open patient-physician relationship.

When I made presentation, when I was a member of a delegation of the CMA, to the other place on a different bill, one of the primary emphases made by the CMA at that point was that the threat of criminal prosecution colours, if not poisons, the relationship between the patient and the physician. The physician practising under the shadow of the jailor cannot help but practice defensive medicine at her or his very worst.

At the same time, this bill is to be welcomed from the perspective of the patient. Patients do have a right of self-determination. This committee has heard testimony to that effect and no one denies that. I suggest, Mr. Chairman, that arguments based on religion ultimately will be considered *ultra vires* by this committee because the Charter forbids the formulation of laws based on religion. This would be discrimination on the basis of religion.

At the same time, Mr. Chairman, criminal case law does uphold—ever since 1935 in Mulloy v. HopSang—the right of the patient to self-determiniination. There's a line that goes from 1939 for Parmley v. Parmley to Malette v. Shulman and several other cases heard by the Supreme Court that uphold this right. It is also reflected in Morgentaler and other cases.

The right to self-determination must be there. The right to cease treatment and have treatment stopped at the will of the patient must not be taken away by default because of the threat of prosecution to the physician.

[*Translation*]

Le patient fait confiance aux médecins et croit qu'ils feront tout ce qu'ils peuvent pour soulager ses souffrances s'ils ne peuvent le guérir. Les patients ont confiance également que les médecins n'abuseront pas de ce pouvoir. Les médecins espèrent, de leurs côté, qu'on ne leur tombera pas dessus lorsqu'ils font de leur mieux et surtout qu'on ne les poursuivra pas en justice.

La difficulté est qu'ils risquent d'être poursuivis en l'état actuel du Code criminel. Vous avez entendus les témoignages. J'ai pu lire les *procès-verbaux et témoignages* qui ont précédé et dans lesquels il était dit que les poursuites intentées n'avaient pas abouti. Lorsque j'étais directeur des questions d'éthique et des affaires juridiques à l'Association médicale canadienne, j'ai demandé à deux de nos employés de faire des recherches indépendantes. Leurs travaux ont confirmé que les poursuites n'avaient en effet rien donné. Toutefois, cela ne signifie pas que des accusations n'ont pas été portées, mais que les poursuites intentées en vertu de ces chefs d'accusation ont donné lien à un verdict d'innocence.

Là n'est pas la question. Le problème est que la loi existe telle qu'elle est. En fait, monsieur le président, la question de savoir si elle sera ou non appliquée est laissée à la discrétion des procureurs. Par conséquent, le médecin qui, conscient de la dignité du patient et suivant ses instructions, cesse de faire tous les efforts possibles, contrairement à ce que le Code criminel l'oblige à faire, est menacé dans l'exercice de sa profession. Cela ne contribue pas à l'établissement de bons rapports ouverts entre médecin et patient.

Lorsque j'ai présenté un exposé dans l'autre endroit comme membre d'une délégation de l'AMC, sur un projet de loi différent, l'un des premiers points souligné par l'AMC était que la menace de poursuites criminelles nuit aux rapports entre le patient et son médecin si elle ne les empoisonne pas carrément. Le médecin qui pratique sous la menace d'emprisonnement ne peut s'empêcher d'être sur la défensive, à tout le moins.

Ce projet de loi serait également une bonne chose pour le patient. Les patients ont le droit de décider eux-mêmes. Le Comité a entendu des témoignages à ce sujet et personne ne peut le nier. Je pense, monsieur le président, que les arguments fondés sur la religion seront, en fin de compte, jugés *ultra-vires* par le comité parce la Charte interdit la formulation de lois fondées sur la religion. Il s'agirait de discrimination.

En outre, monsieur le président, depuis l'affaire Mulloy c. HopSang, en 1935, le droit pénal reconnaît que le patient a le droit de décider lui-même. Ce droit a été maintenu par la Cour suprême dans une série de causes depuis 1939, par exemple, l'affaire Parmley c. Parmley et Ewell ainsi que l'affaire Malette c. Shulman et plusieurs autres. L'affaire Morgentaler et d'autres en sont également des exemples.

Il faut que le droit de décider pour soi soit inscrit dans la loi. Le droit de mettre fin à un traitement ou le droit pour un patient de demander qu'on arrête un traitement ne doit pas disparaître par défaut, parce que les médecins sont menacés de poursuites.

[*Texte*]

As an active consultant, I have been involved in cases. When I was director of ethics and legal affairs for the CMA, I counselled on cases where the options were pushed precisely because of fear of prosecution. I dare say there's no one better placed in Canada to comment on that than I am.

Nevertheless, at the same time, Mr. Chairman, I have some reservations. These reservations deal with proposed paragraph 217.1(b) of the bill. The phrase that causes me concern is:

> where such treatment is medically useless and not in the best interest of the person

The content and the situation that would trigger this provision are situations that involve life-saving and/or sustaining means. This phrase is susceptible of two interpretations—minimally two. Either the uselessness of a given intervention resides in its inability to save here and now, in this particular instance, or it resides in saving only for a short time or restoring the patient or sustaining the patient at the level that is qualitatively considered unacceptable.

• 1630

If the first is meant, that is to say, if the meaning of the phrase "medically useless" is that it will not save, period, there are very few medical treatments these days that don't have that effect. They can save here and now, if only for a moment. Therefore the bill as it stands would in fact leave the situation as it stands.

On the other hand, if the phrase is interpreted more widely, as indeed I think it should be, it injects into the process an evaluative component from the medical profession. As an ethicist, and many colleagues internationally will back me up on this as well as nationally, the values of the medical profession, the values of any profession, should not be dictating to the society what should happen. Professions are valuable in the advice they give to society on what is possible, but the values on the basis of which society operates should be society's values, not those of the profession. Therefore, it should not lie within the judgment of the profession to determine what is useless and what is not.

As to what is low, "low" is not an absolute term. If the interpretation of "medically useless" is a low success rate in terms of leaving only a little time or having a low success rate in incidents of this kind, that depends on the kind of intervention, and the state of technology. It is not a very fortunate term.

As to quality of life, again I urge this committee to consider that this is not a medical judgment and should not be. In this context, Mr. Chairman, I would like to refer you to a document, which I will make available to the committee if it wishes. I did not bring it, as it was passed by the Canadian Medical Association at its General Council in August of this year. It is entitled "Advanced Directives for the Resuscitation of Patients and Lifesaving or Sustaining

[*Traduction*]

À titre d'expert-conseil, j'ai été mêlé à certaines causes. Lorsque j'étais directeur des questions d'éthique et des affaires juridiques à l'AMC, j'ai eu à travailler sur des affaires où il n'y avait pas vraiment exercice d'un libre choix par crainte de poursuites. J'ose dire que personne au Canada n'est mieux placé que moi pour en parler.

Néanmoins, monsieur le président, j'ai quand même certaines réserves. Ces réserves ont trait au paragraphe 217.1b) du projet de loi. L'expression qui me préoccupe est la suivante:

> lorsque ce traitement est médicalement inutile et n'est pas dans l'intérêt véritable du malade

Les situations visées par cette disposition sont celles qui nécessitent des moyens visant à sauvegarder ou à maintenir la vie. Cette expression risque d'être interprétée de deux façons, à tout le moins. Soit que l'inutilité d'une intervention donnée réside dans son incapacité de préserver la vie à un moment donné, soit qu'elle réside dans la capacité de préserver la vie seulement pour une courte période ou de maintenir le malade à un niveau qualitatif jugé inacceptable.

Si la première acception est retenue, autrement dit si l'expression «médicalement inutile» veut dire que l'intervention ne sauvera pas la vie, point, on trouve très peu de traitements médicaux de nos jours qui ne répondent pas à cette définition. Les traitements médicaux peuvent nous sauver sur le moment, et pour peu de temps seulement. Par conséquent, le projet de loi dans sa forme actuelle maintiendrait à vrai dire les choses telles qu'elles sont.

D'un autre côté, si l'expression est interprétée plus librement, comme elle devrait l'être à mon avis, elle introduit dans le processus un élément d'évaluation de la part de la profession médicale. En ma qualité d'«éthicien»—et je sais que bon nombre de mes collègues à l'échelle et nationale et internationale abondent dans ce sens—les valeurs de la profession médicale, voire de n'importe quelle profession, ne doivent pas dicter sa conduite à la société. Les professions peuvent donner à la société des conseils inestimables sur ce qui est réalisable, mais les valeurs sur lesquellles la société s'appuie pour décider doivent être les valeurs de la société, non celles d'une profession. Par conséquent, il ne devrait pas appartenir à la profession de déterminer ce qui est utile et ce qui ne l'est pas.

Quant à savoir ce qui est faible, le terme «faible» n'est pas un absolu. Si l'expression «médicalement inutile» est interprétée comme voulant dire un faible taux de réussite au niveau du temps qui reste à vivre ou encore un faible taux de réussite dans telle ou telle catégorie de cas, cela dépend de la nature de l'intervention et de l'état de la technologie. Le terme est assez mal choisi.

Pour ce qui est de qualité de vie, j'exhorte encore une fois le comité à reconnaître que la qualité de vie ne relève pas et ne devrait pas relever du jugement médical. Dans ce contexte, monsieur le président, j'aimerais que vous vous reportiez à un document que je remettrai au comité s'il le désire. Je ne l'ai pas avec moi, étant donné qu'il a été adopté par l'Association médicale canadienne à son assemblée générale du mois d'août de cette année. Ce document,

[*Text*]

Measures". It is the official policy, which supersedes other policies of the Canadian Medical Association, which precisely tries to stay away from value judgments made by the profession. This presentation in that context is in agreement with what the CMA has passed as official policy for at least 62,000 physicians across Canada.

I recognize fully well, Mr. Chairman, that the notion that underlies this clause of "medically useless" is "ethically unexceptionable". There can be no obligation to do what is impossible to do. But it seems to me the clause as it stands does not capture this idea. As it stands, it is to find, through the Criminal Code, an appropriate outcome for health care delivery. Here I have some problems because I don't think it is the purview of the Criminal Code to define the appropriateness of health care in that sense. It may even be *ultra vires*. I defer to the legal minds on that.

Therefore my suggestion to this committee is that the clause about "medical uselessness" be dropped, and that the bill focus entirely on where the focus should lie—the right to self-determination of the patient.

That brings me to a second area of concern for the bill. The bill identifies two parties who are empowered to make decisions to refrain from initiating or ceasing to employ lifesaving or sustaining measures. These are the qualified medical practitioner and the patient. If passed as it stands, it seems to me it would fly in the face of common law, which I referred to already. Common law indicates that familial relationships and other personal relations allow individuals to make proxy decisions. There is an interesting case, Motley v. Austin, not reported, I believe, last hearing, from B.C., which deals with the right of a long-time companion to make decisions for an individual who no longer could make that decision.

The point of raising this, Mr. Chairman, is that this bill should be amended to include proxy decision making. It is a lacuna, if you wish, not a fatal flaw.

I should also like to point out in support of this that there are provincial statutes, not simply initiatives, which recognize... The Nova Scotia Patient Consent Act is much further advanced than Ontario of course, because it was proclaimed in 1990. It recognizes that power explicitly, and there are other provinces that have explicit legislations to effect. So in that context, Mr. Chairman, I suggest that the bill be amended.

• 1635

I need only mention that the note of proxy decision-making should not be extended solely to adult individuals who previously were competent. If one may quote from a United States decision:

> The rights of the incompetent should not be less than the rights of the competent solely because of their incompetence.

[*Translation*]

intitulé «Directives préalables sur la réanimation des patients et les interventions de sauvegarde ou de maintien de la vie», est la politique officielle qui remplace toutes les autres lignes de conduite de l'Association médicale canadienne et qui tentent justement d'éviter les jugements de valeur faits par la profession. Dans contexte, cette communication correspond à ce que l'Association médicale canadienne a adopté comme politique officielle pour au moins 62,000 médecins partout au Canada.

Je reconnais tout à fait, monsieur le président, que la notion qui sous-tend cette clause de «médicalement inutile» est «éthiquement inattaquable», car on ne saurait être tenu à l'impossible. Mais il me semble que l'article, dans sa forme actuelle, ne rend pas cette notion. Laissé ainsi, on s'en remet au Code criminel pour déterminer l'issue appropriée des soins de santé. Cela, j'ai de la difficulté à l'accepter parce que je ne crois pas que le Code criminel soit le bon outil pour cela. On pourrait même parler d'excès de pouvoir. Je m'en remets aux juristes là-dessus.

Par conséquent, ma suggestion au comité est de laisser tomber la clause sur «l'inutilité médicale» et de faire porter le projet de loi entièrement là où il devrait porter, c'est-à-dire sur le droit du patient à l'autodétermination.

Cela m'amène à un deuxième point qui pourrait faire problème. Le projet de loi définit deux entités qui sont habilitées à prendre la décision de ne pas amorcer ou de cesser d'utiliser des mesures pour sauvegarder ou maintenir la vie. Il s'agit du médecin qualifié et du malade lui-même. Il me semble que, adopté tel quel, le projet de loi serait contraire à la common law, comme je l'ai dit précédemment. Celle-ci veut que les relations familiales et d'autres relations personnelles permettent aux personnes de prendre des décisions par procuration. Je souligne une cause intéressante, Motley c. Austin, pas encore publiée pour autant que je sache, de la Colombie-Britannique, qui porte sur le droit d'un compagnon ou d'une compagne de longue date de prendre des décisions pour une personne qui n'est plus en état de les prendre.

Si je soulève ce point, monsieur le président, c'est parce que j'estime que le projet de loi devrait être amendé pour inclure la prise de décision par procuration. C'est une lacune, si vous voulez, et rien d'irréparable.

J'aimerais aussi souligner, pour appuyer ce que j'avance, qu'il existe des lois provinciales, non seulement des mesures, qui reconnaissent... La Loi de la Nouvelle-Écosse sur le consentement du malade est beaucoup en avance sur celle de l'Ontario, bien sûr, parce qu'elle a été proclamée en 1990. Ce pouvoir y est reconnu expressément et d'autres provinces ont des lois précises à cet effet. Dans ce contexte, monsieur le président, je propose donc que le projet de loi soit amendé.

Je mentionnerai simplement que le pouvoir de donner procuration ne devrait pas être limité aux adultes antérieurement compétents. Si vous me permettez de citer un arrêt des États-Unis:

> Les droits d'un incompétent ne devraient pas être inférieurs aux droits d'un compétent seulement à cause de son incompétence.

[*Texte*]

If an adult person has the right to refuse treatment, surely an incompetent individual who is congenitally incompetent should have an appropriate substitute decision-maker who has that power, not the right, but the power to do so as well. If not, we are indeed taking away a right from incompetents because they are incompetent.

I suggest with respect, Mr. Chairman, that there's one further respect in which this bill requires amendment or emendment, if I may put it that way. Proposed paragraph 217.1(c) states that a qualified medical practitioner may commence or continue to administer palliative care and measures intended to eliminate or relieve the physical suffering of a person, even if such care or measures will or are likely to shorten the life expectancy of the person.

Strictly interpreted, this would allow for active euthanasia. As far as I'm concerned, this is not the intent of the bill. I would have grave problems in the enaction of a bill on active euthanasia without adequate safeguards. That not being the intention of this bill, I suggest that the bill be amended.

I therefore propose, Mr. Chairman, that proposed section 217.1 be revised. Again, thanks to your indulgence, the details are read into the record.

• 1640

I would then respectfully suggest that two additions be made to this bill—246.2—and this, Mr. Chairman, addresses my concern about checks and balances, which I think should be in any law.

246.2 In the event that the life of the person will or is likely to be shortened by the use of palliative measures involving medication or similar means, and the timespan of this shortening exceeds what would normally be expected using appropriate and recognized palliative measures, the case shall be subject to review by an independent body consisting of a physician having no connection with any party involved in the case, a member of the Attorney General's department of the jurisdiction in which the death has occurred, and an independent member of the public having training in ethics.

246.3 If this independent body finds that the event was not in accordance with the competently expressed wishes of the patient or in accordance with appropriate standards of substitute decision-making, as the case may be, the otherwise relevant provisions of the Criminal Code shall apply.

Mr. Chairman, I added these considerations because, as I said to you and as I respectfully submit to the committee, the law as it stands, this proposed bill, this *projet de loi* pursues the correct objective but it has to be amended. I also respectfully suggest to you, Mr. Chairman, that this bill is not a novelty in the Canadian context.

[*Traduction*]

Si un adulte a le droit de refuser le traitement, une personne incompétente atteinte d'une incompétence congénitale, devrait avoir une personne habilité à prendre les décisions à sa place et qui ait le pouvoir, pas le droit mais le pouvoir, de le faire. Sinon, nous enlevons un droit aux incompétents simplement parce qu'ils sont incompétents.

Sauf votre respect, monsieur le président, il y a une autre partie de ce projet de loi qui mérite d'être amendée ou améliorée. L'alinéa 217.1c) stipule qu'un médecin qualifié peut commencer ou continuer à administrer des soins palliatifs et des mesures destinées à supprimer ou à soulager les souffrances physiques d'une personne, même si ces soins ou ces mesures sont susceptibles d'abréger l'expectative de vie de cette personne.

Si l'on interprète ce texte strictement, il permet l'euthanasie active. Pour moi, ce n'est pas du tout l'esprit du projet de loi. J'aurais de sérieuses objections à l'adoption d'une loi sur l'euthanasie active ne comportant pas de garanties adéquates. Comme ce n'est pas l'intention dans ce projet de loi, je propose qu'il soit amendé.

Je propose donc, monsieur le président, que l'article 217.1 soit revu. Grâce à votre indulgence, les détails seront insérés dans le procès-verbal.

Je propose donc respectueusement d'ajouter deux paragraphes à ce projet de loi—246.2—et ceci, monsieur le président, pour que s'y trouvent les éléments d'équilibre qui devraient d'après moi, se trouver dans toutes les lois.

246.2 Au cas où la vie d'une personne pourrait être écourtée par l'utilisation de mesures palliatives comme une médication ou d'autres méthodes, et que la durée de cette période dépasse ce que l'on pouvait espérer en recourant à des mesures palliatives appropriées, le cas devrait être examiné par un organe indépendant composé d'un médecin n'ayant aucun lien avec l'une des parties concernées, un membre du ministère de la Justice dans la province où le décès est survenu, et un membre indépendant qui aurait des connaissances sur les questions d'éthique.

246.3 si cet organe indépendant constate que la situation ne correspond pas à la volonté exprimée par le patient en possession de toutes ses facultés ni aux normes appropriées concernant les décisions prises à la place du patient les dispositions pertinentes du Code criminel seront appliquées, selon le cas.

Monsieur le président, j'ai ajouté ces éléments, car comme je vous l'ai dit et comme je le suggère respectueusement au comité, la Loi actuelle, ce *projet de loi* que nous avons ici, vise l'objectif approprié mais doit être modifié. Je crois également, monsieur le président, que ce projet de loi n'est pas une nouveauté dans le contexte canadien.

[*Text*]

The testimony of the Law Reform Commission lawyers notwithstanding, it is in accordance with the spirit of the recommendations made by the Law Reform Commission of Canada itself, and it certainly agrees with the spirit if not the letter of the Canadian Medical Association's policy to which I referred before, passed by general council in 1991, entitled "Advanced Directives".

It also reflects the evolving perspective of Canadian citizens. In fact, at a time when national agreement is at a premium, the degree to which Canadians support this notion is remarkable. It is also supported by religious considerations, which I will be glad to elaborate on, as well as ethical reasoning. I can think of few issues that have such a degree of societal backing.

I have no illusion, Mr. Chairman, that all spectrum of the religious persuasion would agree. What I also have no illusions about is that Canada is a multicultural society and that there is more than one religion. Natives have religions, immigrants have religions, and to draft a law or reject a law on the basis of values that reflect the religious perspective of a single group is not something that Canadians, as a multicultural society, should aim for.

The ultimate aim is the right to self-determination. If it doesn't mean anything when the chips are down, then that right fails, Mr. Chairman. I therefore would respectfully add my voice in support of this bill as suitably amended.

The Chairman: Thank you very much, Professor Kluge.

Prof. Kluge: Mr. Chairman, if I may, pardon me for interrupting you. It is terribly rude, I know, non-parliamentary.

The Chairman: On the contrary.

Prof. Kluge: Unfortunately, I am not elected, Mr. Chairman, and you are. I do the electing as a member of the public.

I referred to the fact before that I had the privilege of reading a transcript of the testimony given by the Law Reform Commission of Canada representatives dealing with this bill.

Mr. Wenman: You are referring more to the Department of Justice.

Prof. Kluge: I am sorry, Department of Justice. I sit corrected.

Mr. Wenman: It should be corrected in each of the—

Prof. Kluge: I so beg that the record be corrected to that effect. I would respectfully submit to you, Mr. Chairman, that in my almost two and a half years as director of the Department of Ethics and Legal Affairs of the Canadian Medical Association, the number of consultations on issues of this sort by the ministry of justice has been virtually zero.

• 1645

I have been consulted and the CMA has been consulted on this bill by Mr. Wenman. I think that should be in the record, as it is very important.

[*Translation*]

En dépit du témoignage des avocats de la Commission de réforme du droit, il est conforme à l'esprit des recommandations présentées par la Commission canadienne de réforme du droit elle-même et il est certainement compatible avec l'esprit, sinon avec la lettre, de la politique de l'Association médicale canadienne que j'ai déjà citée, adoptée par le Conseil général en 1991 et intitulée «Advanced Directives».

Il reflète également l'évolution de l'opinion publique sur ce sujet. En fait, à un moment où il est si difficile de parvenir à un accord national, l'appui donné par les Canadiens à cette proposition est particulièrement remarquable. Elle se fonde également sur des considérations religieuses, que je serais heureux de pouvoir approfondir, ainsi que sur une réflexion éthique. Peu de mesures ont à ce point la faveur du public.

Je ne me fais pas d'illusions, monsieur le président, je ne crois pas que toutes les communautés religieuses seront d'accord. Je n'ai pas non plus d'illusions sur le fait que le Canada est une société multiculturelle et qu'elle compte plus d'une religion. Les autochtones ont des religions, les immigrants aussi, et les Canadiens, en tant que membres d'une société multiculturelle, ne devraient pas viser à établir ou à rejeter des lois en fonction de valeurs qui reflètent le point de vue religieux d'un seul groupe.

Le but ultime est le droit à l'autodétermination. Si cela ne veut rien dire quand les cartes sont tombées, ce droit disparaît, monsieur le président. J'appuierais donc respectueusement ce projet de loi quand il aura été modifié comme il convient.

Le président: Merci beaucoup, professeur Kluge.

M. Kluge: Monsieur le président, si vous me le permettez, excusez-moi de vous interrompre. C'est très mal élevé, je sais, ce n'est pas parlementaire.

Le président: Au contraire.

M. Kluge: Malheureusement, je ne suis pas élu, monsieur le président, mais vous l'êtes. C'est moi qui élit en tant que membre du public.

J'ai dit tout à l'heure que j'avais eu la chance de lire le compte rendu d'un témoignage présenté par les représentants de la Commission canadienne de réforme du droit à propos de ce projet de loi.

M. Wenman: Vous pensez plutôt au ministère de la Justice.

M. Kluge: Excusez-moi, le ministère de la Justice. Vous avez raison de me corriger.

M. Wenman: Il faudrait corriger dans chacun des. . .

M. Kluge: Je vous prie de bien vouloir corriger le compte rendu en ce sens. Je vous ferais respectueusement remarquer, monsieur le président, que j'ai été directeur du Département de l'éthique et du contentieux à l'Association médicale canadienne, pendant presque deux ans et que le nombre de consultations effectuées sur ce genre de questions par le ministère de la Justice pendant cette période a été quasiment nul.

M. Wenman m'a consulté ainsi que l'AMC, à propos de ce projet de loi. Je crois qu'il convient de le consigner au procès-verbal, car c'est un point très important.

[*Texte*]

The Chairman: Thank you, again, Professor Kluge. With your agreement, the chair will permit the answering of questions being made before the 30 minutes runs out.

There being agreement, I would ask you, colleagues, to keep your preambles to an absolute minimum, put your questions on the floor, and let the professor answer them.

Mr. Fee: I am going to count on my colleague to define what biomedical ethics is a little later, but, first, you said there have been no successful prosecutions of doctors. You implied the charges have been laid, and yet we're not aware of any.

Secondly, the Canadian Medical Association has taken no position on this bill. Yet in your presentation you talked very strongly about the threat poisoning the relationship between the doctors and the patients. I would suggest that if the professional doctors' association hasn't taken a position as a professional association, perhaps we shouldn't be leading the medical association on what they should be suggesting to us. Would you comment, please?

Prof. Kluge: First, the reason why the Canadian Medical Association has not made a formal presentation I'm not at liberty to divulge to you, because I'm bound by previous decisions as director of the department. However, when the issue had arisen in general, my advice to them at the time had been that they should carefully consider the politics of what would happen if a professional medical association came out in favour of a bill that would immediately be branded as a euthanasia bill by interest groups, which in fact it isn't.

The political repercussions for the medical association would be stunning, even though it would be false.

Secondly, with respect to the medical profession support, I stand behind what I said before. My personal experience in my professional capacity has been, as I tried to indicate in the brief and as read into the record, that the physician-patient relationship is in fact poisoned by the threat of legal prosecution.

With respect, Mr. Fee, you may recall in the Bill C-43 debate that one of the major reasons given in Parliament itself for rejecting the bill was that the presence of a bill would in fact interfere negatively with this relationship. The bill ultimately went down to defeat, if I may remind you.

Mr. Fee: In the Senate. . .it passed in the Commons.

Prof. Kluge: But it ultimately went down.

The Chairman: You're correct, go to it.

Prof. Kluge: The reason was it was presented to the Senate and accepted upon due reflection—and I dare say without political lines being drawn in the voting of this bill, and I should not comment further—that there was in fact a

[*Traduction*]

Le président: Encore un fois, merci, professeur Kluge. Si vous êtes d'accord, je vais permettre qu'on vous pose des questions avant que ne soit épuisé notre temps de 30 minutes.

Puisqu'il y a accord, je vais inviter mes collègues à limiter leur préambule au strict minimum et à formuler leurs questions quand leur tour viendra, et à permettre au professeur de leur répondre.

M. Fee: Je laisserai le soin à mon collègue, un peu plus tard, de définir ce qu'on entend par éthique biomédicale, mais tout d'abord, vous dites qu'aucune poursuite de médecin n'a abouti. Sous-entendez-vous que des accusations auraient été portées sans que nous le sachions?

Deuxièmement, l'Association médicale canadienne n'a pas adopté de position officielle à propos de ce projet de loi. Et pourtant, dans votre exposé, vous avez parlé, sans ménager vos mots, du risque d'empoisonnement des relations entre médecins et patients. Quant à moi, si l'association professionnelle des médecins n'a pas pris position, elle ne devrait pas diriger l'opinion de la profession médicale en la matière. Qu'en pensez-vous?

M. Kluge: Tout d'abord, je ne pense pas vous divulguer les raisons pour lesquelles l'Association médicale canadienne n'a pas fait de présentation officielle, car je suis lié aux décisions qui ont été prises antérieurement à mon arrivée au poste de directeur du département. Toutefois, lorsque cette question a été soulevée de façon générale, j'ai avisé l'Association qu'elle devrait très soigneusement envisager toute la dimension politique de la chose, advenant que l'association médicale professionnelle se prononce en faveur d'un projet de loi que des groupes d'intérêt targueraient *ipso facto* de projet de loi sur l'euthanasie, ce qui n'est pas le cas.

Les répercussions politiques sur l'Association médicale seraient énormes, même si tout cela était faux.

Deuxièmement, pour ce qui est de l'appui accordé à la profession médicale, je m'en tiens à ce que j'ai déclaré plus tôt. D'après mon expérience personnelle, comme j'ai essayé de le faire ressortir dans le mémoire que je vous ai lu pour le procès verbal, c'est toute la relation médecin-patient qui est empoisonnée par la menace de poursuites devant des tribunaux.

D'ailleurs, monsieur Fee, si vous vous rappelez le débat à propos du projet de loi C-43, vous vous souviendrez qu'une des raisons invoquées par le Parlement lui-même pour rejeter ce projet de loi était le fait qu'une telle mesure législative aurait une incidence négative sur la relation médecin-patient. Finalement, ce projet de loi a d'ailleurs été rejeté.

M. Fee: Au Sénat. . . Il a été adopté à la Chambre des communes.

M. Kluge: Mais, en fin de compte, il n'a pas été adopté.

Le président: Vous avez raison, poursuivez.

M. Kluge: La raison, c'est qu'il a été présenté au Sénat et accepté après mûre réflexion—et j'oserais dire, sans que la politique ne vienne s'en mêler à l'étape de la mise aux voix. . . Mais je n'irai pas plus loin—et il est un fait que la

[*Text*]

fear by the medical community made as a formal presentation at all stages. If you have this law, it will affect our practice. That very fear operates under the current system with section 217 and the other sections of the Criminal Code. This fear is very real.

Mr. Fee: Have there been any charges?

Prof. Kluge: I have been informed by previous staff that there has been no successful prosecution. The details of the charges you would have to get from them.

Mr. Fee: I'm not even aware of any charges. So I'm not sure how real is the fear is my question.

Prof. Kluge: Mr. Chairman, do I take this as an autobiographical remark or a question?

• 1650

The Chairman: It is an autobiographical remark. Questions are over. Mr. Boudria.

Mr. Boudria: Thank you, Mr. Chairman.

Professor, with regard to the amendments that you have offered, I haven't analysed them to determine whether I feel that they are better or less than the present bill. But I think a careful review of them will determine that most of them are out of order, because you cannot amend a bill to go beyond the scope of the original bill, and a good number of them do just that. But I want to—

Prof. Kluge: Mr. Chairman, with respect, is that a question?

The Chairman: No. It is not a question; it's a statement. He is going to ask his question now.

Mr. Boudria: There is no rule that says you can only speak when asking questions, Mr. Chairman.

The Chairman: Of course not.

Mr. Boudria: Good. In my opinion, most of our ethical rules in society do have religious overtones because those same religious beliefs make us the way we are. And to pretend that any religious remark should somehow be discounted, I do not think is correct. They form part of what we stand for and they are probably the origin of everything we have now in the Criminal Code or, at least, most of it.

I want to ask you about the Criminal Code. When you say that the medical profession practices under the shadow of the jailer, doesn't all of society live under the shadow of the jailer? The whole Criminal Code—everything from the first to the last clause—is thou shalt not. From beginning to end, the whole Criminal Code is written that way. Don't you agree?

Prof. Kluge: Is that the question, Mr. Chairman?

The Chairman: That's the question.

Mr. Boudria: Yes. The interrogative part is usually refered to as a question, sir.

Prof. Kluge: Sometimes questions are rhetorical, sir.

[*Translation*]

communauté médicale a fait part de ses craintes dans un mémoire officiel qu'elle a présenté à toutes les étapes de l'étude du projet de loi. Si vous adoptez ce projet de loi, c'est notre pratique qui en souffrira. Dans les circonstances actuelles, cette crainte découle des dispositions de l'article 217 et d'autres articles du Code criminel. C'est une crainte qui est bien fondée.

M. Fee: A-t-on déjà porté des accusations?

M. Kluge: D'anciens membres du personnel m'ont appris qu'aucune poursuite n'avait abouti. Il faudrait vous adresser à eux pour qu'ils vous fassent part des détails des accusations.

M. Fee: Je n'ai eu vent d'aucune accusation, si bien que je doute du bien-fondé de cette crainte.

M. Kluge: Monsieur le président, dois-je prendre cela comme une remarque en apparté ou comme une question?

Le président: C'est une remarque autobiographique. Les questions sont terminées. Monsieur Boudria.

M. Boudria: Merci, monsieur le président.

Monsieur Kluge, je n'ai pas étudié les amendements que vous avez proposés pour déterminer s'ils présentent vraiment une amélioration de ce projet de loi. Je crois cependant qu'un examen approfondi nous permettra de constater que la plupart de ces amendements ne sont pas pertinents, car on ne peut apporter des modifications allant plus loin que le projet de loi original, comme le font bon nombre des amendements que vous avez proposés. Mais j'aimerais. . .

M. Kluge: Monsieur le président, sauf le respect que je vous dois, était-ce une question?

Le président: Non. Ce n'était pas une question; c'était une déclaration. M. Boudria va maintenant poser sa question.

M. Boudria: Il n'y a aucune règle qui stipule que je ne puisse parler que pour poser une question, monsieur le président.

Le président: Bien sûr que non.

M. Boudria: Très bien. À mon sens, la plupart des règles déontologiques qui régissent notre société ont des fondements religieux car, fondamentalement, nous partageons tous les mêmes croyances religieuses. Et je ne crois pas qu'il soit correct de faire fi des remarques de nature religieuse. La religion fait partie de ce que nous sommes et est vraisemblablement à l'origine du Code criminel, du moins, en grande partie.

J'aimerais vous poser une question au sujet du Code criminel. Vous avez dit que le corps médical exerce sa profession à l'ombre du geolier. Mais n'est-ce pas vrai aussi pour toute la société? Le Code criminel dans son ensemble—du premier article au dernier—est composé d'interdictions. Du début à la fin, le Code criminel nous dit ce que nous ne devons pas faire. N'êtes-vous pas d'accord?

M. Kluge: Est-ce la question, monsieur le président?

Le président: Oui, c'est la question.

M. Boudria: Oui. Une interrogation est généralement considérée comme une question, monsieur.

M. Kluge: Il s'agit parfois de questions rhétoriques, monsieur.

[*Texte*]

I quite agree with you that the Criminal Code imposes obligations on all of society. The problem with these particular sections of the Criminal Code is that they are in conflict with case-law. They are also in conflict with a primary right to self-determination enunciated by case-law itself.

With respect, if I may remind you of Reibl v. Hughes, Hopp v. Lepp, Mulloy v. HopSang, Parmley v. Parmley, Malette v. Shulman, all of these strictly speaking recognize the right to request cessation of treatment. At the same time, the relevant section of the Criminal Code says:

> Anyone who undertakes a medical treatment is under a legal duty to continue that medical treatment if cessation of that treatment is or is likely to be threatening to the life or welfare of the patient.

I submit that we have a conflict here, in fact a threat to which no other part of society is subject.

The Chairman: Thank you for the response to the question. Before we get into a case of Boudria versus Kluge, I am going to terminate these questions.

Mr. Boudria: I have more questions.

The Chairman: I know you have more questions, but if the chair is to follow your advice and to permit the question that is being asked, then I will thank you very much, Professor, for appearing before this committee and offering testimony.

Prof. Kluge: Thank you very much, Mr. Chairman.

The Chairman: Colleagues, we now welcome Dr. John Scott from the Elisabeth-Bruyère Health Centre, Palliative Care Unit.

Dr. Scott, I would remind you, sir, that we have one half hour of your very valuable time. We would ask you to keep your presentation. . .I presume they all have it. Is it translated yet? It is translated.

The record should show that the paper by Prof. Kluge will be translated and distributed to you as soon as possible.

Dr. Scott, welcome to the committee. We are prepared to hear your testimony.

Dr. John Scott (Palliative Care Unit, Elisabeth-Bruyère Health Centre): Thank you very much.

Thank you for the opportunity to present my comments to this committee. I wish to speak against Bill C-203. I view its presuppositions to be incorrect, its language to be unclear, and its intention to be ambiguous. Instead of relieving the pain and the fear of dying, I fear it will open a floodgate of death in Canada.

I speak to you today as a physician in the field of palliative care. I am the director of the Regional Palliative Care Service in Ottawa and head of the palliative medicine program at the University of Ottawa.

[*Traduction*]

J'estime, comme vous, que le Code criminel impose des obligations à toute la société. Cependant, ces articles particuliers du Code criminel vont à l'encontre de la jurisprudence. Ils vont aussi à l'encontre du droit fondamental à l'autodétermination énoncée dans la jurisprudence.

Sauf votre respect, j'aimerais vous rappeler les causes Reibl c. Hughes, Hopp c. Lepp, Mulloy c. HopSang, Parmley c. Parmley et Malette c. Shulman, des arrêts où l'on reconnaît clairement le droit de demander la cessation d'un traitement. Or, l'article pertinent du Code criminel stipule:

> Quiconque entreprend d'administrer un traitement médical est légalement tenu de le faire si une omission de le faire met ou peut mettre la vie humaine en danger.

Selon moi, il s'agit-là d'un conflit et, en fait, d'une menace pour les médecins à laquelle personne d'autre dans la société n'a à faire face.

Le président: Merci de votre réponse. Avant de nous engager dans une cause Boudria c. Kluge, j'aimerais mettre fin à ces questions.

M. Boudria: J'ai d'autres questions.

Le président: Je le sais, mais s'il fallait que la présidence suive votre conseil et permette toutes les questions. . . Je vous remercie beaucoup, monsieur, d'avoir bien voulu témoigner devant notre comité.

M. Kluge: Merci beaucoup, monsieur le président.

Le président: Chers collègues, nous accueillons maintenant le Dr John Scott de l'unité des soins palliatifs, Centre de santé Élisabeth-Bruyère.

Docteur Scott, j'aimerais vous rappeler que vous avez une demi-heure. Je vous prierais de limiter votre exposé. . .je présume que tous les membres du comité en ont un exemplaire. Votre mémoire est-il traduit? Oui.

Qu'il soit noté au compte-rendu que le mémoire du professeur Kluge sera traduit et distribué aux membres du comité dès que possible.

Docteur Scott, bienvenue. Nous sommes prêts à entendre votre témoignage.

Dr John Scott (Unité des soins palliatifs, Centre de santé Élisabeth-Bruyère): Merci beaucoup.

Je vous remercie de me donner l'occasion de faire part de mes commentaires au comité. Je suis en désaccord avec le projet de loi C-203. J'estime que les présuppositions qui y sont énoncées sont incorrectes, que le texte n'est pas clair et que l'intention est ambiguë. Je crains que, au lieu d'atténuer la peur et la douleur qui sont reliées à la mort, le projet de loi sera suivi d'une marée montante des décès au Canada.

Je m'adresse à vous aujourd'hui à titre de médecin dans le domaine des soins palliatifs. Je suis le directeur des Services de soins palliatifs régionaux d'Ottawa et le chef du programme de médecine palliative de l'Université d'Ottawa.

[*Text*]

• 1655

I speak not on behalf of the university or the hospital but as an individual with over 16 years of experience in full-time palliative care. Yesterday, however, the staff of my hospital felt very much part of this presentation; spontaneously, without my knowledge, they made out a petition of 148 names to say that they supported me and agreed with my content.

In preparation for this brief, I've also sent out my written brief in English to approximately 50 leaders of palliative care services across Canada because of previous involvement in various organizations of palliative care. I will be encouraging them to refer letters directly to you. The feedback I have been getting is unanimously supportive of the kind of brief I am submitting.

What is palliative care? As defined by Health and Welfare Canada, palliative care is a program of active, compassionate care primarily directed towards improving the quality of life for the dying. Palliative care is a philosophy and a system of care that affirms life when a person with irreversible disease is approaching death. Palliative care is practised in the context of advanced disease, such as cancer and AIDS, when cure is no longer possible and attempts to prolong life become increasingly ineffective.

In palliative care we try to assist our colleagues as they come to realize and recognize when a disease is irreversible and death is near. In these circumstances, we encourage withdrawal of any investigations or treatments that are no longer having their intended purpose. Their continuation may often reflect a frantic and futile attempt to hold back death even when it is imminent.

But cessation of therapy in these situations is not passive euthanasia. Death is not the intended purpose of the withdrawal or withholding of treatment. Death would occur with or without the therapy, and very often the timing of death is little affected by the withdrawal.

Our society believes the lie that modern medicine controls the quality and timing of death and life. In reality, we control very little. Our ability to resuscitate, prolong and cure is partial and transitory.

Palliative care involves a shift of treatment goals from cure and prolongation to the control of suffering. This shift will often be reflected in the cessation of some therapies and the initiation of new symptom-directed therapies. Palliative care, however, is not passive euthanasia. At the heart of palliative care is the affirmation of life, not the choosing of death.

[*Translation*]

Je ne parle pas au nom de l'Université ou de l'hôpital, mais en ma qualité de personne qui compte plus de 16 ans d'expérience à plein temps dans les soins palliatifs. J'ai appris hier que le personnel de mon hôpital était tout à fait en accord avec mon point de vue; spontanément, à mon insu, on a fait circuler une pétition qui a été signée par 148 personnes qui me soutiennent.

Lorsque j'ai rédigé mon mémoire, j'ai envoyé un exemplaire de la version anglaise à environ 50 responsables de services de soins palliatifs un peu partout au Canada qui s'étaient fait connaître par leur participation à diverses organisations de soins palliatifs. J'ai l'intention de leur demander de vous envoyer directement leurs observations. Toutes les remarques que j'ai reçues me soutenaient dans ma position, dont je vous fais part aujourd'hui.

Que sont les soins palliatifs? Comme le décrit Santé et Bien-être social Canada, les soins palliatifs sont un programme de soins actifs humains axés principalement sur l'amélioration de la qualité de vie des mourants. Les soins palliatifs sont un mode de pensée et un système de soins qui visent l'affirmation de la vie lorsqu'une personne atteinte d'une maladie irréversible est à l'article de la mort. On administre des soins palliatifs aux personnes en phase terminale—atteintes de maladie comme le cancer et le sida—lorsqu'une guérison n'est plus possible et que les tentatives visant à prolonger la vie deviennent de moins en moins efficaces.

Au service des soins palliatifs, nous nous efforcons d'aider nos collègues à reconnaître les processus pathologiques irréversibles et l'approche de la mort. Dans ces cas, nous encourageons certes l'abandon de toute étude ou de tout traitement qui n'a plus sa raison d'être. Souvent, le fait de les poursuivre peut refléter une tentative frénétique et futile de repousser la mort, même si elle est imminente.

Toutefois, l'abandon du traitement dans ces situations ne constitue pas une euthanasie passive. La provocation du décès n'est pas le but visé par l'abandon ou l'interruption du traitement. Le décès se produirait quand même, qu'on dispense ou non le traitement, et très souvent, l'interruption du traitement influe très peu sur le moment du décès.

Dans notre société, on croit l'idée fausse selon laquelle la médecine moderne dispose de la vie, de la mort et de leurs qualités. En réalité, nous ne disposons que de très peu de choses. Nous ne pouvons réanimer, prolonger la vie et guérir que de façon partielle et transitoire.

La prestation de soins palliatifs suppose un changement des objectifs thérapeuthiques—on passe de la guérison et de la prolongation de la vie au soulagement de la souffrance. Ce changement se traduit souvent par l'abandon de certains traitements et par l'instauration de nouveaux traitements symptomatiques. Toutefois, les soins palliatifs ne correspondent pas à une euthanasie passive. Les soins palliatifs sous-tendent une affirmation de la vie, non le choix de la mort.

[*Texte*]

The presuppositions underlying this bill are incorrect. The first relates to the relief of pain. Canadians must not believe the lie that they are faced with a choice between a quick, good death and a slow, painful death. Palliative care has demonstrated to the world that the pain and other symptoms of advanced disease can be relieved. The methods to relieve suffering are available now.

In proposed paragraphs 217.1(c) and 246.1(b) of Bill C-203, palliative care is associated with actions that hasten death. I think this is a serious misunderstanding. Good palliative care and the use of techniques and drugs to relieve pain do not hasten death.

In comments inside and outside of the House of Commons, supporters of Bill C-203 have linked palliative care with sedating the dying. We must reject this linkage. The goal of palliative care is not sedation but the relief of symptoms with as much alertness as the underlying disease can allow.

When palliative care began in Canada 17 years ago, oral morphine was first introduced for the control of cancer pain. At that time, doctors and patients had false fears that morphine would precipitate addiction and rapid death. After years of education and demonstration, we have decreased much of this misunderstanding and fear. Now, however, we are faced with the possibility of seeing all of this work destroyed. The drugs we depend on for fine-tuning symptom control can be overprescribed in order to hasten death. Such a drift into euthanasia, using the drugs of palliative care, will wipe out the advances of the last two decades and lead to widespread pain.

• 1700

The second false presupposition relates to the reasons for unrelieved suffering. Bill C-203 purports to be an amendment to protect physicians who are caring for terminally ill persons. It appears from comments in the House of Commons that the proponents of Bill C-203 believe that additional legal protection is required to decrease inappropriate overtreatment and to encourage palliative care.

While the objective is laudable, the supposition is poorly supported. No physician in Canada has ever been charged because of such actions. More importantly, the supposition fails to recognize the real dynamic behind the physician behavior.

The report of the Advisory Committee on the Management of Severe Pain in Cancer Patients, to Health and Welfare Canada, said that unrelieved suffering and poor palliative care were caused by lack of education, inappropriate attitudes and fears, and lack of palliative care facilities.

[*Traduction*]

Les présuppositions sous-jacentes à ce projet de loi sont incorrectes. La première porte sur le soulagement de la douleur. Les Canadiens ne doivent pas croire l'idée fausse selon laquelle ils ont le choix entre une mort rapide et agréable, d'une part, et une mort douloureuse et lente, d'autre part. Grâce aux soins palliatifs, on a montré au monde que la douleur et les autres symptômes des stades avancés d'une maladie peuvent être soulagés. Les méthodes qui permettent de soulager la souffrance sont maintenant à notre portée.

Aux alinéas 217.1c) et 246.1b) du projet de loi C-203, on associe les soins palliatifs à des actes qui hâtent la mort. Il s'agit d'une méprise grave. L'administration de bons soins palliatifs et le recours à des techniques et à des médicaments permettant de soulager la douleur n'accélèrent pas la mort.

Dans leurs commentaires, émis tant à l'intérieur et à l'extérieur de la Chambre des communes, les tenants du projet de loi C-203 ont associé les soins palliatifs à l'insensibilisation des mourants. Il nous faut rejeter cette correlation. Les soins palliatifs ne visent pas l'insensibilisation, mais le soulagement des symptômes, tout en préservant autant de vigilance que le permet la maladie sous-jacente.

Il y a 17 ans, lorsqu'on a commencé à prodiguer les soins palliatifs au Canada, on s'est d'abord servi de la morphine administrée par voie orale pour calmer les douleurs cancéreuses. À l'époque, les médecins et les malades craignaient à tort que la morphine entraînerait une dépendance et une mort rapide. Après des années de sensibilisation et de démonstration, nous avons réussi à réduire les idées fausses et la crainte. Toutefois, à l'heure actuelle, il se peut que tout notre travail soit réduit à néant. Les médicaments sur lesquels nous dépendons pour améliorer la maîtrise des symptômes peuvent être prescrits en quantités excessives pour hâter la mort. Cette tendance à l'euthanasie pour laquelle on se sert des médicaments prescrits pour les soins palliatifs détruira les progrès des deux dernières décennies et mènera à une douleur répandue.

La deuxième présupposition incorrecte porte sur les raisons motivant l'absence de soulagement de la souffrance. On a proposé le projet de loi C-203 comme modification visant à protéger les médecins qui s'occupent des personnes en phase terminale. Il semble, d'après les commentaires entendus à la Chambre des communes, que les tenants du projet de loi C-203 croient qu'une protection légale supplémentaire s'impose pour réduire le traitement excessif inadéquat et encourager les soins palliatifs.

Bien que l'objectif soit louable, les éléments à l'appui de la supposition sont médiocres. Aucun médecin canadien n'a jamais été accusé d'avoir poser de tels actes. Fait plus important, la supposition ne réussit pas à expliquer ce qui pousse le médecin à agir comme il le fait.

Dans le rapport du Comité consultatif d'experts sur le traitement des douleurs chroniques intenses chez les cancéreux, on apprend à Santé et bien-être social Canada que la souffrance non soulagée et les soins palliatifs médiocres sont dus à un manque de sensibilisation, à des attitudes et à des craintes inadéquates et à un manque de matériel adéquat pour dispenser les soins palliatifs.

[*Text*]

At the root of poor palliative care is fear, misunderstanding and a sense of helplessness. Doctors and nurses, like all society, are afraid of death and suffering and will avoid it in any way possible. This avoidance is aggravated if we feel helpless, if we feel there is nothing more we can do.

Futile attempts to prolong dying will continue until we provide effective education concerning methods to relieve symptoms and the skills of communication. The fear of the Criminal Code does not form a major obstacle to palliative care. We miss the mark if we believe the present level of legal protection is the dynamic that drives doctors to overtreat or neglect symptom relief.

In the present context of media frenzy concerning euthanasia, it is the terminally ill and not the physicians who require urgent protection from the Parliament of Canada. By polarizing views and throwing palliative care decision-making into the legal arena, Bill C-203 will only aggravate the problems of futile treatment.

Furthermore, the language of this bill is unclear and irresponsible. The language of Bill C-203 is unclear, having already led to widespread public confusion about its purpose and scope. This is the language of rhetoric and not the language of law. The lack of definition for such terms as "terminally ill", "medically useless" and "palliative care" will lead inevitably to misuse and abuse. Phrases such as "will or are likely to shorten" demonstrate a lack of precision that is dangerous in such a fragile area of law and medicine. The phrase "clearly requests" is used four times in Bill C-203.

This bill is a dangerous simplification of what is a complex process of ethical decision-making. The competent person certainly has the right to refuse or to accept medical treatment. No Criminal Code amendment is required to uphold this principle. However, assessing competence in the terminally ill is a difficult issue that is not even mentioned in the bill.

Studies have shown that approximately 85% of patients with cancer, in the last month of life, have major problems with brain function due to the effects of disease, drugs and secondary metabolic changes. Even at earlier stages patients facing terminal illness suffer significant pyschological trauma, which may show itself in denial, mood changes or rapidly shifting attitudes towards treatment. Information about disease progression, prognosis and therapy options must be

[*Translation*]

À l'origine des soins palliatifs médiocres, on trouve la crainte, les idées fausses et un sentiment d'impuissance. Les médecins et les infirmières, comme tous les membres de la société, craignent la mort et la souffrance et essaient de l'éviter à tout prix. Ce comportement devient souvent plus marqué s'il est doublé d'un sentiment d'impuissance—si on croit qu'il n'y a plus rien à faire.

Les tentatives futiles qui ne font que prolonger l'agonie se poursuivront jusqu'à ce que nous puissions sensibiliser efficacement les gens aux méthodes permettant de soulager les symptômes et aux aptitudes de communication. La crainte du Code criminel ne constitue pas un obstacle important pour les soins palliatifs. Si on croit que le degré actuel de protection légale est le moteur qui incite les médecins à fournir un traitement excessif ou à négliger le soulagement des symptômes, on a manqué le coche.

Dans le contexte actuel de couverture frénétique de l'euthanasie par les médias, ce sont les personnes en phase terminale et non les médecins qui ont besoin de la protection urgente du Parlement du Canada. En polarisant les points de vue et en jetant le processus décisionnel sur les soins palliatifs dans l'arène judiciaire, le projet de loi C-203 ne fera qu'aggraver les problèmes liés aux traitements futiles.

En outre, le texte du projet de loi est ambigü et irréfléchi. Le texte du projet de loi C-203 n'est pas clair; d'ailleurs, il a déjà semé une confusion répandue dans le public quant à son objectif et à sa portée. On se sert d'une langue de rhétorique, nullement juridique. L'absence de définition des expressions comme «personne en phase terminale», «médicament inutile» et «soins palliatifs» entraînera inévitablement un mauvais usage et un abus. Des expressions comme «abrégeront ou sont susceptibles d'abréger» dénotent un manque de précision qui est dangereux dans un domaine si délicat du droit et de la médecine. On cite l'expression «demande clairement» à 4 reprises dans le projet de loi C-203.

Ce projet de loi est une simplification dangereuse de ce que représente le processus complexe de la prise de décisions déontologiques. Une personne compétente a sans contredit le droit de refuser ou d'accepter des traitements médicaux. Aucune modification du Code criminel n'est nécessaire pour faire valoir ce principe. Toutefois, l'évaluation de la compétence des personnes en phase terminale est une question difficile qui n'est même pas soulevée dans le projet de loi.

Des études ont démontré qu'environ 85 p. 100 des malades atteints du cancer ou du sida font face à des dysfonctionnements cérébraux graves au cours de leurs derniers mois de vie en raison de la maladie, des médicaments et de changements métaboliques secondaires. Même durant les premiers stades de la maladie, les personnes atteintes d'une maladie incurable souffrent de traumatismes psychologiques importants qui peuvent se

[*Texte*]

repeated often and discussed at length with patient, family and health care team. Even then, patients will often change their minds frequently as they come to grips with the advance of their disease. We must acknowledge the ambiguous and fluctuating nature of treatment decisions in this area.

To present the option of death to patients as a medical treatment is a lie. Consent for therapy withdrawal can be neither free nor informed unless one of the alternatives offered is active palliative care, in which not only the symptoms are relieved but also the resources and time are available for compassionate, personalized care. At the present time this option of full palliative care is not available throughout Canada. Instead of our present obsession with euthanasia, we should invest more resources so that the option of palliative care is freely accessible to all Canadians.

• 1705

The intention of this bill is ambiguous. The full intent of Bill C-203 is far from clear to me, and this confusion is shared by the media and the Canadian public. As I study it and listen to the comments inside and outside the House of Commons, I experience a deep sense of foreboding. Why has this bill been written? Why now? Why speak of people "rotting and suffering" on hospital beds? Why speak of sedating the terminally ill? Why speak of this bill as an interim step to a "final answer"?

The intention of the physician is also ambiguous. The issue of intention is key to our interpretation of the legislation itself. While I agree with the ethical principle that pain and symptom relief should be given to the terminally ill, even where such care may involve some risk of the unintended effect of shortening life, this is an extremely rare choice and does not require an amendment to the Criminal Code. In contrast, the wording of proposed paragraphs 217.1(c) and 246.1(b) in Bill C-203 will protect any physician from liability for actions that "will or are likely to shorten the life expectancy of the person" as long as these actions are characterized as "palliative care or measures to eliminate or relieve the physical suffering of the person."

This wording allows the physician to act with the intention to kill as long as he or she has the co-equal intention to relieve suffering. In fact, this endorses the killing of patients as a means to end their suffering and fails to recognize that true palliative care can control that suffering without hastening death.

[*Traduction*]

traduire par la dénégation, les changements d'humeur ou un changement rapide d'attitude vis-à-vis du traitement. Les renseignements sur la progression de l'affection, le pronostic et les options thérapeutiques doivent être répétés souvent et discutés en détails avec le patient, sa famille et l'équipe dispensant les soins de santé. Malgré cela, les patients changent fréquemment d'idées au fur et à mesure que progresse l'affection. Nous devons admettre la nature ambiguë et variable des décisions thérapeutiques prises dans ce domaine.

Ce serait mentir que de présenter l'option du décès au malade comme un traitement médical. Le consentement de mettre fin aux traitements ne peut être ni libre ni informé, à moins que les soins palliatifs actifs grâce auxquels on soulage non seulement les symptômes mais qui permettent aussi d'allouer aux malades les ressources et le temps nécessaire pour des soins personnalisés humains, constitue l'une des solutions de rechange offertes. Actuellement, l'option d'offrir des soins palliatifs complets n'est pas offerte partout au Canada. Plutôt que de se laisser aller à notre obsession actuelle concernant l'euthanasie, nous devrions investir davantage de ressources pour rendre accessible à tous les Canadiens l'option des soins palliatifs.

L'intention sous-jacente au projet de loi est ambiguë. Le véritable objectif du projet de loi C-203 est loin d'être clair, et je partage cette confusion avec les médias et la population canadienne. À la lecture du projet de loi et d'après les commentaires recueillis tant à la Chambre des communes qu'à l'extérieur, j'éprouve une profonde appréhension. Pourquoi ce projet de loi a-t-il été rédigé? Pourquoi maintenant? Pourquoi parler de personnes «pourrissant et souffrant» sur leur lit d'hôpital? Pourquoi parler de calmer les souffrances des malades en phase terminale? Pourquoi décrire le projet de loi comme une étape intermédiaire vers une «solution définitive»?

L'intention du médecin est aussi ambiguë. La question de l'intention est également importante pour notre interprétation de la loi elle-même. Bien que j'accepte le principe éthique voulant qu'un soulagement de la douleur et des symptômes soit accordé aux malades en phase terminale même si en prodiguant lesdits soins on risque d'abréger de façon imprévue la vie, il s'agit d'un choix extrêmement rare à poser qui ne nécessite pas qu'on modifie le Code criminel. Par contre, le libellé des alinéas 217.1c) et 246.1b) du projet de loi C-203 dégageront tout médecin des responsabilités liées aux mesures qui «abrégeront ou sont susceptibles d'abréger l'expectative de vie de cette personne» si ces mesures se caractérisent par «des soins palliatifs et des mesures destinées à supprimer ou à soulager les souffrances physiques d'une personne».

Ce libellé permet au médecin d'avoir le dessein de mettre un terme aux jours d'une personne dans la mesure où il a également l'intention de soulager ses souffrances. Toutefois, tout cela signifie qu'on inclut l'euthanasie parmi les moyens utilisés pour mettre un terme aux souffrances d'une personne et qu'on refuse d'admettre que les véritables soins palliatifs peuvent permettre de maîtriser les souffrances sans précipiter le décès.

[*Text*]

What is the projected impact of this bill? Proponents of Bill C-203 may view my discussion of euthanasia to be unjustified and my fears of abuse exaggerated. On the surface, Bill C-203 does not appear to be talking about euthanasia, yet I believe this legislation has the potential to lead Canada to choose death.

Over the last two decades we have seen radical changes in medical policy and practice concerning the care of the terminally ill, even though there have been no changes in the Criminal Code. If Bill C-203 became law, it would set off a cascade of changes at the bedside that would move rapidly beyond the apparent intent of this bill.

The power of this bill is far greater than its actual words. Its power rests in the timing of its introduction, its imprecise language, and its ambiguity of intent. In our present political context, I believe passage of the bill would signal a public sanctioning of the concept of euthanasia, the choosing of death by active or passive means as a method of relieving suffering. Medical practice is already on a slippery slope in the arena of death. Bill C-203 would pour hot oil on that slope.

Many Canadians are confused about Bill C-203. On rapid reading they may fail to recognize the danger of this legislation. I urge you to go beyond the surface and see the whole truth about this bill, the truth that includes its political context, the context of fear and confusion and public fascination with euthanasia into which it is introduced. Bill C-203 does not legalize euthanasia, but it would have the effect of publicly sanctioning it. Without additional changes to the Criminal Code, Bill C-203 could bring about wholesale euthanasia in Canada. Physicians who believe in active euthanasia would feel protected to use overdoses to hasten death on the pretext of symptom relief.

• 1710

The term "palliative care" could be hijacked by the euthanasia lobby. Instead of being the active alternative to euthanasia, palliative care would become a euphemism or synonym for choosing death. Far from decreasing suffering in Canada, such a development would unleash a new wave of pain and anguish. Widespread distrust of doctors' palliative care and the drugs used in symptom relief would aggravate the pain of dying.

The cost of operating the bureaucracy of euthanasia would divert already scarce resources away from pain relief. Many vulnerable patients would experience a pressure or obligation to die quickly. Euthanasia would not be restricted

[*Translation*]

Quelles sont les répercussions prévues de ce projet de loi? Les tenants du projet de loi C-203 peuvent considérer mon point de vue sur l'euthanasie comme étant injustifié et mes craintes de l'abus, exagérées. En surface, le projet de loi C-203 ne semble pas parler de l'euthanasie, même si je crois que la loi a le pouvoir d'amener les Canadiens à choisir la mort.

Au cours des deux dernières décennies, nous avons observé des changements radicaux des politiques et des pratiques au plan médical concernant les soins des personnes en phase terminale même si le Code criminel n'a pas été modifié. Si le projet de loi C-203 est accepté, il déclenchera un flot de changements au chevet du malade qui iront rapidement au-delà de l'intention apparente sous-jacente au projet de loi.

La portée de ce projet de loi est beaucoup plus importante que ne le laisse supposer son libellé. Cette portée repose sur le moment choisi pour le présenter, sur sa formulation imprécise et sur l'ambiguïté de son objectif. Dans le contexte politique actuel, j'estime que l'adoption du projet de loi constituerait une approbation du concept de l'euthanasie—le choix de mourir par des moyens passifs ou actifs afin de mettre un terme aux souffrances ressenties. La pratique médicale dans le domaine de la mort est déjà sur une pente glissante. Le projet de loi C-203 ne ferait que jeter de l'huile sur le feu.

Le projet de loi C-203 jette de nombreux Canadiens dans l'embarras. Si on écoute rapidement ces belles paroles, tout semble assez bien. Après que des modifications y seront apportées, le projet de loi pourrait peut-être se révéler utile dans l'administration des soins palliatifs. Je vous presse d'aller au-delà des apparences et d'apprendre toute la vérité au sujet de ce projet de loi, dont le contexte politique qui l'a vu naître—la crainte et la confusion ainsi que la fascination du public face à l'euthanasie qu'on vient de lui présenter. Le projet de loi C-203 ne légalise pas l'euthanasie, mais aurait pour effet de l'autoriser publiquement. Si on ne modifie pas le Code criminel, le projet de loi C-203 pourrait entraîner un phénomène massif d'euthanasie au Canada. Les médecins qui croient en l'euthanasie active auraient l'impression d'être protégés au moment d'administrer des surdoses pour précipiter la mort sous prétexte de soulager les symptômes.

La signification de l'expression «soins palliatifs» pourrait être détournée par les pressions entourant l'euthanasie. Au lieu d'être la solution de rechange active à l'euthanasie, les soins palliatifs deviendraient un euphémisme ou un synonyme pour désigner la mort qu'on choisit. Loin de réduire les souffrances au Canada, l'adoption d'une telle mesure déchaînerait une nouvelle vague de douleurs et d'anxiétés. La méfiance répandue à l'égard des médecins, les soins palliatifs et les médicaments utilisés pour soulager les symptômes aggraveraient la douleur liée à la mort.

Les coûts générés par l'aspect bureaucratique de l'euthanasie détourneraient les ressources déjà rares des fins auxquelles elles devaient servir: le soulagement de la douleur. De nombreux malades vulnérables se sentiraient

[*Texte*]

to the imminently dying or the incompetent. It would be impossible to prevent euthanasia for anyone who is labled by the system as having a poor quality of life and who coincidentally caused a major economic and emotional drain on our society.

In conclusion, amendments are unlikely to solve the staggering potential for abuse posed by this bill. I believe Bill C-203 should be defeated. Unrelieved suffering in Canada urgently needs to be addressed by a palliative care strategy, which includes widespread education, research, and bedside services. The fear and the pain of dying can and must be relieved in Canada.

As we watch suffering we too share in the lament. When death approaches we cry out, and at times even cry out for death, but we must reject the temptation to kill. Hear the cry of life at the heart of the lament. Neither physician nor legislator must presumptuously respond to the lament by silencing the one who issues the cry.

Canada faces a choice: to follow the pattern of the United Kingdom or the pattern of the Netherlands. The United Kingdom has pioneered the development of hospices and palliative medicine and is known world-wide for the compassionate care and symptom relief its citizens are afforded. The Netherlands failed to develop hospice programs, and as a result is known for its poor standards of palliative care and pain relief. In desperation, it has turned to euthanasia as a cheap solution to suffering. Which route will Canada take?

Thank you.

The Chairman: I thank you, Dr. Scott, for your very insightful and uncompromising paper. I would open the questioning to my colleagues, reminding you that we have approximately ten minutes. I will begin the questioning with Dr. Wilbee.

Mr. Wilbee: My question for the previous one would be much different from this one.

In your palliative care unit, do you have any kind of policy on resuscitation? Do you have an automatic "do not resuscitate" order? Do you have a policy?

Dr. Scott: Yes, the explanation on the unit... Now, of course palliative care is much larger than what goes on in a palliative care unit, but at the actual regional palliative care unit in Ottawa, all those coming would know that resuscitation procedures in terms of cardio-pulmonary resuscitation are not available.

Mr. Wilbee: So that is a given in your unit?

Dr. Scott: Yes.

Mr. Wilbee: In some units, in extended care units, and again we are talking about slightly different things, they do have automatic standing orders that the patients are resuscitated unless otherwise designated by the physician.

[*Traduction*]

obligés de mourir rapidement. L'euthanasie ne serait pas restreinte à la personne compétente ou devant mourir de façon imminente. Il serait impossible d'empêcher toute personne ayant une qualité de vie médiocre ou qui, «simultanément», serait à l'origine de pertes au plan économique ou émotionnel importantes pour notre société.

En conclusion, les modifications sont peu susceptibles d'empêcher le risque stupéfiant d'abus que pose le projet de loi. J'estime que ce dernier devrait être rejeté. On doit se pencher de toute urgence sur les souffrances non soulagées observées au Canada par l'intermédiaire d'une stratégie de soins palliatifs qui incluent une sensibilisation importante, la recherche et les services au chevet du malade. La crainte et la douleur liées à la mort peuvent et doivent être soulagées au Canada.

Lorsque nous observons la souffrance, nous laissons également libre cours aux lamentations. Quand la mort est à nos portes, nous poussons des hauts cris et, parfois, nous appelons la mort, mais nous devons rejeter la tentation de tuer. Il ne faut pas rester insensible aux cris de la volonté de vivre étouffés par les lamentations. Ni le médecin ni le législateur ne doit présomptueusement réagir aux lamentations en imposant le silence à la personne qui fait entendre son cri.

Le Canada fait face à un choix: suivre la tendance observée au Royaume-Uni ou celle des Pays-Bas. Le Royaume-Uni a été l'un des premiers pays à créer des hospices et à offrir des soins palliatifs; de plus, il est reconnu de par le monde par les soins humanitaires et le soulagement des symptômes qu'on y offre. Les Pays-Bas ne sont pas parvenus à élaborer des programmes de soins offerts en hospice et sont, par conséquent, reconnus pour la qualité médiocre des soins palliatifs et du soulagement des symptômes qu'on prodigue. En désespoir de cause, on s'est tourné vers l'euthanasie comme solution facile au soulagement des souffrances. Quelle voie adoptera le Canada?

Merci.

Le président: Merci, docteur Scott, pour votre exposé très pénétrant et sans compromis. Je passe maintenant la parole à mes collègues pour la période des questions; je leur rappelle qu'ils ont environ 10 minutes. Nous commencons par le D[r] Wilbee.

M. Wilbee: La question que je voulais poser au témoin précédent diffère beaucoup de celle que je poserai à ce témoin-ci.

Dans votre service de soins palliatifs, y a-t-il une politique sur la réanimation? Est-ce qu'il est de mise de ne pas réanimer les malades? Existe-t-il une politique?

Dr Scott: Oui, dans mon service... Vous savez, les soins palliatifs comprennent beaucoup plus que ce qui se fait dans une unité de soins palliatifs. À l'unité régionale de soins palliatifs d'Ottawa, la politique veut que la réanimation cardio-pulmonaire ne soit pas administrée.

M. Wilbee: C'est bien entendu dans votre service?

Dr Scott: Oui.

M. Wilbee: Dans certaines unités, dans les unités de soins prolongés, où la situation est quelque peu différente, il existe des directives selon lesquelles les patients doivent être réanimés, sauf indication contraire du médecin.

[*Text*]

Dr. Scott: By your question I am confused, because obviously by my statement I am obviously in support of the ability of patients to decide that they would not receive resuscitation or therapy. You were asking previous witnesses, and I would totally agree with the view that patients do not have to and should not be encouraged to take treatments that are useless. Certainly in advanced cancer and AIDS, cardio-pulmonary resuscitation is useless. It has no possibility of success and therefore shouldn't be offered to a patient in that way.

• 1715

Mr. Wilbee: It may be a little unfair to you in asking your opinion, but we're obviously going to be discussing possible amendments to the bill. The previous witness suggested one in which a committee of about four different people from the Department of Justice be empowered to assist in making a decision.

My question to him was that I don't think this would be too practical. Most of these decisions are made in a doctor's office or, in your situation, in a palliative care unit. You heard his testimony and the proposed amendment. Would you comment on that for me?

Dr. Scott: I think the problem with a bureaucracy in this area is that it wouldn't be used properly. Obviously, I was concerned by the last witness in that it seemed to imply he in some way was speaking for the Canadian Medical Association. He didn't state it, but it was implied, and of course he is not, and is no longer employed by the Canadian Medical Association.

I think many physicians were not pleased with his stand throughout his time at CMA concerning areas related to death and dying. So I would agree with you that bureaucracy when it comes to life and death decisions is very dangerous. Also why in the legal arena...I think there's adequate protection in the Criminal Code. To further complicate it will only cause more trouble.

Mr. Kilger: I want to add my words of thanks for the brief submitted by Dr. Scott, and I wholeheartedly agree with your position. I wish we were speaking more in terms of what we could do to improve the access of palliative care throughout Canada. That's for another day, hopefully.

When you speak about language being unclear and ambiguous, you set out a list of lack of definitions for "terminally ill", "medically useless" and so on. I go back to previous testimony earlier from the Department of Justice, if you will, when they spoke about a bill of this magnitude in their estimation not having as thorough research and consultation as might be appropriate in these circumstances. I think this further adds that this particular bill at this particular time certainly does not meet the criteria as I see them. I'll leave it at that.

The Chairman: You may make a comment or you may pass.

[*Translation*]

Dr Scott: Je suis quelque peu embarrassé par votre question, car, comme l'indique clairement mon mémoire, j'estime que les patients devraient avoir le droit de décider s'ils recevront des soins de réanimation ou thérapeutiques. Vous avez posé cette question à d'autres témoins et je crois également qu'on ne devrait pas encourager ou forcer les patients à subir des traitements inutiles. Dans les cas de cancer avancé et de sida, la réanimation cardio-pulmonaire est inutile. Elle ne présente aucune chance de succès et, par conséquent, ne devrait pas être offerte aux patients.

M. Wilbee: Ce sera certainement un peu injuste de vous demander votre opinion, mais je crains que nous devions parler des amendements possibles au projet de loi. Le témoin qui vous a précédé a suggéré que l'on constitue un comité d'environ quatre personnes, appartenant au ministère de la Justice, à qui l'on conférerait le pouvoir de contribuer à la prise de décision.

Je lui ai fait remarquer que cette solution ne serait pas très pratique. En général, ces décisions sont prises dans le cabinet du médecin, ou, dans votre cas, dans une unité de soins palliatifs. Vous avez entendu son témoignage et l'amendement qu'il a proposé. Comment réagissez-vous?

Dr Scott: Dans ce domaine, je ne crois pas que ce soit une bonne façon de mettre la fonction publique à contribution. D'ailleurs les remarques formulées par le dernier témoin m'ont préoccupé, parce qu'il a semblé sous-entendre qu'il parlait au nom de l'Association médicale canadienne. Il ne l'a pas dit comme tel, mais c'est ce qu'il a sous-entendu, alors qu'il n'est plus employé par cette association.

Je pense que de nombreux médecins n'étaient pas d'accord avec la position qu'il a adoptée à propos de ces questions de vie et de mort, pendant son mandat à l'AMC. Cela dit, je conviens avec vous qu'il est très dangereux de s'en remettre à l'administration pour des questions de vie et de mort. De même, sur le plan juridique... J'estime que le Code criminel comporte déjà les protections voulues. Cette façon de procéder, plus compliquée, ne ferait que causer plus d'ennuis encore.

M. Kilger: Je tiens, moi aussi, à remercier le Dr Scott pour son mémoire et lui dire que j'adhère de tout coeur à sa position. J'aurais aimé que vous nous parliez beaucoup plus de ce que nous pourrions faire pour améliorer l'accès aux soins palliatifs partout au Canada. Espérons que nous pourrons en parler un jour.

Quand vous avez parlé d'expressions vagues et ambiguës, vous nous avez donné une liste de définitions pour «en phase terminale», «médicament inutile», et ainsi de suite. Cela me rappelle l'intervention, un peu plus tôt, des représentants du ministère de la Justice qui nous ont déclaré qu'un projet de loi de cette importance n'avait pas fait l'objet des recherches et des consultations poussées que dictaient les circonstances. Force m'est donc de conclure que ce projet de loi particulier, à ce moment précis, n'est pas assez approfondi. Et j'en resterai là.

Le président: Vous pouvez faire une remarque ou passer la parole.

[*Texte*]

Dr. Scott: I want to be sure people know I don't come pretending to be a lawyer. I come as a physician. If I read this bill thinking this is going to help me to make decisions around death, it would not. It would further muddy the waters.

As I read not only the bill but also particularly the testimony of Mr. Wenman on November 5 concerning the choice a terminally ill patient has, it made me wish I could invite you as a panel to come to a palliative care unit to talk to the patients and see the staff, instead of my coming to you. That's what all of our staff members, nurses and others wanted to say.

Mr. Wenman said the choice for a terminally ill patient is between whether he or she wants to suffer and live with the pain or take medication that would sedate him or her, and "it's time to go now". This would imply that to go for palliative care and to take adequate analgesia to control pain would hasten death.

That's not the two choices. I'd like to tell you there is another choice. There is a choice of being able to live as fully as possible within the constraints of an illness and to do it without pain.

Mr. Fee: Dr. Scott, I would also like to thank you for a very strong and forthright presentation.

I would like you to clarify one thing. You said you did this brief yourself, but you had support from the group who worked in your palliative care unit and from other physicians across the province. Could you just expand on how strong this support is?

Would you like to comment on the fact that the Canadian Medical Association, as your professional association, chose not to present themselves before this committee or take a position? Perhaps you could comment on what you think their reasons might have been for not doing so.

Dr. Scott: I wanted to be sure I did come, in a sense, from 16 years at the bedside, and I felt that was probably the most important. I may well have been able to come speaking on behalf of some association, but I really felt it was important to come as an individual.

• 1720

I do believe there is widespread support, and I would be pleased to try to substantiate that in the form of a set of letters from all the major palliative care units across Canada. I will do that.

On the question of the whole medical profession, again, the last witness's comment about the CMA being afraid that they would be associated with euthanasia is very telling. I do not believe that if given the proper information my colleagues would support this bill. As I sent out to 50 colleagues across the country the bill and my brief, at the first reading of the bill they would say, well, this is not too bad, I wonder what Scott is so upset about; then they would read it again, and

[*Traduction*]

Dr Scott: Je veux être certain que les gens ne pensent pas que je me présente ici en prétendant être homme de loi. Je suis homme de médecine. Quoiqu'il en soit, la lecture de ce projet de loi ne m'aidera pas à prendre de décision à propos de la mort d'un patient. Il ne fera qu'obscurcir les choses.

Par contre, ce projet de loi et surtout le témoignage de M. Wenman le 5 novembre dernier, à propos du choix des patients en phase terminale, me donnent envie de vous inviter, tous en groupe, à venir visiter mon unité de soins palliatifs et à vous entretenir avec les patients et le personnel. C'eût été préférable à ma présence ici comme témoin. Voilà, du moins, tout ce que les membres de notre personnel, les infirmiers et infirmières et tous les autres, voulaient dire.

Pour M. Wenman, un patient en phase terminale a le choix entre continuer de vivre dans la souffrance et prendre un sédatif qui lui permettrait de s'endormir. . . pour l'éternité. Cela revient à dire que les soins palliatifs et la prise d'analgésiques pour soulager la douleur accéléreraient la mort.

Mais tels ne sont pas les choix, il y a un autre choix, celui de vivre le plus pleinement possible, dans les limites qu'impose la maladie, et surtout de vivre sans douleur.

M. Fee: Docteur Scott, je tiens également à vous remercier de votre exposé franc et direct.

J'aimerais toutefois éclaircir une chose. Vous nous avez dit que vous aviez préparé ce mémoire vous-même, mais que vous aviez l'appui du groupe qui travaille dans votre unité de soins palliatifs ainsi que d'autres médecins de la province. Pourriez-vous nous dire jusqu'à quel point cet appui est fort?

Que pensez-vous du fait que l'Association médicale canadienne, votre association professionnelle ait décidé de ne pas se présenter devant le comité, ni de prendre position? Quels sont, selon vous, les raisons qui ont incité l'Association à agir ainsi?

Dr Scott: Je voulais être certain de me présenter à vous en tant que médecin ayant passé seize ans au chevet de ses malades, car c'est certainement le plus important pour moi. J'aurais, certes, pu vous adresser la parole au nom de quelque association, mais j'ai estimé important de me présenter devant vous à titre individuel.

Je suis sûr que je bénéficie d'un large soutien et je serais très heureux d'ailleurs de vous le prouver sous la forme d'un ensemble de lettres que j'ai reçues de gens travaillant dans les plus grandes unités de soins palliatifs au Canada. C'est d'ailleurs ce que je vais faire.

Pour en revenir à la question de la profession médicale, la remarque du dernier témoin à propos de la crainte que l'AMC soit associée à l'euthanasie en dit long. Je ne crois pas que s'ils étaient correctement informés, mes collègues se prononceraient en faveur de ce projet de loi. J'ai fait parvenir le projet de loi et mon mémoire à 50 collègues dans l'ensemble du pays. À la première lecture du projet de loi, ils se sont d'abord dit que ce n'était pas si mal et ils se sont

[*Text*]

they would start circling a few places and saying that is pretty unclear. Reading the brief, they have done a 180 and decided this is a very dangerous bill and will definitely make palliative care more difficult to practise in Canada.

Mr. Wenman: You suggest your concern about the context of fear and confusion. I would suggest I share that with you. I would hope that neither one of us would be doing that. I am sorry if you interpret my words to be that and make the assumption that I have not visited a palliative care ward or have not met the people you are talking about, because I have, as you have. Therefore I appreciate the palliative care that you give, which I am sure is very, very excellent, very caring, and meets the standards that you say are lacking elsewhere too broadly in our society.

You said that it might help palliative care with some amendments. I hope you will get back to me with those amendments that you think might be helpful. I think that would be a positive contribution and I would appreciate hearing about those.

More specifically, do you sometimes stop treatment and allow patients to withdraw from treatment in your palliative care unit?

Dr. Scott: Patients are certainly in charge of their own care. They make decisions about what they are going to eat and what kind of treatment they are going to get, whether they want to go back into an acute care hospital for more treatment or stay in a palliative care context. So yes, they are constantly involved in deciding about their treatments.

Mr. Wenman: So you do allow them to stop treatment, and occasionally you have stopped treatment at the request of the patient?

Dr. Scott: All of our patients admitted to a palliative care unit have already decided—

Mr. Wenman: I would like it personalized if I could, as a doctor.

Dr. Scott: Yes, I am the director of the unit, so there are several physicians, two of whom are present with me today.

Mr. Wenman: Have you administered palliative care or other measures intended to eliminate or relieve the physical suffering of a person, even if such care or measures may have shortened the life expectancy of that person?

Dr. Scott: I said in my brief that I agree with the ethical principle that has been agreed upon for many years that there is a danger in rare situations.

Mr. Wenman: Since in fact both of these things you have just said you have done are against the current law, should you be charged, or should all doctors be charged? Just because they have not been charged, does that mean...? Or should the law be changed?

[*Translation*]

demandés pourquoi j'étais aussi remonté; puis, après une seconde lecture, ils se sont mis à entourer certains passages qu'ils estimaient vagues. Enfin, à la lecture du mémoire, ils ont complètement changé d'avis et en sont venus à estimer que ce projet de loi était très dangereux et qu'il risquait de compliquer la pratique des soins palliatifs au Canada.

M. Wenman: Je partage tout à fait votre opinion à propos du contexte dans lequel interviennent cette crainte et cette confusion. Par contre, j'espère que ce n'est le cas d'aucun d'entre nous. Je suis désolé que vous ayez interprété mes paroles en ce sens, et que vous ayez supposé que je n'ai jamais visité d'unités de soins palliatifs ou que je n'ai jamais rencontré les gens dont vous parlez, car c'est ce que j'ai fait. Je comprends parfaitement le type de soins palliatifs que vous donnez et je ne doute pas qu'ils soient excellents, très intentionnés, et qu'ils soient conformes aux normes qui, selon vous, font cruellement défaut dans l'ensemble de notre société.

Vous nous avez dit qu'il serait possible de faciliter les soins palliatifs moyennant quelques amendements. J'espère que vous allez bien vouloir me les transmettre, car je pense qu'ils pourraient être utiles. Ce serait, selon moi, une contribution très appréciable de votre part, et je serais heureux que vous me fassiez parvenir ces amendements.

Plus précisément parler concret, est-ce qu'il vous arrive parfois d'interrompre un traitement et de permettre à un patient de renoncer à un traitement dans votre unité de soins palliatifs?

Dr Scott: Les patients sont tout à fait responsables de leurs propres soins. Ils décident de l'heure à laquelle ils veulent manger et du genre de traitement qu'ils reçoivent, ce sont eux qui décident s'ils veulent entrer dans un hôpital de soins actifs, pour un traitement plus poussé, ou demeurer dans une unité de soins palliatifs. Donc, les patients participent constamment aux décisions concernant les soins qu'on leur prodigue.

M. Wenman: Vous leur permettez donc d'interrompre un traitement et, à l'occasion, il vous est arrivé d'interrompre un traitement à la demande d'un patient?

Dr Scott: Tous les patients admis dans une unité de soins palliatifs ont déjà pris la décision...

M. Wenman: J'aimerais une réponse personnelle, si vous n'y voyez pas d'inconvénients, docteur.

Dr Scott: Je suis directeur de l'unité et il y a plusieurs autres médecins qui travaillent avec moi, dont deux se trouvent ici parmi nous.

M. Wenman: Avez-vous déjà administré des soins palliatifs ou d'autres mesures destinées à supprimer la souffrance physique, même si ce genre d'intervention est susceptible de raccourcir l'espérance de vie d'un patient?

Dr Scott: Dans mon mémoire, je précise que je suis d'accord avec le principe éthique, sur lequel tout le monde s'entend depuis plusieurs années, voulant qu'il n'y a de danger que dans de très rares cas.

M. Wenman: Étant donné que ces deux types d'intervention que vous nous avez dit pratiquer sont contre la loi, telle qu'elle existe actuellement, devriez-vous être inculpés, ou d'autres médecins devraient-ils être inculpés pour le même motif? Est-ce que l'absence d'inculpation signifie...? Ou doit-on changer la loi?

[*Texte*]

Dr. Scott: I am not quite sure why you feel so worried about me, Mr. Wenman, as a physician.

Mr. Wenman: I am worried more about your patient. Your patient has some decisions and some rights, and that is why I have consent as a major important factor—

Dr. Scott: I don't think you really talked to the doctors who do palliative care before you framed this bill.

Mr. Wenman: I have talked to such doctors.

The Chairman: Thank you, Mr. Wenman. We have come to the end of our time, and Mr. Boudria, of course, would like to get just one more question in.

Mr. Boudria: I wanted to ask really this question of the last witness, but it wasn't possible for a variety of reasons. It is about the whole purpose of criminal law.

• 1725

I know, Dr. Scott, you made reference in your brief that Bill C-203 does not legalize euthanasia but would have the effect of publicly sanctioning it. I think that is an important message. I just want to read to you a report of the Law Reform Commission working paper number 58, which speaks of criminal law in the following way:

> The law does not exist for the sole or primary purpose of punishing illicit acts. It exists as an expression in a broad sense of the kind of people that we are. It does not merely regulate our behaviour, it articulates and symbolizes our values and beliefs.

Can I conclude that in the statement I just quoted, this is the principle you were expressing?

Dr. Scott: Yes, very much so.

Mr. Boudria: I want to congratulate and thank Dr. Scott for his presentation. I hope he realizes it will probably be quoted extensively in the House.

The Chairman: It is your floor, Dr. Scott, if you want to make any further comment.

Dr. Scott: No, thank you.

The Chairman: I thank you very much for appearing before the committee and giving testimony. You're dismissed, Doctor.

Colleagues, we have a couple of little things to clear up. The document Mr. Boudria referred to at the beginning, from Dr. Marker, will not be available until next Monday; therefore, it will be appended after the next meeting rather than at the end of this one.

I also have three motions here that all have to do with travel expenses. With your indulgence, I would accept one person moving.

On the motion of Mr. Wenman, it was agreed that reasonable travelling and living expenses be paid to Yvon Bureau, representative from Fondation responsable jusqu'à la fin, who appeared before the committee on Thursday, October 31, 1991.

[*Traduction*]

Dr Scott: Je me demande pourquoi vous vous inquiétez tant de mon sort de médecin, monsieur Wenman.

M. Wenman: Je m'inquiète beaucoup plus du sort des patients. Vos patients doivent prendre certaines décisions et ils ont des droits, raison pour laquelle le consentement est si important...

Dr Scott: Je ne pense pas que vous vous soyez effectivement entretenu avec les médecins spécialisés en soins palliatifs, avant de concevoir ce projet de loi.

M. Wenman: Si, j'en ai rencontré.

Le président: Merci, monsieur Wenman. Nous sommes arrivés à la fin de la période que nous devions vous consacrer, monsieur Boudria—bien évidemment—voudrait poser une dernière petite question.

M. Boudria: En fait, j'aurais aimé poser cette question au témoin précédent, mais cela n'a pas été possible pour toutes sortes de raisons. Ma question concerne la raison d'être du droit criminel.

D[r] Scott, dans votre mémoire, vous dites que le projet de loi C-203 ne légalise pas l'euthanasie mais qu'il a pour effet de le sanctionner publiquement. Je crois que c'est là une remarque importante. J'aimerais simplement vous lire un rapport de la Commission de réforme du droit, document de travail numéro 58, qui parle de droit criminel de la façon suivante:

> Le droit n'a pas pour seul et principal objet de punir les actes illicites. Il est l'expression, dans le sens large du terme, de notre nature en tant que peuple. Il ne sert pas uniquement à régir nos comportements, mais il articule et symbolise nos valeurs et nos croyances.

Dois-je conclure que l'énoncé que je viens de vous lire est le principe même que vous exprimiez?

Dr Scott: Tout à fait.

M. Boudria: Je tiens à féliciter et à remercier le D[r] Scott de son exposé. J'espère qu'il se rend compte qu'il risque d'être très largement cité à la Chambre des communes.

Le président: Vous avez la parole, D[r] Scott, si vous voulez faire d'autres remarques.

Dr Scott: Non, merci.

Le président: Merci beaucoup d'être venu témoigner devant ce comité, D[r] Scott. Nous vous rendons votre liberté.

Chers collègues, nous avons une ou deux choses à régler. Tout d'abord, le document du D[r] Marker, auquel M. Boudria faisait allusion au début de la séance, ne sera pas prêt avant lundi prochain; par conséquent, il ne sera annexé au procès-verbal qu'après la prochaine réunion.

Je suis également saisi de trois motions concernant les frais de déplacement. Si vous le voulez bien, j'aimerais que quelqu'un en fasse la proposition.

Au sujet de la motion de M. Wenman, il a été convenu que l'on rembourserait les frais de déplacement et d'hébergement raisonnables de M. Yvon Bureau, le représentant de la Fondation responsable jusqu'à la fin qui a comparu devant le comité le jeudi 31 octobre 1991.

[*Text*]

On a motion by Dr. Wilbee, it was agreed that reasonable travelling and living expenses be paid to John Hofsess, representative from the Right to Die Society of Canada, who appeared before the committee on Thursday, November 7, 1991.

On the motion by Mr. Fee, it was agreed that reasonable travelling and living expenses be paid to Scott Wallace, representative from the Right to Die Society of Canada, who appeared before the committee on Thursday, November 7, 1991.

Is there agreement for these motions?

Some hon. members: Agreed.

Mr. Wenman: I would ask for unanimous consent to add a brief that I've received from the Library of Parliament. I asked the Library of Parliament to comment on the justice department's submissions, which I think were perhaps critical of the library and the drafting committee of the House of Commons. I asked for comments or clarification.

I have a very short response that I think all of you would find quite interesting. So I'd like to table that response for circulation to the members.

The Chairman: We will circulate it to all members of the committee, and it will be taken as entered into the *Minutes of Proceedings and Evidence*. Is it agreed?

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: Colleagues, we are scheduled to meet on Thursday at 3.30 p.m., in here, room 209. At that time we will be hearing two witnesses.

So that you may prepare yourself if you so desire, we will be hearing from Dr. W. Lafrance with Canadian Physicians for Life. For the Christian-Medical Dental Society, Dr. John Patrick, Department of Biochemistry, will be making a presentation. You are now advised and will be here.

Mr. Wenman: On a point of procedure, Mr. Chairman, I would like to suggest that we've been receiving some very good amendments. Some of them have almost a consensus to them.

I would like to ask that those amendments that have been received through the briefs be looked at by our research staff. Then, in conjunction with the parliamentary drafting group and the Library of Parliament, they might bring us a summary of those amendments and their implications for the bill.

The Chairman: It is so ordered. Do you want them to be drafted by the Law Branch of the Department of Justice so that it's in legalese?

• 1730

Mr. Wenman: The private members' legal services, with the assistance of the Library of Parliament.

The Chairman: Is this a motion, or is this. . .?

[*Translation*]

Quant à la motion du D[r] Wilbee, il a été convenu de rembourser les frais de déplacement et d'hébergement raisonnables de M. John Hofsess, le représentant de la Right to Die Society of Canada, qui a comparu devant le comité le jeudi 7 novembre 1991.

Pour ce qui est de la motion de M. Fee, il a été convenu de rembourser les frais de déplacement et d'hébergement raisonnables de M. Scott Wallace, représentant de la Right to Die Society of Canada, qui est venu témoigner le jeudi 7 novembre 1991.

A-t-on l'accord au sujet de ces motions?

Des voix: Oui.

M. Wenman: J'aimerais obtenir un consentement unanime pour ajouter un mémoire que j'ai reçu de la Bibliothèque du Parlement. J'ai en effet demandé au personnel de la Bibliothèque de réagir aux déclarations du représentant du ministère de la Justice qui, selon moi, avait critiqué la Bibliothèque et le comité de rédaction de la Chambre des communes. Je leur ai demandé de me faire part de leurs commentaires ou de m'apporter des éclaircissements.

J'ai donc reçu une réponse très brève que vous allez, j'en suis sûr, trouver fort intéressante. Je souhaite donc déposer cette réponse, pour la faire circuler parmi les membres.

Le président: Nous la ferons circuler auprès de tous les membres du comité et nous en consignerons l'acceptation dans les *Procès-verbaux et témoignages*. Est-on d'accord?

Des voix: Oui.

Le président: Chers collègues, il est prévu que nous nous rencontrerons jeudi prochain, à 15h30, dans cette même pièce 209. Nous accueillerons deux témoins.

Afin que vous puissiez vous préparer en conséquence, si vous le souhaitiez, sachez que nous accueillerons le D[r] W. Lafrance, le porte-parole de la Canadian Physicians for Life. Nous recevrons aussi le D[r] John Patrick du Département de biochimie de la Christian-Medical Dental Society. Voilà, vous êtes informés et j'espère vous revoir alors.

M. Wenman: J'en appelle au règlement, monsieur le président. Je voudrais faire remarquer que nous avons été saisis de plusieurs amendements qui sont excellents. Certains, d'ailleurs, ont presque déjà fait l'objet d'un consensus.

Pour ma part, j'aimerais que ces amendements, qui apparaissent dans différents mémoires, soient examinés par nos chargés de recherche. Ces derniers, en collaboration avec le groupe de rédaction parlementaire et le personnel de la Bibliothèque du Parlement, pourraient ensuite nous en soumettre un sommaire ainsi qu'une analyse de leurs répercussions sur le projet de loi.

Le président: Qu'il en soit ainsi. Voulez-vous qu'ils soient rédigés par la direction juridique du ministère de la Justice, pour qu'ils se présentent déjà dans un jargon juridique?

M. Wenman: Je veux parler du personnel des services juridiques des députés, qui se fera aider de la Bibliothèque du Parlement.

Le président: S'agit-il d'une motion, ou. . .?

[*Texte*]

Mr. Wenman: Legislative counsel is what I'm looking for.

The Chairman: I think the purpose of this is so we will have access to this information prior to our coming in.

Mr. Wenman: Yes. You see, at that point some of us might choose some of those amendments that we might want to put forward, as well as our own, or we might add to them. But I'm asking that some base research be done to present what has been presented, put it into a form that may be useable in the bill and then we can look at it, so it's ready for us.

Secondly, I would like to inquire as to the number of people still asking to be heard by the committee, and then suggest that as we are getting close to the end, the steering committee or whoever makes these decisions would look at the context of probably trying to complete hearings by Christmas, or if they are too long we'll have to have some after Christmas. This would give us that Christmas period where we might think about it and prepare our appropriate amendments and consider these amendments and then come back to settle the issue after the parliamentary break.

The Chairman: With regard to your first request, it is so ordered. We will have that information in the hands of the committee as soon as it is feasible.

With regard to your second request about the steering committee, the chair would be disposed to setting some time aside on Thursday, and the chair would suggest, with agreement from the committee, that the committee as it's constituted now would come together to make a decision. We would just stay for a little while after the next witnesses, if you like, and you can decide about that.

Mr. Fee: With respect, as the only member on our side of the table who has been here since the day we started, and as a representative of the steering committee that met initially, I would like to be part of that meeting. I will be unable to come here on Thursday; it'll be the first meeting I've missed. I would like to be part of those discussions.

Mr. Wenman: I won't be able to be here Thursday either.

The Chairman: Then how about the Tuesday after that, is that reasonable? It's agreed, then. The committee as a whole will stay after our witnesses next Tuesday, November 26, and we will decide what we will be doing in the future and determine the witnesses and when we will come together for a clause-by-clause study. Is that agreed?

Some hon. members: Agreed.

Mr. Wenman: How many witnesses have requested that we haven't heard?

Mr. Fee: How many have we approved so far that are still on the list?

The Chairman: There are only two more that we have approved of that want to appear at this time. Therefore, they will be here on this Thursday. There are only two groups that wish to appear after the 28th as of this time.

[*Traduction*]

M. Wenman: Ce sont des conseillers législatifs dont je parle.

Le président: Je pense que c'est parce que vous vouliez que nous ayons accès à ces renseignements avant notre prochaine réunion.

M. Wenman: Oui. À ce stade, certains d'entre nous pourraient choisir certains des amendements que nous aimerions proposer, en plus de ceux que nous comptons nous-mêmes soumettre. Mais j'aimerais qu'un certain travail de recherche de fond soit effectué au préalable, afin que nous sachions exactement ce qui nous a été soumis et que cela nous soit présenté d'une façon qui puisse être reprise dans le projet de loi, et que nous puissions analyser la question.

Deuxièmement, j'aimerais savoir combien de personnes encore désirent se faire entendre par le comité et je recommanderais, alors que nous approchons de la fin de notre mandat, que le comité directeur ou quelque personne morale ou physique chargé de prendre ce genre de décision, fasse en sorte que nous terminions avant Noël car, si nous nous éternisons trop, nous devrons poursuivre après Noël. Dans ce dernier cas, nous pourrions disposer de la période des Fêtes pour penser à tout cela et préparer et analyser les amendements que nous jugeons appropriés, pour revenir régler la question après le congé parlementaire.

Le président: Pour ce qui est de votre première demande, qu'il en soit ainsi, le comité recevra ces renseignements dans les plus brefs délais possibles.

Pour ce qui est de votre seconde requête, celle concernant le comité directeur, la présidence serait disposée à réserver une certaine période jeudi, et je suggérerais, si les membres du comité sont d'accord, que nous prenions une décision en comité plénier. Si vous le désirez, il nous suffira de rester un peu plus tard après le départ du dernier témoin.

M. Fee: Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, en tant que seul et unique membre de notre côté de la table qui a toujours été présent depuis le premier jour, et en tant que représentant du comité directeur qui s'est réuni au début, j'aimerais être présent à cette réunion. Malheureusement, je ne serai pas libre jeudi et c'est la première réunion à laquelle je n'assisterai pas. Par contre, j'aimerais être partie au débat.

M. Wenman: Moi non plus, je ne pourrai pas être là jeudi.

Le président: Et bien alors le mardi suivant, est-ce que ça vous va? Nous sommes d'accord? Le comité plénier siègera après notre dernier témoin, mardi prochain, 26 novembre, et nous déciderons alors de ce que nous ferons plus tard , nous arrêterons le nombre de témoins que nous voulons entendre et nous déciderons de la date à laquelle nous ferons l'étude article par article. Nous sommes d'accord?

Des voix: Oui.

M. Wenman: Combien de témoins ont demandé à être entendus?

M. Fee: Combien en a-t-on déjà accepté, qui se trouvent encore sur la liste des témoins à comparaître?

Le président: Il n'en reste plus que deux, que nous avons déjà accepté, et qui veulent encore comparaître. Donc, nous les rencontrerons jeudi. Ce sont les deux seuls groupes qui voulaient témoigner après le 28.

[*Text*]

Mr. Wenman: My question has to be handled now, because I understand there isn't to be a meeting next Tuesday.

The Chairman: There will be meetings.

Mr. Wenman: Is there time to fit these people in to be heard, the other two that we haven't heard, and then we can say we heard all who requested?

The Chairman: You mean for the times we have allocated now? Not unless you are quicker and cut back the time.

We will decide as a body if we indeed will hear these extra two or if we will go to clause-by-clause study.

Mr. Wenman: What are the names of the two groups? We have heard all but the two.

The Chairman: The B.C. Civil Liberties Association and the Hospice of All Saints. So that's a decision that will be put to you a week from today.

Mr. Boudria: Okay, we'll talk about it then.

The Chairman: There being no further business—

Mr. Fee: Mr. Chairman, perhaps on the record we should say we appreciate the strong way you have taken over the chair on short notice. Welcome to the committee.

An hon. member: Definitely.

The Chairman: I accept all kinds of compliments.

The meeting is adjourned.

[*Translation*]

M. Wenman: Alors, il faut répondre à ma question maintenant, parce que si je comprends bien nous n'aurons pas de réunion mardi prochain.

Le président: Mais oui, nous aurons une réunion.

M. Wenman: Aura-t-on le temps d'entendre ces témoins, et est-ce que ce sera tout par la suite?

Le président: Vous voulez dire en fonction du temps que nous avons réservé? Non, sauf si vous allez plus vite et si nous réduisons la durée des interventions.

Nous déciderons, en comité plénier, si nous voulons entendre ces deux autres témoins ou si nous voulons directement passer à l'étude article par article.

M. Wenman: Quels sont les noms de ces deux groupes encore? Nous les avons tous entendus, sauf:

Le président: Il s'agit de la British Columbia Civil Liberties Association et du Hospice of All Saints. Voilà donc la décision que nous aurons à prendre dans une semaine.

M. Boudria: Parfait, nous en reparlerons alors.

Le président: Il n'y a plus rien à l'ordre du jour...

M. Fee: Monsieur le président, précisons, pour le procès-verbal, que nous apprécions le brio avec lequel vous avez assumé ces responsabilités au pied levé. Bienvenue au comité.

Une voix: Absolument.

Le président: Je suis ouvert à tous les compliments.

La séance est levée.

APPENDIX "C-203/1"

LIBRARY OF PARLIAMENT

Ottawa, Ontario K1A 0A9
19 November 1991

Mr. Robert Wenman, M.P.
Room 235
Confederation Building
House of Commons

Dear Mr. Wenman:

Further to your recent request, I am pleased to provide you with some comments on the principal concerns raised by the officials of the Department of Justice during their appearance before the Legislative Committee on Bill C-203.

The officials indicated that they would not comment on the merits or the need for legislation of the nature of Bill C-203. The concerns expressed largely dealt with the process by which the bill was developed and the content of the bill.

One of their primary concerns was that there appeared to be a lack of thorough investigation and consultation prior to the introduction of the bill. In particular, they noted that there seemed to be little or no consultation with the provinces and interest groups.

It is my understanding that you did consult with a number of groups before introducing the bill and had corresponded with the various provincial Attorneys General. To refute these allegations, you may wish to indicate that to the Committee.

The officials noted that the bill was based on amendments suggested by the Law Reform Commission of Canada (the "LRC or the "Commission") in a 1982 Working Paper entitled, Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment, rather than the further refinement of these suggestions made by the LRC in its Report on those subjects in 1983.

The changes made by the LRC to its 1982 proposals can hardly be described as substantive. Where the Working Paper referred to the "clearly expressed wishes" of the patient and to "medically useless" treatment, the Report used the words "expressed wishes" and "therapeutically useless". The Commission stated that the word "clearly"

had been removed because it added nothing to the interpretation of the paragraph. The reference to "medically useless" treatment was changed to the more benign "therapeutically useless" because the former was considered to be somewhat harsh. In addition, the 1983 proposals eliminated a phrase similar to the wording, "except where the person clearly requests that such treatment be commenced or continued," which is found in Bill C-203. There was no companion to clause 2 of the bill in the LRC's proposals.

Even if the LRC's later proposals had been used in Bill C-203, the officials would have raised many of the same arguments before the Committee. The main thrust of their comments relates to an apparent lack of consultation with the provinces and to the absence of a supporting legislative framework for dealing with the question of consent by incompetent persons (children, the mentally handicapped and the unconscious) or for the provision of consent by third parties.

The officials correctly note that the LRC called for "a systematic review of the general principles" involved in the question of the non-initiation or discontinuance of treatment to those who are unable to give valid consent. The Commission, however, stated that it "remains convinced about the soundness of the tentative proposal in the Working Paper" (p. 24, Report). It went on to state that "incompetent persons ... have the right to die with dignity, assisted by whatever palliative care is needed."(p. 24, Report) The LRC was of the view that "the continuance or initiation of useless or inappropriate medical treatment should not be promoted or condoned by criminal law. Heroic or aggressive therapeutic measures which would not be used in the case of a competent person, should also not be used in the case of an incompetent person." (p. 24, Report)

It can be argued that it is not constitutionally possible for Bill C-203 or, for that matter, other federal legislation to dictate the manner in which consent is to be given. As the LRC stated in its report: "It is not within the scope of criminal law, which can only dictate a general standard of conduct, to say exactly how that decision (for a person who is incompetent) should be reached, what advice may be sought and who may participate in the decision-making process." (p. 27, Report)

Another criticism of the officials was that the bill makes no provision for consent in the case of palliative care. It can be argued, however, that there is no need to refer to consent in these provisions since they presume that consent has already been given. The purpose of the provisions is to eliminate ambiguity concerning the administration of palliative care and to express the idea that "the physician's duty is to provide patients with appropriate palliative care when further therapeutic treatment would serve no purpose." (p. 35, Report)

Yet another criticism voiced by the officials was that it was not clear whether the provisions of clause 1 on the question of consent are definitive or are to be applied in conjunction with provincial laws dealing with substituted consent. They also noted the bill does not make provision for a method of communicating requests or refusals by persons who were at one time but are no longer competent.

Again, one can assert that it is neither appropriate nor constitutionally possible for the bill to prescribe an acceptable form of substituted consent. Similarly, on the question of what would constitute a clear request for the purpose of the bill, it can be argued that the bill should not attempt to be prescribe and thereby limit the form of consent. A person can express consent in a number of ways -- by an advance medical directive, through a living will, in a letter, or by an oral statement -- to attempt to codify this would impose a significant limitation on the utility of the amendments and may conflict with pending provincial legislative initiatives in the area of living wills and advance medical directives. It is better that the bill simply specify that consent is required and leave it to provincial law or judicial interpretation to set the standards for consent. It is also important that the bill not preclude recourse to the courts to determine the appropriateness and legality of a proposed course of action where there is a conflict of opinion among the parties about what should be done.

The officials noted that clause 2 was not part of the LRC proposals. They suggested that it offered too broad a protection against criminal liability. It can be argued, however, that such protection is necessary to ensure that doctors will not be charged with homicide, criminal negligence or murder within the context of providing palliative care or where treatment is not initiated or continued.

The officials contended that the bill does not effectively turn the principles espoused by the LRC into legislation and stands a good chance of disrupting the national situation where good faith attempts are being made to achieve these principles.

The officials did not indicate what "good faith" attempts are being made to deal with the issues covered in the LRC Working Paper and the Report. Rather than disrupt these attempts, one can argue that Bill C-203 should, in fact, create the momentum for all levels of government to recognize the importance of the issues surrounding non-initiation and cessation of medical treatment and to move toward achieving a consensus on the many practical and ethical questions surrounding these issues.

The officials also argued that comprehensive consultations are needed and more time should have been spent in developing the proposals. One can always argue that more consultation and more time are needed to deal with any issue. It must also be recognized that there comes

a time for someone to act. The Law Reform Commission issued a Working Paper on this issue in 1982 and a Report one year later. There has been ample time for the Department of Justice to consult and to introduce legislation. Government, however, has not acted on the matter. One commentator, a senior solicitor with the Ministry of the Attorney General of British Columbia, in an article published in 1990 expressed the view that "successive federal governments have been too politically or morally squeamish" to enact the LRC recommendations into law.

The officials comments' would seem to discount the important role that the hearings of the legislative committee can play in the consultative process. Although it is the practice of the government to consult widely before introducing most legislation, committee hearings serve as a valuable forum for interested parties to express their views on bills. In some instances, government bills are substantially amended at committee-stage as a result of the representations of witnesses. In addition, the government itself often introduces far-reaching amendments during committee proceedings to correct oversights, inconsistencies, and technical problems. In the case of Bill C-203, the committee hearings are a particularly useful vehicle for witnesses to comment on the substance of the bill and to engage in a debate on a topic that is gaining widespread public attention. The fact that witnesses may suggest amendments to the bill does not. in any way, diminish the bill's value or suggest that it is poorly drafted, ill-timed or ill-considered.

The theme of lack of consultation and investigation underlies the comments made by the officials. But the types of consultation and investigation they appear to suggest are necessary to deal with the issues considered in the bill would seem to be beyond the resources of a Member of the House of Commons. Perhaps this is an indirect way of telling the Committee that matters such as those dealt with in Bill C-203 should be left to the government and not to private Members.

It can be strenuously argued, however, that issues with highly charged ethical and emotional overtones are more appropriately the subject of private Members' bills and free votes in the House of Commons. Although Bill C-203 is limited in scope and does not purport to deal with euthanasia, any discussion of the bill engenders debate on this controversial issue. This is precisely the type of issue about which members of the Cabinet could be divided and, for that reason, the government would have great difficulty securing Cabinet approval to bring forward a bill. When such an initiative is dealt with as a private Members' bill, the government is saved from the embarrassment of a vote against the bill and Members can more readily choose to deal with the issue as their conscience dictates.

I hope that the foregoing comments will be of assistance to you as the deliberations on Bill C-203 continue.

Should you have any questions on this or any other matter, please do not hesitate to contact the Research Branch.

Yours sincerely,

Margaret Smith

Margaret Smith
Law and Government Division
Research Branch

APPENDICE «C-203/1»

(TRADUCTION)

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Ottawa, Ontario K1A 0A9

Le 19 novembre 1991

Monsieur Robert Wenman, député
Pièce 235
Édifice de la Confédération
Chambre des communes

Monsieur,

Pour faire suite à votre récente demande, il me fait plaisir de vous faire part de certaines observations sur les principaux points qu'ont soulevés des représentants du ministère de la Justice lors de leur témoignage devant le Comité législatif chargé d'étudier le projet de loi C-203.

Les représentants ont fait remarquer qu'ils ne traiteraient ni du fond du projet de loi ni de la nécessité d'une mesure législative telle que le projet de loi 203.

Ce qui les inquiète surtout c'est qu'il ne semble y avoir eu, avant le dépôt de ce projet de loi, aucune enquête ou consultation poussée, plus particulièrement avec les provinces et les groupes d'intérêt.

On m'a donné à entendre que vous aviez bel et bien consulté un certain nombre de groupes avant de déposer le projet de loi et que vous aviez correspondu avec les divers procureurs généraux provinciaux. Pour réfuter ces allégations, vous voudrez peut-être mettre les membres du Comité au courant de vos démarches.

Les représentants ont indiqué que le projet de loi se fonde sur des modifications proposées par la Commission du droit du Canada (la «CRD» ou la «Commission») dans un Document de travail intitulé *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, plutôt que sur ces suggestions qu'avait peaufinées la CRD dans son Rapport de 1983 sur ces sujets.

Il est difficile de qualifier d'importants les changements apportés par la CRD à ses propositions de 1982. Alors que dans le document de travail il est dit que le malade «a clairement exprimé sa volonté» et qu'il est question de traitement «médicalement inutile», le Rapport a utilisé les expressions «a exprimé sa volonté» et «thérapeutiquement inutile». La Commission a signalé qu'elle avait supprimé l'adverbe «clairement» parce qu'il n'ajoutait rien à l'interprétation du paragraphe. Elle a préféré «thérapeutiquement inutile» à «médicalement inutile» parce que cette dernière expression était trop forte. De plus, les propositions de 1983 ont été amputées d'une phrase dont le libellé ressemblait à la phrase suivante du projet de loi C-203: «à moins que celui-ci ne demande clairement que le traitement soit commencé ou continué».

Même si les dernières propositions de la CRD avaient été retenues dans le projet de loi C-203, les représentants du Ministère auraient soulevé bon nombre des mêmes arguments devant le Comité. Leurs observations ont surtout porté sur l'absence apparente de consultation avec les provinces ainsi que d'un cadre législatif relativement à la question du consentement par des personnes incapables (enfants, déficients mentaux et personnes inconscientes) ou à une disposition relative au consentement d'un tiers.

Les représentants ont à juste titre remarqué que la CRD demandait une revue systématique des principes généraux en cause pour ce qui concerne la non-initiation ou de la cessation d'un traitement aux personnes qui ne peuvent donner un consentement valable. La Commission, toutefois, a déclaré qu'elle «est convaincue de la justesse de l'affirmation préliminaire qu'elle faisait dans son document de travail» (p. 24, rapport). Elle a poursuivi en déclarant que «la personne incapable... a le droit de mourir dans la dignité et entouré des soins palliatifs nécessaires». (p. 25, rapport) La CDR était d'avis que «la cessation ou la non-initiation d'un traitement médical inutile ou inapproprié ne doit pas être sanctionnelle par la loi criminelle, ni dans l'autre. L'acharnement thérapeutique qui n'est pas la règle dans le cas d'un patient capable, ne doit pas le devenir dans le cas de l'incapable.» (p. 25, rapport)

On peut affirmer qu'il est impossible du point de vue constitutionnel, pour le projet de loi C-203 ou, à cet égard, pour d'autres lois fédérales, de dicter la façon dont le consentement doit être donné. Comme l'indique la CRD dans son rapport : «La façon dont il parvient à celle-ci, les conseils dont il peut s'entourer, la participation d'autres personnes à la prise de décisions (pour une personne qui est incapable)» «ne sont pas du ressort des textes de responsabilité criminelle qui ne peuvent, encore une fois, qu'édicter un standard général de conduite». (p. 28, rapport)

Les représentants ont en outre critiqué le fait que le projet de loi ne contient aucune disposition relative au consentement dans le cas des soins palliatifs. On peut affirmer, toutefois, qu'il est inutile de parler du consentement dans ces dispositions étant donné qu'on présume que celui-ci a déjà été donné. Les dispositions visent à supprimer toute ambiguité concernant l'administration des soins palliatifs et d'exprimer l'idée que «le devoir du médecin est d'administrer à son patient les soins palliatifs nécessaires lorsque d'autres traitements thérapeutiques n'auraient aucun effet.» (p. 35, rapport)

Les représentants ont de plus exprimé des réserves quant à la question de savoir si les dispositions de l'article 1 sur la question du consentement étaient définitives ou devaient être appliquées conjointement avec des lois provinciales qui traitent du consentement par procuration. Ils font aussi remarquer que le projet de loi ne prévoit aucune méthode qui servirait à communiquer les demandes et les refus de personnes qui ont déjà été capables, mais qui ne le sont plus.

Une fois de plus, on peut prétendre qu'il n'est ni approprié ni possible, du point de vue constitutionnel que le projet de loi prescrive une forme acceptable de consentement par procuration. De même, en ce qui concerne la question de ce qui constituerait une réponse claire aux fins du projet de loi, on peut affirmer que le projet de loi ne devrait pas tenter de faire des prescriptions et de limiter ainsi la forme du consentement. Une personne peut donner son consentement de diverses façons – par une directive médicale anticipée, par un testament de vie, dans une lettre, ou oralement. Tenter de codifier cela imposerait une limite extrême quant à l'utilité des modifications et pourrait entrer en conflit avec les mesures législatives provinciales en voie d'adoption dans le domaine des testaments de vie et des directives médicales anticipées. Il vaut mieux que le projet de loi précise simplement que le consentement est requis et laisse au droit provincial et à l'interprétation judiciaire le soin de fixer les normes relatives au consentement.

Il est aussi important que le projet de loi n'empêche pas le recours aux tribunaux pour déterminer le bien-fondé et la légalité d'une solution proposée lorsque les parties ne s'entendent pas sur ce qui devrait être fait.

Les représentants du ministère de la Justice ont remarqué que l'article 2 ne faisait pas partie des propositions de la Commission de réforme du droit. Selon eux, cet article protège trop les médecins de la responsabilité criminelle. On peut soutenir toutefois qu'une telle protection est nécessaire pour éviter que les médecins ne soient accusés d'homicide, de négligence criminelle ou de meurtre lorsqu'ils dispensent des soins palliatifs ou lorsqu'ils n'entreprennent ni ne continuent un traitement.

Les représentants du ministère ont prétendu que le projet de loi ne donne pas force de loi aux principes adoptés par la Commission de réforme du droit et risque fort de perturber la situation qui prévaut actuellement au Canada où d'aucuns essaient, en toute bonne foi, d'observer ces principes.

Les représentants du ministère n'ont pas défini les tentatives «de bonne foi» qui permettent de régler les questions abordées dans le document de travail et le rapport de la Commission de réforme du droit. On pourrait alléguer qu'au lieu d'interrompre de telles tentatives, le projet de loi C-203 devrait enclencher une dynamique à tous les paliers du gouvernement, afin que ceux-ci reconnaissent l'importance des questions relatives à la non-entreprise et à l'interruption d'un traitement médical, et tentent d'établir un consensus à l'égard des nombreuses questions pratiques et éthiques qui ne manquent pas de se poser.

Les représentants du ministère ont également prétendu qu'il est nécessaire de prévoir des consultations complètes et qu'il aurait fallu consacrer plus de temps à l'élaboration des propositions. À cela, on peut toujours répondre que n'importe quelle question exige toujours plus de consultation et de temps. Il faut également reconnaître que le moment est maintenant venu d'agir. La Commission de réforme du droit a publié un document de travail à ce sujet en 1982 et un rapport une année plus tard. Le ministère de la Justice a eu amplement le temps de consulter et de présenter des mesures législatives. Le gouvernement n'a toutefois pas agi à cet égard. Dans un article publié en 1990, un avocat principal du *Ministry of the Attorney General* de la Colombie-Britannique, a déclaré que les gouvernements fédéraux successifs ont été trop politiquement ou moralement effarouchés pour édicter les recommandations de la Commission de réforme du droit.

D'après les observations qu'ils ont faites, les représentants du ministère semblent attacher peu d'importance au rôle des audiences du comité législatif dans le cadre du processus consultatif. Bien qu'il soit dans les usages du gouvernement d'entreprendre de vastes consultations avant de présenter la plupart des mesures législatives, les audiences de comité permettent aux parties intéressées d'exprimer leurs points de vue sur les projets de loi. Dans certains cas, les projets de loi émanant du gouvernement sont considérablement amendés à l'étape de l'étude par le comité, par suite des recommandations des témoins. En outre, le gouvernement lui-même fait souvent des amendements importants au cours des travaux du comité dans le but de corriger les omissions, les illogismes et les problèmes techniques. Dans le cas du projet de loi C-203, les audiences du comité permettent de façon fort utile aux témoins de faire des commentaires sur le fond du projet de loi et d'amorcer un débat sur une question qui retient de plus en plus l'attention du public. Le fait que des témoins proposent des amendements au projet de loi n'amoindrit en aucune façon la valeur de celui-ci et ne sous-entend pas qu'il soit mal rédigé, inopportun ou irréfléchi.

Les représentants du ministère ne cessent de faire mention du manque de consultation et d'examen. Toutefois, le genre de consultation et d'examen qui, selon eux, s'impose dans le cas des questions envisagées par le projet de loi, semblerait aller au-delà des ressources dont dispose un député de la Chambre des communes. C'est peut-être là une façon indirecte de dire au Comité que certaines questions, comme celles que soulève le projet de loi C-203, devraient être confiées au gouvernement et non à de simples députés.

On pourrait objecter qu'il est plus opportun que de telles questions, qui font appel à l'émotion et au sens moral, fassent l'objet de projets de loi d'initiative parlementaire et de votes libres à la Chambre des communes. Bien que la portée du projet de loi C-203 soit limitée et que ses auteurs ne prétendent pas traiter du sujet de l'euthanasie, tout débat en découlant portera forcément sur ce sujet de controverse. C'est précisément ce genre de question qui pourrait diviser les membres du Cabinet; pour cette raison, le gouvernement aurait beaucoup de difficulté à obtenir l'approbation du Cabinet à l'égard d'un projet de loi de cet ordre. Lorsqu'une telle proposition fait l'objet d'un projet de loi d'initiative parlementaire, le gouvernement est protégé de l'embarras d'un vote contre le projet de loi et les députés peuvent plus facilement prendre une décision en leur âme et conscience.

J'espère que ces observations vous seront utiles pour la suite des délibérations sur le projet de loi C-203.

Si vous avez des questions à ce sujet ou à tout autre sujet, n'hésitez pas à communiquer avec le Service de recherche.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Margaret Smith,
Division du droit et du gouvernement
Service de recherche

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid / Port payé
Lettermail / Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Christian Brethren:

Don Logan;

Don Hartwick.

From the University of Victoria:

Eike-Henner Kluge.

From the Elisabeth-Bruyère Health Centre — Palliative Care Unit:

Dr. John Scott.

TÉMOINS

Des Christian Brethren:

Don Logan;

Don Hartwick.

De l'Université Victoria:

Eike-Henner Kluge.

Du Centre de santé Élisabeth-Bruyère — Unité régionale de soins palliatifs:

Dr John Scott.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 6

Thursday, November 21, 1991

Chairman: Gilbert Parent

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 6

Le jeudi 21 novembre 1991

Président: Gilbert Parent

Minutes of Proceedings and Evidence of Legislative Committee H on

BILL C-203

An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)

Procès-verbaux et témoignages du Comité législatif H sur le

PROJET DE LOI C-203

Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)

RESPECTING:

Order of Reference

CONCERNANT:

Ordre de renvoi

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament, 1991

Troisième session de la trente-quatrième législature, 1991

24344–1

LEGISLATIVE COMMITTEE H ON BILL C-203

Chairman: Gilbert Parent

MEMBERS

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Bill Farrell

Clerk of the Committee

COMITÉ LÉGISLATIF H SUR LE PROJET DE LOI C-203

Président: Gilbert Parent

MEMBRES

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Bill Farrell

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, NOVEMBER 21, 1991
(7)

[*Text*]

The Legislative Committee H on Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons), met at 3.35 o'clock p.m. this day, in Room 209, West Block, the Chairman Gilbert Parent presiding.

Acting Members present: Stanley Wilbee for Jim Hawkes and Don Boudria for Fred Mifflin.

In attendance: From the Library of Parliament: Susan Alter, Research Officer.

Witnesses: From the Canadian Physicians for Life: Dr. André Lafrance, President of Ottawa District; Carmelo Scime, M.D., Past President. *From the Christian Medical-Dental Society:* Dr. John Patrick.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, September 24, 1991, relating to Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons) (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Monday, September 30, 1991, Issue No. 1*).

Dr. André Lafrance and Dr. Carmelo Scime both made opening statements and answered questions.

Dr. John Patrick made an opening statement and answered questions.

At 4.40 o'clock p.m. it was agreed,—That the Committee adjourn to the call of the Chair.

Bill Farrell

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 21 NOVEMBRE 1991
(7)

[*Traduction*]

Le Comité législatif H sur le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), se réunit à 15 h 35, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Gilbert Parent (*président*).

Membres suppléants présents: Stanley Wilbee remplace Jim Hawkes; Don Boudria remplace Fred Mifflin.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Susan Alter, attachée de recherche.

Témoins: Des Médecins du Canada pour le respect de la vie: D[r] André Lafrance, Médecins pour la vie, Région d'Ottawa; D[r] Carmelo Scime, ancien président. *De Christian Medical-Dental Society:* D[r] John Patrick.

Conformément à son ordre de renvoi du mardi 24 septembre 1991, le Comité reprend l'étude du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du lundi 30 septembre 1991, fascicule n° 1*).

D[r] André Lafrance et D[r] Carmelo Scime font chacun un exposé et répondent aux questions.

D[r] John Patrick fait un exposé et répond aux questions.

À 16 h 40, il est convenu,—Que le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Bill Farrell

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Thursday, November 21, 1991

• 1537

The Chairman: I call this committee to order. We are continuing our hearings on Bill C-203, an Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons). I see a quorum, so we are now prepared to hear witnesses and have their testimony entered into the record.

I call on the witnesses from Canadian Physicians for Life. We will have testimony from Dr. Lafrance, Dr. Scime and and Dr. Nuyens. I would like to welcome you here on behalf of the committee and our ongoing deliberations.

Dr. Lafrance, would you be kind enough to give us a little background on who you and your colleagues are and the group you are representing? We have approximately 30 minutes scheduled for your testimony, and we would like to leave time for the members to question all or any of you.

Dr André Lafrance (Canadian Physicians for Life): Merci, monsieur le président. J'aimerais tout d'abord remercier les membres du Comité de nous avoir invités à présenter un mémoire sur le projet de loi C-203. J'aimerais également vous présenter les membres de notre délégation.

Voici le docteur Carmelo Scime, omnipraticien à Hamilton, également coroner pour la région de Hampstead—Wentworth.

To my right is Dr. Andreas Nuyens, who is a retired obstetrician-gynecologist. The third person is myself, André Lafrance. I am a dermatologist practising here in Ottawa. I am the president of Ottawa and district Physicians for Life, the local branch of Canadian Physicians for Life.

• 1540

Our brief is quite long, as you may have noticed. We won't obviously have time to read it all. We don't think that we need to read it all, since obviously you can read as well as we can, but still we will read exerpts from it.

The Chairman: Am I to understand, Dr. Lafrance, that you would like all of this brief as read into the record?

Dr. Lafrance: I was going to express that wish, yes, definitely.

An hon. member: So moved.

The Chairman: I won't take a motion on that right now. I just wanted a clarification. When we have five members, we will make the appropriate motion at the time, but I want a direction from you.

You may continue, Doctor.

Dr. Lafrance: To make it easier for members of the committee to find their way in the brief, which is quite long, and to locate topics that might be of particular interest to them, we have provided a synopsis. It's one sheet that details in general terms the topics that the brief will be dealing with.

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le jeudi 21 novembre 1991

Le président: Je déclare la séance ouverte. Nous poursuivons nos audiences sur le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale). Je vois que nous avons le quorum. Nous pouvons donc entendre des témoins et verser leur témoignage au compte rendu.

J'aimerais maintenant inviter nos premier témoins, des représentants du groupe Canadian Physicians for Life. Nous entendrons le témoignage du Dr Lafrance, du Dr Scime et du Dr Nuyens. Au nom de notre comité, je vous souhaite la bienvenue.

Docteur Lafrance, auriez-vous la gentillesse de nous parler un peu de vous, de vos collègues et du groupe que vous représentez? Nous vous avons alloué environ 30 minutes pour votre témoignage, et nous aimerions laisser un peu de temps aux députés afin qu'ils puissent vous poser des questions ainsi qu'à vos collègues.

Dr. André Lafrance (Canadian Physicians for Life): Thank you, Mr. Chairman. First of all I would like to thank the Committee members for inviting us to make a presentation on Bill C-203. I would also like to present to you the members of our delegation.

Accompanying me is Dr. Carmelo Scime, general practitioner in Hamilton as well as coroner for the Hampstead—Wentworth region.

À ma droite, le Dr Andreas Nuyens, obstétricien-gynécologue à la retraite. Enfin, moi-même, André Lafrance. Je suis dermatologue et je pratique ici à Ottawa. Je suis président de la section locale d'Ottawa de Canadian Physicians for Life.

Comme vous l'avez peut-être remarqué, notre mémoire est assez long. Il est évident que nous n'aurons pas le temps de le lire entièrement. Nous ne croyons pas que nous ayons besoin de le lire au complet, puisque vous êtes tous aussi capables que nous de lire, mais nous en lirons quelques extraits.

Le président: Dois-je comprendre, docteur Lafrance, que vous aimeriez que votre mémoire entier soit versé au compte rendu?

Dr Lafrance: Oui, c'est ce que j'allais vous demander.

Une voix: J'en fais la proposition.

Le président: Je n'accepterai pas de proposition à cet effet immédiatement. Je voulais seulement avoir un éclaircissement. Lorsque cinq députés seront présents, nous pourrons alors proposer une motion.

Vous pouvez continuer, docteur.

Dr Lafrance: Pour que les membres du comité se retrouvent plus facilement dans le mémoire, qui est assez long, et pour qu'ils puissent retrouver les sujets qui pourraient les intéresser plus particulièrement, nous vous avons remis un synopsis. C'est un document d'une page qui énumère les principales questions abordées dans le mémoire.

[*Texte*]

Unless you have any further questions, Mr. Chairman, I would like to start a presentation of the brief itself.

The Chairman: Yes, please do.

Dr. Lafrance: The first part of our brief tells a few words about what Canadian Physicians for Life is and also presents our statement of principle.

The brief starts on page 2. Dr. Scime will start with the first part of the presentation.

The Chairman: You can be very relaxed. Those microphones will pick you right up.

Dr. C. Scime (President, Hamilton Branch, Physicians for Life): Thank you.

We submit that a major trait of Bill C-203 is an overall tendency to deceive. We base this on the following parts of the proposed legislation.

The first is that proposed paragraph 217.1(a) and proposed subparagraph 246.1(a)(i) ignore completely the fact that the Criminal Code already provides protection for competent patients against undesired medical treatment.

The second is that unless the word "treatment" and the expression "terminally ill patient" are clearly defined, then proposed paragraph 217.1(b) and proposed subparagraph 246.1(a)(ii) can easily become an endorsement of passive euthanasia.

The third is that proposed paragraphs 217.1(c) and 246.1(b) permit and grant immunity from criminal prosecution to doctors who administer measures that will or are likely to cause the death of a person. Such measures are administered under the guise of palliation or the relief of pain. In short, this makes it legal for doctors to practice active euthanasia as long as they are willing to lie and camouflage such practice as measures aimed at relieving suffering.

Dr. Lafrance: We next present a few words that we consider essential to a proper understanding of what is involved in any debate on euthanasia.

We now deal with the topic of the Oath of Hippocrates, as it serves as a basis for a sound philosophy of medicine. Dr. Scime will again say a few words about how we view the Oath.

Dr. Scime: Our statement of principle on the first page of this brief says:

> The long and honorable tradition of medical science through the ages has been expressesd and protected by the Oath of Hippocrates.

This statement expresses our firmly held view that the Oath of Hippocrates has always been and remains central to a sound philosophy of medicine.

• 1545

To appreciate how true this is, we must recall that before Hippocrates, doctors were both killers and healers. As Dr. Herb Ratner aptly noted, they are not unlike many of today's obstetricians who, for a fee from the larger of the two

[*Traduction*]

Si vous n'avez pas d'autres questions, monsieur le président, j'aimerais maintenant vous présenter notre mémoire.

Le président: Allez-y, je vous en prie.

Dr Lafrance.: La première partie de notre mémoire décrit brièvement notre association, Canadian Physicians for Life, et présente notre énoncé de principe.

Le mémoire commence à la page 2. Le docteur Scime présentera la première la première partie de cet exposé.

Le président: Vous pouvez être très décontractés. Ces microphones sont assez puissants.

Dr C. Scime (président, section de Hamilton, Physicians for Life): Merci.

Nous disons qu'une caractéristique essentielle du projet de loi C-203 est une tendance générale à tromper. À cet égard, nous nous fondons sur ce qui suit.:

D'abord, l'alinéa a) de l'article 217, paragraphe 1, et le sous-alinéa a)(i) de l'article 246, paragraphe 1, ne tiennent aucunement compte du fait que le Code criminel du Canada protège déjà les malades lucides contre un traitement non voulu.

Deuxièmement, à moins que le mot «traitement» et l'expression «malade en phase terminale» ne soient clairement définis, l'alinéa b) de l'article 217, paragraphe 1, et le sous-alinéa a)(ii) de l'article 246, paragraphe 1, peuvent facilement devenir une sanction de l'euthanasie passive.

Troisièmement, les alinéas c) de l'article 217, paragraphe 1, et b) de l'article 246, paragraphe 1, soustraient à toute poursuite criminelle les médecins qui appliquent des mesures qui causeront ou risquent fort de causer la mort d'une personne tant et aussi longtemps que ces mesures sont censées avoir une visée palliative (apaisement de la douleur). En résumé, ces alinéas donnent aux médecins le droit de pratiquer l'euthanasie active pour peu qu'ils soient prêts à mentir et à faire croire qu'ils appliquent des mesures destinées à soulager la souffrance.

Dr Lafrance: Nous présentons ensuite notre définition de ces quelques mots ou expressions dont nous jugeons le sens crucial à une bonne compréhension de ce qu'implique tout débat sur l'euthanasie.

Nous abordons ensuite la question du serment d'Hippocrate, puisqu'il est le fondement d'une saine philosophie de la médecine. Le Dr Scime vous dira quelques mots sur ce que nous pensons du serment.

Dr Scime: Dans notre énoncé de principe, à la première page du mémoire, nous mentionnons ce qui suit:

> La longue et honorable tradition de la science médicale à travers les âges a été exprimée et protégée par le serment d'Hippocrate.

Cet énoncé de principe exprime notre ferme conviction que le serment d'Hippocrate a toujours été et continue d'être au coeur d'une saine philosophie de la médecine.

Pour bien comprendre la justesse de cette affirmation, nous devons nous souvenir qu'avant Hippocrate, les médecins étaient à la fois des tueurs et des guérisseurs. Comme le Dr Herbert Ratner l'a fait remarquer avec beaucoup d'à-propos,

[*Text*]

patients, are equally willing to kill the unborn as to carry that same baby to a live birth. Hippocrates changed all this by dictating medicine for healing alone, as illustrated by the following passage of the oath that bears his name:

> I will use treatment to help the sick according to my ability and judgment but never with a view to injury or wrongdoing. Neither will I administer a poison to anyone when asked to do so, nor will I suggest such a course. Similarly, I will not give a woman a pessary to cause abortion.

Taking into account that the administration of poison was the usual way of causing death in Hippocrates' time and the insertion of a pessary was a commonly used method of causing abortion, a contemporary version of the Hippocratic Oath would probably read something like this:

> Neither would I administer death-causing medications or measures. Similarly, I will abstain from performing an abortion.

This conception of medicine was viewed as so fundamental that it led none other than Margaret Mead to write as follows:

> For the first time in our tradition, there was a complete separation between killing and curing. The distinction was made clear. One profession, the followers of Aesculapius, were to be dedicated completely to life under all circumstances, regardless of rank, age or intellect. The life of the slave, of an emperor, of a foreign man or of a defective child is a priceless possession that we cannot afford to tarnish. Society is always attempting to make the physician into a killer: to kill the defective child at birth or to leave the sleeping pills beside the bed of the cancer patient.

Dr. Lafrance: Margaret Mead said that in 1961. Dr. Peter Singer, who is from the Centre for Bioethics of the University of Toronto, had this to say on the same subject in June 1988:

> The prohibition against killing serves as a moral beacon protecting both doctors and patients from the treacherous waters of ethical relativism. The prohibition against killing is a fundamental tenet of the medical profession.

Next we set out what we consider to be morally sound practices in the field of withholding of treatment and the relief of pain. We will not read it.

Then we consider what for us is significant, namely the rejection of the Hippocratic Oath by the Canadian Medical Association in the late 1960s or early 1970s. At the same time, there was a gradual acceptance or adoption of the quality of life ethic as a substitute for a sacredness of life ethic.

Of course, there were and still are serious consequences of this change from one ethic to the other. I would like to say a few words about the consequences that we see in the abandonment of the sacredness of life ethic.

[*Translation*]

ils n'étaient pas différents de nombreux obstétriciens d'aujourd'hui qui, pour peu que le plus grand des deux patients les rémunère, sont également disposés à tuer l'enfant à naître ou à l'aider à naître. Hippocrate a changé tout cet état de choses en consacrant la médecine à la guérison seulement, comme l'atteste le passage suivant du serment qui porte son nom:

> J'aurai recours à la médecine pour aider le malade selon mon habileté et mon jugement, mais jamais avec l'intention de lui causer du tort. Je ne donnerai pas non plus un poison à celui qui me le demande, et je m'abstiendrai de conseiller un tel recours. De même, je ne donnerai pas à la femme un pessaire qui la fera avorter.

Vu que l'administration d'un poison était la façon coutumière de causer la mort au temps d'Hippocrate, et l'introduction d'un pessaire, un moyen courant de provoquer l'avortement, une version moderne de son serment se lirait probablement comme suit:

> Je n'administerai pas de médicaments ni n'appliquerai de mesures qui entraînent la mort. De même, je m'abstiendrai de pratiquer l'avortement.

Cette conception de la médecine était considérée comme si fondamentale qu'elle a poussé Margaret Mead elle-même à écrire:

> Pour la première fois dans notre tradition, tuer et guérir étaient complètement séparés; la distinction était établie de façon claire. Une profession, les disciples d'Esculape, allait être vouée uniquement à la vie, peu importent les circonstances, sans distinction de rang, d'âge ou d'intelligence—la vie d'un esclave, celle d'un empereur, celle d'un étranger, celle d'un enfant infirme étant une possession sans prix que nous ne pouvons nous permettre de ternir. Mais la société essaie sans cesse de faire un tueur du médecin—tuer l'enfant infirme à la naissance, laisser les somnifères sur la table de chevet du cancéreux.

Dr Lafrance: Margaret Mead a dit cela en 1961. Le D[r] Peter Singer, du Centre de bioéthique de l'Université de Toronto, écrivait ce qui suit sur le même sujet en juin 1988:

> L'interdiction de tuer sert de caution morale, protégeant à la fois le médecin et le malade des eaux troubles du relativisme éthique. L'interdiction de tuer est un dogme fondamental de la profession médicale.

Nous expliquons ensuite ce que nous considérons comme étant des pratiques moralement correctes dans le domaine de la renonciation au traitement et de l'apaisement de la douleur. Nous ne lirons pas le chapitre de notre mémoire qui traite de cette question.

Nous abordons ensuite une question qui est pour nous importante, c'est-à-dire le rejet du serment d'Hippocrate par l'Association médicale canadienne vers la fin des années 60 ou le début des années 70. En même temps, on abandonnait de plus en plus l'éthique du caractère sacré de la vie en faveur de celle de la qualité de la vie.

Naturellement, il y a eu et il y a toujours des conséquences graves à la suite de ce changement d'éthique. Je vais maintenant vous parler de ce que nous considérons comme étant les conséquences de l'abandon de l'éthique du caractère sacré de la vie.

[*Texte*]

What is particularly alarming to us is the widespread acceptance among Canadian health professionals of the thinking that is widely but erroneously thought of as Hitler's brain-child, but that in fact had its origins in the theories popularized in the early 1920s by two highly regarded and respected German professionals, Dr. Alfred Hoche, a psychiatrist, and Karl Binding, a judge.

This thinking held that mentally and physically handicapped individuals were entitled to the "favour" of a painless death. This idea would later, in a climate of food shortages and reduced social services, lead to the elimination of 275,000 "useless eaters", mainly the physically or intellectually handicapped and residents of old age homes. Later still, the concept of useless eaters would be extended by the Nazis to include the Jews and eventually anyone who was not considered useful to the German economy.

• 1550

Significantly, as mentioned by Robert Conot, a journalist from the *Los Angeles Times*, who was the author of a book called *Justice at Nuremburg*, in referring to the Nazis:

> theirs was no plunge to damnation from conscious decision but a step-by-step descent into darkness, each step marking a small erosion of ethics and morality.

Conot's view is shared by Dr. Leo Alexander, a Boston phychiatrist who was a consultant to the Secretary of War and on duty with the Office of the Chief Counsel for War Crimes in Nuremburg. He later wrote in *The New England Journal of Medicine*:

> The beginnings at first were merely a subtle shift in emphasis in the basic attitude of the physicians. It started with the acceptance of the attitude, basic in the euthanasia movement, that there is such a thing as a life not worthy to be lived.
>
> This attitude, in its early stages, concerned itself merely with the severely and chronically sick. Gradually, the sphere of those to be included in this category was enlarged to encompass the socially unproductive, the ideologically unwanted, the racially unwanted and, finally, all non-Germans.

We believe there is a valuable lesson to be learned from what happened in Germany 60 years ago: never open the door, even slightly, whereby physicians are allowed to kill people deemed to have a deficient "quality of life".

Anyone who is the least knowledgeable about Canadian medicine knows that the door has already been opened. In 1985 Dr. Leo Alexander, shortly before his death, made this observation about medical practice in North America:

> It is much like Germany in the '20s and '30s. The barriers against killing are coming down.

We therefore plead with this committee: please do not allow the medical profession of Canada the slightest possibility of becoming more involved in killing than it already is.

[*Traduction*]

Nous trouvons particulièrement alarmante l'acceptation répandue chez les professionnels de la santé canadiens de la pensée dont l'origine est faussement attribuée à Hitler, mais qui remonte en réalité aux théories popularisées au début des années 20 par deux professionnels allemands tenus en haute estime et très respectés, le Dr Alfred Hoche, psychiatre, et Karl Binding, juge.

Cette pensée voulait que les personnes physiquement ou mentalement handicapées aient droit à une mort sans douleur. Elle allait conduire plus tard, dans un climat de pénurie alimentaire et de services sociaux réduits, à l'élimination de 275,000 «bouches inutiles», principalement des handicapés physiques ou mentaux et des pensionnaires de foyers de personnes âgées. Encore plus tard, les Nazis allaient inclure dans la catégorie des «bouches inutiles» les Juifs et, finalement, quiconque n'était pas jugé utile à l'économie allemande.

Comme le faisait justement observer Robert Conot, journaliste du *Los Angeles Times*, auteur d'un livre intitulé *Justice at Nuremburg*:

> Ils (les Nazis) ne sont pas parvenus dans un tel enfer du jour au lendemain par suite d'une décision consciente; leur descente a été graduelle, chaque étape marquant l'érosion petit à petit de l'éthique et de la moralité.

L'avis de Conot est partagé par le Dr Leo Alexander, psychiatre de Boston qui a été conseiller auprès du secrétaire à la guerre et qui a fait partie du cabinet du premier conseiller pour les crimes de guerre à Nuremberg. Il allait plus tard écrire dans le *New England Journal of Medicine*:

> Au départ, ce n'était à peine qu'un subtile changement dans l'attitude fondamentale des médecins. Le point de départ a été l'acceptation de l'attitude, qui sous-tend le mouvement en faveur de l'euthanasie, selon laquelle il existe bel et bien une vie qui ne vaut pas la peine d'être vécue.
>
> Cette attitude, au début, ne se manifestait guère à l'égard des personnes gravement malades ou atteintes de maladies chroniques. Graduellement, on en est venu à inclure dans la même catégorie les personnes non productives dans la société, les dissidents idéologiques, les proscrits à cause de leur race, et finalement tous les non-Allemands.

Un enseignement de grande valeur doit être tiré de ce qui s'est produit en Allemagne il y a 60 ans: il ne faut jamais entrouvrir la porte, même à peine, pour permettre aux médecins de tuer ceux qu'ils jugent avoir une qualité de vie déficiente.

Quiconque connaît un tant soit peu la médecine canadienne sait que cette porte est déjà entrouverte. En 1985, le Dr Leo Alexander, un peu avant de mourir, y allait de l'observation suivante au sujet de la pratique médicale en Amérique du Nord:

> Cela ressemble beaucoup à ce qui se passait en Allemagne dans les années 20 et 30. Les interdictions de donner la mort sont en train de tomber.

Nous implorons donc le comité de ne pas donner à la profession médicale au Canada la moindre possibilité de devenir plus encline à tuer qu'elle ne l'est déjà.

[*Text*]

Our reasons for this plea are twofold. First, the medical profession, like any other, has its share of unscrupulous or amoral individuals, who will have no hesitation whatsoever in engaging in any activity, no matter how inhumane or even barbarian, if they are provided with the opportunity to do so. Second, we know that this can happen for the very good reason that it has happened, and there is no guarantee that, given the proper social climate and/or economic conditions, it could not happen again.

We must therefore be fully aware of the very real risk of abuse by physicians when they take what some have called the fatal first step towards becoming killers. The warning comes from Dr. Peter Singer, whom I quoted a few minutes ago. This is what he has to say on the subject:

> Of course, proposals to legalize euthanasia will initially refer to competent, terminally ill and consenting patients. The first well-publicized cases will involve articulate, dying patients who express gratitude that they can escape the suffering.
>
> However, very soon, as has already begun to happen in the Netherlands

—that was in 1987, and it's even truer nowadays—

> patients who are incompetent, not terminally ill and nonconsenting will fall prey to the killing "treatment".
>
> At risk will be the elderly, the uneducated, the poor, the retarded. The lives of thousands of vulnerable people will be in danger, if active euthanasia is legalized.

• 1555

Dr. Singer is not alone in foreseeing that sort of deadly scenario. Another ethicist, Dr. Colleen Clements, an assistant professor of psychiatry at the University of Rochester in New York State, in an article entitled "Physicians simply can't promote 'mercy' killing of patients", which was published in 1988 in the *Medical Post*, pointed out that the mismanaged economies of North America are putting pressures on governments to find cost-cutting opportunities. As a result of these pressures, quality care for the patient is being replaced by cost-effective, or what she calls "cost-containment" care.

She also noted that for a society in which the worth of an individual is increasingly defined in terms of his or her utility, the chronic and terminally ill patient would be the first to be seen as having little or no utility, and thus would likely be the first victim of the cost-cutting measures.

You will tell me there is nothing very earth-shattering in these pronouncements. But what follows should really have all of us worried. First, she says, "Medical ethicists will serve as apologists to justify the cutting as ethical". How does she know? Well, Dr. Clements herself is an ethicist, so we must assume that she knows something about ethicists.

[*Translation*]

Nous l'implorons pour deux raisons. Premièrement, la profession médicale, comme n'importe quelle autre, compte sa part d'individus sans scrupules ou amoraux qui n'hésiteront pas une seconde à s'engager dans une activité quelconque, si inhumaine ou si barbare soit-elle, si on leur présente l'occasion de le faire. Deuxièmement, nous savons qu'une telle chose peut se produire, pour la très bonne raison qu'elle s'est déjà produite, et il n'existe aucune garantie, le climat social et les conditions économiques aidant, qu'elle ne peut pas se reproduire.

Nous devons donc être pleinement conscients du risque très réel d'abus par les médecins quand ils peuvent effectuer ce que certains ont appelé le premier pas fatal qui en fera des agents de la mort. La mise en garde est du Dr Peter Singer, que j'ai cité il y a quelques minutes. Voici ce qu'il dit à ce sujet:

> Bien sûr, les propositions en vue de légaliser l'euthanasie active s'appliqueront d'abord aux malades lucides, en phase terminale et consentants. Les premiers cas qui feront la manchette seront ceux de mourants qui s'expriment avec aisance et qui manifestent leur gratitude de pouvoir échapper à leurs tourments.
>
> Toutefois, très vite, comme c'est déjà le cas aux Pays-Bas

. . .c'était en 1987, et c'est encore plus vrai aujourd'hui. . .

> les malades qui ne sont ni lucides, ni en phase terminale, ni consentants seront les victimes du «traitement» qui tue.
>
> Seront à risque les personnes âgées, les personnes sans instruction, les pauvres et les déficients mentaux. Les vies de milliers de personnes vulnérables seront en danger si l'euthanasie active est légalisée.

Le Dr Singer n'est pas le seul à entrevoir un scénario aussi mortel. Un autre spécialiste de l'éthique, le Dr Colleen Clements, professeur adjoint de psychiatrie à l'Université de Rochester, dans l'État de New York, a publié un article intitulé «Physicians simply can't promote mercy killing of patients», en 1988, dans le *Medical Post*. Elle y faisait remarquer que les économies mal gérées en Amérique du Nord obligent les gouvernements à trouver des façons de réduire les dépenses, avec pour résultat que les soins de santé aux malades sont en train d'être remplacés par des soins rentables ou, comme elle dit, «destinés à limiter les coûts».

Elle a également souligné que dans une société où la valeur de l'individu dépend de plus en plus de son utilité, les personnes atteintes de maladies chroniques ou en phase terminale seraient les premières à être considérées comme peu ou point utiles, et logiquement les premières victimes des coupures dans les dépenses.

Rien de trop bouleversant dans ces observations, me direz-vous. Toutefois, ce qu'elle avancait ensuite devrait avoir de quoi nous faire frémir tous. Elle a dit d'abord: «Les spécialistes de la déontologie médicale défendront le caractère moral des coupures». Qu'est-ce qu'en sait le Dr Clements? Faisant elle-même partie de ce groupe, nous devons supposer qu'elle sait de quoi elle parle.

[*Texte*]

Then Dr. Clements goes on to write:

> it would be foolish to think that assisted suicide or direct killing of patients would not be abused for a cost-containing agenda. Even withholding or withdrawing of treatment is subject to abuse, and there is clinical evidence to point to current routine abuse.

Finally, there is no doubt in Dr. Clements's view that with shrewd manipulation by the intellectual elite and activist groups like Concern for Dying and the Society for the Right to Die in the U.S., and Dying with Dignity in Canada, patients are conditioned to choose early "termination".

Dr. Clements's conclusion to her article is that "Yes, there are some cases where even active killing of another person would be the good thing to do". Obviously, we don't agree with that part of Dr. Clements's conclusion. But we certainly agree with what follows:

> No, the medical profession should not promote, as routine or as policy or as medical ethics, the passive or active killing of a patient.

She also writes:

> The risk to the chronically sick or terminally ill patient is just too great. It is a realistic risk, not a slippery slope fallacy. We can demonstrate the probabilities and the actuality of its happening.

We find it strange that Dr. Clements seems incapable of understanding that once the fatal first step towards killing is taken, no one can predict how many more steps will be taken in that direction. Hasn't Dr. Clements ever heard of John Updike's famous saying, "Death, once invited in, leaves its muddy footprints everywhere"?

Dr. Clements could also be reminded of what Supreme Court Justice Robert Jackson, the American prosecutor at the Nuremberg trials, is said to have answered to a German who had just been condemned and who had pleaded that he had never thought it would go that far. Here is what Judge Jackson answered, "It went that far the very first time you took an innocent human life".

Equally relevant is this warning that comes from a Dr. Harrison from Vancouver. He published this in an article in the *Canadian Medical Association Journal* in 1977: "Once it is legal to kill intentionally, it will be impossible to contain the indications for death".

Dr. Harrison had another very interesting statement:

> The greatest threat [to human life] is the possibility that some kindly, well-intentioned, good-hearted humanitarian will open the gates and invite friend death amongst us.

This was an obvious reference to the empty discourse replete with buzzwords like compassion, dignity, autonomy, responsibility, etc., which have become the trademark of Dying with Dignity and similar organizations.

For us pro-life physicians, dedicated to the preservation and protection of human life at all times and under all circumstances, we categorically reject any pseudo-humanitarianism that would promote the objective of saving

[*Traduction*]

Le D[r] Clements a écrit encore:

> Il serait stupide de croire qu'aider au suicide ou à la mort des malades ne donnerait pas lieu à des abus dans un climat d'austérité. Même la renonciation au traitement ou son abandon peut donner lieu à des abus, et il en existe des preuves cliniques dans la pratique courante.

Enfin, il ne fait pas de doute pour le D[r] Clements qu'avec l'habile manipulation par l'élite intellectuelle et les groupes activistes tels que Concern for Dying et la Society for The Right to Die aux États-Unis et Dying With Dignity au Canada, les malades sont conditionnés à choisir une fin rapide.

Le D[r] Clements concluait son article ainsi: «Oui, il existe des cas où même causer activement la mort d'une autre personne serait la chose à faire.» Nous ne sommes évidemment pas d'accord avec cette partie de la conclusion du D[r] Clements, mais nous souscrivons certainement à ce qui suit:

> Non, la profession médicale ne devrait pas encourager, comme pratique courante, ligne de conduite ou acte conforme à la déontologie médicale, la mort activement ou passivement provoquée d'un malade.»

Elle écrit également:

> Le risque est tout simplement trop grand pour les personnes atteintes de maladie ou en phase terminale de leur maladie. C'est un risque réel, pas une illusion. Nous pouvons démontrer les probabilités et la réalité de sa concrétisation.

Nous trouvons étrange que le D[r] Clements semble incapable de comprendre que lorque le «premier pas fatal» faisant des médecins des agents de la mort a été franchi, personne ne peut prédire combien d'autres pas dans le même sens seront faits. Le D[r] Clements n'a-t-elle jamais entendu la phrase célèbre de John Updike: «La mort, une fois invitée, laisse ses sales empreintes partout?»

Il faudrait également rappeler au D[r] Clements que Robert Jackson, juge de la Cour suprême et procureur américain au procès de Nuremberg, aurait répondu à un Allemand qui venait d'être condamné et qui avait dit pour sa défense n'avoir jamais pensé que les choses iraient aussi loin: «Les choses sont allées aussi loin dès que vous avez tué un premier innocent.»

L'avertissement du D[r] C.P. Harrison, de Vancouver, est également de mise ici. Voici ce qu'il a écrit dans un article du *Canadian Medical Association Journal*, en 1977: «Une fois qu'il est devenu légal de tuer intentionnellement, il est impossible de limiter les indications de la mort.»

Le D[r] Harrison a également déclaré:

> La plus grande menace [à la vie humaine] est la possibilité qu'un bon humanitaire, bien intentionné et généreux, ouvre la porte et laisse entrer chez nous notre amie la mort.»

Il renvoyait évidemment au discours creux, articulé sur des mots à la mode: compassion, dignité, autonomie, responsabilité, etc., qui est devenu la marque de commerce de Dying with Dignity et des autres organismes de ce genre.

En tant que médecins pro-vie engagés à préserver et à protéger la vie humaine toujours et en toutes circonstances, nous rejetons catégoriquement le pseudo-humanitarisme qui servirait à faire valoir cet objectif au détriment de la vie de

[*Text*]

money for the government at the expense of our patient's life. We consider our allegiance and our primary responsibility to be to our patients, not to the state or to any other institution.

• 1600

For us, the only truly humanitarian response to the perceived or real problem of inappropriately treated terminally ill patients is not to allow physicians to cause these patients to die, but to respond to their needs at a particularly trying stage of their existence.

One obvious way to respond to these needs would be to encourage, by proper funding, the establishment of more palliative care units. You have just heard Dr. Scott a few days ago, so I don't think we need to go over that.

An even more important way, in our view, would be to encourage a fundamental change in the perception of what many physicians have come to view as the proper way to treat terminally ill patients. Specifically, we submit that physicians need to be reminded, first, that human beings are more than complex machines to be fixed and that the spiritual dimension is an integral part of every human life; second, that the heart of health care remains relationships, not technology; third, that modern technology alone can never be a satisfactory substitute for the precept inherent in the time-honoured aphorism, "Doctors cure sometimes, ease often and should comfort always"; fourth, that an ethical physician must always observe the injunction *primum non nocere*—first, do no harm. Causing death, passively or actively, can never be the proper way for a physician to express sympathy for a terminally ill patient. Fifth, the main fear of the terminally ill patient is not impending doom, but the threat of abandonment and the prospect of intolerable pain. The person can rise above the fear of death, bolstered by the care of physicians and friends, and to quote Sir William Osler, one of this century's medical giants, "Suffering patients with incurable illness welcome death that comes with friendly care".

The Chairman: Dr. Lafrance, if I might just interject, I notice that my clerk has told me that your paper is very well researched and written—

Dr. Lafrance: We can stop at this point, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you for offering that.

Dr. Lafrance: I think it is a very proper and fitting conclusion for our brief.

Le président: Nous sommes heureux de vous avoir entendus. J'aimerais maintenant demander à mes collègues, en commençant par le docteur Stan Wilbee, de vous poser des questions.

Je vous préviens tout de suite, mes chers collègues, qu'il ne nous reste que cinq minutes environ. Je vous demanderais donc de commencer par une question, et si nous avons le temps nous pourrons continuer.

[*Translation*]

nos malades. Nous estimons que notre allégeance et que notre responsabilité première sont envers nos malades, et non pas à l'État, ou ne autre institution.

Pour nous, la seule réponse vraiment humanitaire au problème apparent ou réel du traitement non satisfaisant des malades en phase terminale n'est pas de permettre aux médecins de causer la mort de ces malades, mais de répondre aux besoins de ces derniers à un moment particulièrement pénible de leur existence.

Une façon évidente de répondre à ces besoins serait d'encourager, par un financement suffisant, la création de plus de centres ou d'unités de soins palliatifs. Puisque vous avez entendu le Dr Scott il y a quelques jours, je ne vois pas l'utilité de répéter ses propos.

Nous pensons qu'il est encore plus important de changer l'attitude des médecins à l'égard du traitement des personnes en phase terminale. Plus précisément, nous sommes d'avis qu'il faut rappeler aux médecins: premièrement, que les êtres humains sont plus que des mécaniques complexes qui doivent être réparées et que la dimension spitiruelle fait partie intégrale de chaque vie humaine; deuxièmement, que les relations, et non la technologie, restent le coeur des soins de santé; troisièmement, que la technologie moderne ne sera jamais à elle seule une solution de rechange satisfaisante au précepte inhérent à l'aphorisme qui veut que «les médecins guérissent parfois, soulagent souvent, et devraient toujours réconforter»; quatrièmement, qu'un médecin qui a un bon sens éthique doit toujours respecter le précepte suivant: *Primum non nocere* (Avant tout, ne cause pas de tort); que causer la mort passivement ou activement ne peut jamais être la bonne façon pour un médecin d'exprimer sa sympathie pour un malade en phase terminale; cinquièmement, que ce que le malade en phase terminale redoute le plus, ce n'est pas sa fin imminente, mais d'être abandonné et d'être en proie à une douleur insoutenable. Une personne peut s'élever au-dessus de la peur de la mort si elle bénéficie de l'attention bienveillante de médecins et d'amis et, pour citer Sir William Osler, un des géants de la médecine de notre siècle, que «les personnes atteintes de es incurables accueillent favorablement la mort qui s'accompagne de soins bienveillants».

Le président: Docteur Lafrance, permettez-moi de vous interrompre. Le greffier vient de me signaler que votre exposé est très fouillé et bien écrit...

Dr Lafrance: Monsieur le président, nous pouvons nous arrêter ici.

Le président: Je vous remercie de cette offre.

Dr Lafrance: Ce serait une bonne façon de conclure notre exposé.

The Chairman: It was a pleasure listening to you. I would now like to ask my colleagues, starting with Dr. Stan Wilbee, to ask you questions.

I would, however, like to remind the members that we only have about five minutes left. So I would ask that you start with one question, and if we have time we can continue.

[*Texte*]

Mr. Wilbee (Delta): I commend the delegation, again, on the quality of the report they have given to us. I think I have been more impressed with the research that has gone into the briefs that have been given before this legislative committee than I have been with the research of briefs in any of the other committees that I have had the privilege to sit on. I would certainly commend you for the research you have done and the new information you have brought forward, and some very interesting quotes.

I guess the basic question facing this committee—and you have heard it before, obviously—is, is this law necessary, or a similar type law? In your brief, you mention that Bill C-203 should be defeated. The basic question is, do we need a legal statement regarding termination of life, either for or against? There are some semantics in your brief, on pages 7 and 8, in which you talk about passive euthanasia and so on. I guess the basic question is this: if this law is not satisfactory, first, do we need a law governing this subject to protect physicians, to protect patients? If we do, what type of law?

• 1605

Dr. Scime: I don't think we need a law. We have the Criminal Code of Canada and that should be the minimum standard for each of us. As professionls, physicians would come under that. I think we shouldn't be segregating nor should we be identifying certain groups with certain privileges, other than the minimum standard, which is the Criminal Code of Canada.

Dr. Lafrance: We feel proposed paragraph 217.1(a) is completely superfluous because the Criminal Code of Canada protects patients against undesired or unwarranted medical treatment. Not only are we not required, but we are forbidden to go against the patient's wishes. Doctors know that, so this is totally superfluous.

The other two paragraphs are not superfluous, but they are very dangerous. As we say on page 2 of our brief, proposed paragraph 217.1(b) opens the door to the practice of passive euthanasia. It does not define what "treatment" is or what "medically useless" treatment is. The way this bill is worded now, it is very easy to practice passive euthanasia. Proposed paragraph 217.1(c) is even more dangerous because it provides for the possibility of practising active euthanasia under the guise of pain relief.

So the first paragraph is superfluous and the other two are dangerous. For us, there is no room for amendment. We feel there is only one way to deal with this bill, and that is to reject it.

Mr. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): I want to congratulate those who have prepared this brief. Not only does it have valuable information, but it is referenced and it has everything to prove what it says. I appreciate that immensely.

I want to ask a couple of questions. I agree with virtually everything I have seen, so my questions are not intended to express disagreement but to try to better understand for myself everything that we are doing.

[*Traduction*]

M. Wilbee (Delta): Je voudrais encore une fois féliciter la délégation de la grande qualité du mémoire qu'elle a ont présenté. Je suis plus impressionné par les recherches faites pour ce comité législatif que je ne l'ai jamais été par celles faites pour des exposés présentés à tous les autres comités auxquels j'ai eu le privilège de siéger. Je vous félicite de vos recherches et je vous remercie pour toute cette nouvelle information que vous nous avez donnée, sans compter les citations très intéressante que vous avez faites.

Vous connaissez évidemment la question fondamentale dont le comité est saisi. Il s'agit de savoir si cette loi-ci ou une autre de ce genre est nécessaire. Vous dites dans votre mémoire que le projet de loi C-203 doit être rejeté. La question fondamentale est de savoir s'il faut une loi qui préconise le droit ou l'interdiction de mettre fin à une vie. Aux pages 10 et 11 de votre mémoire, vous parlez de l'euthanasie passive, et ainsi de suite. Je pense que la question qui se pose est la suivante: si cette loi est inacceptable, premièrement, nous faut-il une loi à cet égard pour protéger les médecins, pour protéger les malades? Le cas échéant, quel genre de loi faut-il?

Dr Scime: Je ne crois pas que nous ayons besoin d'une loi. Le Code criminel du Canada prescrit déjà la norme minimale applicable à chacun de nous. En tant que professionnels, les médecins y sont assujettis. Il ne faudrait pas faire de cas particulier ni conférer à certains groupes des privilèges. Tous devraient être assujettis également à la norme minimale, c'est-à-dire au Code criminel du Canada.

Dr Lafrance: Nous estimons que l'alinéa 217.1a) proposé est totalement superflu, puisque le Code criminel du Canada protège déjà les patients de traitements médicaux indésirés ou injustifiés. Les dispositions existantes nous interdisent d'aller à l'encontre des désirs du patient. Les médecins le savent; donc, la nouvelle disposition est totalement superflue.

Les deux autres alinéas ne sont pas superflus, mais extrêmement dangereux. Comme nous le disons à la page 2 de notre mémoire, l'alinéa 217.1b) proposé ouvrira la voie à l'euthanasie passive. Il ne contient pas de définition des termes «traitement» et «traitement médicalement inutile». D'après le libellé actuel du projet de loi, on pourrait facilement pratiquer l'euthanasie passive. L'alinéa 217.1c) est encore plus dangereux, car il permettrait de pratiquer l'euthanasie active sous prétexte de soulager la douleur.

Donc, le premier alinéa est superflu et les deux suivants sont dangereux. Pour nous, il n'est pas possible d'apporter des amendements. Il n'y a qu'une façon de traiter ce projet de loi, et c'est de le rejeter.

M. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Je tiens à féliciter ceux qui ont préparé ce mémoire. Il contient de nombreux renseignements intéressants, ainsi que des renvois à d'autres sources. Il contient tout ce qu'il faut pour prouver ce qu'on y avance. J'apprécie cela énormément.

J'aimerais vous poser quelques questions. Je suis d'accord avec à peu près tout ce que j'y ai lu; mes questions n'ont donc pas pour objet d'exprimer mon désaccord, mais de mieux comprendre ce que l'on fait.

[*Text*]

I ask my questions in the context of what is happening right now with a patient in Quebec City. This young woman is ill in the sense that she has a medical situation that requires her to be constantly plugged into special medical apparatus. Provided she is plugged into that medical apparatus, she will live as long as anyone else, or so I am told. The woman is only in her early twenties, but apparently she has asked to have the equipment unplugged, which would kill her.

I have two difficulties with that. On the one hand, there is this business of withholding medical treatment, of not imposing medical treatment on someone who doesn't want it, but then there is the competing issue of intent. Dr. Lafrance, you have spoken to us about this before, and I agree with you wholeheartedly that it should never be the intent, of whatever action or inaction, to cause death. In this case, that action of unplugging the equipment—the four of you sitting at this table, all doctors, will appreciate that I am oversimplyfing here—is just that, and has been so stated by the patient. So that is the one side. Then you have the other, whereby a medical practitioner cannot offer this treatment. Could I get the opinion—

The Chairman: I want you to get to the point. Please ask your question.

Mr. Boudria: I know you do, Mr. Chairman. You will appreciate, however, that we are talking about something that is very delicate.

Dr. Lafrance: It is delicate but it is not very complicated. We are dealing with a young woman who is 24 years old, who is lucid and legally competent. She is allowed to make whatever decisions she wants, and these decisions, even if they lead to her death, must be respected.

Another thing I would like to add here is that it is not certain that she will die when the respirator is unplugged—

Mr. Boudria: Okay, but let's assume that she will. Just help me understand it clearly.

Dr. Lafrance: Okay, let's assume that, but the worst is never certain. Actually in *La Presse* of last Saturday, there was a case reported about a woman who had exactly the same disorder for eight months. When the respirator was unplugged, she started to breathe on her own. Everybody remembers the case of Karen Quinlan in the 1970s. When her respirator was unplugged, everybody thought she would die, but she lived another ten years.

• 1610

The worst is never sure. We don't know what will happen. When her respirator is unplugged, the intent, of course, will not be to kill her; it will be to respect a choice she is allowed to make as a legally competent individual.

Morally it's a different story. We don't agree with the decision she would take, but we would have to respect that decision. Even though we may not agree with it, it would have to be respected.

[*Translation*]

Mes questions porteront sur le cas d'une patiente, à Québec. Cette jeune femme est malade, c'est-à-dire que son cas nécessite qu'elle soit constamment branchée sur certains appareils médicaux. Branchée sur ces appareils, elle pourra vivre aussi longtemps que vous et moi, du moins c'est ce qu'on m'a dit. Il s'agit d'une femme âgée d'une vingtaine d'années. Il semble qu'elle ait demandé à être débranchée de ces appareils, ce qui aurait pour effet de la tuer.

Cela me pose deux problèmes. D'une part, il s'agit de ne pas imposer un traitement médical à quelqu'un qui ne le désire pas, à quoi on peut opposer la question de l'intention. Docteur Lafrance, vous nous en avez parlé auparavant, et je conviens de tout coeur avec vous que l'intention ne devrait jamais être de causer la mort, quelles que soient les mesures que l'on prenne ou pas. Dans le cas de cette patiente, le fait de débrancher les appareils—comme vous êtes médecin tous les quatre, vous comprendrez que je simplifie à outrance—l'intention est justement de causer la mort, et c'est ce qu'a déclaré la patiente elle-même. D'autre part, un médecin ne peut pas offrir ce traitement. J'aimerais connaître votre opinion...

Le président: J'aimerais que vous en veniez au fait. Veuillez poser votre question.

M. Boudria: Bien sûr, monsieur le président. Vous remarquerez cependant que nous parlons d'un sujet très délicat.

Dr Lafrance: C'est un sujet délicat, mais ce n'est pas très compliqué. Nous parlons d'une jeune femme de 24 ans, qui est lucide et légalement capable. Elle peut prendre elle-même toutes les décisions qu'elle désire, décisions qui, même si elles mènent à sa mort, doivent être respectées.

J'aimerais ajouter qu'il n'est pas certain que la patiente mourra lorsque le respirateur sera débranché...

M. Boudria: D'accord, mais supposons qu'elle meure. Aidez-moi à mieux comprendre.

Dr Lafrance: D'accord, supposons qu'elle meure, mais ce n'est jamais certain. En fait, dans le journal *La Presse* de samedi dernier, on signalait le cas d'une femme qui a souffert exactement de la même maladie pendant huit mois. Lorsque son respirateur a été débranché, elle a commencé à respirer d'elle-même. Tout le monde se souviendra du cas de Karen Quinlan, dans les années 70. Lorsque son respirateur a été débranché, tout le monde pensait qu'elle mourrait, mais elle a vécu encore dix ans.

On n'est jamais certain que le patient mourra. Si l'on débranche son respirateur, l'intention ne sera évidemment pas de tuer la patiente, mais bien de respecter le choix qu'elle peut faire, en tant que personne légalement capable.

Du point de vue moral, c'est différent. Nous ne sommes pas d'accord avec la décision qu'elle a prise, mais nous serions tenus de respecter cette décision.

[*Texte*]

I wonder why they even went to court. There's nothing there. I read an article by Dr. Augustin Roy in yesterday's *La Presse* in Montreal. He says he doesn't see either why it went to court because the case is clear-cut. There is not even room for controversy, as far as I'm concerned on that one.

Mr. Boudria: I can understand why I asked the question.

The Chairman: I always understand why you ask questions, Mr. Boudria.

Doctors Lafrance, Scime and Nuyens, we thank you for appearing before our committee. I am sure your testimony will be weighed by all of the members. They have the information before them. Everything we have said will be in the *Minutes of Proceedings and Evidence*. We do thank you for coming to testify before us.

We now proceed to our next witness. We have, from the Christian Medical-Dental Society, Dr. John Patrick. We welcome you here, Dr. Patrick. You have already submitted your brief to us. The clerk tells me that this brief was distributed to all members of this committee. Therefore, we have had time to read it.

I would ask you to take into consideration in your presentation that we will have had a chance to read it. If you could synopsize it, this would permit my colleagues to question you on this brief.

If you could tell us a little bit about yourself, Dr. Patrick, and who you are representing today, I would turn the floor over to you.

Dr. John Patrick (Christian Medical and Dental Society): Thank you very much, Mr. Chairman. I am an associate professor of biochemistry and pediatrics at the University of Ottawa. My clinical interests are primarily in the children of the developing world. I spend my summers resuscitating malnourished children in Africa.

My clinical interests here are dealing with the severely handicapped, those who are quadriplegic and incapable of communication with the world around them. It has been my recognition of the vulnerability of these people that has led me into an interest in this area.

I'm here today on behalf of the Canadian branch of the Christian Medical and Dental Society, which has some 900 members in Canada, and similar societies throughout the world.

I will not read my brief, and I apologize that this brief is not referenced. It could have been, but I didn't realize there was an opportunity to get this brief in until very late in the day. It was done somewhat in a hurry. Please forgive those deficits. They can be corrected if there is anything you wish to know.

The brief is perhaps somewhat provocatively headed "Euthanasia". We are aware that the sponsor of this bill does not have this intention in mind. Nevertheless, it is our contention that this is precisely the effect it will have.

[*Traduction*]

Je me demande pourquoi le cas a été porté devant un tribunal. Rien ne le justifie. J'ai lu un article écrit par le Dr Augustin Roy dans le numéro d'hier du journal *La Presse* de Montréal. À son avis, le cas était clair, et il n'y avait pas de raison de le porter devant les tribunaux. À mon avis, il n'y a même pas de controverse.

M. Boudria: Je comprends pourquoi j'ai posé la question.

Le président: Je comprends toujours pourquoi vous posez des questions, monsieur Boudria.

Docteur Lafrance, docteur Scime et docteur Nuyens, nous vous remercions d'être venus devant nous aujourd'hui. Je suis certain que tous les membres du comité étudieront votre témoignage et les renseignements que vous nous avez transmis. Tout ce qui a été dit sera versé au compte rendu de la séance. Merci.

Nous entendrons maintenant notre prochain témoin, le Dr John Patrick, de la Christian Medical and Dental Society. Bienvenue, docteur Patrick. Vous nous avez déjà présenté un mémoire. Le greffier me dit que ce mémoire a déjà été distribué à tous les membres du comité. Par conséquent, nous avons eu le temps de le lire.

Compte tenu de cela, je vous demanderais d'en donner un résumé dans votre exposé, de façon à ce que mes collègues puissent vous interroger par la suite.

Pourriez-vous nous en dire davantage sur vous-même, docteur Patrick, et sur l'organisme que vous représentez aujourd'hui? Je vous cède la parole.

Dr John Patrick (Christian Medical and Dental Society): Merci beaucoup, monsieur le président. Je suis professeur agrégé de biochimie et de pédiatrie à l'Université d'Ottawa. Du point de vue clinique, je m'intéresse surtout aux enfants des pays en voie de développement. Je passe mes étés à ressusciter des enfants mal nourris d'Afrique.

Ici, je m'occupe d'enfants gravement handicapés, quadriplégiques et incapables de communiquer avec le monde qui les entoure. C'est leur vulnérabilité qui m'a amené à m'intéresser à cette question.

Je suis aujourd'hui devant vous pour représenter la filiale canadienne de la Christian Medical and Dental Society, qui compte quelque 900 membres au Canada. Il existe des sociétés semblables dans le monde entier.

Je ne lirai pas mon mémoire, et je regrette qu'il ne contienne pas de renvois à d'autres sources. J'aurais pu inclure de tels renvois, mais je n'ai su que très tard que j'aurais la possibilité de présenter mon mémoire. Il a donc été rédigé un peu à la hâte. Veuillez excuser ces lacunes. Je pourrai les corriger si certains d'entre vous le souhaitent.

Le titre de mon mémoire, «Euthanasie», peut sembler provocateur. Nous savons que le parrain de ce projet de loi n'a pas pour intention de promouvoir l'euthanasie. Néanmoins, nous croyons que c'est précisément l'effet que le projet de loi aura.

[*Text*]

From our perspective, the bill says effectively that notwithstanding the long cultural tradition of common law in Canada and the English-speaking world, we desire to turn the tables backward. We desire that physicians should not be held responsible for killing. Whether it is the intent or not, it is certainly the way it will be read by many people.

• 1615

When you add to this, the perversion of language, which has been essential in the whole discussion, and is in fact an essential part of what is happening to our society at the moment, you begin to realize what is happening.

Death with dignity implies that all that is available to you is death with indignity. It is a pity that logic is not taught in our schools.

Every year, teaching the medical students, I introduce an example with an undistributed middle. They never, ever recognize it. That is precisely what has happened here.

The implication is death with indignity and pain or euthanasia. It is not true; it is a lie. The truth is that most people die courageously, not in pain, or at least, they die quietly, not in pain, because we manage their deaths these days.

With your permission, I do wish to say a little about the basis of the Christian Medical and Dental Society.

We represent the Protestant arm of the Christian tradition, but we have so much in common with our Catholic friends that it matters very little. We do believe we are created by God. And its perhaps worthwhile pointing out, as I do to students in the science class every year, that the opposite contention is also an act of faith; to believe that there is no God requires a degree of courage I do not possess, because it gives me no explanatory power whatsoever for the severely handicapped children I deal with here and the children with malnutrition I deal with in Zaire.

There is no meaning. It is absurd. If you take that position, which our world is taking... In reading the briefs that have been submitted to you, it seems to me that one of the points that has not been made sufficiently clear is that there is a fundamental division in our society between those who believe there is a God and those who believe there is no God. There is, in fact, no other position. Those who say they are agnostic are practical atheists, because it makes no difference to the way they live. It is not an accident that medicine has lost in credibility at exactly the same time that it has increased in technological power.

I came to Canada from St. Thomas' Hospital in London, with 800 years of history, during which time it was held in high repute. In the last 50 years, the power to change the process of disease has increased dramatically, and the standing in the public's eye has dropped dramatically. We need to come to terms with these facts.

The Christian Medical and Dental Society maintains it's because we have lost contact with our roots, that we no longer believe we are responsible to God. We have therefore substituted rights for responsibilities, and rights ultimately

[*Translation*]

À notre avis, le projet de loi préconise un renversement des principes, sans égard à la longue tradition culturelle du «common law» au Canada et dans le monde anglophone. Nous voulons que les médecins soient exonérés de toute responsabilité lorsqu'ils tuent. Que ce soit l'intention ou non, c'est ainsi que bon nombre de personnes l'interpréteront.

Ajoutez à cela la distorsion du langage utilisé dans toute cette discussion, distorsion qui constitue en fait un élément essentiel de ce qui se passe maintenant dans notre société, et vous commencerez à comprendre ce qui se passe.

Quand on parle de mourir avec dignité, cela implique que l'autre possibilité, c'est de mourir dans l'indignité. Il est malheureux que la logique ne soit pas enseignée dans nos écoles.

Chaque année, quand j'enseigne aux étudiants en médecine, je présente un exemple comportant une moyenne non répartie. Ils ne reconnaissent jamais le problème. C'est exactement le cas ici.

Ce que l'on oppose, c'est une mort dans la souffrance et l'intimité versus l'euthanasie. C'est faux; c'est un mensonge. La vérité, c'est que la plupart des gens meurent sans souffrance et avec courage, ou que du moins ils meurent tranquilles, sans douleur, parce que nous pouvons maintenant les aider.

Avec votre permission, j'aimerais parler brièvement des fondements de la Christian Medical and Dental Society.

Nous représentons la branche protestante de la tradition chrétienne, mais cela n'a pas beaucoup d'importance, car nous avons énormément en commun avec nos collègues catholiques. Nous croyons que nous sommes créés par Dieu. Il faut souligner, comme je le fais auprès des étudiants en science chaque année, que la déclaration contraire constitue également un acte de foi; croire que Dieu n'existe pas nécessite un degré de courage que je n'ai pas, car il n'existerait pas d'explication aux handicaps graves des enfants que je traite ici et à la malnutrition des enfants que je traite au Zaïre.

Cela n'a pas de sens, c'est absurde. Si l'on adopte cette position, comme le fait notre monde... Après avoir lu les mémoires qui vous ont été présentés, je pense que l'un des éléments sur lesquels on n'a pas apporté suffisamment d'éclaircissement, c'est qu'il y a une division fondamentale dans notre société entre ceux qui croient en Dieu et ceux qui n'y croient pas. En fait, ce sont les deux seules croyances possibles. Ceux qui se prétendent agnostiques sont en fait athées, car cela ne fait pas de différence dans leur façon de vivre. Ce n'est pas par hasard que la médecine a perdu sa crédibilité au moment même où elle augmentait sa puissance technologique.

Avant de venir au Canada, j'étais à l'hôpital St. Thomas, à Londres. Cet hôpital jouissait d'une bonne réputation depuis 800 ans. Au cours des 50 dernières années, on a réalisé des progrès immenses dans le traitement de la maladie, mais notre réputation auprès du public a baissé de façon spectaculaire. Nous devons nous rendre compte de ces faits.

La Christian Medical and Dental Society prétend que si nous ne nous croyons plus responsables devant Dieu, c'est que nous avons perdu contact avec nos propres racines. Nous avons échangé nos responsabilités pour des droits, et les

[*Texte*]

clash. That is why there is no solution for either this issue of euthanasia or the issue of abortion, because they are being dealt with on the basis of rights, which will clash, and not responsibilities that don't.

Third, we believe it is very dangerous for us to take into our hands what we believe should be the prerogative of God; namely, the finishing and the giving of life.

We firmly believe that death is not the end, that we have eternal spirits. Therefore, the way we behave matters. We believe suffering should evoke compassion, not a desire to shovel it under the carpet.

We believe those who suffer should be affirmed because they are important to our society, and I do wish to read from my brief the quotation from Dietrich Bonhoffer, because it makes the point dramatically in a way that I cannot do. He states:

> In the sight of God, there is no life that is not valued, that is not worth living; for life itself is valued by God. The beggar, Lazarus, a leper, lay by the rich man's gate and the dog's licked his sores; he was devoid of any social usefulness and a victim of those who judge life according to its social usefulness; yet God held him to be worthy of eternal life. And where, if not in God, should lie the criterion for the ultimate value of a life.
>
> We cannot ignore the fact that the supposedly worthless life of the incurable evokes for the healthy the very highest measure of self sacrifice and even genuine heroism; this devoted service which is rendered by sound life to sick life has given rise to real values which are of the highest utility to the community.

• 1620

Every Friday afternoon I do a clinic in which I see not a single child who will reach adult life. I go away from that clinic with a sense of incredible privilege to deal with those parents, and they contribute to this society by being truly the salt of the earth.

We accept that what I have been saying is not acceptable to everyone in Canada. We now belong to a minority group. But I do wish to emphasize that these groups cannot agree. Paradigmatically, one would take Mother Teresa and Henry Morgentaler as the examples. Neither is illogical; both are rational. The question is, whose rationality?

If we believe that when we die we are finished and might as well be put in the nearest garbage bucket, then it is logical to be in favour of euthanasia. It is logical to abort the unself-conscious life in order to make the self-conscious life transiently happier; that is logical. It's a logic that fills me with fear, but it's logic.

[*Traduction*]

droits finissent toujours par entrer en conflit. C'est pourquoi il n'existe pas de solution au problème de l'euthanasie ou de l'avortement, parce qu'on en traite au niveau des droits, où il y aura conflit, et non au niveau des responsabilités, qui, elles, ne sont jamais en conflit.

Troisièmement, nous croyons que donner la vie ou la retirer devrait être une prérogative divine. Nous estimons qu'il est très dangereux de nous arroger cette prérogative.

Nous croyons fermement que la mort n'est pas une fin, que notre esprit est éternel. Nous devons agir en conséquence. Nous croyons que la souffrance devrait susciter la compassion, non le désir de la camoufler.

Nous croyons que ceux qui souffrent devraient affirmer leur souffrance parce qu'elle est importante pour notre société. J'aimerais lire une citation de Dietrich Bonhoffer, qui se trouve dans mon mémoire, parce qu'elle illustre ce point mieux que je ne saurais le faire moi-même:

> Aux yeux de Dieu, il n'y a pas de vie qui ne soit pas précieuse, qui ne vaille pas la peine d'être vécue; car Dieu valorise la vie comme telle. Le mendiant Lazare, un lépreux, était couché devant la porte de l'homme riche et un chien léchait ses plaies; il n'avait aucune utilité sociale et était la victime de ceux qui jugent la vie en fonction de son utilité pour la société; pourtant, Dieu l'a jugé digne de la vie éternelle. Et qui, sinon Dieu, devrait juger de la valeur ultime d'une vie.
>
> Nous ne pouvons pas oublier que la vie censément inutile de la personne incurable suscite chez celui qui est en bonne santé le sens du sacrifice, et même un véritable héroïsme; le dévouement dont les gens en bonne santé font preuve envers les malades a donné naissance à un véritable sens des valeurs qui est de la plus grande utilité pour la société.

Chaque vendredi après-midi, je soigne des enfants dont aucun n'atteindra l'âge adulte. J'en sors toujours convaincu que c'est un privilège pour moi de traiter avec leurs parents, et que ceux-ci, par leur attitude remarquable, contribuent à notre société.

Je sais que les Canadiens ne sont pas tous d'accord avec ce que je viens de dire. Nous sommes maintenant en minorité. Malheureusement, la majorité et la minorité ne peuvent pas s'entendre. Ces groupes s'opposent comme deux paradigmes dont l'un aurait en tête Mère Teresa et l'autre, Henry Morgentaler. Aucun groupe n'est illogique, tous deux sont rationnels. La question, c'est de savoir qui détermine la rationalité.

Si l'on croit que notre vie se termine au moment de la mort et que l'on pourrait aussi bien nous jeter dans la première poubelle venue, il est logique d'être pour l'euthanasie. Il est logique de tuer une vie inconsciente pour accorder un bonheur éphémère à la vie consciente; c'est logique. C'est une logique qui me fait peur, mais c'est logique.

[*Text*]

On the other hand, if we believe the statements that I have put before you, there is no way in which we can go in that direction. It is these ideas that I have summarized that are the ethos of medicine. It did not come from the modern post-enlightenment view of the world; it has a much longer and, I might add, more honourable history, and we forget that history at our peril.

We are, of course, proud that it is one of our members in England, Dr. Cicely Saunders, who commenced the hospice movement in the early 1960s. She recognized way back then, with an intuition that the rest of us lacked, that there was an important issue here. It's not an accident that the hospice movement is weakest in Holland, as John Scott told you on Tuesday. Even in the November 2 *Lancet* of this year, there is a letter pointing out that 25% of the patients being euthanized were not even asked to make persistent requests for that. There was no consent. That is the beginning; it is not the end.

It is our argument, therefore, that if we depart from this tradition of medicine, we will be moving in a direction where the logic of the situation will take over.

I was in England in the 1960s when abortion was legalized, and for my sins I was pro-abortion. The reason was simply that I was dealing with mothers who had rubella, with a 90% probability of a serious defect in the child, and I thought it was a way out. Bourne had to wait many years for his case to get the law through. It was a rare event. None of us saw the millions that would follow in the wake of that decision. The same will happen here.

Last weekend, one of my ex-patients, who is now an adult, was admitted to a hospital in this city and had a "do not resuscitate" order put upon him because he could not communicate. The people who care for him day by day were not even consulted.

If you make this bill law, it will open the way to make that process even easier.

I am very glad to follow Dr. André Lafrance and the very well-documented brief he gave you, because what I am saying is essentially the same. The difference, if any, is that I wish to direct your attention to the fundamental difference in attitude between these two cultures, which are coming into opposition. The law must choose on which side of those cultures it is going to stand, whether it will affirm its own long history of moral integrity, of tremendous rectitude over the use of language, or whether it is going to allow language to be perverted to persuade rather than to inform, which is what is happening at the moment.

I do not need to say anything about palliative care. It is in the brief, and it is much better said by Dr. Scott. But I would say to you, as John Donne said many years ago, when you read about this, don't think that it implies it is about someone else. As he said, "Never send to know for whom the bell tolls; it tolls for thee. No man is an Island, entire of itself".

[*Translation*]

D'autre part, si l'on croit à ce dont je vous ai parlé, on ne saurait s'engager dans cette voie. Les idées dont je vous ai fait le résumé sont à la base de l'éthique médicale. Ces idées ne sont pas issues de notre vision moderne du monde; elles ont une histoire plus ancienne et, me permettrais-je d'ajouter, plus honorable. C'est toujours à notre péril que nous ignorons l'histoire.

C'est l'un de nos membres d'Angleterre, le Dr Cicely Saunders, qui a lancé le mouvement des hospices, au début des années 60. Nous en sommes très fiers. Le Dr Saunders avait reconnu déjà, avec une intuition qui manquait à tous les autres, qu'il s'agissait d'une question importante. Ce n'est pas par hasard que le mouvement des hospices a son point le plus faible au Pays-Bas, comme John Scott vous l'a dit mardi. Dans le numéro de la publication *Lancet* du 2 novembre 1991, on pouvait lire une lettre dans laquelle on disait que 25 p. 100 des patients sur lesquels on pratique l'euthanasie n'avaient pas besoin de faire des demandes répétées pour cela. Il n'était pas question de consentement. C'est le début; ce n'est pas la fin.

Nous disons, par conséquent, que si nous nous éloignons de cette tradition médicale, nous nous engageons dans une voie qui permettra à la logique de prévaloir.

J'étais en Angleterre, dans les années 60, lorsque l'avortement a été légalisé. À mon grand regret, je dois avouer qu'à l'époque j'étais pour l'avortement. Cela s'expliquait par le fait que je traitais des mères atteintes de rubéole, dont les enfants avaient 90 p. 100 des chances de souffrir d'un handicap grave. Je croyais que c'était une solution. Vaughan a dû attendre un bon nombre d'années pour que sa cause soit réglée au moyen d'une loi. Il s'agissait d'un événement rare. Aucun d'entre nous n'avait prévu les millions d'avortements qui seraient faits par suite de cette décision. Ce sera le cas également ici.

La fin de semaine dernière, l'un de mes anciens patients, qui est maintenant un adulte, a été admis dans l'un des hôpitaux de cette ville, et on lui a imposé une ordonnance de non-réanimation parce qu'il ne pouvait pas communiquer. Les gens qui s'occupent de lui chaque jour n'ont même pas été consultés.

Si ce projet de loi est adopté, cela deviendra encore plus facile.

Je suis très heureux de témoigner après le Dr André Lafrance, qui vous a donné un mémoire bien documenté, car nous sommes essentiellement du même avis. La différence, s'il y en a une, c'est que j'aimerais attirer votre attention sur la différence fondamentale d'attitude qui existe entre ces deux cultures opposées. Le droit devra prendre parti entre ces cultures, décider s'il affirmera sa longue histoire d'intégrité morale, de droiture dans son discours, ou s'il permettra à ce discours de devenir un instrument de persuasion plutôt que d'information, ce qui est actuellement le cas.

Je ne parlerai pas des soins palliatifs. Mon opinion se trouve dans le mémoire, et le Dr Scott l'exprime encore bien mieux. Mais comme l'a dit John Donne il y a plusieurs années, lorsque vous lirez ces propos, n'imaginez pas qu'ils visent quelqu'un d'autre. Comme il l'a dit: «Ne demande pas pour qui sonne le glas. Il sonne pour toi. Aucun homme n'est une Île à lui tout seul.»

[*Texte*]

What is at issue here, underneath, not in the words... At first sight they look so innocent, but the more you read them, the more frightening they become. What is at issue is the type of Canada that we will produce.

• 1625

The two visions that I see that are at issue here are well expressed in the words of Dylan Thomas, counter-balanced by those of St. Paul. Dylan Thomas, talking about his attitude to life, said:

Do not go gently into that good night, Old age should rage at close of day, Rage, rage, against the dying of the light.

What else can you do if life is all you have?

St. Paul said, "I know whom I have believed and am persuaded that he's able to keep me against that day".

Those who share that tradition will not wish to be euthanized. They will wish to trust in their final exit, just as they have trusted during their life. They do not believe that life is ultimately absurd and that suffering has no function.

Let me close with two other quotations, which I wish to read. MacIntyre, who teaches philosophy in Vanderbilt, has written two books that should be essential reading for this committee, *After Virtue* and *Whose Justice, Which Rationality*. This is what he writes:

To anyone who wishes to argue with one about religion

—about the cultures I've been talking about—

one can only take the argument in cogent, logical terms as far back as his own first principles allow. But because there comes a point at which such argument must cease, it does not follow that there is nothing more to say. It is no accident that the religious autobiography is a classic form of theological writing for this shows us how a man comes by the premises from which he argues. It goes behind the argument to the arguer. *St. Augustine's* Confessions are the classic document here. Thus it is not mere pious moralizing which connects the rise of unbelief with the lowering of quality of Christian life. Where the Christian community is incapable of producing lives such as those of the saints, the premises from which it argues will appear rootless and arbitrary.

I accept MacIntyre's condemnation of me as a Christian. Jesus told us we were to be the salt of the earth, and we have failed because we are not taken seriously, because our lives are not of the quality they should be. But look back at the history. It is worth reading. There have been quality lives, just as there still are. Our fear is that because we have been weak, because we have not been prepared to stand up and speak for those who cannot speak for themselves, those who do not share our view will impose their view on the old, the helpless, the disabled.

[*Traduction*]

Le problème est au-delà des mots, ces mots qui semblent si innocents à première vue, mais qui deviennent de plus en plus effrayants à mesure qu'on les lit. La question, c'est le genre de Canada que nous bâtirons.

Les deux visions qui s'opposent ici sont exprimées par Dylan Thomas et par saint Paul. A propos de son attitude à l'égard de la vie, Dylan Thomas a dit:

N'entrez pas sans bruit dans cette douce nuit, le vieillard doit haïr le crépuscule, haïr, haïr la nuit qui tombe.

La vie n'est-elle pas notre seul bien?

Saint Paul a dit: «Je sais en qui j'ai cru et je suis convaincu qu'il peut me protéger contre ce jour-là».

Ceux qui partagent cette tradition ne voudront pas subir l'euthanasie. Ils auront confiance dans la mort, comme ils ont eu confiance dans la vie. Ils ne croient pas que la vie est absurde et que la souffrance est inutile.

Permettez-moi de faire deux autres citations. MacIntyre, qui enseigne la philosophie à Vanderbilt, a écrit deux livres que les membres du comité devraient absolument lire: *After Virtue* et *Whose Justice, Which Rationality*. Voici ce qu'il dit:

Quiconque désire discuter de religion avec autrui

...il s'agit des cultures dont j'ai parlé...

ne peut présenter que des arguments convaincants et logiques en fonction de ses propres principes. Même si l'on vient à court d'arguments à un moment donné, cela ne signifie pas qu'on n'ait plus rien à dire. Ce n'est pas par hasard que l'autobiographie religieuse est une forme classique d'écriture théologique, car elle nous permet de voir comment un homme en est venu à défendre les principes qu'il avance. L'argument cède la place à l'argumentateur. Les confessions de saint Augustin en sont l'exemple classique. Par conséquent, le lien entre la montée de l'incroyance et la baisse de qualité de la vie chrétienne n'est pas seulement le discours moralisateur. Quand la communauté chrétienne est incapable de produire des vies exemplaires comme celles des saints, les principes sur lesquels se basent ses arguments semblent non fondés et arbitraires.

J'accepte la condamnation de MacIntyre, puisqu'il condamne tous les chrétiens. Jésus nous a dit que nous devrions être le sel de la terre, et nous avons échoué parce que personne ne nous prend au sérieux, parce que nos vies n'ont pas la qualité qu'elles devraient avoir. Mais étudions l'histoire; cela en vaut la peine. Il y a eu des vies excellentes, tout comme il y en a encore. Notre crainte, c'est que, parce que nous avons été faibles, parce que nous n'avons pas été prêts à nous défendre et à défendre ceux qui ne peuvent le faire eux-mêmes, les gens qui ne partagent pas notre point de vue n'imposent leurs opinions aux vieillards, aux impuissants, aux handicapés.

[*Text*]

It would be naive not to recognize the pressures that will bear down upon these vulnerable patients, as well as upon physicians, surgeons, nurses, administrators, should this bill become law. Let no one imagine that it will be applied with clinical detachment. History at least teaches us that.

I would like to close with a quotation from Albert Camus, who no one could accuse of sharing my viewpoint or that of CMDS, but this is what he wrote:

> The world expects of Christians that they will raise their voices so loudly and clearly and so formulate their protest that not even the simplest man can have the slightest doubt about what they are saying. Further the world expects of Christians that they will eschew fuzzy abstractions and plant themselves firmly in front of the bloody face of history. We stand in need of folk who have determined to speak directly and unmistakably and come what may, to stand by what they have said.

It is our hope that we have gone some way towards being the kind of Christians that Camus said the world needs. If we go in the other direction, there will be consequences—there always are. When we do what our consciences tell us we should not, when we call evil good and wrong right, disaster is not far away.

Thank you.

The Chairman: Dr. Patrick, thank you for your presentation. If you'll permit an old professional politician a comment before I turn you over to my colleagues, if you use your scalpel as well as you do your words, you must be something to behold in an operating room.

Dr. Patrick: Thank you.

Mr. Boudria: Mr. Chairman, That was well said.

Yesterday we had a brief from Professor Kluge, and in his remarks he referred to a previous brief from the Christian Brethren, that the brief should somehow be discounted because it had as its basis religious views, to which I answered that everything in our Criminal Code and the way we think about things, period, is influenced by those values that we either have or our ancestors had in developing the laws that we have right now.

• 1630

But I want to ask you the following question, Doctor. We were told yesterday about the need for this legislation, that there had been no evidence of a conviction that would necessitate having such a bill. We were further told by another witness that not only had there never been a conviction, but no one had ever been charged. Have you done research in that area, and could you enlighten us as to what it is that you have discovered, Doctor?

Dr. Patrick: I know of no cases, and I'm quite sure there's no necessity for the law, because no jury would convict unless there's evidence of killing with intent. Even then, it takes time. So there is no need for the law, in my view and in the view of CMDS. We feel very strongly that this is the case.

[*Translation*]

Il serait naïf d'ignorer les pressions qui seront faites sur ces patients vulnérables, de même que sur les médecins, les chirurgiens, les infirmiers et infirmières, les administrateurs, si ce projet de loi est adopté. Il ne faut pas s'imaginer qu'il sera appliqué avec un détachement clinique. L'histoire, du moins, nous enseigne cela.

J'aimerais pour terminer citer Albert Camus, que personne ne pourra accuser de partager mon point de vue ou celui de la CMDS. Voici ce qu'il a écrit:

> Le monde s'attend à ce que les chrétiens élèvent la voix haut et fort et formulent leurs protestations de façon à ce que même le moins intelligent n'ait pas le moindre doute quant à leurs affirmations. Le monde s'attend également à ce que les chrétiens s'abstiennent de toute abstraction nébuleuse et se campent fermement devant le visage sanglant de l'histoire. Nous avons besoin de gens déterminés à parler franchement et sans détour et à tenir parole quoi qu'il advienne.

Nous espérons être en bonne voie de devenir le genre de chrétiens dont le monde a besoin, selon Camus du moins. Si nous nous engageons dans l'autre direction, il y aura des conséquences—il y en a toujours. Lorsque nous agissons contrairement à ce que nous dicte notre conscience, lorsque nous ne distinguons plus le bien du mal, le désastre n'est jamais loin.

Merci.

Le président: Docteur Patrick, merci de votre exposé. En tant que vieux politique professionnel, j'aimerais vous faire une observation avant de céder la parole à mes collègues. Si vous utilisez votre scalpel aussi bien que votre parole, vous devez donner tout un spectacle dans une salle d'opération.

Dr Patrick: Merci.

M. Boudria: Bien dit, monsieur le président.

Hier, le professeur Kluge nous a dit qu'il vaudrait mieux ne pas tenir compte du mémoire déposé par la tChristian Brethren, puisque l'opinion de cet organisme se fonde sur la religion. À cela, j'ai répondu que toutes les dispositions du Code criminel et, en fin de compte, notre opinion sur toutes choses sont influencées par des valeurs que nous avons ou que nos ancêtres avaient lorsqu'ils ont élaboré les lois qui s'appliquent maintenant.

Mais j'aimerais vous poser la question suivante, docteur. On nous a parlé hier de la nécessité de ce projet de loi. On nous a dit qu'il n'y avait aucune preuve d'une inculpation qui nécessiterait un tel projet de loi. Un autre témoin nous a dit également que non seulement il n'y avait jamais eu d'inculpation, mais que personne n'avait été accusé. Avez-vous fait des recherches sur cette question, et pourriez-vous nous dire ce que vous avez découvert, docteur Patrick?

Dr Patrick: Je ne connais aucun cas, et je suis pas mal certain que la loi n'est pas nécessaire, car aucun jury n'inculperait quelqu'un, à moins d'avoir la preuve qu'il avait l'intention de tuer. Et même là, il faut du temps. Cette loi n'est donc pas nécessaire, à mon avis et de l'avis de la CMDS. Nous en sommes fermement convaincus.

[*Texte*]

I entirely disagree with Professor Kluge. You would have been interested. We actually did a two-day joint session at a hospital in New Brunswick in the spring, which was extremely interesting, and it was instructive for both of us. He agreed, actually, that the statement had been made too strongly.

Without assumptions, nothing can be proved, and the initial assumption is an act of faith. So we cannot escape from the "I believe" statements. We believe that our thinking is to be trusted. We cannot prove it.

So I don't think there's a need for the law. There's no evidence that I'm aware of. Look at what has happened in Holland. They have no law and they have already gotten to that stage. If they had had a law, instead of taking 20 minutes to kill a patient, as it currently does, it might take only 10 minutes.

Mr. Boudria: Do you believe what the Hemlock Society says, that this kind of legislation. . .? I'm paraphrasing here; I had the quote and I have lost track of it over the last couple of days. It was something to the effect that legislation of this kind was a good progressive step towards a future active euthanasia bill. He even referred to it as. . .our opponents would call it a slippery slope.

Dr. Patrick: Good and progressive seem to me to be contradictions in terms in this context.

Mr. Boudria: Well, perhaps, but that wasn't the purpose of my question.

Dr. Patrick: It is certainly a slippery slope. When I look at my own history of what I have done in the past, I needed not to be given freedom to do more; I needed to be reminded of what story I stood in. It took me a long while, and I'm still learning.

Men need not so much to learn as to be reminded, said Dr. Johnson, and we need in this country to be reminded of our history. Students today have no concept of their cultural history. Absolutely zero. So much so that when I read Bloom's book, *The Closing of the American Mind*, I could not believe his basic statement that if you ask the modern North American student if he has read any great books, he would not understand the question.

So I tried them out. I said in a lecture in biochemistry, "By the way, Bloom says you lot are ignorant". There's no better way to get medical students going. Of course, I was beseiged afterwards. I said, "Well, don't get mad; get even. Bloom says you know nothing about the Bible", which, whether we like it or not, is the basis of our history. "Everybody agrees the Sermon on the Mount is great teaching. Can you tell me what it says and how it starts?" Not one could.

[*Traduction*]

Je suis tout à fait en désaccord avec le professeur Kluge. Cela vous aurait intéressé. Au printemps, je l'ai rencontré pendant deux jours dans un hôpital du Nouveau-Brunswick, et cette rencontre a été extrêmement intéressante, extrêmement instructive pour nous deux. En fait, il a admis que cette déclaration était allée trop loin.

Sans hypothèses, rien ne peut être prouvé, et l'hypothèse initiale est un acte de foi. Nous ne pouvons donc pas échapper aux déclarations du genre «je crois». Nous croyons que l'on doit faire confiance à notre façon de penser. Nous ne pouvons pas le prouver.

Mais je ne crois pas que la loi soit nécessaire. À ma connaissance, il n'existe aucune preuve à cet effet. Regardez par exemple ce qui s'est passé aux Pays-Bas. Ils n'ont pas de loi, et ils en sont déjà là. S'ils avaient une loi, il ne faudrait que 10 minutes pour tuer un patient, plutôt que les 20 minutes qu'il faut à l'heure actuelle.

M. Boudria: Croyez-vous en ce que dit la Société Hemlock, que ce genre de loi. . .? Je paraphrase; j'avais le texte exact, mais je l'ai perdu au cours des derniers jours. C'était quelque chose disant qu'un projet de loi de ce genre était un pas dans la bonne direction: un projet de loi sur l'euthanasie active. Il a même fait allusion à ce que nos opposants appelleraient un terrain glissant.

Dr Patrick: Dans le contexte actuel, l'expression «bonne direction» me semble contradictoire.

M. Boudria: Peut-être, mais là n'était pas le but de ma question.

Dr Patrick: Il s'agit certainement d'un terrain glissant. Lorsque je regarde ce que j'ai fait dans le passé, je constate que je n'avais pas besoin d'avoir davantage de liberté pour faire plus; j'avais besoin qu'on me rappelle l'histoire. Cela m'a pris un moment, et j'apprends toujours.

Les hommes n'ont pas tant besoin d'apprendre que de se rappeler certaines choses, disait le Dr Johnson, et au Canada, on doit nous rappeler notre histoire. Les étudiants aujourd'hui n'ont aucune idée de leur histoire culturelle. Absolument aucune. À tel point que lorsque j'ai lu le livre de Bloom, *The Closing of the American Mind*, je n'arrivais pas à le croire lorsqu'il disait que si l'on demandait à un étudiant nord-américain moderne s'il a lu de grandes oeuvres, il ne comprendrait pas la question.

J'ai donc fait l'essai. Dans un cours de biochimie, j'ai dit: «Au fait, Bloom dit que vous êtes ignorants.» Il n'y a pas de meilleure façon de provoquer des étudiants en médecine. Évidemment, j'ai été assailli par la suite. J'ai dit: «Eh bien, il ne faut pas vous fâcher, il faut vous venger. Bloom dit que vous ne connaissez rien de la Bible», qui, qu'on le veuille ou non, est le fondement de notre histoire. «Tout le monde est d'accord pour dire que le Sermon sur la Montagne est un excellent enseignement. Pouvez-vous me dire ce qu'il dit et comment il commence?» Personne n'a pu le faire.

[*Text*]

Furthermore, since 1987 I have asked thousands of people, "Can you tell me how the Sermon on the Mount starts?" I have yet to find a single person, including ministers, priests, professors who could quote the beatitudes in sequence. Yet Augustine knew that if you could not recite them in sequence, you might know them but you do not understand them, because they are sequential.

The end result of that was that I began an agnostic's anonymous group for the students to discuss their cultural deficits, which has been exceedingly interesting. But that's the world we're in, and this law would only make it worst faster.

The Chairman: I add politicians to your list of people who don't know.

Dr. Patrick: I failed my own test, actually, and as a consequence I learned—

Mr. Boudria: Then I don't feel so bad.

Dr. Patrick: As a consequence, I learned all three chapters by heart. It is the most useful penance I've ever done in my life.

The Chairman: I think Stan Wilbee went through the same penance.

Mr. Wilbee: I guess I have to admit to some conflict of interest here. I was one of the original members of CMDS in Canada back in 1956 when it was still out of Chicago and the American organization. So I appreciate your organization and what you've done over the years, certainly with the development of the Canadian group.

• 1635

I don't really have a question for you. I think I have some interesting material to read and digest on the airplane going home tonight. But I do appreciate the thoughts you have expressed. In line with what Mr. Boudria, my colleague, was saying, there is also a quote from Chuck Colson, and, again, I'm going to paragraphrase it, that all law legislates morality, but the question is, whose morality?

I think you have presented a very strong case for your position, and certainly we understand where you are coming from and what you are saying. Thank you very much.

Dr. Patrick: Thank you for the opportunity to express it.

The Chairman: I thank you, Dr. Patrick, for your views, your insights. You have regaled us with a *tour de force*, not only of your ideas but of our language, and I do thank you for appearing before this committee.

Dr. Patrick: Thank you.

The Chairman: Colleagues, with this, we have no more witnesses today, but I would remind you that we will be meeting again in this room at 3.30 p.m. on Tuesday, November 26.

This meeting standards adjourned.

[*Translation*]

En outre, depuis 1987, j'ai demandé à des milliers de personnes: «Pouvez-vous me dire comment débute le Sermon sur la Montagne?» Je n'ai pas encore trouvé une seule personne, y compris des pasteurs, des prêtres, des professeurs, qui peuvent citer les béatitudes en ordre. Pourtant, Augustin savait que si l'on ne pouvait les réciter en ordre, on les connaissait peut-être, mais on ne pouvait pas les comprendre, car pour les comprendre, il faut les connaître dans l'ordre.

J'ai donc décidé de mettre sur pied un groupe anonyme d'agnostiques pour que les étudiants discutent de leurs lacunes culturelles, ce qui est extrêmement intéressant. Mais c'est le monde dans lequel nous vivons, et avec ce projet de loi, ce serait encore pire, plus rapidement.

Le président: J'ajoute les politiciens à votre liste de ceux qui ne savent pas comment commence le Sermon sur la Montagne.

Dr Patrick: J'ai échoué à mon propre test, en fait, et par conséquent j'ai appris. . .

M. Boudria: Alors j'ai moins honte.

Dr Patrick: Par conséquent, j'ai appris les trois chapitres par coeur. Cela a été la pénitence la plus utile de toute ma vie.

Le président: Je pense que Stan Wilbee a eu la même pénitence.

M. Wilbee: Je suppose que je dois admettre un certain conflit d'intérêt ici. J'ai été l'un des premiers membres de la CMDS au Canada, en 1956, lorsqu'il s'agissait d'une association américaine dont le siège se trouvait encore à Chicago. Je comprends donc votre association et ce que vous avez fait au cours des dernières années, en tout cas pour ce qui est du développement du groupe canadien.

Je n'ai pas vraiment de questions à vous poser. J'aurai de la documentation intéressante à lire et à digérer dans l'avion lorsque je rentrerai chez moi ce soir. Mais je comprends les idées que vous avez exprimées. Tout comme mon collègue M. Boudria l'a fait, j'aimerais moi aussi citer quelqu'un. Il s'agit de Chuck Colson, et je vais moi aussi le paraphraser. Il a dit que toute loi légifère sur la moralité, mais la question est de savoir sur la moralité de qui.

Je pense que vous avez présenté d'excellents arguments, et nous comprenons certainement votre position et ce que vous dites. Je vous remercie beaucoup.

Dr Patrick: Merci de m'avoir donné l'occasion d'exprimer mon opinion.

Le président: Je vous remercie, docteur Patrick, de nous avoir fait part de votre point de vue. Vous nous avez régalés avec un tour de force, non seulement par vos idées, mais par votre langage également, et je vous remercie d'avoir comparu devant notre comité.

Dr Patrick: Merci.

Le président: Nous n'avons plus d'autres témoins pour aujourd'hui, mais je vous rappelle que nous nous réunirons à nouveau dans cette pièce à 15h30 le mardi 26 novembre.

La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid / Port payé
Lettermail / Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Canadian Physicians for Life:

Dr. André Lafrance, President of Ottawa District;

Carmelo Scime, M.D., Past President.

From the Christian Medical–Dental Society:

Dr. John Patrick.

TÉMOINS

Des Médecins du Canada pour le respect de la vie:

Dr André Lafrance, Médecins pour la vie, Région d'Ottawa;

Dr Carmelo Scime, ancien président.

De Christian Medical–Dental Society:

Dr John Patrick.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 7

Tuesday, November 26, 1991

Chairman: Gilbert Parent

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 7

Le mardi 26 novembre 1991

Président: Gilbert Parent

Minutes of Proceedings and Evidence of Legislative Committee H on

BILL C-203

An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)

Procès-verbaux et témoignages du Comité législatif H sur le

PROJET DE LOI C-203

Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)

RESPECTING:

Order of Reference

CONCERNANT:

Ordre de renvoi

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament, 1991

Troisième session de la trente-quatrième législature, 1991

24365–1

LEGISLATIVE COMMITTEE H ON BILL C-203

Chairman: Gilbert Parent

MEMBERS

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Bill Farrell

Clerk of the Committee

COMITÉ LÉGISLATIF H SUR LE PROJET DE LOI C-203

Président: Gilbert Parent

MEMBRES

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Bill Farrell

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, NOVEMBER 26, 1991
(8)

[*Text*]

Legislative Committee H on Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons), met at 3.35 o'clock p.m. this day, in Room 209, West Block, the Chairman, Gilbert Parent, presiding.

Members of the Committee present: Doug Fee and Bob Kilger.

Acting Members present: Don Boudria for Fred Mifflin, Rob Nicholson for Nicole Roy-Arcelin, Robert Wenman for Ross Stevenson and Stan Wilbee for Jim Hawkes.

Other Member present: Jim Karpoff.

In attendance: From the Library of Parliament: Susan Alter, Research Officer.

Witnesses: From McGill Centre for Medicine: Dr. Margaret Somerville. *From the Canadian Aids Society:* Christopher Cockrill, Treatment, Information & Issues Officer; Bruce Mills, Executive Director, Aids Housing of Ottawa. *From the Canadian Cancer Society:* Dr. Margaret Scott, Past President.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, September 24, 1991, relating to Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons) (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Monday September 30, 1991, Issue No. 1*).

Dr. Margaret Somerville made an opening statement and answered questions.

On motion of Robert Wenman, it was agreed,—That the document entitled "Opinion"—The Definition of Euthanasia—A Paradoxical Partnership, be printed as an appendix to this day's Minutes of Proceedings and Evidence (*See Appendix "C-203/2"*).

Christopher Cockrill and Bruce Mills both made opening statements and answered questions.

Dr. Margaret Scott made an opening statement and answered questions.

On motion of Don Boudria, it was agreed,—That reasonable travelling and living expenses be paid to Eike-Henner Kluge of the University of Victoria, who appeared before the Committee on Tuesday, November 19, 1991.

On motion of Don Boudria, it was agreed,—That reasonable travelling and living expenses be paid to Dr. Margaret Scott, Past President of the Canadian Cancer Society, who appeared before the Committee on Tuesday, November 26, 1991.

At 5.35 o'clock p.m. it was agreed,—That the Committee adjourn to the call of the Chair.

Bill Farrell

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 26 NOVEMBRE 1991
(8)

[*Traduction*]

Le Comité législatif H chargé du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), se réunit à 15 h 35, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Gilbert Parent (*président*).

Membres du Comité présents: Doug Fee et Bob Kilger.

Membres suppléants présents: Don Boudria remplace Fred Mifflin; Rob Nicholson remplace Nicole Roy-Arcelin; Robert Wenman remplace Ross Stevenson; Stan Wilbee remplace Jim Hawkes.

Autre député présent: Jim Karpoff.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Susan Alter, attachée de recherche.

Témoins: Du Centre de médecine de l'Université McGill: Dre Margaret Somerville. *De la Société canadienne du SIDA:* Christopher Cockrill, responsable du dossier des traitements; Bruce Mills, directeur général, Aids Housing of Ottawa. *De la Société canadienne du cancer:* Dre Margaret Scott, présidente sortante.

Conformément à son ordre de renvoi du mardi 24 septembre 1991, le Comité reprend l'étude du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), (*voir les Procès-verbaux et témoignages du lundi 30 septembre 1991, fascicule no 1*).

Margaret Somerville fait un exposé et répond aux questions.

Sur motion de Robert Wenman, il est convenu,—Que le document intitulé «Opinion»—Définition de l'euthanasie -une Association paradoxale, figure en annexe aux *Procès-verbaux et témoignages* d'aujourd'hui (*voir Appendice «C-203/2»*).

Christopher Cockrill et Bruce Mills font des exposés et répondent aux questions.

Margaret Scott fait un exposé et répond aux questions.

Sur motion de Don Boudria, il est convenu,—Que des frais raisonnables de déplacement et de séjour soient remboursés à Eike-Henner Kluge, de l'Université de Victoria, qui a témoigné le mardi 19 novembre.

Sur motion de Don Boudria, il est convenu,—Que des frais raisonnables de déplacement et de séjour soient remboursés à Margaret Scott, présidente sortante de la Société canadienne du cancer, qui a témoigné aujourd'hui, le mardi 26 novembre.

À 17 h 35, il est convenu,—Que le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Bill Farrell

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Tuesday, November 26, 1991

• 1535

The Chairman: Order. Colleagues, I see a quorum.

We are dealing, of course, with Legislative Committee H, on Bill C-203. Today, with your permission, the order of business will be as follows. Three groups, if you will, are going to be witnesses. We will begin with Dr. Margaret Somerville from the McGill Centre for Medicine, followed by Mr. Christopher Cockrill from the Canadian AIDS Society, and then at 4.30 p.m. or thereabout we will hear from Dr. Margaret Scott from the Canadian Cancer Society.

Following the hearings of our witnesses, my colleagues, as we agreed last Tuesday I would like to make some suggestions to you about how we are going to conduct our business after this. So I will take that up as future business when we have heard the witnesses. Is that agreed?

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: Then we shall continue with the hearing of testimony from our witnesses.

I welcome here this afternoon Dr. Margaret Somerville from the McGill Centre for Medicine. Dr. Somerville, if you can, your statement should be in the neighbourhood of 15 to 20 minutes so the Members of Parliament can put questions to you. I know that you are on a very tight schedule, so we will try to facilitate everything as best we can.

Dr. Margaret Somerville (McGill Centre for Medicine): Thank you, Mr. Chairman. It's a pleasure to be here.

I really want to make just seven points, and the first point is one of definition. There has been a great deal of confusion in this area because people have lumped together, for want of a better word, all of the types of interventions or non-intervention that can happen when people are terminally ill and dying. I want to make it clear that what I am talking about today is not what I call euthanasia. My definition of euthanasia is an intervention with the primary purpose of killing the person who is subject to the intervention, usually in a state of terminal illness, although not necessarily, and almost always for the purposes of relieving suffering.

If you are at all interested in that, I have a short opinion piece that is not yet published—it will be published—called "The Definition of Euthanasia: A Paradoxical Partnership". The reason for the title is that, interestingly and paradoxically, the groups who are most opposed to euthanasia and most in favour of euthanasia have both adopted this very unclear definition, and they've done it more or less for the opposite reasons of trying either to allow everything or to prohibit everything that can happen in a state of terminal illness.

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le mardi 26 novembre 1991

Le président: La séance est ouverte. Chers collègues, nous avons le quorum.

Il s'agit d'une réunion du comité législatif H chargé de l'étude du projet de loi C-203. Si vous le permettez, l'ordre du jour sera le suivant. Nous avons trois groupes de témoins. Nous allons commencer par le docteur Margaret Somerville du Centre de médecine de l'Université McGill. Elle sera suivie de M. Christopher Cockrill de la société canadienne du SIDA. À 16h30 à peu près comparaîtra le docteur Margaret Scott de la Société canadienne du cancer.

Comme nous en avons convenu mardi dernier, chers collègues, après les témoignages, j'aimerais faire quelques propositions pour la suite de nos travaux. Lorsque nous aurons entendu les témoins, je vous parlerai donc de nos travaux ultérieurs. Sommes-nous d'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: Nous allons donc donner la parole à nos témoins.

Je souhaite la bienvenue cet après-midi au docteur Margaret Somerville du Centre de médecine de l'Université McGill. Docteur, nous aimerions, si possible, que votre exposé dure de 15 à 20 minutes afin que les députés puissent vous poser des questions. Je sais que vous avez un horaire très chargé, aussi allons-nous essayer de vous faciliter les choses au maximum.

Dre Margaret Somerville (Centre de médecine de l'Université McGill): Merci, monsieur le président. Je suis heureuse d'être parmi vous.

Je vais aborder sept questions et la première est une question de définition. Les choses sont très confuses dans ce domaine car nous avons pris pour habitude d'amalgamer, à défaut d'un meilleur terme, tous les types d'interventions ou de non-interventions possibles auprès des malades en phase terminale et mourant. Je veux que vous compreniez bien que ce n'est pas de ce que j'appelle l'euthanasie dont je vais vous entretenir aujourd'hui. Je définis l'euthanasie comme une intervention ayant pour principal objectif de tuer la personne qui fait l'objet de l'intervention, et qui est normalement en phase terminale de la maladie, bien que ce ne soit pas nécessairement le cas, et presque toujours en vue de soulagner ses souffrances.

Si cela peut vous intéresser, j'ai un petit article de fond qui n'a pas encore été publié—mais qui le sera—intitulé: «The Definition of Euthanasia: A Paradoxical Partnership». Le titre s'explique, chose à la fois intéressante et paradoxale, par le fait que les groupes qui s'opposent le plus à l'euthanasie et ceux qui y sont le plus favorable ont adopté une définition très imprécise, et l'ont fait plus ou moins pour des raisons opposées, c'est-à-dire soit pour permettre ou pour interdire tout ce qui peut se produire en phase terminale de la maladie.

[*Texte*]

I think that no matter what our own moral views are on these things, we at least have to deal with them as individual instances that are different from each other. You cannot adequately and properly deal with them all in one group. So that is the first point.

The Chairman: Excuse me just a minute. Would you like the chair and members to take from that that you have an article that you are going to quote from or refer to?

Dr. Somerville: No, Mr. Chairman. I have the article if you would like it, and you may indeed have this copy, but I am now going to move on to other points.

Mr. Wenman (Fraser Valley West): I move that it be attached to the minutes.

The Chairman: All agreed?

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: So ordered. It will be prepared for you.

Mr. Fee (Red Deer): We're not taking a copyrighted article you were planning on publishing in the immediate future, are we?

Dr. Somerville: You can have it. It's fine. There's no problem.

Mr. Fee: Thank you.

• 1540

Dr. Somerville: The second point I want to make is that within that context of not speaking about active killing of people, there is a need to reassure persons that they can have control over what happens to them when they are dying. Suffering is defined as having two conditions present—a sense of one's own disintegration and a loss of control over what happens to one. Often there's not a lot that we can do about the disintegration. Sometimes there is not a lot that we can do about control, but we can give people back some feeling of control even when there's very little they can control.

Personally, I believe there should be a basic presumption that people have the right to control their own medical treatment. It's been said that people are more frightened of doctors and their machines than they are of death. There is an image in the mind of the public of dying hooked up to a lot of machines and tubes in a sterile, depersonalized, disidentified atmosphere that is neither human nor humane.

To the extent that is happening, or even if it's not happening, if there's a perception that it's happening, we need to reverse that perception. Indeed, if we can reassure people that will not happen to them, I think there'll be much less claim for euthanasia as I've defined it.

The third point is that there's a range of situations that can arise with respect to treatment of dying persons, and they need to be clearly defined and distinguised.

[*Traduction*]

Je crois que peu importe notre position morale à cet égard, il nous faut au minimum traiter de chaque cas indépendamment de tous les autres. On ne peut leur accorder le traitement voulu en les abordant indistinctement. C'est donc mon premier point.

Le président: Je vous prie de m'excuser un instant. Devons-nous comprendre que vous allez citer ou mentionner un article?

Dre Somerville: Non, monsieur le président. J'ai un article qui pourra vous intéreser et je pourrais vous laisser cet exemplaire, mais je vais maintenant passer à d'autres questions.

M. Wenman (Fraser Valley-Ouest): Je propose qu'on l'annexe au procès-verbal.

Le président: Sommes-nous tous d'accord?

Des voix: D'accord:

Le président: Il en est ainsi ordonné. On va vous le préparer.

M. Fee (Red Deer): Il ne s'agit pas d'un article protégé par un droit d'auteur que vous aviez l'intention de publier sous peu, n'est-ce pas?

Dre Somerville: Je vous le laisse. Cela ne pose aucun problème.

M. Fee: Merci.

Dre Somerville: La deuxième chose que j'aimerais dire c'est que lorsqu'on ne parle pas de tuer quelqu'un par un geste délibéré, il faut rassurer les intéressés en leur disant qu'ils peuvent maîtriser ce qui leur arrive au moment de la mort. Pour qu'il y ait souffrances, on dit qu'il faut que deux conditions soient remplies—le sentiment de sa propre désintégration et le fait de ne pouvoir maîtriser ce qui nous arrive. Bien souvent, on ne peut pas faire grand'chose pour la désintégration. Quelquefois, on ne peut pas faire grand'chose pour la maîtrise des événements, mais on peut redonner aux intéressés le sentiment de dominer la situation même lorsqu'ils ne peuvent pas maîtriser grand'chose.

J'estime personnellement qu'on devrait poser en principe que les personnes concernées ont le droit de maîtriser leur propre traitement médical. On dit que les gens craignaient davantage leur médecin et leurs machines que la mort. La population pense en général aux mourants reliés à toutes sortes de machines et de tubes dans un environnement stérile, dépersonnalisé, qui n'est ni humain ni humanitaire.

Dans la mesure où cela se produit, et même si cela ne se produit pas, si on a l'impression que c'est ce qui arrive, il faut essayer de changer cette perception des choses. En effet, si on peut rassurer les gens en leur disant que cela ne leur arrivera pas, je crois qu'ils seront beaucoup moins nombreux à demander l'euthanasie, selon le sens que je lui donne.

Troisièmement, il y a tout un éventail de situations qui peuvent se produire pour le traitement des mourants, et il faudrait les définir clairement et les distinguer les unes des autres.

[*Text*]

Fourth, I would argue that there is a right to refuse treatment and there is a concurrent right to adequate pain relief treatment, and those are the two issues that are in your bill. It occurred to me on the way here that putting these things in terms of rights may not even give them enough status. If it was a right, you could postulate ways in which it could be taken away. I think it's even more fundamental than that.

Whatever you want to call it, people simply have it. "Right" is as good a word as any because we tend to focus on rights, although I think we've been moving away from that recently. I think it is fundamental to not have treatment that you do not want.

Fifth, another of my concerns about this bill is that it is couched in the context of criminal law, although I know there are various reasons why that's the case. First of all, it's a federal jurisdiction, and secondly, work has been done by the law reform commission. I think we need to be very careful in talking about the bill in that context—that we focus on the terminally ill person, not on defensive medicine, and in particular not just on criminal law or criminal liability. Indeed, it is extraordinarily rare that criminal law is used in a medical context. In fact, there were very few cases until very recently.

That being said, there does seem to be some concern about criminal liability in terms of health care professionals accepting refusals of treatment with respect to giving necessary and adequate pain relief treatment—at least these are the excuses used not to withdraw treatment, not to give adequate pain relief treatment.

Indeed, there's a case being heard tomorrow in the Quebec Superior Court where a young woman has asked for a respirator to be turned off and the hospital has said one reason it cannot turn off the respirator is that they're not certain they will not incur criminal liability. So those concerns, to the extent that they exist, need to be alleviated.

Sixth, I think you do have to face people's fear of abuse, slippery slopes, and within that burden of proof. I think those are all issues that can be addressed. I don't think they are reasons for avoiding these necessary measures. Anything we do has some risks in it, so it's a matter of which risks we take.

I believe there is nothing less human, humane or respectful of human rights than leaving somebody in relievable pain. In fact, I think that should be a crime. I think it should be medical malpractice for physicians to leave people, particularly dying people, in avoidable pain.

Seventh, and this addresses the legislation itself, there is a need for very careful drafting of the legislation, in very clear language. With respect, I think there are problems in this regard with the proposed bill as it currently stands.

• 1545

If you like, I will go through the provisions I see problems with, Mr. Chairman.

[*Translation*]

Quatrièmement, il me semble qu'on a le droit de refuser un traitement et que l'on a, en corollaire, le droit à un traitement analgésique adapté; et ce sont ces deux choses qui figurent dans le projet de loi. En venant ici, il m'a semblé que même si on en faisait des droits, leur force ne serait pas suffisante. S'il s'agissait d'un droit, on pourrait concevoir des moyens de le retirer. Je crois que c'est encore plus fondamental que cela.

Quel que soit le nom que l'on lui donne, c'est quelque chose que tout le monde a. «Droit» est un terme aussi approprié que n'importe quel autre car nous avons tendance à nous attacher aux droits, bien que nous ayons eu tendance à nous en détacher depuis quelque temps. Il me semble essentiel qu'on ne vous impose pas un traitement dont vous ne voulez pas.

Cinquièmement, ce qui m'inquiète aussi au sujet de ce projet de loi, c'est qu'il figure dans le droit pénal, même si je sais que cela s'explique par de nombreuses raisons. Tout d'abord, ce domaine relève de la compétence fédérale et ensuite, la Commission de réforme du droit à déjà travaillé là-dessus. Je crois qu'il faut être très prudent lorsqu'on parle du projet de loi dans ce contexte—il faut bien préciser qu'on parle des malades en phase terminale, et non de médecine défensive, et surtout pas seulement de droit pénal ou de responsabilité pénale. Il est en effet très rare que l'on ait recours au droit pénal dans le domaine médical. En fait, jusqu'à une date très récente, il y a eu très peu de cas de ce genre.

Cela dit, la responsabilité pénale pose quelques problèmes pour les professionnels de la santé qui acceptent les refus de traitement lorsqu'il s'agit de donner les analgésiques voulus—ce sont du moins les excuses auxquelles on a recours pour ne pas cesser un traitement, ou de ne pas donner suffisamment d'analgésiques.

Une affaire doit en effet passer demain à la Cour supérieure du Québec. Il s'agit d'une jeune femme qui a demandé à ce qu'on débranche son respirateur, et l'hôpital a dit qu'il ne pouvait le faire notamment parce qu'il n'était pas sûr de ne pas être tenu pénalement responsable. Il faudrait donc alléger ces inquiétudes lorsqu'elles existent.

Sixièmement, il ne faut pas négliger la crainte des abus, les terrains glissants et dans ce contexte le fardeau de la preuve. Ce sont là des problèmes auxquels on peut remédier. Je ne crois pas que l'on ait des raisons d'éviter de prendre ces mesures nécessaires. Tout ce que nous faisons comporte des risques; il s'agit donc de savoir quels risques nous prenons.

Je pense qu'il n'y a rien de moins humain, de moins généreux ou de moins respecteux des droits de l'homme que de laisser quelqu'un souffrir de douleurs que l'on pourrait atténuer. De fait, ce devrait être un délit. Je crois qu'on devrait accuser de négligence les médecins qui laissent les malades, surtout les mourants, souffrir de douleurs que l'on pourrait leur éviter.

Septièmement, et cela porte sur le texte de loi proprement dit, il est indispensable de soigner le plus possible le libellé de la loi, de le rendre très clair. Sauf votre respect, je dirais que, sous sa forme actuelle, le projet de loi présente des difficultés sur ce plan.

Si vous voulez, monsieur le président, je passerai en revue les dispositions qui me semblent faire problème.

[*Texte*]

First of all, proposed section 217.1(a), which you open with, does not make it clear, in my view, or maybe it is intended to be clear, that the person has to be currently competent when requesting that the treatment not be commenced or continued. As that provision reads, it would sound as though the person would have to be at the time competent. I wonder whether you want to put in there some provision for what's called advance directives.

I would suggest that you do not use, as your primary terminology, living wills, because that's a more limited provision. Advance directives include living wills, but they also include what are called substitute decision-makers so that somebody else, somebody whom the person who's dying has chosen, can make the decisions about whether medical treatment will be commenced or continued. That's the first point.

The second point is that I'm very puzzled why the treatment needs to be medically useless and not in the best interests of the person. Usually, one or other of those conditions is sufficient. I would query whether that should be disjunctive and not conjunctive. It should read "or not in the best interests of the person".

What you've got there are two conditions for withdrawal of treatment. One condition is... The Americans are now using the term "futile" rather than "useless", that the treatment is medically useless or medically futile. If it is, then there is no legal obligation to provide that treatment. We'll come back to that in a minute.

What usually is meant by "not in the best interests of the person" is an ethical principle that is translated into law that's known in ethics as proportionality, where the suffering involved in giving the treatment would so far outweight any benefit of the treatment that the treatment is not required to be given. However, having said that, you have to ask are those value judgments when something is futile and when something is not in someone's best interests? In both cases the issue is raised of who judges whether they are medically useless and not in the best interests of the person.

Again, you can start from basic presumptions, and there are some rules about this. Fundamentally, it's the person who's the subject of the treatment who judges certainly "best interests". As to medical uselessness, that's more debatable.

There are also some questions raised about whether there are obligations to inform people about medically useless treatment, or treatment that's not considered in their best interests. Certainly I would argue that the doctrine of informed consent could require you to inform people, and, moreover, within that provision, you've got something, except where the person requests that the treatment be given, the informing of the person would put them in a situation whether they could decide whether or not they wanted to request it.

There's a lot of debate about that. Some people think you should not have to inform the person, one of the reasons being actually not so much the interests of the persons as concerns about the scarcity of medical resources and the cost

[*Traduction*]

Tout d'abord, le paragraphe 217.1a) proposé, qui se trouve au début, n'indique pas clairement, me semble-t-il—mais peut-être pense-t-on que cela est clair—que la personne doit être en possession de tous ses moyens lorsqu'elle demande que l'on ne commence ni ne continue le traitement. Le libellé actuel sous-entend que la personne est en possession de tous ses moyens. Peut-être pourrait-on envisager d'insérer une disposition concernant ce que l'on appelle les instructions anticipées.

Je vous suggérerais de ne pas utiliser, comme principale expression, «testament de vie», car il a un sens plus limité. Les instructions anticipées comprennent le testament de vie ainsi que ce que l'on appelle le décideur substitut, c'est-à-dire une personne que le mourant a désignée pour décider de commencer ou de continuer un traitement médical. C'est le premier point.

Deuxièmement, je me demande pourquoi il faut que le traitement soit médicalement inutile et ne soit pas dans l'intérêt véritable du malade. Normalement, l'une de ces deux conditions est suffisante. Je me demande si l'on ne devrait pas avoir «ou» à la place de «et». On devrait donc avoir: «et n'est pas dans l'intérêt véritable du malade.»

Nous avons là deux situations permettant de cesser le traitement. L'une est... Les Américains emploient désormais l'adjectif «vain» plutôt que «inutile»; c'est-à-dire que le traitement doit être médicalement inutile ou médicalement vain. Si c'est le cas, il n'y a aucune obligation juridique d'administrer le traitement. Nous y reviendrons dans un instant.

Ce que l'on entend normalement par: «n'est pas dans l'intérêt véritable du malade», c'est qu'il s'agit d'un principe moral qui est devenu loi et que l'on appelle en morale la proportionnalité. Selon ce principe, les souffrances qu'entraînerait le traitement l'emporteraient à tel point sur les avantages du traitement qu'il n'est pas nécessaire de le donner. Cela dit, il faut tout de même se demander s'il s'agit là de jugements de valeur lorsqu'on parle de quelque chose de vain et de quelque chose qui n'est pas dans l'intérêt véritable de quelqu'un. Dans les deux cas, il faut se demander qui peut estimer qu'un traitement est médicalement inutile et qu'il n'est pas dans l'intérêt véritable du malade.

Encore une fois, on peut poser des prémisses en se conformant à certaines règles. Essentiellement, c'est la personne qui subit le traitement qui peut juger avec certitude de son «intérêt véritable». Les choses sont moins évidentes pour ce qui est de l'inutilité médicale.

On peut aussi se demander si l'on est contraint d'informer les intéressés de l'utilité médicale du traitement ou du fait que le traitement n'est pas dans leur intérêt véritable. Il me semble que pour qu'il y ait approbation en connaissance de cause, il faudrait informer les intéressés. De plus, il y a autre chose dans cette disposition, sauf lorsque la personne exige qu'on lui administre le traitement, le fait d'informer l'intéressé lui permettrait de décider si oui ou non il va exiger le traitement.

Ce sujet est très controversé. Certains estiment qu'on ne devrait pas être obligé d'informer l'intéressé, en alléguant non pas tant l'intérêt du malade, mais plutôt la rareté et le coût des ressources médicales et le sentiment—surtout sous

[*Text*]

of medical resources, and how people, particularly in situations of stress when they're terminally ill, and particularly if it's families deciding, feel that they have to "do everything". Therefore, they may indeed want things that possibly may not be even needed to be offered.

I have another problem with the drafting, which is that it says in paragraph (c) "continuing to administer palliative care and measures intended to eliminate or relieve the physical suffering of a person". The normal rule of statutory interpretation is that if the legislature puts in two terms it doesn't mean them to be redundant. It intends them to mean something different. Therefore, I would have difficulty in knowing what measures were intended to eliminate or relieve physical suffering, because normally palliative care includes that.

• 1550

Having read the explanation of the bill I wonder whether this drafting might be corrected to conform to what I presume is the intention. Instead of saying "and measures", say "including measures intended to relieve".

The other problem I have here is one of the terminology of physical suffering. The word "suffering" is usually used as more extensive and broad a term to include things other than physical pain. The word "pain" is usually used when pain is meant. Now if this includes physical suffering, then pain relief treatment does not necessarily address physical suffering. It does address physical pain, but that is only part of suffering.

So again I would query whether you want to use that broad a concept or whether you want to make it physical pain. And the treatment for that can be given. I would suggest that this is what you would adopt.

I think overall those are more concerns, those would be my suggestions. I would respectfully suggest that even though it is coming out in a criminal context—particularly because there is a lot of anxiety, I think, in Canadian society about this sort of issue at the moment—it should be done in a manner that de-emphasizes the fact that it is criminal law and emphasizes that this is good medicine, good and humane treatment, and respectful treatment of persons within our society when they are dying. That is what it amounts to.

Thank you.

The Chairman: Thank you, Dr. Somerville. We have approximately fifteen minutes, so I would open the floor for questions.

Mr. Wilbee (Delta): I have just one basic question. Do you feel that this law or similar law is necessary? Is it an improvement or does it just clutter up the statute books?

Dr. Somerville: I was a consultant to the Law Reform Commission of Canada when they drafted that original working paper and we certainly thought it was necessary then. There has been a major change in attitude by some health care professionals, but unfortunately I don't think uniformly enough yet.

[*Translation*]

le coup du stress devant la maladie en phase terminale, et encore plus si c'est la famille qui décide—de devoir faire l'impossible. On réclamera peut-être ainsi des choses qu'il ne serait éventuellement même pas nécessaire de fournir.

Le libellé présente une autre difficulté au paragraphe c). Je cite: «Continuer à administrer des soins palliatifs et des mesures destinées à supprimer ou à soulager les souffrances physiques d'une personne.» Normalement, lorsqu'on a deux termes dans une loi, l'interprétation juridique veut qu'ils ne soient pas redondants. On veut leur faire dire des choses différentes. J'ai du mal à voir quelles mesures doivent supprimer ou soulager les souffrances physiques puisque cela est normalement compris dans les soins palliatifs.

Après avoir lu l'explication du projet de loi, je me demande si l'on ne pourrait pas corriger ce libellé pour s'aligner sur l'esprit de la loi. Au lieu de dire: «et des mesures», il faudrait dire: «y compris des mesures devant permettre de soulager».

L'expression «souffrances physiques» fait également problème. On emploie le terme «souffrances» normalement de façon plus générale et les douleurs physiques n'en sont qu'une partie. Le terme «douleurs» est d'habitude employé dans ce cas. Or, si cela comprend les souffrances physiques, le traitement prévu pour soulager les douleurs ne vise pas nécessairement les souffrances physiques. Il vise les douleurs physiques qui ne constituent qu'une partie des souffrances.

J'aimerais savoir encore une fois si vous voulez utiliser un terme aussi général ou si vous voulez plutôt parler de douleurs physiques pour lesquelles on peut admministrer un traitement. Il me semble que c'est la solution à retenir.

Je viens de vous faire part de mes préoccupations; voici maintenant mes suggestions. Je proposerais, bien que cela se situe dans le contexte pénal—surtout parce qu'il y a actuellement dans la société canadienne une grande angoisse à l'égard de ce genre de questions—qu'on le fasse de façon à donner moins d'importance au fait qu'il s'agisse de droit pénal et en insistant sur le fait qu'il s'agit d'une médecine appropriée, d'un traitement bon et humain et d'un traitement respectueux des personnes de notre société qui sont à l'article de la mort. C'est en définitive à cela que tout revient.

Merci.

Le président: Merci, docteure Somerville. Il nous reste environ 15 minutes, aussi allons-nous passer aux questions.

M. Wilbee (Delta): Je n'ai qu'une question, mais elle est fondamentale. Pensez-vous que cette loi ou une loi semblable soit nécessaire? Marque-t-elle un progrès ou ne fait-elle qu'encombrer les recueils législatifs?

Dre Somerville: J'ai été expert-conseil auprès de la Commission de réforme du droit du Canada lorsqu'elle a rédigé le document de travail de départ. Il ne faisait pas de doute alors que c'était une nécessité. Il y a eu un changement d'attitude important chez certains professionnels de la santé, mais malheureusement il n'est pas suffisamment généralisé.

[*Texte*]

Those of you who go to the movies may have seen a film a little while ago called *Terms of Endearment*. It is about a young woman who is dying of breast cancer; her mother is sitting in the room with her and the woman is in terrible pain. So the mother goes to the nursing station, which is like a square in the middle of the room, and the mother goes from side to side to side of this square and says: "Get something for my daughter. Do something". These nurses look at their watches and say: "She is not due for any pain relief treatment for another half an hour". I think every health science student in Canada should see that scene and be told if that happens you would be criminally prosecuted. That is what I would like to see, because that is absolutely horrifying. Unfortunately, it does happen.

There are certainly people here even today, for instance, who know far more about pharmacology than I do—it has been a long time since I have done pharmacology. But we know that when you give people, for instance, power over administering their own pain relief treatment, they feel they don't have to become anxious and frightened that their pain is not going to be relieved; indeed, they often use less pain relief treatment.

• 1555

I think that if this is needed to reassure health care professionals there is no criminal liability, then I think we need it. I think the answer is straight out yes, we do need it, because technically the Criminal Code could make it a criminal offence to give this, and we don't have any cases deciding it directly.

Personally, I think what would happen is that there would be justification of necessity, a defense of necessity would be present, and I don't think that criminal liability would be found, but to have to put someone through a test case I don't think is desirable.

The other thing is that tomorrow this hospital is arguing that there could be criminal liability for turning off the respirator, so I suppose that's a pretty good indication that we need to clarify it. I would clarify it in a way that says we do not consider that this is altering our law, rather it is making the law that has always been clear, so it is declarative rather than changing of the law. For instance, the President's commission in the United States did an investigation of the common law on this, and in their opinion the common law of crime would have also allowed pain relief treatment if it was reasonably necessary to relieve pain even if it could shorten life.

The Chairman: Stan, I think I'll go to Don and I'll come back to you on a second pass. I'd like to get as many as possible. Mr. Boudria.

Mr. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Welcome, Dr. Somerville. I want to perhaps follow up some of these questions that were just asked.

[*Traduction*]

Les amateurs de cinéma ont peut-être vu un film intitulé *Tendres passions*, il y a quelque temps. Il s'agit d'une jeune femme qui meurt du cancer du sein. Sa mère est assise à son chevet et la malade ressent des douleurs horribles. La mère se rend au poste des infirmières, qui est un carré au milieu de la pièce, et elle fait le tour du carré en disant: «Donnez quelque chose à ma fille. Faites quelque chose.» Les infirmières consultent leurs montres et répondent: «Elle ne doit pas avoir d'autres analgésiques avant une demi-heure.» Je crois que tous les étudiants en sciences médicales du Canada devraient voir cette scène et qu'on devrait leur dire que si cela se produit, ils seront poursuivis au pénal. C'est ce que je souhaiterais car je trouve cela absolument horrifiant. Malheureusement, ce sont des choses qui arrivent.

Il y a sans doute des gens ici aujourd'hui qui ont de plus grandes connaissances pharmacologiques que moi; mes études de pharmacologie sont loin. Mais nous savons que lorsque nous donnons aux gens la possibilité de s'administrer leurs propres analgésiques, ils ont l'impression qu'ils n'ont pas à devenir anxieux et à craindre que leurs douleurs ne soient pas soulagées. Ils ont en fait souvent moins recours aux analgésiques.

Je crois que si c'est nécessaire pour rassurer les professionels de la santé et leur faire comprendre qu'il n'y a pas de responsabilité pénale, nous avons besoin de cette loi. Ma réponse est donc un oui franc, nous en avons besoin, car techniquement le Code criminel pourrait en faire une infraction criminelle et nous n'avons pas de précédent pour nous guider.

Personnellement, je crois que cela serait en fait justifié par la nécessité, on pourrait se défendre en invoquant la nécessité, et je ne crois pas qu'on puisse conclure à la responsabilité pénale, mais il ne me semble pas souhaitable d'obliger quelqu'un à servir de cas faisant jurisprudence.

Par ailleurs, l'hôpital dont j'ai parlé va soutenir demain qu'il pourrait être possible de sanction pénale s'il débranchait le respirateur. Cela montre donc bien que l'on doit préciser les choses. Je préciserais en disant qu'on ne considère pas cela comme une modification de la loi, mais plutôt comme un éclaircissement d'une loi qui a toujours existé; il s'agit donc d'une mesure déclarative et non d'une modification de la loi. Par exemple, la Commission présidentielle américaine a étudié la *common law* en matière pénale et a conclu qu'elle autoriserait également un traitement analgésique s'il était raisonnablement nécessaire de soulager la douleur même si cela pouvait écourter la vie du malade.

Le président: Stan, je pense que je vais passer à Don et je reviendrai à vous pour le deuxième tour. J'aimerais donner la parole au plus grand nombre de personnes possible. Monsieur Boudria.

M. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Soyez la bienvenue, docteure Somerville. J'aimerais revenir sur certaines des questions qui ont été posées.

[*Text*]

We could argue that perhaps there should be other bills with other purposes, but the purpose of this bill is to protect the physician from criminal liability. That's the purpose of this bill according to its author, and no other purpose, except it also protects the physician who administers a pain killing treatment to determine if the patient even knew the effect of that treatment will hasten death.

The bill then is to protect physicians from criminal liability when the physician does not initiate or continue a treatment. Now, do you have any knowledge if there has ever been a successful prosecution in that regard, or even that anyone has ever been charged?

Dr. Somerville: For not initiating or continuing treatment?

Mr. Boudria: That's right.

Dr. Somerville: We've had lots of cases in the courts, lots of them. For instance, I'm trying to think of the name of it, but one of the spectacular cases that we had just last summer was the young baby that needed the liver transplant and the physician sought a court order to do a liver transplant. The parents, who were native Canadians, went to one of the reservations and in the end the baby didn't have the transplant and the court held against it.

We've had cases in Montreal in the hospital where I'm involved, Montreal Children's Hospital, a three-year-old child with cancer where the grandmother and the mother who had custody didn't want treatment of the cancer. In the end the court upheld the refusal of treatment.

There has been a case of a 12-year-old boy with leukemia in Nova Scotia. It's not infrequent that you have issues of whether you can withdraw treatment. Mainly I guess most of the cases have been with respect to children, because generally speaking there has been an increasing tendency to respect adults' refusal of treatment, if they are competent, but it's very unclear what the situation is if the person is not competent at the time. I think there needs to be some provision made for that.

Mr. Boudria: Sorry to interrupt. You're saying then that there have been cases—and again I'm going back to what the purpose of the bill is—of criminal liability where a physician does not or did not continue treatment at the request of the patient.

Dr. Somerville: Let me think...

Mr. Boudria: Because every witness who has appeared so far has told us not only has there not been criminal liability but there have been no charges ever in that regard. Reminding you of the purpose of the bill, given your vast expertise in that area, I'm just wondering if you concur.

[*Translation*]

Bien sûr, on peut réclamer d'autres projets de loi ayant d'autres objectifs, mais, en l'espèce, s'il sagit de soustraire le médecin à la responsabilité pénale. C'est l'objectif déclaré de l'auteur du projet de loi, et il n'en a pas d'autre, sinon celui de protéger le médecin qui administre un traitement analgésique pour savoir si le malade savait que ce traitement allait hâter sa mort.

Le projet de loi vise donc à garantir le médecin de la responsabilité pénale lorsque celui-ci ne commence ni ne continue de traitement. Sait-on si des procès en la matière ont abouti ou si quelqu'un a déjà été inculpé?

Dre Somerville: Pour ne pas avoir commencé ou continué un traitement?

M. Boudria: C'est exact.

Dre Somerville: Il y a eu de très nombreux procès. Par exemple, je suis en train de chercher le nom, mais il y a eu une affaire qui a fait parler d'elle l'été dernier. Il s'agissait d'un bébé qui avait besoin d'une greffe du foie et le médecin a essayé d'obtenir une ordonnance de la cour pour effectuer la greffe. Les parents, des autochtones, se sont rendus dans une réserve, pour finir, le bébé n'a pas obtenu de greffe, décision que le tribunal a maintenu.

Nous avons eu des cas à Montréal à l'hôpital ou je travaille, l'Hôpital des enfants de Montréal. Nous avions un enfant de trois ans atteint du cancer que la grand-mère et la mère, qui en avaient la garde, ne voulaient pas de voir traité. En définitive, le tribunal a confirmé le refus de ce traitement.

Il y a eu également le cas d'un garçon de 12 ans atteint de leucémie en Nouvelle-Écosse. Il n'est pas rare que l'on doive se demander si l'on peut interrompre un traitement. Mais je pense que dans la plupart des cas il s'agissait d'enfants, car de façon générale on a de plus en plus tendance à respecter le refus de traitement des adultes, s'ils sont en possession de leurs moyens, mais on ne sait trop ce qu'il en est si la personne ne l'est pas au moment de la décision. Je crois qu'il faudrait prévoir des dispositions à cet égard.

M. Boudria: Je regrette de devoir vous interrompre. Vous dites qu'il y a eu des cas—et je reviens encore une fois à l'objectif du projet de loi—de responsabilité pénale lorsqu'un médecin ne continue pas ou n'a pas continué le traitement à la demande du malade.

Dre Somerville: Laissez-moi de réfléchir...

M. Boudria: Parce que tous les témoins qui ont comparu jusqu'ici nous ont dit que non seulement il n'y a pas eu de cas de responsabilité pénale, mais qu'il n'y a jamais eu d'inculpation à cet égard. Je vous rappelle l'objectif du projet de loi et j'aimerais savoir si vous êtes pour, étant donné votre grande expérience dans ce domaine.

[*Texte*]

• 1600

Dr. Somerville: The converse situation is also true, this being this case of the Court of Appeal of Ontario in Malete v. Shulman, where the physicians gave blood transfusions to save a woman's life against her refusal. They were held liable for battery, and $20,000 was awarded against them. That was a private law prosecution in tort, but it could also constitute criminal assault. Of course, you'd have to argue the *mens rea*.

Generally speaking, doctors are not criminally prosecuted. That is not a frequent—

Mr. Boudria: If none of them have ever been prosecuted, to say that they were generally not prosecuted would certainly be an understatement, wouldn't it?

Dr. Somerville: There have been criminal prosecutions in recent times. I didn't look this up just before coming here, but we've done research on this. This is a guess, but it's something like up until 1965, there had been one criminal prosecution against a doctor in Canada. If my memory is correct, it's a case called Regina v. Rogers. From 1965 to now, the rate of doctors getting in some way involved in some sort of criminal problem has risen. For instance, there was the case in Alberta when the doctor fled the country. He gave an overdose of morphine to a handicapped newborn baby.

Mr. Boudria: That's not covered by this bill.

Dr. Somerville: No, but you're asking me about criminal prosecution, have doctors—

Mr. Boudria: No, no. With respect, doctor, I've read to you from the bill. Were there cases? I read exactly the sentence from the bill—

Dr. Somerville: Where doctors—no, no, there's not.

Mr. Boudria: All right. Thank you.

The Chairman: You mean all that was for a no?

Dr. Somerville: May I just add, though, that it's very important to get straight here that whether they're criminally prosecuted is one thing, but whether they perceive they're at risk of criminal liability is another. Lots of doctors think they are.

Mr. Boudria: The whole world is at risk with liability.

Mr. Wenman: If this bill is passed, a doctor who has the intention to assist suicide or to murder is in exactly the same position as without this bill. Under other provisions of the Criminal Code of Canada that relate to intent, that doesn't change what is here. This bill simply changes that a doctor who in fact intends to relieve pain and suffering cannot be held liable. In other words, the issue of intent was a issue—

Dr. Somerville: With respect, I'd perhaps be a little more circumspect on that.

[*Traduction*]

Dre Somerville: L'inverse est également vrai. Je veux parler de l'affaire jugée par la Cour d'appel de l'Ontario, Malete C. Shulman, où les médecins ont procédé à des transfusions sanguines pour sauver la vie d'une femme contre sa volonté. Ils ont été accusés d'acte de violence et condamnés à des dommages de 20,000$. Il s'agissait d'une poursuite d'intérêt privé pour délit civil, mais cela pourrait également constituer un délit criminel de voies de fait. Il faudrait alors bien sûr prouver qu'il y a intention coupable.

De façon générale, les médecins ne sont pas poursuivis au pénal. Ce n'est pas courant.

M. Boudria: Si aucun médecin n'a jamais été poursuivi, dire qu'ils ne le sont pas en général constitue un euphémisme, non?

Dre Somerville: Il y a eu des pousuites pénales récemment. Je n'ai pas étudié la question avant de venir, mais des recherches ont été faites. Je vais essayer de me rappeler. Je crois que jusqu'en 1965, il n'y a eu qu'une poursuite pénale intentée à un médecin au Canada. Si je ne m'abuse, il s'agit de l'affaire La Reine c. Rogers. Entre 1965 et nos jours, le nombre des médecins qui sont impliqués d'une façon ou d'une autre dans des problèmes juridiques d'ordre pénal a augmenté. Par exemple, il y a eu en Alberta le cas d'un médecin qui a quitté le pays. Il avait donné une dose excessive de morphine à un nouveau-né handicapé.

M. Boudria: Ce cas ne relève pas du projet de loi.

Dre Somerville: Non, mais vous me posez des questions sur les poursuites pénales, vous me demandez si les médecins...

M. Boudria: Non, non. Permettez-moi de vous rappeler, docteur, que je vous ai lu un passage du projet de loi. Y a-t-il eu des poursuites? J'ai exactement repris une phrase du projet de loi...

Dre Somerville: Pour les médecins—non, non, il n'y en a pas eu.

M. Boudria: Très bien. Merci.

Le président: Tout cela pour un simple non?

Dre Somerville: Permettez-moi cependant d'ajouter qu'il est très important de faire la différence ici entre les poursuites pénales et le fait qu'on risque d'invoquer la responsabilité pénale des médecins. C'est ce que pensent bon nombre d'entre eux.

M. Boudria: On peut invoquer la responsabilité pour le monde entier.

M. Wenman: Si ce projet de loi est adopté, un médecin qui a l'intention d'aider quelqu'un à se suicider ou de le tuer se trouve exactement dans la même situation que si le projet de loi n'existait pas. En vertu d'autres dispositions du Code criminel du Canada portant sur l'intention, rien de ce que nous avons ici n'est modifié. Tout ce que ce projet de loi change, c'est que l'on ne peut tenir pour responsable un médecin qui a en fait l'intention de soulager la douleur et les souffrances. Autrement dit, la question de l'intention est posée...

Dre Somerville: Si vous me le permettez, j'aimerais me montrer plus prudent à cet égard.

[*Text*]

Mr. Wenman: I'd like your statement on that from a legal point of view.

Dr. Somerville: First of all, you can't be liable for murder unless you've got the malice of forethought for murder. You've got a possibility of another form of culpable homicide, manslaughter, which I don't think would be likely here.

There would be two things here. I don't think it would be simply a matter of *mens rea* on the part of the doctor, although that would be relevant. I think it would also be whether the drug that was used and the dose that was used were within some range of normal as being reasonably necessary to adequately relieve pain. There's a lot of pharmacology and therapeutics that you can look at, and there's a wide range of what's required. Also, there's a huge difference in tolerance. Depending on what the person has been on and what disease they've got and what type of pain they've got, etc., it all varies.

But I think there is some objective reality to this. I personally am not too worried about this bill being abused. If you have to take some risk, whether there is a risk that this would be abused and someone would give some extra pain relief that could shorten someone's life when perhaps they shouldn't, overall that's probably a better risk than making people frightened and causing people to leave people in pain. I think that's an unacceptable situation. On the other hand, for the record, I oppose active killing. I oppose euthanasia, and I do not think that should be implemented in our law.

• 1605

Mr. Wenman: This bill is not euthanasia.

Dr. Somerville: No, it's not euthanasia in my terms, providing that the amendments that I have suggested would be implemented. It could be read as euthanasia as it currently stands.

Mr. Wenman: But with your amendments it definitely could not be read as euthanasia?

Dr. Somerville: Not unless you define euthanasia as including pain-relief treatment.

Mr. Fee: I'm going to look forward to reading the blues, because I tried to write down your comments as you were giving them but I missed a couple. I'm sure they'll be in the record, so we'll get them there.

Mr. Wilbee: I think the weight of evidence is significant on the person who is giving it, and I was wondering if you could just give us some of your background. Who are you and whom do you represent? Are you off the street or from law school or a medical doctor or. . .?

Dr. Somerville: I have a degree in pharmacy and I have a degree in law; I have a PhD, which I did in law but it was done in medicine ethics and law. I'm Gale Professor of Law; I have a named chair of law at McGill University. I'm professor of medicine at McGill University, and I'm the director of the McGill Centre for Medicine, Ethics and Law.

[*Translation*]

M. Wenman: J'aimerais savoir ce que vous en pensez sur le plan juridique.

Dre Somerville: Tout d'abord, on ne peut être tenu responsable de meurtre s'il n'y a pas eu préméditation. Il y a aussi la possibilité de l'homicide coupable, de l'homicide involontaire; mais je ne pense pas que cela puisse être le cas ici.

Il y aurait alors deux choses. Il n'y aurait pas seulement le problème de l'intention coupable du médecin, me semble-t-il, bien que cela importe. Il s'agirait de savoir si le produit et la dose administrés étaient courants et pouvaient être jugés raisonnablement nécessaires pour atténuer suffisamment les douleurs. On peut envisager toutes sortes de démarches pharmacologiques et thérapeutiques, et les mesures à prendre sont très nombreuses. Il y a aussi de grandes différences de tolérance. Selon ce que l'on a administré à la personne et selon la maladie qu'elle a et le genre de douleurs qu'elle ressent, etc., cela varie.

Mais il y a toute de même une réalité objective à tout cela. Je ne crains pas trop personnellement que l'on abuse de ce projet de loi. Si l'on doit prendre des risques, s'il y a des risques d'abus et qu'une personne donne une dose supplémentaire d'analgésiques pouvant écourter la vie de quelqu'un alors qu'elle ne devrait pas le faire, l'un dans l'autre, c'est sans doute un risque moins grave que d'effrayer les gens ou de les laisser souffrir. Je crois que c'est là une situation inacceptable. Par ailleurs, je tiens à le préciser, je suis contre le fait de tuer quelqu'un activement. Je suis contre l'euthanasie et je ne pense pas que cela doit être prévu dans la loi.

M. Wenman: Ce projet de loi ne porte pas sur l'euthanasie.

Dre Somerville: Non, il ne s'agit pas d'euthanasie, à condition que les amendements que j'ai suggérés y soient intégrés. Dans son libellé actuel, on pourrait l'interpréter comme autorisant l'euthanasie.

M. Wenman: Mais avec les amendements que vous proposez, il ne pourrait pas être interprété dans ce sens?

Dre Somerville: Du moins tant que l'on ne définira pas l'euthanasie comme incluant les traitements visant à atténuer la douleur.

M. Fee: J'ai hâte de lire le compte rendu, parce que j'ai essayé de noter certaines de vos observations à mesure, mais j'en ai manqué quelques-unes. Je suis certain que ces observations seront inscrites au compte rendu, je les y trouverai bien.

M. Wilbee: Le poids d'un témoignage dépend de la personne qui le donne. Je me demande si vous pourriez nous parler un peu de vos antécédents. Qui êtes-vous et qui représentez-vous? Êtes-vous une citoyenne ordinaire, une avocate, un médecin?

Dre Somerville: Je suis diplômée de pharmacie et de droit; je possède également un doctorat de droit, que j'ai fait sur l'éthique médicale et le droit. Je suis professeur de droit; je suis titulaire d'une chaire de droit à l'université McGill. J'enseigne également la médecine à l'université McGill et je suis directrice du Centre de la médecine, de l'éthique et du droit de l'université.

[*Texte*]

Mr. Wilbee: So you don't know what you're talking about! Thank you.

The Chairman: Dr. Somerville, I thank you for your testimony, and I'm sure it will be weighed by the members of this committee. I thank you for appearing.

Dr. Somerville: Thank you.

The Chairman: We'll now hear from the Canadian AIDS Society. Would Mr. Christopher Cockrill please come to the witness chair?

Mr. Christopher Cockrill (Treatment, Information and Issues Officer, Canadian AIDS Society): Mr. Chairman, we are two actually presenting.

The Chairman: Would you introduce your colleague.

Mr. Cockrill: Yes, my colleague is Bruce Mills.

The Chairman: Of the AIDS Housing of Canada?

Mr. Cockrill: The AIDS Housing Group of Ottawa.

The Chairman: Perhaps we should begin at the end, since Dr. Wilbee put the question. Perhaps you could tell us a bit about yourselves before you begin your testimony.

Mr. Cockrill: Yes. I'd just like to ask first that we be able to distribute another version of our brief. There are some slight changes.

The Chairman: Do you have it in both official languages?

Mr. Cockrill: Actually, the French version should be based on this text and not the text that was previously circulated.

The Chairman: Is that what's being distributed now? Would you like us to disregard the other two papers?

Mr. Cockrill: The other English version, yes.

The Chairman: The other English version?

Mr. Cockrill: There are only slight changes.

The Chairman: "The Right to Choose"—we should do away with this?

Mr. Cockrill: Yes.

The Chairman: So ordered, and we will be working from the discussion paper that has just been passed to you. This is the one that will go into the record. Is that agreed?

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: With that, Mr. Cockrill, please tell us a bit about yourself, and then you can get into your testimony.

Mr. Cockrill: I should say that the brief contains a description of the activities of the Canadian AIDS Society, and for more of a sense of what exactly the organization is, I think members can refer to the brief. I'll just say, though, that the Canadian AIDS Society is a coalition of community-based organizations that fight against AIDS and give support to people with HIV and AIDS. It's made up of about 65 groups across the country, and that's essentially the vast majority of the groups that are involved in this kind of work.

[*Traduction*]

M. Wilbee: Donc, vous savez de quoi vous parlez! Merci.

Le président: Docteur Somerville, je vous remercie de votre témoignage et je suis certain que les membres du comité le prendront en grande considération.

Dre Somerville: Merci.

Le président: Nous entendrons maintenant les représentants de la Société canadienne du SIDA. Je demanderais à M. Christopher Cockrill de bien vouloir prendre place au fauteuil des témoins.

M. Christopher Cockrill (responsable du dossier des traitements, Société canadienne du SIDA): Monsieur le président, nous serons deux à vous présenter notre témoignage.

Le président: Pourriez-vous nous présenter votre collègue?

M. Cockrill: Oui, je suis accompagné de Bruce Mills.

Le président: Du AIDS Housing of Canada?

M. Cockrill: Du AIDS Housing Group of Ottawa.

Le président: Comme le D[r] Wilbee vient de poser la question, on pourrait peut-être commencer par la fin. Vous pourriez peut-être nous en dire plus sur vous avant de commencer votre témoignage.

M. Cockrill: Entendu. J'aimerais d'abord vous demander s'il serait possible de distribuer une autre version de notre mémoire. Il y a eu de légers changements.

Le président: Vous en avez des versions dans les deux langues officielles?

M. Cockrill: En fait, la version française aurait dû se fonder sur ce texte et non sur celui qui vous a été remis.

Le président: C'est bien celui-là qu'on distribue maintenant? Voulez-vous que nous ne tenions plus compte des deux autres documents?

M. Cockrill: De l'autre version anglaise, oui.

Le président: L'autre version anglaise?

M. Cockrill: Il ne s'agit que de petits changements.

Le président: «Le droit de choisir»—nous devons jeter celui-là?

M. Cockrill: Oui.

Le président: D'accord. Nous travaillerons à partir du document de discussion qui vient d'être distribué. C'est celui-là qui sera inscrit dans le compte rendu. Êtes-vous d'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: Maintenant, monsieur Cockrill, dites-nous-en davantage à votre sujet, puis faites votre témoignage.

M. Cockrill: Notre mémoire contient une description des activités de la Société canadienne du SIDA, et pour donner une meilleure idée de ce qu'est notre organisme, je crois que les membres peuvent consulter le mémoire. Je dirai cependant que la Société canadienne du SIDA est une coalition d'organismes locaux de lutte contre le SIDA et d'aide aux porteurs du VIH et aux gens atteints du SIDA. Elle se compose d'environ 65 groupes de tout le pays, c'est-à-dire de la vaste majorité des groupes qui travaillent dans ce domaine.

[*Text*]

Bruce Mills is from the AIDS Housing Group of Ottawa, which is one of the member organizations of the Canadian AIDS Society.

The Chairman: Will both of you be giving testimony, or only one of you?

Mr. Cockrill: We'll be alternating. I'll be speaking a bit in French, and then back to English with Bruce, and—

The Chairman: Then we'll be questioning the two of you. Is that your understanding?

Mr. Cockrill: Yes.

The Chairman: You may begin.

M. Cockrill: Tout d'abord, j'aimerais faire un petit commentaire sur la qualité du texte français que nous avons vu. Il serait souhaitable que les traducteurs du gouvernement fédéral se mettent à jour en matière de terminologie. Il y a quelques termes que je n'avais pas vus depuis quelques années et qui, normalement, sont considérés comme un peu insultants. Je ne vous donnerai pas d'exemples. Je voulais simplement faire ce petit commentaire et m'excuser auprès des personnes atteintes du VIH pour cette erreur, puisqu'il y a là des termes qui ne sont pas tout à fait acceptables.

• 1610

First I'd like to discuss some of the basic principles that motivate most of the AIDS movement in Canada. Among these principles are respect for the individual, community support for the individual, autonomy for people with HIV and generally respect for individual choices. These principles have been central to the development of specific positions concerning the quality of care available to people with HIV. The Canadian AIDS Society and its member organizations have worked to promote early intervention, access to diagnostic procedures, access to experimental treatments and better knowledge about HIV in general.

One central message of the AIDS movement is that people with AIDS are people living with AIDS. The same principles that guided our work in the previously mentioned areas will also guide our work concerning questions and decisions about cessation of treatment, palliative care, and pain relief that will hasten death. There is a wide consensus within the AIDS movement that end-of-life decisions are personal decisions that should be respected and supported. The Canadian AIDS Society urges passage of Bill C-203, because it is one step toward broadening the range of choices available to people with AIDS.

Mr. Bruce Mills (Executive Director, AIDS Housing of Ottawa, Canadian AIDS Society): Our perception, I think, is that law serves a vital role in society as a basic means by which we translate our values into policies and apply them to human conduct. We also perceive that Bill C-203 will amend the Criminal Code so it will more accurately reflect the value Canadians place on the right of the terminally ill to make choices in the manner of their death.

[*Translation*]

Bruce Mills travaille au AIDS Housing Group d'Ottawa, une des organisations membres de la Société canadienne du SIDA.

Le président: Témoignerez-vous tous les deux, ou l'un de vous seulement?

M. Cockrill: Nous alternerons. Je parlerai un peu en français puis je passerai la parole à Bruce, qui parlera en anglais...

Le président: Nos questions s'adresseront donc à vous deux. C'est ce que vous voulez?

M. Cockrill: Oui.

Le président: La parole est à vous.

Mr. Cockrill: First, I would like to comment the quality of the French version we have seen. We think that the federal government's translators should update their terminology. I have found in this version some terms I had not seen for many years, terms which normaly on considered a bit offensive. I will not give you specific examples. I only wanted to make this comment and I also wanted to apologize to people with HIV for this mistake, since those terms are not quite acceptable.

J'aimerais d'abord parler des principes de base sur lesquels s'appuie essentiellement le mouvement communautaire de lutte contre le SIDA au Canada. Parmi ces principes, mentionnons notamment le respect de l'individu, l'appui communautaire aux individus, l'autonomie des porteurs du VIH, et le respect des choix personnels. Ces principes sont au coeur des positions prises concernant la qualité des soins offerts aux porteurs du VIH. La Société canadienne du sida et les organisations qui en font partie ont cherché à promouvoir les interventions rapides, l'accès aux modes de diagnostic, l'accès aux traitements expérimentaux et la diffusion d'information sur le VIH et les traitements disponibles.

Un des messages essentiels de ce mouvement, c'est que les gens atteints du SIDA vivent avec le SIDA. Les mêmes principes qui ont orienté notre travail dans d'autres domaines nous guideront aussi face aux décisions concernant la cessation des traitement, des soins paliatifs et des mesures propres à soulager la souffrance qui pourraient abréger les jours du malade. A l'intérieur du mouvement de lutte contre le SIDA et d'aide aux personnes qui en sont atteintes, la plupart des gens estiment que le choix de l'euthanasie est une décision personnelle qu'il faut respecter et appuyer. La Société canadienne du SIDA appuie instamment l'adoption du projet de loi C-203 parce qu'il contribue à élargir les choix offerts aux sidatiques.

M. Bruce Mills (directeur général, AIDS Housing of Ottawa, Société canadienne du SIDA): En tant que moyen fondamental de transposer nos valeurs en politiques et de les appliquer à la conduite humaine, le droit joue un rôle vital dans la société. Nous estimons en outre que le projet de loi C-203 modifiera le Code criminel de façon à mieux refléter la valeur que les Canadiens attachent au droit qu'ont les personnes en phase terminale de faire des choix concernant leur mort.

[*Texte*]

This bill will facilitate, uphold, and reinforce respect for the terminally ill and the right of self-determination. The ability of physicians to prolong life in the case of many terminal illnesses has increased dramatically in recent years. However, the artificial extension of the lives of many people with AIDS has often led to tragic confrontations between physicians, families, and dying people. Fear of legal consequences has too often determined medical practice, and thus the quality of the last weeks of life for many people with AIDS. By removing some of the fear of legal consequences, Bill C-203 will improve the quality of care that physicians can feel comfortable giving.

The bill is, however, essentially a response to the needs of physicians who treat dying people. Other steps must be taken that recognize more fully the needs and the rights of the terminally ill. AIDS is a very lengthy disease. At present it's a disease with a 100% fatal prognosis; it is a disease with no survivors. The majority of Canadians with AIDS are between the ages of 18 and 45 years. These are rational, active adults, faced with loss of autonomy, loss of freedom to even make the most important choices in their lives. As the AIDS epidemic has evolved, people with AIDS have become more involved in all decisions regarding care and treatment, including matters of the quality of the end of life. As self-determination has become central to many people with AIDS, so has the determination to remove barriers to self-determination.

Bill C-203, by providing legal protection to physicians in their efforts to respect the wishes of the dying concerning the use of extraordinary measures and the use of pain-killing medication, will restore some control to the terminally ill over decisions about how and when to die with dignity. The bill will contribute to the amelioration not only of the process of dying but also of the quality of life in the present for many people with AIDS by relieving them of some of the anxiety felt by many concerning whether their final wishes will be respected. One of the greatest fears of many people with AIDS is that they may be forced to live through a potentially painful death.

• 1615

Suffering is a state of severe physical, emotional, and spiritual distress experienced when events threaten to destroy the integrity of the person. The experience of intense suffering combined with little or no hope for the future leads many people with AIDS to conclude that death is not the worst alternative available to them. Death can be the ultimate form of healing when those whose bodies are exhausted and racked with pain are able to achieve peace and a sense of closure in their lives. Some of these people may indeed choose death as their next form of treatment.

[*Traduction*]

Ce projet de loi contribuera à promouvoir, maintenir et renforcer le respect des personnes en phase terminale et le droit à l'autodétermination. Au cours des dernières années, l'aptitude des médecins à prolonger la vie des personnes atteintes de nombreuses maladies terminales s'est accrue de façon phénoménale. Cependant, le maintien en vie, par des moyens artificiels, de bien des personnes atteintes du SIDA a toutefois mené, dans beaucoup de cas, à des confrontations tragiques entre les médecins, la famille et le mourant. La crainte de poursuites judiciaires a trop souvent déterminé les traitements donnés et, par conséquent, la qualité des dernières semaines de vie de bien des sidatiques. En éliminant en partie la crainte des conséquences juridiques, le projet de loi C-203 améliorera la qualité des soins que les médecins se sentiront prêts à donner.

Le projet de loi répond toutefois essentiellement aux besoins des médecins qui soignent les mourants. D'autres mesures qui reconnaissent davantage les besoins et les droits des personnes en phase terminale s'imposent. Le SIDA est une maladie qui se prolonge indéfiniment. Aujourd'hui, toutes les personnes atteintes en meurent; elle ne laisse aucun survivant. La majorité des Canadiens atteints du SIDA ont entre 18 et 45 ans. Ces adultes rationnels et actifs risquent, devant les plus importants choix de leur vie, de perdre une partie de leur autonomie et de leur liberté. Les sidatiques ont assumé, depuis le début de l'épidémie, un rôle plus actif dans les décisions concernant les soins et traitements, y compris les aspects visant la qualité de la phase finale. Tout comme l'autodétermination est devenue un élément primordial pour beaucoup d'entre eux, leur détermination à éliminer tout ce qui entrave l'autodétermination s'est accrue.

En assurant une meilleure protection juridique aux médecins qui cherchent à respecter les désirs des mourants concernant le recours à des mesures extraordinaires et à des médicaments qui atténuent la souffrance, le projet de loi C-203 redonnera aux personnes en phase terminale un minimum de maîtrise sur leur vie et leur permettra de décider comment et quand mourir avec dignité. Ce projet de loi contribuera non seulement à rendre la mort plus douce mais aussi à améliorer la qualité de vie actuelle pour bien des sidatiques en atténuant les anxiétés que beaucoup ressentent concernant le respect de leurs dernières volontés. L'une des plus grandes craintes qu'ont bien des personnes atteintes du SIDA c'est qu'on les force à subir une mort qui risque d'être douloureuse.

La souffrance est un état de profonde détresse éprouvé lorsque des événements menacent de détruire l'intégrité de la personne. Les souffrances intenses qu'ils éprouvent, conjuguées au peu d'espoir qu'offre l'avenir, en amènent bon nombre à conclure que la mort n'est pas la pire des solutions. En réalité, pour ceux dont le corps est épuisé et tenaillé par la souffrance, la mort peu paraître comme la meilleure forme de guérison, une chose qui leur permettra de retrouver la paix et de fermer le livre de leur vie. Certains pourraient même choisir la mort comme prochain traitement.

[*Text*]

Many people with AIDS die horrible deaths. It is understandable that some would want to avoid a miserable end to their lives. It is also understandable that some would want to live for as long as possible. Choices made by people in terminal conditions must be respected and supported, even if we don't completely understand or agree with these choices.

Some people with AIDS choose to end their lives when they have reached a stage they consider to be unbearable. Bill C-203 will alleviate some of the difficulties faced by some people by recognizing and decriminalizing activities that have become everyday occurances.

Knowing how to die can be a difficult business, and many people choose very unfortunate means of ending their lives because they do not have access to better ways. Others suffer through situations that they would rather avoid. This bill will help some people who want to die to die more easily and more comfortably.

M. Cockrill: Le droit de refuser des mesures extraordinaires ou héroïques est bien reconnu en droit commun. En réalité, les personnes jugées en possession de leurs capacités ont le droit de refuser tout traitement, même si cela aggrave leur état ou risque d'accélérer leur décès. Il faudrait que les médecins puissent respecter ce droit sans crainte de poursuites judiciaires. De telles craintes limitent la capacité qu'ont les personnes en phase terminale d'exercer leur droit de refuser des mesures extraordinaires ou héroïques. Les droits qu'on ne peut exercer librement ne sont pas particulièrement utiles.

Dans le passé, les médecins devaient souvent décider des traitements pratiquement sans l'apport des malades. Il ne faudrait pas leur en laisser le soin exclusif. La situation change; depuis quelques années, les malades participent plus activement aux décisions concernant les traitements qui leur sont destinés. C'est particulièrement le cas des personnes atteintes du sida qui perçoivent souvent le médecin comme un partenaire de soins. Les médecins doivent néanmoins sentir qu'ils peuvent, sans risques, appuyer et appliquer les décisions prises par les malades et y donner suite.

The AIDS crisis in Canada has produced many questions about clinical ethics, particularly regarding choices about the quality of care available to individuals with a terminal diagnosis. These questions must be resolved in ways that reflect compassion and respect for human rights, including the right to self-determination.

The Canadian AIDS Society supports the fundamental intent of Bill C-203 and encourages its passage as an amendment to the Criminal Code of Canada in the hope that death may come to be seen not as failure on the part of active medical care, but rather as an expression of the qualities of dignity, compassion, and respect for the right of individuals to choose; that the self-determination of people living with AIDS and any terminal diagnosis may be enhanced; and that medical practitioners may be supported in their efforts to provide compassionate care to people with AIDS.

The Canadian AIDS Society believes that treatment decisions should be made by people with HIV in consultation with their care-givers.

[*Translation*]

Un mort horrible attend bien des personnes atteintes du SIDA. Il est donc compréhensible que certaines veuillent éviter une fin misérable. Il est aussi compréhensible que d'autres souhaitent vivre aussi longtemps que possible. Il faut respecter et appuyer les choix que font les personnes en phase terminale, même si nous ne les comprenons pas complètement ou ne sommes pas d'accord.

Certains sidatiques décident de mettre fin à leur vie lorsqu'ils atteignent un stade qu'ils jugent insupportable. En reconnaissant l'existence d'actes devenus courants et en leur ôtant tout caractère criminel, le projet de loi C-203 atténuera une partie des difficultés éprouvées par certaines personnes.

Il n'est pas facile de savoir comment mourir, et bien des personnes optent, faute de meilleurs moyens, par des façons bien regrettables de mettre fin à leurs jours. D'autres subissent des situations qu'ils préféreraient éviter. Ce projet de loi permettra aux personnes qui le désirent de mourir plus facilement et confortablement.

Mr. Cockrill: The right to refuse extraordinary or heroic measures is well established in common law. In fact, people who are mentally competent have the right to refuse any kind of treatment, even if doing so might be detrimental to their condition or might hasten death. Physicians should be able to respect this right without any fear of prosecution. Such fears limit the ability of people dying from terminal illnesses to exercise the right to refuse extraordinary or heroic measures. Rights that cannot be exercised freely are not particularly useful.

Physicians have often been called upon to make all treatment decisions with little or no input from patients. Treatment decisions of all kinds should not be left solely in the hands of physicians. This situation is changing; in recent years, patients have been participating more actively in treatment decisions that affect them. This is particularly true of people with AIDS who often see physicians as treatment partners. Nevertheless, physicians need to feel secure that they can legally support and implement decisions made by patients.

La crise du SIDA a soulevé, au Canada, bien des questions au sujet de l'éthique médicale, et surtout des choix concernant la qualité des soins offerts aux personnes en phase terminale. Il faut trouver à ces questions des solutions fondées sur la compassion et le respect des droits de la personne, y compris le droit à l'auto-détermination.

La Société canadienne du SIDA appuie le but fondamental du projet de loi C-203, et encourage son adoption dans l'espoir que la mort ne soit plus perçue comme l'échec des soins médicaux, mais plutôt comme l'expression de la dignité, la compassion et le respect du droit qu'a chacun de choisir; l'auto-détermination des personnes atteintes du SIDA, voire de toute personne en phase terminale, s'en trouve accrue; et les médecins se sentent soutenus dans les efforts qu'ils déploient pour fournir des soins attentionnés aux sidatiques.

La Société canadienne du SIDA croit que les décisions concernant le traitement devraient se prendre par les personnes atteintes du HIV de concert avec ceux qui les soignent.

[*Texte*]

Bill C-203 will widen the range of choices for people with HIV, and it is for this reason that the Canadian AIDS Society urges that it be adopted. Other steps must, however, be taken to further widen the scope of possible options open to people with HIV and AIDS, and all others facing death.

• 1620

We must not abandon people in the final stages of their lives. Instead, we must find ways of ensuring that people with terminal illnesses have complete respect and support in the very personal decisions they make.

Finally, I would just like to thank the committee, Mr. Chairman, for the Canadian AIDS Society to present our views regarding this proposal. We would be willing to answer questions in either English or French.

The Chairman: We will begin the questioning, but perhaps my colleagues will permit the chair a question before they begin.

I take it you have facts and figures with regard to the number of AIDS cases in the nation and by province.

Mr. Cockrill: Yes. I don't have them in front of me, but we have regular reports of...

The Chairman: In your report you use the term "epidemic", I believe. If you did not, I think you used it in your testimony.

Mr. Cockrill: Yes.

The Chairman: I was just wondering what you as someone in the field consider an epidemic.

Mr. Cockrill: Well, actually, we often tend to talk about a pandemic with AIDS. A pandemic is a global epidemic. I don't know if you are talking about a certain number of people needed to make an epidemic. I don't know exactly what you're asking.

I think in this situation with AIDS or HIV infection, we have an infectious disease that is new and that is affecting thousands of people across the country. I think usually the figures are that between 30,000 and 50,000 people in Canada are infected with HIV.

The Chairman: 30,000 and 50,000. You, as the spokespersons for the AIDS Society, don't have any more precise figures than 30,000 to 50,000?

Mr. Cockrill: I don't think you'll really find somebody with the precise figure for the number of people with HIV infection. AIDS per se is a disease that is declared and there are figures for the number of people with AIDS in the country. But there are no really precise figures for people with HIV infection.

Mr. Mills: It might be important for you to note that the Department of National Health and Welfare publishes a monthly document called "Surveillance Update", which reviews the number of reported AIDS cases in Canada for that period.

The Chairman: Thank you. Clerk, I wonder if you could make that available to us at the next meeting.

[*Traduction*]

Comme le projet de loi C-203 élargira la gamme de choix offerts aux porteurs du HIV, la Société canadienne du SIDA exhorte les législateurs à l'adopter. Il faudra toutefois prendre d'autres mesures pour élargir la gamme des choix offerts aux personnes porteuses du HIV ou atteintes du SIDA, et à toute autre personne en phase terminale.

Loin d'abandonner les gens dans les derniers moments de leur vie, il faut trouver le moyen d'offrir aux personnes en phase terminale tout le respect et le soutien possible dans les décisions très personnelles qu'elles ont à prendre.

Pour finir, je voudrais simplement remercier le comité au nom de la Société canadienne du SIDA de nous avoir donné la possibilité de vous donner notre avis sur cette proposition. Nous sommes maintenant prêts à répondre à vos questions en anglais ou en français.

Le président: Nous allons passer aux questions mais peut-être que mes collègues m'autoriseront à poser la première.

Je suppose que vous avez des chiffres sur le nombre de cas de SIDA au pays et dans les différentes provinces.

M. Cockrill: Oui. Je ne les ai pas sous les yeux mais nous recevons des rapports réguliers de...

Le président: Dans votre rapport, je crois que vous utilisez le terme «épidémie». Sinon, vous l'avez dit dans votre témoignage.

M. Cockrill: Oui.

Le président: Je me demandais simplement ce que vous, qui êtes dans le domaine, considérez comme une épidémie.

M. Cockrill: En fait, pour le SIDA, nous parlons souvent de pandémie. Une pandémie est une épidémie mondiale. Je ne sais pas si vous demandez combien il faut que de personnes soient atteintes pour que l'on considère qu'il y ait épidémie. Je ne comprends pas exactement votre question.

Pour ce qui est du SIDA ou de l'infection par le VIH, il s'agit d'une maladie infectieuse qui est nouvelle et qui frappe des milliers de personnes au pays. D'après les statistiques, il y aurait de 30,000 à 50,000 personnes au Canada qui seraient séropositives.

Le président: Entre 30,000 et 50,000. Vous qui êtes les porte-parole de la société du SIDA n'avez pas de chiffres plus précis que 30,000 à 50,000?

M. Cockrill: Je ne pense pas que vous trouveriez vraiment quelqu'un qui vous donnera des chiffres précis sur le nombre de gens qui sont séropositifs. Le SIDA en soi est une maladie à déclaration obligatoire, et il y a des chiffres sur le nombre de personnes atteintes du SIDA. Il n'y a pas de chiffres très précis quant au nombre de personnes séropositives.

M. Mills: Peut-être serez-vous intéressé de savoir que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a une publication mensuelle intitulée «Mise à jour de surveillance» qui donne le nombre de cas de SIDA déclarés au Canada pendant la période considérée.

Le président: Merci. Peut-être que le greffier pourrait-il nous obtenir cela pour la prochaine fois.

[*Text*]

We will open the questioning. Mr. Kilger, would you like to question, or Mr. Boudria?

Mr. Boudria: Mr. Chairman, I am trying to follow the thought process through the whole document. I notice, for instance, that on the first page of text it says the Canadian AIDS Society urges passage of Bill C-203 because it is one step toward broadening the range of choices available to people with AIDS. Then we get into this discussion of self-determination, and then it says some may choose death as their next treatment, and so on. Well, of course I think our witnesses will know that the bill does not do anything in that regard.

What then is your position? Are you saying that—and if you are not please correct me—suicide is an option that can or should be considered by those who are suffering from this terrible disease?

Mr. Cockrill: I'd be saying that I do not really want to tell people in that kind of situation what they should be considering. I don't really want to state a position for the Canadian AIDS Society on forms of euthanasia or suicide. I think there's still a need for some discussion there.

Mr. Boudria: Let me ask you more specifically, then. Could you explain this sentence: "Some people with AIDS choose to end their lives when they have reached a stage they consider to be unbearable". Then there's another sentence, which says: "Some may indeed choose death as their next treatment".

Mr. Cockrill: I think that is just stating a situation that is—

The Chairman: Excuse me, before you answer, what are you referring to?

Mr. Boudria: I'm referring to the last sentence on page 2 and the first sentence of the second paragraph on page 3 of the text. I'm just trying to determine what it is, because the words are not... Many things and many terms are utilized in there, but they seem to bring forth the suggestion, but not a clear statement. That's what I'm trying to find out.

• 1625

Mr. Cockrill: What we're really trying to do with that is to give a sense of what the context is there. We're not proposing or suggesting that people choose death as their next treatment. We're not proposing anything specific for any one individual, we're just giving a sense of the context. Whether one likes it or not, that is the situation that a lot of people with AIDS are in.

Mr. Boudria: Okay, so you're not saying you advocate this, you're saying this is what happens now—if I understand you.

Mr. Cockrill: Yes.

Mr. Boudria: Given that is what you're saying—that choosing death is what's happening now, in certain cases—and that is a choice that has been made... At the bottom of page 1 you say "The Canadian AIDS Society urges the passage of Bill C-203"—pay attention to the next words—"because it is one step toward broadening the range of choices available to people with AIDS". Can I assume this sentence relates to what we were talking about before? The

[*Translation*]

Nous passerons maintenant aux questions. M. Kilger, voudriez-vous commencer, à moins que ce soit M. Boudria?

M. Boudria: Monsieur le président, j'essaie de comprendre le raisonnement du document. Je remarque, par exemple, qu'à la première page du texte, la Société canadienne du SIDA préconise d'adopter le projet de loi C-203, qui serait une mesure permettant d'élargir l'éventail de choix présentés aux personnes atteintes du SIDA. On passe ensuite à tout un discours sur l'autodétermination, et l'on dit que certains pourront choisir la mort comme traitement, etc. Écoutez, nos témoins savent sûrement que ce projet de loi n'a rien à voir avec cela.

Quelle est donc votre position? Êtes-vous en train de dire que—et corrigez-moi si je me trompe—le suicide est une option qui peut et devrait être envisagé par ceux qui souffrent de cette maladie terrible?

M. Cockrill: Je dis que je ne veux pas dire à ceux qui se trouvent dans ce genre de situation ce qu'ils peuvent envisager ou non. Je ne veux prendre une position qu'au nom de la Société canadienne du SIDA sur les formes d'euthanasie ou de suicide. Je crois qu'il faut poursuivre la discussion à ce sujet.

M. Boudria: Permettez-moi alors de vous poser une question plus précise. Pourriez-vous expliquer cette phrase: «Certains sidatiques décident de mettre fin à leur vie lorsqu'ils atteignent un stade qu'ils jugent insupportable». Puis il y a une autre phrase: «certains pourraient même choisir la mort comme prochain traitement».

M. Cockrill: Nous nous contentons là d'exposer une situation qui...

Le président: Excusez-moi mais, avant d'aller plus loin, pourriez-vous nous dire où vous avez trouvé cela?

M. Boudria: Il s'agit de la dernière phrase du premier paragraphe intitulé «De la nature de la souffrance...», à la page 3, et de la première phrase du dernier paragraphe de la page 3. J'essaie simplement de comprendre ce que cela veut dire car il me semble... Il y a beaucoup de choses et beaucoup de termes, mais il semble que ce soit des sous-entendus plutôt que des affirmations. C'est ce que j'essaye de voir.

M. Cockrill: Tout ce que nous essayons de faire, c'est de donner une idée du contexte. Nous ne proposons ni ne suggérons de choisir la mort comme prochain traitement. Nous ne proposons rien de particulier pour quiconque; nous ne faisons que donner une idée du contexte. Qu'on le veuille ou non, c'est la situation dans laquelle se trouvent un grand nombre de personnes atteintes du SIDA.

M. Boudria: Si j'ai bien compris, vous ne prônez pas cela, vous dites simplement que c'est ce qui se produit actuellement.

M. Cockrill: Oui.

M. Boudria: Étant donné que c'est ce que vous dites—que choisir la mort est une réalité dans certains cas—et que c'est un choix qui a été fait... À la fin du premier paragraphe de la page 2 vous dites: «La Société canadienne du SIDA appuie instamment l'adoption du projet de loi C-203»—écoutez bien ce qui suit—«parce qu'il contribue à élargir les choix offerts aux sidatiques.» Puis-je supposer que cette phrase se rapporte à ce dont nous parlions auparavant? Les

[*Texte*]

choices that we identified in a previous question I asked—is this one of them?

Mr. Cockrill: Generally, we like to talk about people living with AIDS, and living well with AIDS, and those people... Part of living well is to be autonomous, to be able to make decisions for oneself. We do not tend to encourage people to act in one manner or another. Perhaps that's one reason why there hasn't been a large discussion about euthanasia in the AIDS movement in Canada until quite recently. I think we've had an emphasis on quality of life at other stages of the infection.

Mr. Fee: Mr. Chairman, I have a lot of questions rolling around in my head and I'm not sure which one will come out.

Thank you for making your presentation. I think your group represents something that parliamentarians have to listen to. This disease has a tremendous amount of publicity but very little understanding among the Canadian public. I thank you for coming forward with the document and sharing your ideas.

Having said that, as with Mr. Boudria, I have problems with some of the wordings and the way you put them in here. You start by talking about the artificial extension of the lives of many people, people who do not necessarily want heroic measures taken to prolong their lives. That was the intent of the bill and I think it had general support. That's why it made it this far in the process. If someone has made a decision that they don't want a doctor to go to heroic lengths to keep them alive, I think the general feeling was that this should be respected.

But then you go on to the next step where you say some may choose death as their next means of treatment. You emphasized that even more on the next page, where you said "choices made by people in terminal conditions must be respected and supported". That creates a problem for me. You are talking as caring, compassionate people who have seen people suffering and you want to relieve the suffering. We too are caring, compassionate people or we wouldn't be putting our time into this committee.

I don't handle pain well myself and I handle it even less well among those I love. We're all caring and compassionate but a point comes when someone has to decide when you can justify giving somebody a terminal overdose. I am not sure where this point comes in. One of the doctors we had here last week told us that the bill doesn't have a definition of "commonly accepted medical practice". How on earth can we come up with a term like "commonly accepted" where you can accept active assistance in dying? Perhaps it's a rhetorical question but I would like a response.

Mr. Mills: I think it's important for you to know that the rate of suicide among people diagnosed with HIV infection, at somewhere around the middle stage of infection, is 36 times greater than it is for the general population. One of the reasons assigned in interpreting those figures is that people are afraid of a terrible death, of excruciating pain, of not being able, as Margaret talked about, to have their pain adequately controlled.

[*Traduction*]

choix que nous avons énumérés à la suite d'une question que j'ai posée tout à l'heure—est-ce l'un de ceux-là?

M. Cockrill: De façon générale, nous préférons parler de ceux qui vivent avec le SIDA, de ceux qui vivent bien avec le SIDA et ces gens ... Vivre bien, c'est être autonome, décider pour soi. Nous ne cherchons pas à inciter les gens à agir d'une façon ou d'une autre. C'est peut-être l'une des raisons qui font qu'il n'y a pas eu de grand débat sur l'euthanasie dans les groupes de défense des sidatiques au Canada jusqu'à une date récente. Je crois que nous avons insisté sur la qualité de la vie à d'autres stades de la maladie.

M. Fee: Monsieur le président, j'ai beaucoup de questions qui se bousculent dans ma tête et je ne sais trop laquelle va sortir.

Merci de votre exposé. Je pense que votre groupe représente une cause à laquelle les parlementaires doivent prêter l'oreille. On parle beaucoup de cette maladie, mais la population canadienne la connaît très mal. Je vous remercie d'avoir présenté ce document et de nous avoir fait part de vos idées.

Cela dit, comme à M. Boudria, certains termes que vous employez et la façon dont vous les utilisez me posent des problèmes. Vous commencez par parler du prolongement artificiel de la vie de nombreuses personnes, lesquelles ne veulent pas nécessairement que l'on prenne des mesures héroïques pour prolonger leur vie. C'était là l'esprit du projet de loi et je pense qu'on y souscrit en général. C'est pour cela qu'il est arrivé jusque-là. Si quelqu'un a décidé qu'il ne souhaite pas qu'un médecin fasse des pieds et des mains pour le garder en vie, on estime en général que cette volonté doit être respectée.

Mais vous dites ensuite que certains peuvent choisir la mort comme prochain traitement. Vous insistez encore à la page suivante lorsque vous dites: «Il faut respecter et appupyer les choix que font les personnes en phase terminale.» Cela me gêne. Quand je vous écoute, j'entends quelqu'un de dévoué, de compatissant, qui a vu souffrir les autres et qui veut soulager les souffrances. Nous aussi nous sommes dévoués et compatissants, sinon nous ne donnerions pas de nous-mêmes dans ce comité.

J'ai du mal à supporter la douleur et encore plus lorsque je suis parmi les miens. Nous sommes tous dévoués et compatissants, mais il arrive un moment où il faut décider qu'il est justifié de donner à quelqu'un une dose excessive qui mette un terme à ses souffrances. Je ne sais trop à partir de quand. L'un des médecins qui ont comparu la semaine dernière nous a dit que le projet de loi ne comportait pas de définition pour l'expression: «pratique médicale couramment acceptée». Comment diable peut-on arriver à une expression comme «couramment acceptée» lorsqu'il s'agit d'accepter d'aider activement quelqu'un à mourir? La question est peut-être de pure forme, mais j'aimerais avoir une réponse.

M. Mills: Il faut que vous sachiez que le taux de suicide parmi les personnes séropositives, vers le stade intermédiaire de la maladie, est 36 fois plus élevé que dans la population en général. Lorsqu'on essaye d'expliquer ces chiffres, on cite la crainte d'une mort terrible, de douleurs intenables de ne pouvoir, comme l'a dit Margaret, maîtriser suffisamment ses douleurs.

[*Text*]

• 1630

I think that when people are committing suicide because they're terrified about the end stage of their disease, that's the context from which we speak. I don't know that the Canadian AIDS Society necessarily advocates that point of view or suppports that position, but what they're saying is that this is the reality, that suicide among people diagnosed with HIV is 36 times greater than it is for the general population, and that what we have to look at is some of the choices that we could facilitate through the passage of this bill for the quality around the end of life.

Mr. Fee: We're talking beyond this bill really and what's intended here. I have a personal moral concern with us legalizing killing somebody, for whatever circumstances, a serious problem.

Mr. Cockrill: I don't think these references or descriptions of these situations are directly addressing what we see in the bill. We are just sort of opening another door and saying that maybe there need to be other discussions of other situations. That's essentially our—

Mr. Fee: That's where usually it ends up with this bill—talking one step byond it.

Mr. Kilger (Stormont—Dundas): Going back to Dr. Somerville's intervention earlier, she described the bill as a euthanasia bill. It did not include all of her amendments. Do our witnesses see this as a euthanasia bill?

Mr. Cockrill: I am not sure that I exactly heard Dr. Somerville call it very strongly a euthanasia bill. I wouldn't see this myself as a euthanasia bill. In fact I would really see it as a bill that is, for the most part, recognizing practices that already take place on the one hand, and on the other hand facilitating equal access to the same practices, the use, in particular, of pain-killing medications. I don't really see it as going much beyond that, so I wouldn't see it as a euthanasia bill.

Mr. Wenman: I don't know whether you're HIV positive or not, or whether you're facing this personally, but you obviously know people who are very close to it. First of all, is there an adequate scientific way of relieving pain through to death, any measure of pain? Is there a belief of that?

Secondly, is there a belief that generally doctors will, in fact, give that full measure of treatment that is required to minimize pain? How do you feel? How is it for you personally?

Mr. Cockrill: Personally I am HIV positive so I feel this in a very personal sense. I guess that I personally would be fearful of being in the kind of terminal situation where I no longer have control, and I'm fearful because of what I've seen happen to friends and other people, and their experiences in hospital.

I would say that palliative care is improving, and pain-killing measures are improving, but I would also say that they're not perfect. They're not necessarily what everyone wants who wishes to be in palliative care for as long as possible when there's no hope of ever having an improved quality of life afterwards.

[*Translation*]

Quand nous parlons, nous nous mettons à la place de ceux qui se suicident parce qu'ils sont terrifiés devant la phase finale de leur maladie. J'ignore si Société canadienne du SIDA prône nécessairement ce point de vue ou appuie cette position, mais elle montre que c'est la réalité, que le suicide parmi les séropositifs est 36 fois plus fréquent que dans la population en général, et qu'il faut envisager des options pouvant améliorer la qualité de la vie en phase terminale, grâce à l'adoption de ce projet de loi.

M. Fee: Nous dépassons le cadre de ce projet de loi et son esprit. L'idée de légaliser la possibilité de tuer quelqu'un, pour quelque raison que ce soit, me pose un grave problème moral.

M. Cockrill: Je ne crois pas que ces situations, évoquées ou décrites, ont un lien direct avec le projet de loi. Nous ne faisons qu'ouvrir une autre porte en disant qu'il faudrait peut-être discuter d'autres situations. C'est là essentiellement notre . . .

M. Fee: C'est généralement ce qui se produit avec ce projet de loi—on dépasse sa portée.

M. Kilger (Stormont—Dundas): Pour en revenir à l'intervention préalable du docteure Somerville, elle a parlé de ce projet de loi comme d'un projet de loi sur l'euthanasie. Il ne contient pas tous les amendements qu'elle souhaite. Nos témoins estiment-ils qu'il s'agit d'un projet de loi sur l'euthanasie?

M. Cockrill: Je ne me souviens pas d'avoir entendu le docteure Somerville l'appeler précisément projet de loi sur l'euthanasie. Ce n'est pas non plus ainsi que je le décrirais. Je dirais plutôt qu'il s'agit d'un projet de loi qui reconnaît essentiellement des pratiques qui ont déjà cours, d'une part, et qu'il donne une plus grande égalité d'accès aux mêmes pratiques et notamment à l'utilisation des analgésiques, d'autre part. Je ne pense pas vraiment qu'il aille plus loin que cela et je n'y vois pas un projet de loi sur l'euthanasie.

M. Wenman: J'ignore si vous êtes vous-même séropositif ou si cette réalité vous touche personnellement, mais il est évident que vous connaissez des gens pour qui c'est une réalité toute proche. Tout d'abord, existe-t-il un moyen scientifique propre à soulager la douleur jusqu'à la mort—n'importe quelle douleur? C'est possible?

Deuxièmement, pense-t-on que les médecins vont en général donner tout le traitement nécessaire pour réduire la douleur? Quels sont vos sentiments? Qu'en est-il pour vous personnellement?

M. Cockrill: Dans mon cas, je suis séropositif et je ressens donc cela de façon très personnelle. Je crois que j'aurais peur d'être en phase terminale et de ne plus maîtriser la situation; et si j'ai peur; c'est parce que j'ai vu ce qui est arrivé à des amis et à d'autres et ce qu'ils ont vécu à l'hôpital.

Je dirais que les soins palliatifs s'améliorent, et les méthodes de suppression de la douleur aussi, mais ce n'est pas parfait. Ce n'est pas nécessairement ce que souhaitent ceux qui veulent rester le plus longtemps possible en soins palliatifs alors qu'il n'y a aucun espoir que leur qualité de vie s'améliore jamais.

[*Texte*]

• 1635

I think there's a rather uneven level of care. I've heard a lot of stories of people who have suffered incredibly because the administration of morphine or other pain-killing medications was uneven. It was stopped or the quantities were reduced because family members wanted to have a better discussion. There are a lot of situations that make that kind of care far from perfect. It certainly is not an ideal situation for every individual.

Mr. Wenman: Is it true that a lot of people who have HIV infection—in fact you mentioned the high level of suicide—are creating their own escape route through the stocking of such medication? Again, it is based on the fear that the physician will be afraid to give them that relief from pain for fear of prosecution. Therefore it's hard to find the doctor. People out there with HIV, searching for their own doctor, may not understand that there are not enough doctors that do understand.

Mr. Cockrill: I think they're not just searching for a doctor, they're searching for a friend or someone on the street. I think there are a lot of people with AIDS who are dying in extremely unfortunate ways, because they don't and can't go to their doctor. There are a lot of doctors who don't want to know anything about patients dying, or about giving them large doses of pain relief. I think that's why we support this bill. I think it will improve the quality of options people have. I think we would say it's preferable for people to receive pain relief from their physicians. Otherwise they wander around among people who don't know much about pain relief, who don't know much about using medications, and have them do it. That's happening today. People are going elsewhere, because the physician doesn't feel comfortable with the law as it stands.

Mr. Wenman: There are probably many people who would prefer to die peacefully and comfortably, with maximum sedation, with their friends and family around them, under the care of a doctor who can give that assurance. But as a result of it not being there, as a result of the law, many people die alone, committing suicide in a horrible way. If such a bill were passed, we might be able to alleviate some of those. In fact we might reduce some measure or at least some desperation. Is that what you're saying?

Mr. Mills: The third thing that you forgot is dying in excruciating pain over a longer period of time in some sterile clinical setting. I think that's where we're at right now.

Mr. Wenman: Excellent presentation. I think we all understand very clearly.

The Chairman: Yes. I'd like to thank you for appearing before us with your testimony. You will realize, of course, that the laws we make are for 27 million people. But I think your point of view deserves not only a hearing, but consideration. Your testimony will get every consideration with this committee. I do thank you for appearing.

Mr. Mills: Thank you, Mr. Chairman.

[*Traduction*]

Je crois que la qualité des soins varie beaucoup. J'ai entendu toutes sortes d'histoires de gens qui souffraient terriblement parce que l'administration de la morphine ou d'un autre calmant était irrégulière. On l'interrompait ou on diminuait la dose parce que les membres de la famille souhaitaient pouvoir mieux discuter avec le malade. Il y a toutes sortes de situations qui font que ce genre de soins sont loins d'être parfaits. Ce n'est pas l'idéal pour tout le monde.

M. Wenman: Est-il vrai que bon nombre de séropositifs—vous avez d'ailleurs parlé du nombre élevé des suicides—préparent leur propre dispositif d'évasion en se constituant un stock de calmants? Parce qu'on craint que le médecin n'ose pas soulager leur douleur par crainte de poursuites. Il est donc difficile de trouver un médecin. Les séropositifs qui se cherchent un médecin ne savent peut-être pas qu'il n'y en a pas suffisamment qui comprennent vraiment.

M. Cockrill: Ils ne cherchent pas rien qu'un médecin, ils cherchent un ami ou un étranger. Je crois qu'il y a beaucoup de sidatiques qui meurent dans des conditions misérables parce qu'ils ne s'adressent pas et ne peuvent pas s'adresser à leur médecin. Bien des médecins ne veulent pas entendre parler de malades en phase terminale ou avoir à leur donner de fortes doses d'analgésiques. C'est pourquoi je pense, nous sommes pour ce projet de loi. Je pense qu'il améliorera la qualité des choix possibles. Il vaudrait mieux que ce soit les médecins qui soulagent la douleur de ces gens. Sinon, ils vont errer au milieu de gens qui ne connaissent pas grand-chose à la question, qui ne connaissent pas bien les médicaments et vont leur demander de les leur administrer. C'est ce qui arrive aujourd'hui. Les gens vont ailleurs parce que les médecins ne sont pas à l'aise avec la loi actuelle.

M. Wenman: Il y a sans doute beaucoup de gens qui préféreraient mourir calmement et confortablement, avec le maximum de sédatifs, avec autour d'eux leurs amis et leurs proches, sous la surveillance d'un médecin qui les rassure. Mais parce que cela ne se fait pas, à cause de la loi, nombreux sont ceux qui meurent seuls ou qui se suicident dans des conditions terribles. En adoptant ce projet de loi, on pourrait améliorer certaines de ces situations. On pourrait en fait au moins atténuer en partie le désespoir. C'est ce que vous voulez dire?

M. Mills: Vous avez oublié une troisième chose, c'est le fait de mourir dans des douleurs atroces et prolongées dans un milieu clinique stérile. C'est là que nous en sommes maintenant.

M. Wenman: Ce fut un excellent exposé. Je crois que nous comprenons tous très bien.

Le président: Oui. Je tiens à vous remercier d'être venu témoigner aujourd'hui devant nous. Vous comprenez bien sûr que les lois que nous adoptons sont valables pour 27 millions de personnes. Mais j'estime que votre point de vue mérite non seulement qu'on l'entende, mais aussi qu'on en tienne compte. Le comité accordera toute l'attention nécessaire à votre témoignage. Merci d'être venu.

M. Mills: Merci, monsieur le président.

[*Text*]

Mr. Cockrill: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: My colleagues, we seem to be moving along at a very disciplined clip. I must compliment you.

I would ask now that Dr. Margaret Scott, from the Canadian Cancer Society, please approach the chair. I welcome you, Dr. Scott. Perhaps you could tell us a little bit about yourself and your association before you give your testimony and begin to answer our questions.

Dr. Margaret Scott (Canadian Cancer Society): Thank you, sir. It's a pleasure to be here. My name is Margaret Scott. I'm a medical doctor. I've been dealing only with dying patients for fourteen years and I've had over a thousand patients die.

I was on the first federal guidelines committee for palliative care in Ottawa. I was the Canadian representative on the U.S. Hospice Board for two years; I was seven years palliative care consultant for the Ontario government; I was three and a half years physician in charge of the palliative care unit at the Royal Victoria Hospital. I am currently Associate Professor of Medicine in St. John's, Newfoundland, and provincial consultant for palliative care for the Cancer Foundation. I was just recently chairperson of a task force for the Canadian Cancer Society to chair a policy on palliative care, which they in fact have been trying to do for 14 years, and we've done it. It was ratified last month. I am here at the request of the Canadian Cancer Society, and very pleased to be here in my own right, as well.

• 1640

My proposal is that I walk us through, to use a current term, my suggestions about Bill C-203. I have made two additions and one deletion and I can speak to it as I go. This is only my suggestion for some amendments that I see necessary, not the full picture, and I will be brief.

First I ask that you note that everywhere the word "person" is, there is an asterisk. I would like that to uniformly read "terminally ill person". The only other additions are in paragraph 217.(1)(c), after "preventing a qualified medical practitioner from commencing or continuing to administer palliative care and measures", and in paragraph 246.(b) after "commences or continues to administer palliative care or measures". My addition is:

> primarily intended to eliminate or relieve the physical suffering of a terminally ill person for the sole reason that such care or measures will or are likely to shorten the life expectancy of the terminally ill person.

Those are my two additions. I have made a deletion. In paragraph 217.(b) and paragraph 246.(a)(ii), I have deleted the expression that is in the original bill. The preceding sentence would read:

> medical treatment to a terminally ill person where such treatment is medically useless and not in the best interests of the person

[*Translation*]

M. Cockrill: Merci, monsieur le président.

Le président: Chers collègues, nous semblons aller bon train. Je vous en félicite.

Je demanderais maintenant au Dr Margaret Scott, de la Société canadienne du cancer, de s'approcher. Soyez la bienvenue, docteure Scott. Je vous invite à vous présenter brièvement, vous et votre association, avant de faire votre témoignage et de répondre aux questions.

La docteure Margaret Scott (Société canadienne du cancer): Merci, monsieur. Je suis très heureuse d'être ici. Je m'appelle Margaret Scott. Je suis médecin. Voilà quatorze ans que je ne m'occupe que de mourants, et j'ai vu mourir plus d'un millier de malades.

J'ai fait partie du premier comité chargé des directives fédérales en matière de soins palliatifs, à Ottawa. J'ai représenté le Canada pendant deux ans au U.S. Hospice Board, j'ai conseillé pendant trois ans le gouvernement de l'Ontario sur les soins palliatifs, et j'ai été pendant trois ans et demie responsable de l'unité de soins palliatifs de l'Hôpital Royal Victoria. Je suis actuellement professeure associée de médecine à St. John's, Terre-Neuve, et consultante provinciale en matière de soins palliatifs auprès de la Fondation du cancer. J'ai récemment présidé un groupe de travail de la Société canadienne du cancer chargé d'établir une politique sur les soins palliatifs, chose qui traînait depuis 14 ans, et cette politique a été ratifiée le mois dernier. Je me présente aujourd'hui devant vous à la demande de la Société canadienne du cancer, et je dois dire que je suis également très heureuse de m'adresser à vous en mon nom propre.

Je me propose de vous exposer brièvement mes recommandations au sujet du projet de loi C-203, qui concernent deux ajouts et une suppression. Ce sont à mon avis les seuls amendements nécessaires, et je vais vous les présenter brièvement.

Vous pouvez d'abord constater que j'ai ajouté dans mes propositions un astérisque aux mots «personne» et «malade», et c'est parce que je souhaite que l'on ajoute, juste après, l'expression «en phase terminale». Les autres ajouts concernent l'alinéa 217.(1)c), après l'expression «d'interdire à un médecin qualifié de commencer ou continuer à administrer des soins palliatifs et des mesures», ainsi que l'alinéa 246.b), après «losqu'il commence ou continue à administrer des soins palliatifs et des mesures». Dans les deux cas, je voudrais que le texte qui suit soit le suivant:

> principalement destinés à supprimer ou à soulager les souffrances physiques d'une personne en phase terminale, du seul fait que ces soins ou ces mesures abrégeront ou sont susceptibles d'abréger l'expectative de vie de cette personne en phase terminale.

Voilà donc mes deux ajouts. Je propose également de supprimer une expression que l'on trouve dans la version originelle du projet de loi, à l'alinéa 217.b) et au sous-alinéa 246.a)(ii). Ces alinéas devraient se limiter au texte qui suit:

> lorsque ce traitement est médicalement inutile et n'est pas dans l'intérêt véritable du malade.

[*Texte*]

The bill reads:

> except where the person clearly requests that such treatment be commenced or continued

I submit that if in fact a medically useless treatment is requested by the patient, to give it adds to a sense of desperation on the part of patient and family. It will not work if it is medically useless. It is giving a false sense of assurance to patient and family. Also, as cost containment becomes more of our responsibility, technically society cannot tolerate giving medically useless treatment in most cases. There are of course exceptions, but on the whole the request for a medically useless treatment needs to be approached in a sympathetic, professionally competent way, and the desperation behind such a request seen and addressed.

In the interests of time, I haven't read the whole thing, so just to repeat, where "person" is, I have asked that "terminally ill" be uniformly given; that the term "primarily intended to eliminate or reduce suffering" be added to the palliative care definition and that the deletion that I mentioned be made.

After we move through that, I put down that we need definitions of " qualified medical practitioner", "terminally ill", "medically useless", and "palliative care". This is a rather big task. However, I would like to make some suggestions. You have in the text of the bill the qualification about a qualified medical practitioner, which I fully agree with; it is straightforward. "Terminally ill" is difficult. The U.S. is having major trouble with it. I would propose—and this is just a suggestion, not the full answer—biological irreversible damage incompatible with life, usually a matter of hours to days, occasionally weeks. If you go longer than that you get into the category of very serious chronic illness that will eventually become terminal, and this has big clinical ramifications. If somebody is chronically ill versus terminally ill, your management is and should be quite different.

• 1645

Each patient needs a very individual assessment on this issue. There must not be any formulas: we are not robots; we are people. So I suggest that for discussion.

For "medically useless", I would very summarily say "will not work or is not working". That is just a common-sense term with regard to "medically useless".

For a definition of "palliative care", I would like to read you a very brief statement from the Health and Welfare Canada Guidelines, Ottawa Revision in 1989, in which "palliative care" is defined as "a program of active compassionate care primarily directed toward improving the quality of life for the dying".

[*Traduction*]

À l'heure actuelle, on trouve ensuite dans le projet de loi:

> à moins que celui-ci ne demande qu'il soit commencé ou continué.

À mon avis, si le malade demande un traitement médicalement inutile, cela ne fait que contribuer à son désespoir et à celui de sa famille. Cela ne peut avoir aucun effet bénéfique sur le plan médical. Cela revient à donner au patient et à sa famille un faux sentiment de sécurité. En outre, comme nous devons de plus en plus maîtriser les dépenses publiques, la société ne peut plus tolérer, dans la plupart des cas, d'octroyer des traitements médicalement inutiles. Bien sûr, il peut y avoir des exceptions mais, de manière générale, on doit réagir avec sympathie mais aussi avec compétence professionnelle lorsqu'un malade réclame un traitement médicalement inutile. Il faut bien sûr tenir compte du désespoir que cela révèle.

Pour vous faire gagner du temps, je n'ai pas lu tout le texte des modifications que je propose. Je répète donc simplement en disant qu'il conviendrait d'ajouter «en phase terminale» chaque fois que l'on parle de «personne» ou de «malade»; que l'on ajoute l'expression «principalement destinés à supprimer ou à soulager les souffrances» lorsqu'on parle des soins palliatifs; et que l'on supprime le passage que j'ai évoqué.

Cela dit, je crois qu'il conviendrait également de définir dans la loi les expressions «médecin qualifié», «en phase terminale», «médicalement inutile» et «soins palliatifs». Évidemment, ce ne sera pas chose facile, mais je peux formuler quelques recommandations à ce sujet. Le projet de loi parle de médecin «qualifié», ce qui me paraît une précision tout à fait nécessaire et compréhensible. En ce qui concerne «en phase terminale», c'est une expression plus difficile à définir, comme les Américains ont pu le constater. Je propose de parler à ce sujet, même si ce n'est pas la réponse définitive au problème, de dommage biologique irréversible et incompatible avec la vie, ce qui est une question d'heures ou de jours, parfois de semaines. Si l'on parle d'une période plus longue, on arrive dans la catégorie des maladies chroniques très graves, qui peuvent éventuellement aboutir à une phase terminale, mais cela pose toutes sortes d'autres problèmes cliniques importants. Autrement dit, on ne traite pas de la même manière une personne en maladie chronique et une personne en phase terminale.

Chaque cas doit être examiné individuellement. Il ne peut pas y avoir de formule préétablie; nous ne sommes pas des robots.

En ce qui concerne l'expression «médicalement inutile», on pourrait simplement dire qu'il s'agit d'un traitement qui «ne marche pas ou ne marchera pas». Il s'agit simplement d'une définition de bon sens.

Pour ce qui est des «soins palliatifs», on pourrait très simplement s'inspirer des lignes directrices de Santé et Bien-être Canada, révisées en 1989, qui parlent à ce sujet de programme de soins actifs de compassion essentiellement destiné à améliorer la qualité de vie des mourants.

[*Text*]

The second definition comes from the best statement I have found, from a position statement from the B.C. Hospice/Palliative Care Association. I would like to read it; it is only three paragraphs.

The B.C. Hospice/Palliative Care Association defines euthanasia as the intentional act of causing another person's death for compassionate reasons. Hospice/palliative care is the active compassionate care of a person whose disease is no longer responsive to treatment aimed at cure. Hospice/palliative care seeks neither to hasten nor to postpone death. The relief of suffering—physical, emotional, and spiritual—is the primary goal. Care is interdisciplinary in its approach and encompasses the needs of the patient, the family, and the community.

The B.C. Hospice/Palliative Care Association affirms life, recognizes that death is the natural end to life, and provides compassionate relief of physical, emotional, and spiritual suffering until death occurs.

B.C. Hospice/Palliative Care Association is opposed to euthanasia.

Moving on, my second page does say that the principle that must be addressed and that this bill is attempting to address is what is the responsibility of doctors concerning treatment in irreversible life-threatening situations? It is absolutely paramount, in my opinion, that we get the professional bodies associated to have their statement with regard to this. We must hear from the Canadian Medical Association and allied health care professionals if this is concerning the responsibility of their constituent members.

I know that Mr. Wenman has categorically stated that this bill is not about assisted suicide or euthanasia; I, however, do need to make a couple of statements.

I use Dr. Somerville's definition of euthanasia, killing for the purpose of relieving suffering. Assisted suicide I don't define; I think it's axiomatic.

I have a couple of observations, which you have undoubtedly heard over the last 20-plus presentations. Society is not safe if euthanasia and assisted suicide become legal. Not that this bill says that, but I am repeating the obvious. The very interesting current important fact is that in Holland it is now recognized that whereas euthanasia has been widely practised, the frail and the elderly are now becoming afraid to go to doctors and hospitals. So the one country in the world that has experience with practised euthanasia is now finding a societal spin-off, so to say—and a very important one that we must note.

[*Translation*]

La deuxième définition que l'on peut envisager serait celle figurant dans une prise de position de la B.C. Hospice/Palliative Care Association, qui ne comprend que trois paragraphes et que je vais vous lire.

La B.C. Hospice/Palliative Care Association définit l'euthanasie comme étant l'acte visant délibérément à provoquer le décès d'une autre personne pour des raisons de compassion. Les soins palliatifs désignent les soins actifs de compassion fournis à un malade qui ne répond plus aux traitements de guérison. Les soins palliatifs ne visent ni à accélérer ni à retarder la mort. Leur but essentiel est d'alléger les souffrances—physiques, psychologiques et spirituelles. Les soins palliatifs sont interdisciplinaires et doivent tenir compte des besoins du patient, de la famille et de la collectivité.

La B.C. Hospice/Palliative Care Association est en faveur de la vie, reconnaît que la mort est l'aboutissement naturel de la vie et prône la prestation de soins de compassion destinés à atténuer les souffrances physiques, psychologiques et spirituelles dans l'attente de la mort.

La B.C. Hospice/Palliative Care Association s'oppose à l'euthanasie.

J'affirme ensuite dans mon mémoire que le principe fondamental dont il faut tenir compte est celui de la responsabilité des médecins en matière de traitements de personnes souffrant d'une affection mortelle irréversible. Il est à mon avis absolument essentiel que les associations professionnelles de médecins prennent clairement position à cet égard. Autrement dit, nous devons demander à l'Association médicale canadienne et aux autres associations oeuvrant dans le domaine médical de définir les responsabilités de leurs membres à cet égard.

Je sais que M. Wenman a catégoriquement affirmé que ce projet de loi ne concerne pas le suicide assisté, ni l'euthanasie. Je tiens cependant à faire quelques commentaires à ce sujet.

En ce qui concerne l'euthanasie, j'accepte la définition du docteur Margaret Somerville, qui dit qu'il s'agit de tuer pour atténuer les souffrances. En ce qui concerne le suicide assisté, je ne pense pas qu'il soit nécessaire de le définir, tout le monde comprend de quoi il s'agit.

Je ne doute pas que d'autres témoins vous aient déjà adressé des remarques semblables aux miennes à ce sujet. Si on légalise l'euthanasie et le suicide assisté, on place la société devant un péril considérable. Certes, ce n'est pas ce que fait ce projet de loi, mais il faut se rendre à l'évidence. On reconnaît aujourd'hui en Hollande, et c'est là une constatation très importante et très intéressante, que les personnes âgées et certains malades craignent aujourd'hui d'aller voir un médecin ou de se rendre dans un hôpital dans les régions où l'euthanasie est couramment pratiquée. Autrement dit, dans le seul pays au monde où l'euthanasie a été régulièrement pratiquée, on constate que cela a des conséquences sociales importantes, que l'on ne saurait passer sous silence.

[*Texte*]

Doctors have to take only one oath—I am moving through the next category now, and I am moving fast—which is to do no harm. In fact, their mandate is to cure sometimes and to care always. That's the doctor's job, period—too simply stated, but in fact correct.

• 1650

Patients and families have one right: terminally ill patients have the right to pain and symptom control. As Dr. Somerville strongly put it, it should be illegal to have somebody in severe pain. I would state that loudly and clearly, and I do in the different forums in which I work. Severe pain should be illegal.

Patients have a right to pain and symptom control for the quality of life, but they also have the right, as we have just heard eloquently expressed, not to have death prolonged. The dying process should not be prolonged.

Palliative care gives appropriate care with no extraordinary means. Acute care has the same principle. This bill is attempting to address the fact that in some sectors, particularly the acute care stream, there is apprehension about giving "appropriate care".

A basic principle in law—and I am not a lawyer—is that it is not our right to kill. Bill C-203 must be very clear about this, and not facilitate assisted suicide or euthanasia.

To emphasize the fact that this is not a form of excessive concern, I need to mention six things everyone in this room is aware of. Within the past six months—in fact 13 days ago—the *The Globe and Mail* reported that the B.C. royal commission of six commissioners in their 300-page report advocate changes to the Criminal Code allowing terminally ill patients to die with dignity—please note this; this is serious—either by refusing medical treatment—which is what this bill is about—or by legally entitling a health care worker to help such a patient commit suicide. This was one sentence in the *The Globe and Mail* of 13 days ago.

Sixteen days ago, the local Canadian papers quoted the Dutch legislature as considering what jail term the physicians should get if they do not facilitate euthanasia. In the past six months, we have had the dreadfully harrowing stories of the suicide machine in Detroit. We have the Axworthy bill proposed in this building. We have had Washington State only by 8% defeat an active euthanasia bill. Oregon, California and Washington, D.C., have publically stated that they have learned the mistakes made in Washington State, e.g., that the frail and the elderly were not given enough reassurance that they will be included in their pending legislation, which is to come within the next 12 months.

[*Traduction*]

Je passe maintenant immédiatement au sujet suivant. Le seul serment que doivent prononcer les médecins est de ne pas causer de tort aux patients. Cela dit, leur rôle est de guérir, parfois, et de traiter, toujours. Voilà ce que doit faire le médecin, et il n'y a rien à y ajouter. Cela peut paraître simple, mais c'est la vérité.

Les patients et les familles ont un droit, les patients en phase terminale ont quant à eux droit à l'atténuation des souffrances et des symptômes. Comme l'affirme vigoureusement le docteure Somerville, il devrait être illégal d'imposer de fortes souffrances à qui que ce soit, opinion que je partage sans réserve et que je ne cesse d'exprimer chaque fois que j'en ai l'occasion. Les souffrances extrêmes devraient être illégales.

Les patients ont droit à l'atténuation de leurs souffrances et de leurs symptômes pour améliorer leur qualité de vie, mais ils ont aussi le droit, comme certains l'ont déjà affirmé avec beaucoup d'éloquence, à ce que leur mort ne traîne pas excessivement. Il n'y a pas de raison de prolonger la mort.

Les soins palliatifs sont des soins appropriés, sans méthodes extraordinaires. Les soins aigus reposent sur le même principe. Ce projet de loi concerne l'appréhension que peuvent nourrir certaines personnes, notamment celles qui sont responsables des soins aigus, lorsqu'elles sont appelées à donner des soins appropriés.

Bien que je ne sois pas juriste, l'un des principes fondamentaux de notre régime de droit est qu'il est défendu de tuer. À mon avis, il faudrait que le projet de loi C-203 l'indique très clairement, en disant que son objectif n'est pas de faciliter le suicide assisté ni l'euthanasie.

Toutefois, pour souligner le fait que cela ne constitue pas une préoccupation excessive de ma part, je voudrais mentionner six choses dont vous avez sans doute tous entendu parler. Il y a 13 jours, le *Globe and Mail* rapportait que les six commissaires de la commission royale de la Colombie-Britannique ont recommandé, dans un rapport de 300 pages, que le Code criminel soit modifié pour permettre aux patients en phase terminale de mourir avec dignité—et je vous prie de prêter attention à cela, c'est très sérieux—soit en refusant les traitements médicaux—ce qui est l'objet de ce projet de loi—soit en donnant le droit légal à un travailleur de la santé de les aider à se suicider.

Il y a 16 jours, des journaux canadiens ont rapporté que l'assemblée législative des Pays-Bas discute des peines de prison dont seraient passibles les médecins de ce pays s'ils ne facilitaient pas l'euthanasie. Au cours des six derniers mois, nous avons pu lire des rapports de presse effrayants sur l'invention de la machine à se suicider, à Détroit. Ici même, nous avons pu lire le projet de loi Axworthy. Dans l'État de Washington, un projet de loi sur l'euthanasie n'a été rejeté que par une majorité de 8 p. 100 de la population. Dans l'Oregon, en Californie et dans la capitale des États-Unis, Washington, des personnes ont publiquement déclaré qu'elles avaient tiré des leçons des erreurs faites dans l'État de

[*Text*]

Finally, in the last six months only, we have Derek Humphrey's book on the best-seller list.

So concern about assisted suicide and euthanasia is not a form of hysteria. It is a very major fact.

I would like to finish by telling this assembly four questions those of us dealing with pain and symptom control in end-stage patients—and I refer you back to the fact that I have had over 1,000 such patients—ask ourselves every day, sometimes five times a day.

Why am I considering this treatment? Is it because it can be done or should be done? It is a difference. Who would I be treating with this treatment or intervention: the patient, the family, the remaining staff or myself in my frustration of not being able to do anything?

Next, is the treatment or intervention I am considering a useful one? Will it work technically? And last and most important maybe, will this intervention prolong living or prolong dying? None of us wants to prolong dying.

What we need is clinically compassionate and appropriate therapy, consensus reached with patient, family and health care staff and society secure that we have good laws.

The Chairman: Thank you, Dr. Scott.

Mr. Wenman: In the amendments you suggested, "terminally ill" seems to be running consistently through the presentation, adding that to the bill. As for the term "medically useless", omitting it has been running relatively consistently through the bill. As the author of the bill, I certainly see these as realistic kinds of amendments. I have no—

Dr. Scott: That's not the one I wanted deleted. I wanted the subsequent sentence, "unless requested by the patient".

• 1655

Mr. Wenman: If in fact we can amend the bill accordingly, would you feel this would be a good law to pass in Canada?

Dr. Scott: If terminally ill is specified, if the provision that patients requesting something that's useless is deleted, and if they primarily intended to relieve suffering as the characteristic of palliative care, yes, with the additional input from the Canadian Medical Association.

Mr. Wenman: Yes.

Dr. Scott: We cannot pass a bill concerning liability of doctors and professional duties without input, in my opinion, from the Canadian Medical Association.

[*Translation*]

Washington, c'est-à-dire que l'on avait pas donné d'assurances suffisantes aux personnes frêles ou âgées, et que leurs cas seraient pris en considération dans les nouveaux projets de loi que ces États allaient proposer dans les 12 prochains mois. Finalement, le livre de Derek Humphrey's figure depuis six mois sur la liste des meilleurs vendeurs.

Nos préoccupations au sujet du suicide assisté et de l'euthanasie ne relèvent donc pas de l'hystérie. Elles sont tout à fait légitimes.

Je voudrais terminer en mentionnant quatre questions que ceux qui s'occupent, comme moi, de personnes en phase terminale—et je vous rappelle que j'ai eu à en traiter plus de 1,000—se posent tous les jours, parfois plusieurs fois par jour.

Pourquoi est-ce que j'envisage un traitement donné: parce qu'il peut être offert ou parce qu'il devrait l'être? Ce sont deux situations très différentes. Qui va bénéficier du traitement ou de l'intervention que j'envisage: le patient, la famille, le personnel hospitalier, ou moi-même, qui suis incapable de faire autre chose?

Le traitement que j'envisage est-il considéré comme un traitement utile? Sera-t-il efficace sur le plan technique? Finalement, et c'est peut-être l'élément le plus important, ce traitement va-t-il prolonger la vie ou faire durer la mort? Personne ne veut que la mort soit un processus interminable.

Ce qu'il faut, c'est fournir des soins de compassion et des soins appropriés, en veillant à ce que le patient, la famille, le personnel médical et la société parviennent à un consensus, en s'appuyant sur une législation appropriée.

Le président: Merci, docteure Scott.

M. Wenman: Le premier amendement que vous proposez consiste à ajouter «en phase terminale», dans plusieurs parties du projet de loi. En ce qui concerne «médicalement inutile», vous proposez de supprimer cette expression, alors qu'on la retrouve également plusieurs fois. Comme je suis l'auteur du projet de loi, je dois dire que ces amendements me semblent assez réalistes. Je n'ai pas...

Dre Scott: Non, ce n'est pas cette expression que je veux supprimer. Il s'agit plutôt de ce qui suit, c'est-à-dire «à moins que le patient ne le demande».

M. Wenman: Si nos amendements étaient acceptés, croyez-vous que ce projet de loi devrait être adopté?

Dre Scott: Oui, à condition que l'on précise qu'il s'agit de personnes en phase terminale, que l'on supprime la référence aux patients réclamants des traitements médicalement inutiles, et que l'on précise que les soins doivent être essentiellement destinés à atténuer les souffrances, ce qui est une caractéristique des soins palliatifs. Il faudrait en outre obtenir la contribution de l'Association médicale canadienne.

M. Wenman: Certes.

Dre Scott: Nous ne pouvons pas adopter un projet de loi concernant les responsabilités des médecins et du personnel médical sans demander l'avis de l'Association médicale canadienne.

[*Texte*]

Mr. Wenman: Do you think the Canadian Medical Association has made input in what they have passed as their basic ethics or basic common practice this summer? Is that a statement of where they are?

Dr. Scott: I apologize because I cannot give you an efficient answer on that. I can't correlate their current statement with this bill. I would have to ask that somebody else do that.

Mr. Wenman: As a doctor who practises in this area, I would like you to tell me what you think common practice is today. For example, have you yourself or do you know doctors who have in fact stopped treatment or allowed their patients to withdraw from treatment?

Dr. Scott: Absolutely.

Mr. Wenman: All the time? Common practice?

Dr. Scott: Common practice in my field, but that's what my field is. I come in where cure is no longer possible and care is only feasible, and every intervention has to be assessed in the light of why you're doing it.

Mr. Wenman: Yes. I'm referring to terminally ill according to this bill.

As my second point, have you or any other doctor you know ever given medication to relieve pain and suffering that may have hastened death?

Dr. Scott: Yes.

Mr. Wenman: And that is common practice?

Dr. Scott: Yes. Now we're dealing with two kinds of patients. You're dealing about pain control, you're talking narcotics, and you are talking narcotic naive or narcotic tolerant. Everyone in this room is almost certainly narcotic naive, and 10 milligrams of morphine as a representative dose would make us all very drowsy and likely incapable of driving, whereas if you're on chronic administration of morphine for chronic pain, you get started on your dose until you convert to narcotic tolerant, and then your dose requirements can safely escalate steadily. The same dose that would be lethal for anyone in this room is tolerated well if it is properly prescribed—the straight pharmacology of whether you're dealing with narcotic naive or narcotic tolerant.

Mr. Wenman: In the case of the Netherlands' experience with practising euthanasia, is it not correct that in fact the way they got to practise euthanasia was not by a law of the Parliament of the Netherlands, but by the process of the slippery slope, which gave them no law until the courts made a decision and set out a series of guidelines? The court in effect allows the euthanasia. I'm saying the absence of law or a statement of law leaves it to common practice, and it is that slippery slope that in fact then occurs.

[*Traduction*]

M. Wenman: Croyez-vous que la position de l'Association médicale canadienne à ce sujet soit exprimée par les recommandations qu'elle a adoptées cet été en matière de déontologie et de pratiques médicales?

Dre Scott: Veuillez-m'excuser, je ne suis pas vraiment compétente pour répondre à cette question. Je ne sais pas si ce dont vous parlez concerne directement ce projet de loi. Vous devriez demander l'avis de quelqu'un d'autre.

M. Wenman: Puisque vous pratiquez dans ce domaine, je voudrais que vous me disiez quelle est, à votre avis, la pratique courante, aujourd'hui. Par exemple, vous est-il déjà arrivé de mettre un terme à des traitements, ou d'autoriser des patients à refuser des traitements?

Dre Scott: Absolument.

M. Wenman: Est-ce une pratique courante?

Dre Scott: C'est une pratique courante dans mon domaine, mais c'est précisément cela, mon domaine. Je n'interviens que lorsqu'il n'y a plus aucun espoir de guérison et que l'on ne peut plus envisager que des soins palliatifs. Cependant, chaque cas doit être analysé individuellement.

M. Wenman: Bien sûr. Je parle ici des patients en phase terminale dans le contexte du projet de loi.

Deuxième question: Vous est-il déjà arrivé, ou cela est-il arrivé à un autre médecin, de donner des médicaments destinés à atténuer les souffrances, et qui ont pu en fait accélérer la mort?

Dre Scott: Oui.

M. Wenman: Est-ce une pratique courante?

Dre Scott: Oui. Je dois préciser que nous parlons ici de deux types de patients. Il s'agit d'atténuer les souffrances, ce qui signifie qu'on parle de narcotiques, et il y a deux paliers différents de résistance aux narcotiques. Dans le premier cas, qui correspond sans doute à la plupart des personnes présentes ici, dix milligrammes de morphine nous rendraient probablement tous très somnolents et incapables de conduire une voiture. Par contre, si nous nous faisions administrer de la morphine de manière chronique, pour des douleurs chroniques, nous deviendrions de plus en plus tolérants et nos besoins augmenteraient probablement régulièrement, en toute sécurité. Autrement dit, une dose qui risque d'être mortelle pour la plupart des personnes présentes dans cette salle pourrait être parfaitement tolérée par des patients à qui elle serait administrée correctement. Il s'agir là d'un problème de pharmarcologie.

M. Wenman: En ce qui concerne les Pays-Bas, n'est-il pas vrai que la pratique de l'euthanasie s'y est répandue non pas parce qu'une loi a été adoptée, mais plutôt par suite d'une lente progression, étant donné qu'il n'y avait pas de loi tant que les tribunaux n'avaient pas pris de décision et fixé certains paramètres? En fait, ce sont les tribunaux qui autorisent l'euthanasie. D'après moi, c'est précisément quand il n'y a pas de loi que l'euthanasie peut devenir progressivement une pratique courante.

[*Text*]

Dr. Scott: I cannot speak to the accuracy of that statement. What I can tell you is that the last time I checked, which was in the past 12 months, there was not one hospice or palliative care program in Holland, so they do not have good pain control. I'm stating that fact; I'm not answering your observation.

The slippery slope fear is a legitimate one, but we still have to take charge of our patients' welfare and give them good pain control. There is not one hospice program in Holland.

Mr. Wenman: Nor is there government law. It's a matter of practice and a court decision.

Dr. Scott: It's going through now. Right now it's in the Dutch legislature.

Mr. Boudria: Assuming—this doesn't mean it's my position, I think most people recognize it isn't—that we proceed with this bill, I notice you made certain proposals for amendments. Have you by any chance had an opportunity to look at the last line of the bill, where it defines a medical practitioner as a person who is entitled to practise medicine or anyone working under the direction of that person?

• 1700

Dr. Scott: Yes, I saw that.

Mr. Boudria: That particular component of it, "a person working under the direction of", does that cause you some concern?

Dr. Scott: The only one who can prescribe drugs is a doctor.

Mr. Boudria: But anyone can administer drugs.

Dr. Scott: Oh, that is right. Doctors rarely do, in fact. It is usually nurses or family or patients themselves.

Mr. Boudria: Right.

Dr. Scott: But the prescription, the actual drug they have to take, has to come from the doctor. I am not quite sure I understand your question.

Mr. Boudria: Well, under 217(1) we have the definition of a medical practitioner, who is exempt from criminal prosecution if a number of conditions are met.

Dr. Scott: Yes.

Mr. Boudria: Now, that exemption or that protection would similarly be accorded to people who are not medical practitioners. Presumably, then, if someone who is not a medical practitioner but who is under the authority of a medical practitioner decides not to provide a certain medication, he would as well be exempt from. . .

Dr. Scott: Put that way, I would be concerned. Again, that is exactly the sort of thing we must have a ruling on by the official body of the Canadian Medical Association.

[*Translation*]

Dre Scott: Je ne saurais dire si vous avez raison. Ce que je puis vous dire, c'est que, lors des vérifications que j'ai faites au cours des 12 derniers mois, je n'ai pu identifier aucun programme de soins palliatifs ou de soins d'hospice en Hollande, ce qui signifie qu'il n'y a pas dans ce pays de programmes satisfaisants d'atténuation des souffrances. Je n'en tire aucune conclusion, j'expose simplement la réalité.

Il est légitime que l'on s'inquiète d'un glissement progressif vers l'euthanasie, mais il n'en reste pas moins que nous devons nous occuper sérieusement de nos patients, en atténuant leurs souffrances. En Hollande, il n'y a aucun programme approprié à cet égard.

M. Wenman: Et il n'y a pas non plus de loi à ce sujet. L'euthanasie relève de la pratique médicale et des décisions judiciaires.

Dre Scott: Mais l'assemblée législative des Pays-Bas est saisie d'un projet de loi actuellement.

M. Boudria: En supposant que ce projet de loi soit adopté—et tout le monde sait bien que ce n'est pas ma préférence—, je voudrais obtenir des précisions sur vos amendements. Avez-vous eu le temps d'analyser le dernier article du projet de loi, où l'on précise que «médecin qualifié» désigne toute personne qui a le droit d'exercer la médecine et toute personne qui travaille sous la direction d'un tel médecin?

Dre Scott: Oui, j'ai vu cette définition.

M. Boudria: Le passage concernant «toute personne qui travaille sous la direction» ne vous inquiète-t-il pas?

Dre Scott: Seuls les médecins sont autorisés à prescrire des médicaments.

M. Boudria: Mais n'importe qui peut les donner.

Dre Scott: C'est vrai. En fait, ce sont rarement les médecins qui donnent les médicaments aux patients, c'est le personnel infirmier, la famille, ou même les patients eux-mêmes.

M. Boudria: Exact.

Dre Scott: Mais seuls les médecins peuvent rédiger les ordonnances. Je ne suis pas sûre de bien comprendre votre question.

M. Boudria: En vertu du paragraphe 217(1), un médecin qualifié ne peut faire l'objet de poursuites si certaines conditions sont respectées.

Dre Scott: Oui.

M. Boudria: Avec le dernier article du projet de loi, cette protection sera également accordée à des personnes qui ne sont pas des médecins qualifiés. En effet, si une personne qui n'est pas habilitée à exercer la médecine décide de ne pas donner tel ou tel médicament à un patient, sous la direction d'un médecin qualifié, elle sera également protégée contre toute . . .

Dre Scott: Si ce que vous dites est vrai, c'est inquiétant. Voilà encore une fois pourquoi il est indispensable d'obtenir l'avis de l'Association médicale canadienne.

[*Texte*]

Mr. Boudria: Yes. Now, one of your colleagues in medical practice, Dr. John Scott—

Dr. Scott: He is a personal friend. We worked together and we are not related.

Mr. Boudria: Dr. John Scott, in his excellent brief that he gave to us, made a comparison with Holland. I will just read two sentences, Mr. Chairman, to accommodate your schedule:

> Canada faces a choice: to follow the pattern of the United Kingdom or the pattern of the Netherlands. The United Kingdom has pioneered the development of hospices and palliative medicine. It is known worldwide for the compassionate care and symptom relief its citizens are afforded. The Netherlands failed to develop hospices programs and as a result is known for its poor standard of palliative care and pain relief. In desperation, it has turned to euthanasia as a cheap solution to suffering.

The question I want to ask is very different from what Mr. Wenman has asked. That is, do you think, as I do, that the reason Holland has slipped in the direction it has is not because it did not have the proper legislation, it is because it did not provide the proper care?

Dr. Scott: I just said it hasn't got one hospice program—

Mr. Boudria: Oh, yes, I know that you have made that statement.

Dr. Scott: That was my point.

Mr. Boudria: But what I am identifying is that is an established fact in both what you have said and what I know.

Dr. Scott: I strongly believe that.

Mr. Boudria: But that is the cause of having gone in that direction.

Dr. Scott: I make two observations: They have too much euthanasia and they do not have any hospice programs, yes.

Mr. Boudria: And one is linked to the other.

Dr. Scott: Likely.

Mr. Boudria: Thank you.

Mr. Wilbee: I have a couple of thoughts. One, I believe you heard the previous discussion. One of the big concerns about this bill is the talk about the slippery slope. Mr. Boudria quoted part of it in his question to the previous witness. It says "because it is one step toward broadening the range of choices available to people with AIDS." We could say "cancer" in your situation. Do you agree with that statement? Do you feel that this bill is the first step in the slippery slope concept?

Dr. Scott: If it is, it has to be stopped. I do not see it if provisos are put in, for example, that the drugs be used with the primary intent of pain control, and if duly qualified practitioners are treating terminally ill patients with proper doses of drugs—with reference to the example I used between narcotic naive and narcotic tolerant, not just giving morphine, but giving it correctly.

[*Traduction*]

M. Boudria: En effet. L'un de vos collègues, le Dr John Scott . . .

Dre Scott: C'est un ami. Nous avons déjà travaillé ensemble, mais je dois vous dire que nous ne sommes pas parents.

M. Boudria: Dans son excellent mémoire, le Dr John Scott a tracé un parallèle avec la Hollande. Je vais vous lire simplement deux phrases de son mémoire, pour ne pas faire traîner les choses, monsieur le président.

> Le Canada a un choix à faire: suivre le modèle du Royaume-Uni ou le modèle des Pays-Bas. Le Royaume-Uni a été un chef de file en matière de soins palliatifs et d'hospices. On sait dans le monde entier que le Royaume-Uni est au premier plan en ce qui concerne les soins de compassion et l'atténuation des souffrances. En revanche, il n'y a pas aux Pays-Bas de programme d'hospices, et on sait dans le monde entier que les soins palliatifs y sont de mauvaise qualité. Incapables de trouver mieux, les Pays-Bas ont choisi l'euthanasie comme solution bon marché aux souffrances.

La question que je veux vous poser est très différente de celle que vous a posée M. Wenman. À votre avis, si les Pays-Bas ont glissé dans cette voie, est-ce parce qu'ils ne fournissent pas de soins appropriés à leurs patients, et non pas parce qu'ils n'ont pas adopté de loi adéquate?

Dre Scott: Je viens juste de dire que ce pays n'a pas de programme d'hospices . . .

M. Boudria: Oui, je sais que c'est ce que vous avez dit.

Dre Scott: C'était ce que je voulais dire.

M. Boudria: C'est un fait parfaitement établi, que nous connaissons très bien.

Dre Scott: J'en suis fermement convaincue.

M. Boudria: Mais ne croyez-vous pas que c'est à cause de cela que les Pays-Bas se sont tournés vers l'euthanasie?

Dre Scott: Je fais deux constatations: il y a aux Pays-Bas trop de cas d'euthanasie, et il n'y a pas de programmes d'hospices.

M. Boudria: Et ces deux faits sont reliés?

Dre Scott: Probablement.

M. Boudria: Merci.

M. Wilbee: Je voudrais revenir sur les discussions que vous avez eues avec M. Wenman. L'une des préoccupations fondamentales que pose ce projet de loi est précisément ce risque de glissement sur une pente dangereuse. M. Boudria y a fait allusion lorsqu'il a interrogé le témoin précédent. Certains disent qu'il s'agit d'une mesure destinée à élargir les choix offerts aux personnes atteintes du SIDA. Ne croyez-vous pas que l'on pourrait simplement remplacer le mot «sida» par le mot «cancer»? Croyez-vous que ce projet de loi risque d'être le premier pas sur la pente dangereuse?

Dre Scott: Si c'est le cas, il faut le bloquer. Personnellement, je ne le crois pas, à condition que des garde-fous soient mis en place, par exemple en disant que les médicaments doivent servir essentiellement à atténuer les souffrances, et que les médecins qualifiés doivent traiter les patients en phase terminale avec des doses appropriées de médicaments, ce qui me ramène à l'exemple que j'ai donné au sujet de la tolérance aux narcotiques, en disant qu'il ne suffit pas de donner de la morphine, il faut la donner correctement.

[*Text*]

I do not see it as the opening. . . I know Dr. John Scott has deep concern about that. I would do anything to avoid the introduction of euthanasia or assisted suicide, and if it became law I would stop practising the same day. A rather dramatic statement, but a correct one.

• 1705

I think there is a problem with the Criminal Code. There are a number of people inhibited by their treatment modalities because they fear prosecution. I cannot give you statistics. When I started to do my work on this, I asked a number of colleagues if it's a problem in the acute care sector, and my answer was yes. I think there is a gap in the Criminal Code. I think we need to increase the reassurance that doctors are not going to be prosecuted. But it has to be good medicine.

Mr. Wilbee: I just have brief notes, but your definition of terminally ill says biologically irreversible, incompatible with life for a few hours, a few days. And you talk about chronic versus terminally ill. Of course, the case we are all aware of at the present time is the young lady in Quebec who, in her early 20s, wants to pull the plug. What is the position—

Dr. Scott: Sir, if you look at her, she is incompatible with life due to her clinical situation, without mechanical assist. Take, for example, the Alzheimer's patient who can no longer swallow because of neurological deficit. The disease is her limiting factor. Her family might want a tube put down for force-feeding, but if she has shown indication of wanting to be let die when her time comes, that could be construed as assault.

In other words, the limiting factor for that young women in Quebec could be the fact that she can't breath without a machine. I have not been studying the case, but if that is the case, she is on an assisted life stream, which I think she could claim is assault. I am not a lawyer, but that is a possible interpretation of the facts as I have heard them. If she were my patient, I would know a lot more about it.

Mr. Fee: Dr. Scott, I want to thank you for your presentation. Your professional competence shows that it is obvious you are speaking from a broad background of medical knowledge, but you are representing the Canadian Cancer Society. Your position is adopted by the society as a whole?

Dr. Scott: I knew that was going to come.

Mr. Fee: Save the best until last.

Dr. Scott: I put that question to the Canadian Cancer Society and the answer I got was that they do not have a policy. They asked me to come here. They do not have a policy. Because of my work with them and the fact that they asked me, they would respect my input. They might not agree with it. That is the reality.

[*Translation*]

Je ne crois pas que ce soit un premier pas dangereux. Je sais que cela préoccupe gravement le Dr John Scott. Croyez-moi, je ferais n'importe quoi pour éviter que l'on en arrive à l'euthanasie ou au suicide assisté et, si cela devait être un jour autorisé par la loi, je cesserais de pratiquer le jour même. Vous allez peut-être dire que je dramatise mais, croyez-moi, c'est la vérité.

Je crois qu'il y a un problème avec le Code criminel; dans la mesure où certaines personnes hésitent à fournir certains traitements parce qu'elles craignent des poursuites. Je ne peux vous donner de statistiques là-dessus mais, lorsque j'ai commencé à travailler dans ce secteur, j'ai demandé à des collègues si ce problème existait dans le secteur des soins aigus et la réponse a été positive. Je crois qu'il y a une carence à cet égard dans le Code criminel et que nous devrions donner aux médecins la garantie qu'ils ne seront pas poursuivis, à condition qu'ils pratiquent de la bonne médecine.

M. Wilbee: Vous définissez la phase terminale comme étant l'état où des changements biologiques irréversibles se sont produits, et qui sont incompatibles avec la vie pendant quelques heures ou quelques jours. Vous avez ensuite opposé la notion de phase terminale à celle de maladie chronique. Bien sûr, nous avons tous entendu parler de l'affaire de cette jeune femme du Québec, qui est dans la vingtaine, et qui veut en finir. Quelle est la position—

Dre Scott: Dans son cas, sa situation est manifestement incompatible avec la vie sans assistance mécanique. À titre de comparaison, prenez le cas d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et qui ne peut plus absorber d'aliments à cause d'un déficit neurologique. Sa famille peut vouloir la nourrir de force, par un tube, mais si cette personne a indiqué qu'elle voulait mourir en paix quand son heure arriverait, cette alimentation de force pourrait être interprétée comme une agression.

Autrement dit, le facteur limitatif, dans le cas de la jeune femme du Québec, peut être le fait qu'elle ne peut respirer sans l'aide d'une machine. Je n'ai pas étudié son cas en détail mais, si telle est bien sa situation, elle survit actuellement grâce à une assistance mécanique, et elle pourrait prétendre qu'il s'agit là d'une agression. Je ne suis pas juriste, mais je crois qu'on pourrait interpréter la situation de cette manière. Si j'étais son médecin, j'en saurais beaucoup plus.

M. Fee: Je vous remercie de votre témoignage, docteure Scott. Il est évident que vous êtes extrêmement compétente dans ce domaine, que vous vous y connaissez parfaitement bien, mais je voudrais savoir si l'opinion que vous avez exprimée ce matin représente celle de la Société canadienne du cancer.

Dre Scott: Je savais qu'on me poserait cette question.

M. Fee: On garde toujours les meilleures pour la fin.

Dre Scott: J'ai interrogé la Société canadienne du cancer à ce sujet, elle m'a dit qu'elle n'avait pas de politique. Elle m'a demandé de venir vous parler mais elle n'a pas de politique sur cette question. Étant donné mes travaux dans ce domaine, elle m'a demandé de m'adresser à vous, mais il n'est pas certain qu'elle partage complètement mon opinion, bien qu'elle ait déclaré qu'elle la respecterait. Voilà la situation.

[*Texte*]

Mr. Fee: I respect your input too. I also agree with your concern that before we proceed we really need input from the Canadian Medical Association, because this impacts them.

Dr. Scott: Totally.

Mr. Fee: We have the same problem with getting the Canadian Medical Association to take a position, probably for the same reason. There are divergent viewpoints there.

Dr. Scott: I think if you ask the Canadian Medical Association why you are having difficulty, they might be able to tell you. They told me, and it's not what I have expressed.

Mr. Fee: We have had two different people give us two different reasons why they are not doing it.

Dr. Scott: Okay. I won't give secondhand information.

Mr. Fee: I am also looking forward to seeing the *Minutes of Proceedings and Evidence* because I couldn't write fast enough to keep up to you. As you were starting off, I wrote down that we need a definition of, and I was writing the words and then you started giving us the definitions of the words. If I am correct, I heard you saying that this bill could be useful, given the proviso that we get definitions on these certain terms.

Dr. Scott: Yes.

Mr. Fee: How easy is it going to be to get a definition of those terms accepted by medical practitioners and by the courts?

Dr. Scott: Dr. Somerville tells me the U.S. is having major trouble with "terminally ill". I don't think it's going to be easy, but I think it's essential. If we speak to a professional body and their liability, other or not, without their body speaking to it, I think there is a very conspicuous and serious deficit.

Mr. Fee: I was just going to sympathize somewhat with the drafter of the bill because we have a major challenge in front of us. I am not sure if a legislative committee can do that.

Dr. Scott: I don't know that, sir. It is beyond my competence—I just don't know.

• 1710

Mr. Kilger: Very briefly, Dr. Scott, and following Mr. Fee's remarks, we would hope that we would have positions from the Canadian Cancer Society and certainly there should be a great deal more input from the Canadian Medical Association. But—

Dr. Scott: Excuse me. The Canadian Cancer Society hasn't refused. They just asked me to come in lieu... Okay?

Mr. Kilger: I think it would be helpful, whenever they do develop that, is what I'm getting at. You identified earlier a gap in the Criminal Code. Do you see this Bill C-203 as good medicine?

[*Traduction*]

M. Fee: Je la respecte moi aussi. J'estime en outre, comme vous l'avez dit, que nous devrions obtenir l'avis de l'Association médicale canadienne avant de voter sur ce projet de loi, étant donné qu'elle est directement concernée.

Dre Scott: Absolument.

M. Fee: Je dois dire que nous faisons face au même problème lorsque nous voulons connaître la position de l'Association médicale canadienne, et probablement pour la même raison. C'est une question qui suscite beaucoup de controverse.

Dre Scott: Vous pourriez demander à l'Association médicale canadienne pourquoi ce problème lui cause des difficultés, et je crois que vous auriez une réponse. J'en ai eu une quand je l'ai interrogée, et je dois vous dire que ce n'est pas ce dont j'ai parlé jusqu'à présent.

M. Fee: Nous avons eu deux explications différentes.

Dre Scott: Peut-être, mais je n'ai pas l'intention de m'exprimer ici en son nom.

M. Fee: Je vais également relire avec attention le compte rendu de cette séance, car je n'ai pas pu prendre toutes les notes que j'aurais souhaité. Vous aviez dit au début qu'il fallait définir certains termes et vous avez ensuite proposé plusieurs définitions. Si j'ai bien compris, vous pensez que ce projet de loi pourrait être utile à condition que certaines expressions soient définies.

Dre Scott: Oui.

M. Fee: Croyez-vous qu'il sera facile de définir ces expressions de manière à donner satisfaction aussi bien aux médecins qu'aux tribunaux?

Dre Scott: Le Dre Somerville me dit que les États-Unis ont beaucoup de difficultés à définir «phase terminale». Certes, ce ne sera pas facile, mais c'est essentiel. Si l'on adopte un projet de loi concernant la responsabilité des membres d'un organisme professionnel, il est essentiel d'être très précis à cet égard.

M. Fee: Je suis sur le point de sympathiser avec l'auteur du projet de loi, car je réalise que le problème est extrêmement complexe. Je ne suis pas certain qu'un comité législatif puisse le résoudre.

Dre Scott: Je n'en sais rien. Je ne saurais répondre à cette question.

M. Kilger: Suite aux remarques de M. Fee, j'espère que nous pourrons obtenir le point de vue officiel de la Société canadienne du cancer et de l'Association médicale canadienne. Cela dit...

Dre Scott: Veuillez m'excuser, la Société canadienne du cancer n'a pas refusé de venir témoigner. Elle m'a simplement demandé de venir...

M. Kilger: Quoi qu'il en soit, je crois qu'il serait utile qu'elle vienne nous l'exposer. Vous avez parlé d'une lacune du Code criminel. D'après vous, ce projet de loi C-203 est-il un remède satisfaisant?

[*Text*]

Dr. Scott: With the adaptations that Dr. Somerville proposes and that I propose, and maybe others whom I have not heard, it is an attempt to clear a gap that keeps patients at risk for good pain control and therefore should be seen as an attempt to give good medicine, yes. It's a deliberate answer, but—

Mr. Kilger: Thank you.

The Chairman: Dr. Scott, I thank you very much for giving testimony before the committee.

Dr. Scott: You're welcome, sir. Thank you.

The Chairman: Colleagues, I have a question, perhaps on your behalf, to our legal adviser. We've heard here a few times that the Canadian Medical Association has—this is my word—"chosen" not to appear. I'd like a clarification. Do we have the right to subpoena?

Mr. Boudria: Mr. Chairman, if I may, there is a two-step process, which is very easy for this committee to use. One is we have to issue under the Standing Orders that someone's testimony is essential for our proceeding. Then, using *Beauchesne's*, there is a motion we can offer, which is usually referred to as a certificate. We issue both of these things, one after the other, and they don't have any choice.

Mr. Wenman: I think, Mr. Chairman, that we should make one more request, and if they don't answer the request—and I am sure they will hear the seriousness of our discussion here—then I think we should proceed with that. But I think we should try one more request.

The Chairman: I would like you as members to consider for our next meeting, when we come together, how you would like this committee to proceed with regard to the Canadian Medical Association. We have heard on more than one occassion that we would be ill-advised to proceed with this bill unless we had testimony from the Canadian Medical Association.

I raise that as a point of procedure for you to consider for the next time. It is the intention of the chair to bring this question and put it before you so that a decision might be taken at that time. Do you have a point of order?

Mr. Boudria: No. But I would like to add something to that, Mr. Chairman. The difficulty is the following, as I see it, at the *prima facie*, at least. Many times we've used the procedure of compelling witnesses to appear, and I've done it myself on at least three occasions since the last election, one being very recently, with Mr. Anwar Khan of the Bank of Credit and Commerce Canada, who had refused to appear before a committee.

The difficulty, though, is that this time they're being called to give an opinion, as opposed to being called to testify, or to respond to questions. It is a little different. I suppose we can compel someone to appear, but giving an opinion when compelled is not necessarily the same thing, if I can put it that way. However, it's something for us to think about from now until the next meeting. Maybe the people of that association will save us the trouble of considering that, and just might give a favourable disposition to show up.

[*Translation*]

Dre Scott: Sous réserve des modifications proposées par le docteure Somerville et moi-même, entre autres, on peut considérer que c'est au moins un effort satisfaisant pour combler une lacune qui place les patients en difficulté lorsqu'ils veulent des soins destinés à atténuer les souffrances. Dans ce sens, c'est un bon remède. Ce n'est peut-être pas...

M. Kilger: Merci.

Le président: Docteure Scott, je vous remercie sincèrement d'être venue témoigner devant notre comité.

Dre Scott: J'ai été heureuse de le faire, monsieur le président. Merci.

Le président: Je voudrais maintenant poser une question à notre conseiller juridique. Plusieurs personnes ont indiqué que l'Association médicale canadienne avait «choisi»—c'est le terme qui me vient à l'esprit—de ne pas témoigner, mais j'aimerais obtenir des précisions. Avons-nous le droit de la citer à comparaître?

M. Boudria: Si vous me le permettez, monsieur le président, il y aurait deux étapes à suivre, sans aucune difficulté. La première consisterait à déclarer, en vertu du Règlement de la Chambre, que le témoignage de cette organisation est essentiel. Ensuite, nous pourrions nous inspirer de Beauchesne pour proposer une motion, que l'on appelle généralement, dans ce contexte, un certificat. Si nous agissions ainsi, l'Association serait obligée de témoigner.

M. Wenman: Je crois, monsieur le président, que nous devrions lui adresser une nouvelle invitation avant d'en arriver à cela. Je suis sûr que les représentants de l'Association seront sensibles au sérieux de nos débats et qu'ils réfléchiront à nouveau au problème.

Le président: Je voudrais donc inviter les membres du comité à envisager, pour la prochaine réunion, ce que nous devrions faire au sujet de l'Association médicale canadienne. Plusieurs témoins nous ont dit qu'il serait probablement mal avisé d'adopter ce projet de loi sans avoir obtenu le témoignage de cette association.

Je vous demande donc ce que nous devrions faire lors de la prochaine séance, à ce sujet. Le président à l'intention de vous soumettre officiellement le problème la prochaine fois, pour que vous puissiez décider. Voulez-vous faire un rappel au Règlement?

M. Boudria: Non, je voudrais ajouter quelque chose. Le problème est que nous voulons simplement obtenir une opinion. Certes, nous avons déjà plusieurs fois cité des témoins à comparaître, et je l'ai fait moi-même à trois reprises depuis les dernières élections, la dernière fois, très récemment, au sujet de M. Anwar Khan, de la Banque de crédit et de commerce du Canada, qui avait refusé de se présenter devant un comité.

La difficulté vient du fait qu'il ne s'agit pas ici d'obtenir des réponses à des questions précises, mais plutôt d'obtenir une opinion. C'est un peu différent. Certes, nous pouvons obliger quelqu'un à comparaître, mais cela ne veut pas nécessairement dire que nous puissions l'obliger à donner un avis. Quoi qu'il en soit, nous pourrons y réfléchir jusqu'à la prochaine réunion. Les membres de cette association auront peut-être la bonne grâce de nous éviter ce dilemme en acceptant spontanément de venir témoigner.

[*Texte*]

The Chairman: The chair would direct our legal adviser to prepare options for us and put them before us. We will make this decision the next time.

I have some housekeeping, colleagues. I have two motions here with regard to travelling expenses. I need a motion to cover the expenses of Dr. Kluga and expenses for Dr. Scott. May I have a motion?

• 1715

An hon. member: I so move.

Motion agreed to

The Chairman: These are the witnesses we will have on Thursday: the Canadian Nurses for Life, Dr. Peter Singer, and the Catholic Physicians Guild.

Mr. Boudria: Are there more witnesses after that?

The Chairman: That's what I'm going to talk to you about right now.

Last Tuesday it was decided that we would discuss the future business of the committee, and you had a week's prior notice. The information I have is that three groups wish to appear. They are the B.C. Civil Liberties Association, the Hospice of All Saints, and the Human Life Research Institute. These three of course are in addition to the three we would be hearing on Thursday.

It's unlikely for us to be able to set up these meetings, due to a lack of notice before Christmas. So I make a suggestion to this committee, and we can put it in the form of a motion, if you so desire, or maybe you just want to think about it until we meet again on Thursday. This is what I suggest to you.

I suggest that we hear the three witnesses some time during the first week of February. Secondly, with regard to clause-by-clause consideration, I suggest that this committee consider the third week of February and that all amendments should be in the clerk's hands by Thursday, February 13, 1992.

I suggest that the clerk circulate all amendments to members at least 48 hours before clause-by-clause consideration so that all members have a chance to study and interpret these amendments.

As your chairman, I am here only to guide and facilitate the work, but you as a body will decide on the procedures we will follow in this committee, subject, of course, to the usual parliamentary rules.

Mr. Wenman: I would like so to move, Mr. Chairman, in order to handle the issue now.

Mr. Fee: I'd like you to split that up, because you asked a whole bunch of questions and, I don't think, one omnibus motion. It will complicate things too much.

The Chairman: We don't have to get ourselves in a strait-jacket here. We're going to make a decision.

We'll handle them one by one. Do you want to hear the three groups, the B.C. Civil Liberties Association, the Hospice of all Saints, and the Human Life Research Institute?

[*Traduction*]

Le président: Je vais demander à notre conseiller juridique de nous préparer les options appropriées, et nous prendrons la décision la prochaine fois.

J'ai maintenant quelques détails d'ordre pratique à régler. Tout d'abord, il y a deux motions concernant les frais de voyage. Quelqu'un peut-il proposer une motion pour régler les frais de voyage du Dr Kluga et du Dre Scott?

Une voix: J'en fais la proposition.

La motion est adoptée

Le président: Voici les témoins que nous accueillerons jeudi: la Canadian Nurses for Life, le docteur Peter Singer, et la Catholic Physicians Guild.

M. Boudria: Y en aura-t-il d'autres après?

Le président: C'est précisément de cela que je voulais parler.

Nous avions décidé, mardi dernier, que nous discuterions aujourd'hui des activités futures du Comité. Vous avez donc eu une semaine pour y réfléchir. Selon les informations que j'ai reçues, trois groupes souhaitent témoigner: la B.C. Civil Liberties Association, l'organisation Hospice of All Saints, et le Human Life Research Institute. Sans compter, évidemment, les témoins que nous avons déjà prévus pour jeudi.

Il est peu probable que nous puissions accueillir ces trois organisations avant Noël. Quelqu'un pourrait donc proposer quelque chose à ce sujet, ou nous pourrions peut-être y réfléchir jusqu'à jeudi.

Pour ma part, je recommanderais que nous invitions ces trois organisations à se présenter durant la première semaine de février. En outre, pour ce qui est de l'étude article par article du projet de loi, je crois que nous devrions l'envisager pour la troisième semaine de février, et que tous les amendements devraient être remis au greffier d'ici le jeudi 13 février 1992.

Je demanderai au greffier de remettre tous les amendements aux membres du Comité au moins 48 heures avant l'examen du projet de loi article par article.

À titre de président du Comité, mon rôle est uniquement de faciliter les travaux et c'est à vous qu'il appartient de décider de la procédure à suivre, sous réserve, évidemment, des règles parlementaires usuelles.

M. Wenman: J'en fais la proposition, monsieur le président.

M. Fee: Pourriez-vous présenter des motions différentes, car vous avez demandé plusieurs choses qui ne se prêtent pas à une motion unique.

Le président: Nous ne sommes pas obligés de prendre des décisions qu'il serait ensuite impossible de modifier.

Nous allons donc faire les choses dans l'ordre. Souhaitez-vous accueillir les trois groupes dont j'ai parlé: la B.C. Civil Liberties Association, l'organisation Hospice of all Saints et le Human Life Research Institute?

[*Text*]

Mr. Fee: I would like some justification for the Civil Liberties Association coming.

The Chairman: To whom would you direct your question?

Mr. Fee: To them. What's the nature of their brief? What's their organization? Who are they?

Mr. Karpoff (Surrey North): I can answer questions on who they are. They're quite a well-known organization in British Columbia that takes a variety of sometimes quite surprising stands based on the rights and freedoms of individuals. I'd be most fascinated actually to determine what they thought were the rights of individuals in this kind of a matter. They're some of the ones who at times have come out on other sides of issues than I thought they would. They usually are quite thoughtful and well-presented, so I think it would merit hearing them.

Mr. Wenman: In view of the fact that we have basically heard all those that have requested, it would be very hard to take one group and say no to them. Either we should hear all three of these or, probably, none of them.

Mr. Boudria: No, I wouldn't agree with that. I think each one should be taken on its own merits. I personally have no difficulty with that particular group, but I think we should go down and ask a few questions and agree. I have no difficulty with hearing that particular group, but I don't think that because we hear them that means the other two are all right. I have questions about some of the others, but none about that particular one.

• 1720

The Chairman: Perhaps then what I'll do is break down the breakdown. First of all, can we agree that these groups will not appear before Christmas?

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: All right, then we move to my second suggestion, which is that we hear from these groups the first week of February. If you wish, the chair will entertain a motion.

Mr. Boudria: No motion is necessary, not now.

The Chairman: All right, then we'll go by consensus. How many of you would like to hear the B.C. Civil Liberties Association? Fine, it's agreed. How many of you would like to hear the Hospice of All Saints?

Mr. Wilbee: I have a question. Are they going to be different from John Scott from the hospice association, who was here the other day? If it is a different group, I think we should probably hear them.

The Chairman: Who is the spokesperson for the Hospice of All Saints? Will you be giving the same evidence as John Scott?

Ms Barbara O'Connor (Executive Director, Hospice of All Saints): It would basically be the same as that of Dr. John Scott, in that we feel the bill does not address the issues of palliative care in Canada. In other words, we don't believe this bill will solve the problems of pain control in people with cancer and AIDS and other terminal illnesses.

[*Translation*]

M. Fee: J'aimerais qu'on m'explique pourquoi la Civil Liberties Association souhaite témoigner.

Le président: À qui posez-vous la question?

M. Fee: À l'association. Que dit-elle dans son mémoire? De qui s'agit-il?

M. Karpoff (Surrey-Nord): Il s'agit d'une organisation très connue en Colombie-Britannique, qui prend toutes sortes de positions, parfois surprenantes, sur les droits et libertés des particuliers. En fait, je serais ravi de savoir quelle est sa position au sujet des droits des particuliers dans le cas qui nous intéresse. Il est déjà arrivé à cette association de prendre des positions contraires à celles que j'avais prévues. Cela dit, ses représentants sont généralement très éloquents et fort capables d'exprimer clairement leurs points de vue. Je crois qu'il vaudrait la peine de les entendre.

M. Wenman: Étant donné que nous avons accueilli pratiquement toutes les organisations qui ont demandé à témoigner, je crois qu'il serait très difficile de repousser celle-ci. En fait, nous devrions accueillir les trois ou aucune.

M. Boudria: Non, je ne suis pas d'accord avec cela. Il faut étudier chaque cas séparément. Personnellement, je n'ai aucune difficulté à accueillir cette association, mais je ne vois pas pourquoi nous devrions automatiquement accueillir les autres. Je me pose quelques questions à leur sujet, alors que je ne m'en pose aucune au sujet de la Civil Liberties Association.

Le président: Faisons donc les choses dans l'ordre. Premièrement, êtes-vous d'accord pour dire qu'aucun de ces groupes ne pourra témoigner avant Noël?

Des voix: D'accord.

Le président: Deuxièmement, êtes-vous d'accord pour que nous les invitions à comparaître la première semaine de février? Je suis prêt à recevoir une motion à ce sujet, si vous le voulez.

M. Boudria: Ce n'est pas nécessaire, pas maintenant.

Le président: Très bien, nous pouvons agir par consensus. Qui est d'accord pour inviter la BC Civcil Liberties Association? Très bien, c'est d'accord. Qui est d'accord pour inviter l'organisation Hospice of All Saints?

M. Wilbee: Je voudrais poser une question. S'agit-il d'un groupe différent de l'Association des hospices qui était représenté l'autre jour par John Scott? Si c'est le cas, nous devrions probablement l'inviter.

Le président: Qui est le porte-parole de cette organisation? Allez-vous nous fournir le même témoignage que John Scott?

Mme Barbara O'Connor (directrice exécutive, Hospice of All Saints): Fondamentalement, oui, monsieur le président, étant donné que nous estimons que le projet de loi ne résoud pas le problème des soins palliatifs au Canada. Autrement dit, nous ne pensons pas qu'il permettra de résoudre les problèmes d'atténuation des souffrances des personnes atteintes du cancer, du SIDA ou d'autres maladies fatales.

[*Texte*]

The Chairman: May we conclude then that your testimony will parallel that of Dr. Scott?

Ms O'Connor: Yes.

The Chairman: Do you have any questions you would like to ask?

Mr. Boudria: No, we have asked one or two preliminary questions; I think that's sufficient for the moment. I think if we decide to hear this witness in any greater detail, she and her own colleagues should have the opportunity to prepare what it is that she and they want to prepare.

The Chairman: Then I thank you very much. Would you like to hear the Hospice of All Saints? Agreed. We will hear them.

Human Life Research Institute—there are two organizations by that name. With your permission, we will withhold a decision on the Human Life Research Institute until we know which one this is. Is that agreed?

Some hon. members: Agreed.

Mr. Fee: Mr. Chairman, I'm assuming this takes care of everybody who has ever requested the opportunity to appear before this committee.

The Chairman: The answer is yes.

Mr. Fee: My concern is that we haven't heard from the Canadian Medical Association. There have been some serious concerns about our ability to proceed with some things that have been expressed. We need some input from them, and if we are not going to get it, I'm just not sure that it's worthwhile hearing many more witnesses until we resolve how we are going to handle what we've got so far.

• 1725

Mr. Wenman: I think we have a consensus that we want to hear the CMA too.

The Chairman: There is a consensus, but we're going to find out... We will have the information—

Mr. Fee: You have answered my question. I just don't want to leave it open and accept witnesses forever if we're not going to do anything with it.

The Chairman: I can tell you one thing, it will not go beyond November 21, 1993.

Mr. Fee: That is no great reassurance, Mr. Chairman. Until now we thought you were a good chairman.

The Chairman: I'd like some direction, but if we agree that we are going to hear at least two and perhaps all three of these witnesses in the first week of February, it is my suggestion that we go to clause-by-clause during the third week of February. Are you in agreement with that?

Mr. Boudria: Not now, Mr. Chairman. I think there is enough time that we can make a decision at a later time.

Mr. Wenman: After we've had a chance to study it over the break, we may want Department of Justice officials to come back to look at the amendments. We might need to call back some technical people to help clarify things. So I think we should leave that option open. It would give us the time to study it between now and then.

[*Traduction*]

Le président: Pouvons-nous donc en conclure que votre témoignage sera semblable à celui de M. Scott?

Mme O'Connor: Oui.

Le président: Quelqu'un a-t-il des questions à poser à ce sujet?

M. Boudria: Non, je crois que cela suffit pour le moment. Si nous décidons d'accueillir cette organisation, je crois qu'il faudra donner à ses représentants la possibilité de préparer leur témoignage.

Le président: Dans ce cas, merci beaucoup. Souhaitez-vous accueillir Hospice of All Saints? Très bien, c'est d'accord.

Human Life Research Institute—ce nom désigne deux organisations. Si vous êtes d'accord, nous allons réserver notre décision jusqu'à ce que nous sachions bien de qui il s'agit. Êtes-vous d'accord?

Des voix: D'accord.

M. Fee: Si je comprends bien, cela règle le cas de toutes les organisations qui ont demandé à s'adresser au comité?

Le président: Oui.

M. Fee: Nous n'avons toujours pas réglé le cas de l'Association médicale canadienne. Plusieurs d'entre nous se demandent sérieusement si nous pouvons poursuivre les débats sans recueillir son témoignage. De ce fait, si nous ne pouvons pas entendre les représentants de cette association, je me demande s'il vaut la peine d'inviter les autres témoins.

M. Wenman: Il me semble évident que tout le monde souhaite connaître l'avis de l'AMC.

Le président: Il y a en effet un consensus à ce sujet mais nous allons...

M. Fee: Vous avez répondu à ma question. Je ne veux pas que nous nous mettions à recevoir des témoins de toutes sortes si leur témoignage ne doit servir à rien.

Le président: Je puis vous dire une chose, nous n'irons pas au-delà du 21 novembre 1993.

M. Fee: Et vous croyez que cela me rassure? Je croyais, jusqu'à maintenant, que vous étiez un bon président.

Le président: Si nous sommes d'accord pour accueillir au moins deux et peut-être trois de ces témoins durant la première semaine de février, je proposerais que nous passions à l'étude article par article durant la troisième semaine de février. Etes-vous d'accord avec cela?

M. Boudria: Pas encore, monsieur le président. Je crois que nous aurons le temps de prendre cette décision plus tard.

M. Wenman: Lorsque nous aurons pu y réfléchir, durant les congés de Noël, nous déciderons peut-être de soumettre certains des amendements aux responsables du ministère de la Justice. Nous devrons peut-être convoquer à nouveau les juristes pour obtenir des précisions. Il ne faut donc pas, dès maintenant, limiter nos options à cet égard. Nous avons le temps d'y réfléchir.

[*Text*]

The Chairman: So we will decide when to go to clause-by-clause at a meeting in the first week of February. Is that agreed?

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: Is there any further business?

Mr. Fee: Mr. Chairman, I thought your suggestion about suggested amendments being submitted in time to be circulated to the members prior to the meeting was a good one.

The Chairman: That will come in with our decision in the first week of February.

Mr. Fee: Fair enough.

Mr. Wenman: I circulated a copy of the latest poll that just came out of Gallup. May I have it appended—

The Chairman: It will be appended. So ordered.

Is there any further business? This meeting is adjourned.

[*Translation*]

Le président: Etes-vous donc d'accord pour dire que c'est durant la première semaine de février que nous déciderons de la date à laquelle nous commencerons l'examen article par article?

Des voix: D'accord.

Le président: Y a-t-il autre chose?

M. Fee: Je crois que votre recommandation au sujet de la distribution de tous les amendements aux membres du comité était excellente.

Le président: Nous en reparlerons lorsque nous prendrons notre décision la première semaine de février.

M. Fee: Parfait.

M. Wenman: J'ai distribué un exemplaire du dernier sondage de Gallup. Peut-on le joindre en annexe...

Le président: Ce sera fait.

Y a-t-il autre chose? La séance est levée.

APPENDIX "C-203/2"

McGill

Margaret A. Sommerville

Director
McGill centre for Medicine
Ethics and Law
2020 University 24th Floor
Montreal, Quebec, Canada H3A 2A5

Directrice
Centre de médicine d'éthique
et de droit de l'Université McGill
2020, rue University 24e étage
Montréal (Québec) Canada H3A 2A5

Tel (514) 398-740
Fax (514) 398-4668
Telex 05268510

"Opinion"

THE DEFINITION OF EUTHANASIA - A PARADOXICAL PARTNERSHIP

BIOEHTICS RESEARCH NOTES
Vol. No.

Margaret A. Somerville, AM
Gale professor of Law,
Professor
Faculty of Medicine,
Ethics and Law

THE DEFINITION OF EUTHANASIA - A PARADOXICAL PARTNERSHIP

A paradoxical "partnership" has emerged concerning the definition of euthanasia. Both the pro-choice side (the death with dignity movements - those who believe that euthanasia should be available) and the anti-euthanasia side (the pro-life movement), are using a similarly broad definition of the term euthanasia, but with the aim of achieving exactly opposite effects. This very broad definition of euthanasia includes: rights to refuse treatment; rights to give "advance directives" (that is, while competent to indicate one's wishes regarding treatment when incompetent, through documents such as a "living will" or durable power of attorney); rights to choose a substitute decision-maker (that is, the person who will represent one, should one become incompetent, and who is most likely to know and fulfil one's wishes); rights to refuse artificial hydration and nutrition, either personally, including, in advance, through a "living will", or through a substitute decision-maker; rights to be offered pain relief treatment, even that which could shorten life if this is reasonably necessary to relieve pain; non-interference in the commission of suicide by terminally ill persons; assistance in committing suicide, if such assistance is required; and, finally, rights to be provided with euthanasia, itself, that is, an intervention intended to kill the terminally ill person who is subject to it.

The pro-choice groups - the persons in favour of allowing euthanasia - argue that all of these measures come within the

definition of euthanasia, because they all assist in achieving the aim of a "good" death - the meaning of the word euthanasia. At least some of the pro-life groups agree that all of these measures constitute euthanasia, but, to the contrary, they argue that none of them should be allowed, because all of them constitute an unacceptable affront to the supreme value of the sanctity of life. That is, both "sides" in the euthanasia debate would classify all these interventions as euthanasia. The difference is that the pro-choice groups use this wide definition in order to argue that all the interventions listed are equally acceptable, the pro-life groups in order to argue that all of them are equally unacceptable.

In my view both sides are wrong. Rather, the dividing line between acceptable and unacceptable measures lies somewhere in the middle. It is proposed that competent, adult persons have the right to refuse treatment, in particular, life-support treatment, including artificial hydration and nutrition; they have the right to be offered all treatment necessary to relieve pain, even if this could shorten life. A dividing line needs to be drawn, in my view, between recognition of such rights, on the one hand, and, on the other hand, acceptance and, in particular, legalization, of assisted suicide and euthanasia. The latter should not be allowed. The term euthanasia is used here, and should be restricted, to mean the intentional infliction of death by one person on another, in a situation of terminal illness, for the purposes of relieving suffering.

Paradoxically, by including within the term euthanasia all of the types of interventions referred to above, pro-life groups could be promoting the legalization of euthanasia or at least, failing to prevent this, where they might otherwise have done, if the issue had been separately addressed. Consequently, it is proposed that much more careful and clearly defined terminology must be used in this extraordinarily important debate. It is noteworthy that legislative proposals to legalize euthanasia, are almost always included in bills which cover the full range of intervention and non-intervention issues raised at the end of life. It is no accident that this occurs; this approach is likely to assist in achieving the legalization of euthanasia. Many people reading such legislation may well not be aware of what "physician assisted death" provisions mean (for example, those in the recent Washington State Bill which is likely to be enacted as law in November this year), when such provisions, allowing a physician to kill a patient, are included among a full range of provisions concerning rights to refuse treatment, "living wills", durable powers of attorney, and rights to pain relief treatment. Further, the dilemma is compounded when one must vote either for or against a total package of such interventions. The language is very gentle on the pro-euthanasia side of this debate and, even for people who do not believe in euthanasia, it is hard to reject the total package as presented. I strongly advocate that the issue of euthanasia, itself, be addressed expressly, clearly, and separately from other issues related to decisions concerning treatment at the end of life. Measures to deal with these other issues, such as

recognition of rights to refuse treatment, have been implemented in law and subjected to considerable testing in the courts, especially in North America. They are of great importance and, in my view, must not be abandoned either in theory or practice. But, persons should not be placed in the position of having to decide either for or against these measures, on the basis of whether they are for or against euthanasia or vice versa.

To conclude with one example which should provide a warning and a lesson: the hysteria that centred around the Nancy Cruzan case in the United States Supreme Court, to the effect that withdrawing hydration and nutrition from a person in a permanently vegetative state, even when this would accord with that person's wishes, constituted euthanasia and, as such, should be prohibited, caused much damage to efforts to convince people to prohibit euthanasia and may, indeed, have promoted some pro-euthanasia sentiment. This is not to propose that persons should not argue against withdrawal of hydration and nutrition in such circumstances - as a matter of personal morality, integrity and honesty one may feel compelled to take this position. The point is, this issue must be handled separately from that of euthanasia. Not to do so is to risk the most serious of confusion and the most unacceptable of outcomes, whether one is for or against euthanasia, namely that this would be allowed or prohibited on the basis of allowing or prohibiting other measures which are different in kind, not just in degree, from euthanasia.

APPENDICE «C-203/2»

McGill

Margaret A. Sommerville

Director
McGill centre for Medicine
Ethics and Law
2020 University 24th Floor
Montreal, Quebec, Canada H3A 2A5

Directrice
Centre de médicine d'éthique
et de droit de l'Université McGill
2020, rue University 24e étage
Montréal (Québec) Canada H3A 2A5

Tel (514) 398-740
Fax (514) 398-4668
Telex 05268510

"Opinion"

DÉFINITION DE L'EUTHANASIE - UNE ASSOCIATION PARADOXALE

NOTES DE RECHERCHE EN BIOÉTHIQUE

Vol. , n°

Margaret A. Somerville, AM

Professeur de droit Gale

Professeur

Faculté de médecine

Directrice

Centre de médecine, d'éthique et de

droit de l'Université McGill

DÉFINITION DE L'EUTHANASIE - UNE ASSOCIATION PARADOXALE

La définition de l'euthanasie a donné lieu à une association paradoxale. Tant les partisans pro-choix (les mouvements qui réclament la mort dans la dignité, qui croient que l'euthanasie devrait être libéralisée) et les partisans pro-vie (ceux qui sont contre l'euthanasie) se réclament d'une définition également vaste du terme euthanasie, en recherchant toutefois des conséquences diamétralement opposées. Cette définition très vaste de l'euthanasie comprend : le droit de refuser un traitement; le droit de donner des "directives préalables" (c'est-à-dire d'indiquer, pendant qu'on est capable, ses volontés concernant les interventions à recevoir lorsqu'on deviendra incapable, au moyen de documents comme un "testament de vie" ou une procuration durable en matière de soins de santé); le droit de désigner un mandataire exécuteur (quelqu'un qui représentera la personne au cas où celle-ci deviendrait incapable et qui est le plus susceptible de connaître et de satisfaire ses volontés); le droit de refuser l'hydratation et l'alimentation artificielles, soit directement ou indirectement au moyen d'un "testament de vie" ou par procuration; le droit de recevoir les médicaments raisonnablement nécessaires pour soulager la douleur, même ceux qui risquent de raccourcir la vie; la non-ingérence dans la décision des personnes en phase terminale de se suicider; l'aide au suicide si cette aide est nécessaire; et, enfin, le

droit à l'euthanasie même, c'est-à-dire une intervention destinée à tuer la personne en phase terminale.

Les groupes pro-choix, c'est-à-dire ceux qui sont en faveur de l'euthanasie, soutiennent que toutes ces mesures répondent à la définition de l'euthanasie parce qu'elles aident toutes à atteindre le but visé d'une "bonne" mort, ce qui est précisément le sens du mot euthanasie. Quelques groupes pro-vie au moins aceptent que toutes ces mesures correspondent à l'euthanasie, mais, par ailleurs, soutiennent qu'aucune d'entre elles ne devrait être autorisée, parce qu'elles constituent toutes un affront inacceptable à la valeur suprême et sacrée de la vie. Autrement dit, les deux parties dans le débat sur l'euthanasie classifieraient toutes ces interventions comme des actes relevant de l'euthanasie. La différence, c'est que les groupes pro-choix se servent de cette définition large pour soutenir que toutes les interventions nommées sont également acceptables, tandis que les groupes pro-vie s'en servent pour dire qu'elles sont toutes également inacceptables.

J'estime que les deux côtés ont tort et que la frontière qui divise les mesures acceptables et inacceptables se trouve quelque part entre les deux. Il est proposé de donner aux adultes capables le droit de refuser des traitements, et plus particulièrement les interventions de maintien de la vie, y

compris l'hydratation et l'alimentation artificielles: ils auraient le droit de se voir offrir tous les traitements nécessaires pour soulager la douleur, même ceux qui risquent d'abréger leur vie. À mon avis, une démarcation doit être faite entre la reconnaissance de ces droits, d'une part, et l'acceptation et plus particulièrement la légalisation de l'aide au suicide et de l'euthanasie, d'autre part. Celle-ci ne doit pas être autorisée. Le terme euthanasie utilisé ici désigne et devrait désigner seulement l'imposition intentionnelle de la mort à une personne en phase terminale, aux fins de soulager ses souffrances.

Paradoxalement, en englobant dans le terme euthanasie tous les types d'intervention dont il a été question ci-dessus, les groupes pro-vie sont peut-être en train de promouvoir la légalisation de l'euthanasie ou, tout au moins, de ne pas réussir à l'éviter, ce qu'ils auraient pu faire s'ils avaient abordé le problème différement. En conséquence, il est proposé d'utiliser une terminologie beaucoup plus prudente et plus claire dans ce débat extraordinairement important. Il est intéressant de noter que des propositions législatives pour légaliser l'euthanasie apparaissent presque toujours dans les projets de loi qui couvrent tout l'éventail des questions d'intervention et de non-intervention à la fin de la vie. Cette approche n'est pas accidentelle et contribuera probablement à la légalisation de

l'euthanasie. Un grand nombre de personnes qui prennent connaissance de ces textes législatifs ne comprendront pas toute la portée des dispositions, par exemple, sur le décès facilité par les médecins (comme celles dans le projet de loi de l'État de Washington qui est censé être adopté comme loi en novembre de cette année) lorsque ces dispositions, qui autorisent le médecin à causer la mort d'un patient, figurent parmi toute une gamme de clauses concernant le refus de traitement, les "testaments de vie", les procurations durables et le droit de recevoir un traitement contre la douleur. En outre, le dilemme est encore plus aigu lorsqu'il faut voter pour ou contre un ensemble complet d'interventions. Les partisans de l'euthanasie utilisent un langage très atténué, et il est difficile même pour les gens qui ne croient pas à l'euthanasie de rejeter les propositions en bloc. Je demande instamment aux protagonistes d'aborder la question de l'euthanasie expressément, clairement et distinctement des autres points sur les décisions concernant les interventions à la fin de la vie. Des mesures pour traiter de ces autres questions, notamment la reconnaissance du droit de refuser un traitement, ont fait jurisprudence et ont été abondamment confirmées par les tribunaux, surtout en Amérique du Nord. Elles revêtent une grande importance et, à mon avis, ne devraient être abandonnées ni en théorie, ni en pratique. Personne, cependant, ne devrait être placé dans une position où

il doit choisir ou refuser ces mesures, selon qu'il soit pour ou contre l'euthanasie, ou vice-versa.

Je conclurai avec un exemple qui devrait nous servir d'avertissement et de leçon : l'hystérie qui a entouré l'affaire Nancy Cruzan à la Cour suprême des États-Unis, où il a été jugé que l'interruption de l'hydratation et de l'alimentation chez une personne dans un état végétatif permanent, même lorsque cette décision concordait avec les désirs de la malade, constituait un cas d'euthanasie et que, de ce fait, devait être prohibée, a beaucoup nui aux efforts menés pour convaincre les gens d'interdire l'euthanasie; le jugement peut même avoir favorisé un certain sentiment pro-euthanasie. Je ne veux pas dire par là que les gens ne devraient pas se prononcer contre l'interruption de l'hydratation et de l'alimentation dans des circonstances semblables, si cette décision leur est dictée par des principes personnels, l'intégrité et l'honnêteté. Le fait est que la question doit être traitée séparément de celle de l'euthanasie. Autrement, nous risquons la plus grande des confusions et la moins acceptable des conséquences, que l'on soit pour ou contre l'euthanasie, c'est-à-dire que l'euthanasie soit autorisée ou interdite selon que d'autres mesures le sont ou ne le sont pas, mesures qui diffèrent de l'euthanasie non seulement par leur degré, mais par leur nature.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid / Port payé
Lettermail / Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

At 3:30 p.m.

From McGill Centre for Medicine:

Dr. Margaret Somerville.

At 4:00 p.m.

From the Canadian Aids Society:

Christopher Cockrill, Treatment, Information & Issues Officer;

Bruce Mills, Executive Director, Aids Housing of Ottawa.

At 4:30 p.m.

From the Canadian Cancer Society:

Dr. Margaret Scott, Past President.

TÉMOINS

À 15 h 30

Du Centre de médecine de l'Université McGill:

Dre Margaret Somerville.

À 16 h 00

De la Société canadienne du SIDA:

Christopher Cockrill, responsable du dossiers des traitements;

Bruce Mills, directeur général, Aids Housing of Ottawa.

À 16 h 30

De la Société canadienne du cancer:

Dre Margaret Scott, présidente sortante.

Available from Canada Communication Group – Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada – Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 8

Thursday, November 28, 1991

Chairman: Gilbert Parent

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 8

Le jeudi 28 novembre 1991

Président: Gilbert Parent

Minutes of Proceedings and Evidence of Legislative Committee H on

BILL C-203

An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)

Procès-verbaux et témoignages du Comité législatif H sur le

PROJET DE LOI C-203

Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)

RESPECTING:

Order of Reference

CONCERNANT:

Ordre de renvoi

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament, 1991

Troisième session de la trente-quatrième législature, 1991

24389—1

LEGISLATIVE COMMITTEE H ON BILL C-203

Chairman: Gilbert Parent

MEMBERS

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Bill Farrell

Clerk of the Committee

COMITÉ LÉGISLATIF H SUR LE PROJET DE LOI C-203

Président: Gilbert Parent

MEMBRES

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Bill Farrell

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, NOVEMBER 28, 1991
(9)

[*Text*]

Legislative Committee H on Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons), met at 3.35 o'clock p.m. this day, in Room 209, West Block, the Chairman, Gilbert Parent, presiding.

Members of the Committee present: Bob Kilger and Dave Worthy.

Acting Members present: Don Boudria for Fred Mifflin and Stan Wilbee for Jim Hawkes.

In attendance: From the Library of Parliament: Susan Alter, Research Officer.

Witnesses: From the Canadian Nurses for Life: Marilynne McPherson, National Coordinator; and Diane Petrucka, President of Sudbury Nurses for Life. Dr. Peter A. Singer, Assistant Professor of Medicine, Associate Director, Centre for Bioethics. *From the Catholic Physicians Guild:* Dr. Paul O'Connor, Past President; and Dr. B. Sullivan.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, September 24, 1991, relating to Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons) (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Monday September 30, 1991, Issue No. 1*).

Marilynne McPherson, from the Canadian Nurses for Life, made a statement and with the other witness, answered questions.

Dr. Peter A. Singer made a statement and answered questions.

It was agreed,—That the next meeting of the Committee be scheduled for Tuesday, February 4, 1991 at 3:30 o'clock p.m.

It was agreed,—That the speech of Professor Rita Marker which was delivered in Ottawa on Monday, November 18, 1991 be printed as an appendix to this day's *Minutes of Proceedings and Evidence* (*See Appendix "C-203/3"*).

Dr. B. Sullivan, from the Catholic Physicians Guild, made a statement and with the other witness, answered questions.

At 5.20 o'clock p.m. it was agreed,—That the Committee adjourn to the call of the Chair.

Santosh Sirpaul

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 28 NOVEMBRE 1991
(9)

[*Traduction*]

Le Comité législatif H chargé du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), se réunit à 15 h 35, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Gilbert Parent (*président*).

Membres du Comité présents: Bob Kilger et Dave Worthy.

Membres suppléants présents: Don Boudria remplace Fred Miflin; Stan Wilbee remplace Jim Hawkes.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Susan Alter, attachée de recherche.

Témoins: Des Infirmières canadiennes pour la vie: Marilynne McPherson, coordinatrice nationale; Diane Petrucka, présidente, Infirmières pour la vie, Sudbury. Dr Peter A. Singer, professeur adjoint de médecine, directeur associé, Centre de bioéthique. *De Catholic Physicians Guild:* Dr Paul O'Connor, ancien président; Dr B. Sullivan.

Conformément à son ordre de renvoi du mardi 24 septembre 1991, le Comité reprend l'étude du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), (*voir les Procès-verbaux et témoignages du lundi 30 septembre 1991, fascicule no 1*).

Marilynne McPherson, des Infirmières canadiennes pour la vie, fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

Dr Peter A. Singer fait un exposé et répond aux questions.

Il est convenu,—Que la prochaine réunion du Comité ait lieu le mardi 4 février 1991, à 15 h 30.

Il est convenu,—Que le discours de la Pre Rita Marker livré à Ottawa le lundi 18 novembre, figure en annexe aux *Procès-verbaux et témoignages* d'aujourd'hui (*voir Appendice «C-203/3»*).

Dr B. Sullivan, des Catholic Physicians Guild, fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

À 17 h 20, il est convenu,—Que le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Santosh Sirpaul

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Thursday, November 28, 1991

• 1536

The Chairman: I would like to call to order this meeting of legislative committee H on Bill C-203, an Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons). I see a quorum; therefore, we will begin the business of the day.

Before I call our first witnesses, I would like to read two letters into the record. They will be self-explanatory. They are letters from the Canadian Medical Association. One was written on November 15 to my predecessor, Mr. Derek Blackburn, and the second was written November 27, addressed to Mr. Farrell.

The genesis of these letters is that the CMA was asked to appear before this committee by Mr. Blackburn. This was their response:

> Dear Mr. Blackburn:
>
> Re: Bill C-203: An Act to amend the Criminal Code (Terminally Ill Persons)
>
> As you know, earlier this fall, the Canadian Medical Association (CMA) declined your Committee's invitation to appear before it on the subject of Bill C-203, an Act to Amend the Criminal Code (Terminally Ill Persons).
>
> The CMA intends to address this important issue in the near future within the context of our comments on the recodification of the Criminal Code. The issues addressed by the Bill are currently the subject of intensive review by the CMA's Committee on Ethics and a Joint Committee comprised of the CMA, the Canadian Nurses Association, and the Canadian Hospital Association.
>
> We believe that to appear before your Committee at a time when our own review of the issues is not yet complete would be to do both your Committee and our members a disservice.
>
> The CMA has a policy in this area

—and they quote here a "Joint Statement on the Resuscitation of the Terminally Ill".

I am digressing; I don't have a copy of this and I have instructed the clerks to get us copies of this statement so we can peruse it at our leisure. I continue:

> I have taken the liberty of enclosing the policy, currently under review by the Joint Committee mentioned above, with this letter for your information. In addition, on December 6-7, 1991, the CMA Board of Directors will consider a CMA position on Advanced Directives; I will be pleased to send the Committee a copy of this position once it is approved.

This is signed by Carol A. Guzman, M.D. She is the President of the Canadian Medical Association.

Now, subsequent to that, in our deliberations we discussed the possibility of having the CMA come to this committee to testify before us. Towards this end, I directed the clerk to have the information here as to how we go about subpoenaing a witness if there is a problem.

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le jeudi 28 novembre 1991

Le président: Je déclare ouverte la réunion du Comité législatif H sur le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale). Nous avons le quorum, nous pouvons donc commencer.

Avant d'appeler nos premiers témoins, j'aimerais consigner deux lettres au compte rendu. Elles se passent d'explications. Elles émanent de l'Association médicale canadienne. La première, en date du 15 novembre, est destinée à mon prédécesseur, M. Derek Blackburn, et la deuxième, en date du 27 novembre, à M. Farrell.

M. Blackburn avait demandé à l'AMC de comparaître devant notre comité. Voici sa réponse:

> Monsieur,
>
> Objet: Projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale).
>
> Comme vous le savez, au début de l'automne, l'Association médicale Canadienne a décliné l'invitation de votre comité à comparaître au sujet du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale).
>
> L'AMC a l'intention d'étudier très bientôt cette question importante dans le contexte de ses observations sur la recodification du Code criminel. Les questions abordées par le projet de loi font actuellement l'objet d'une étude intensive du comité d'éthique de l'AMC et d'un comité mixte composé de l'AMC, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et de l'Association des hôpitaux du Canada.
>
> Nous croyons que comparaître maintenant devant votre comité alors que notre propre étude de ces questions n'est pas encore terminée ne rendrait service ni à votre comité ni à nos membres.
>
> L'AMC a une politique dans ce domaine.

. . .et ils citent «Une déclaration commune sur la réanimation des personnes en phase terminale».

Entre parenthèses, je n'ai pas de copie de cette déclaration et j'ai demandé aux greffiers de nous en procurer pour que nous puissions l'étudier à loisir. Je continue:

> Je prends la liberté de joindre à cette lettre pour votre information la politique actuellement étudiée par le comité mixte susmentionné. De plus, le 6 et le 7 décembre 1991, le conseil d'administration de l'AMC étudiera une proposition de directives de l'AMC. Je me ferai un plaisir d'envoyer à votre comité un rapport sur cette proposition lorsqu'elle aura été approuvée.

Cette lettre est signée par Carol A. Guzman, docteur en médecine. C'est la présidente de l'Association médicale canadienne.

Or, au cours de nos délibérations subséquentes, nous avons discuté de la possibilité d'inviter l'AMC à venir témoigner devant notre comité. À cette fin, j'ai demandé à la greffière de se renseigner sur la méthode à suivre pour sommer un témoin à comparaître s'il y a un problème.

[*Texte*]

I don't think there is going to be a problem, but we do have the information for subpoena and yes, we can subpoena them.

• 1540

The reason I say I don't think there is going to be a problem is because I have a letter now, November 27, addressed to Mr. Bill Farrell, the Public Bills Office, the House of Commons:

> Dear Mr. Farrell:
>
> I am in receipt of your fax sent this morning requesting again that the Canadian Medical Association (CMA) appear before the House of Commons Committee on Bill C-203 (Wenman private member's bill on euthanasia).
>
> I have read the transcripts you sent of the discussion by the chairman of the House Committee and Mr. Don Boudria as to the desirability of the CMA's giving the Committee its opinion on this matter.
>
> As I told you in our telephone conversation this morning, I will forward this material to the CMA's Secretary General, Dr. Léo-Paul Landry. The CMA Board of Directors will meet on December 6-7, 1991:

—which is just next week—

> you may rest assured that this request will be on the Board's agenda. As you explained, any appearance by the CMA would not occur until following the Christmas recess (February 3, 1992).
>
> As per your request, I'm enclosing a copy of the President's letter to Mr. Blackburn, declining the Committee's invitation to appear.

This letter is signed by Lucian Blair, Associate Director of Department of Communications and Government Relations for the Canadian Medical Association.

My suggestion to you, my colleagues, is that we wait upon the decision of the CMA, which will be taken next week, and that we make our decision when we return from the break. Is that agreed?

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: Agreed then and so ordered.

We are now ready to proceed with the witness of the day. We have with us today as our first witnesses, the Canadian Nurses for Life. Ms Marilynne McPherson will be joined by three colleagues, whom she will introduce to us.

Welcome to this committee, Ms McPherson, and your colleagues. After you have introduced yourself and your colleagues, we would ask you to make your brief. Then I will open the floor to questions from the Members of Parliament. Again, welcome.

Ms Marilynne McPherson (National Co-ordinator, Canadian Nurses for Life): Thank you very much. I would like to introduce to you my three colleagues: Noreen Moser, the co-ordinator of Nova Scotia Nurses for Life; Diane Petrucka, president of Sudbury Nurses for Life; and Joanna Martin, a member of British Columbia Nurses for Life.

[*Traduction*]

Je ne pense pas qu'il y aura de problèmes, mais nous avons les renseignements nécessaires pour les sommations à comparaître, et nous pouvons effectivement les sommer à comparaître.

Si je dis qu'à mon avis il n'y aura pas de problèmes, c'est parce que j'ai maintenant une lettre, en date du 27 novembre, adressée à M. Bill Farrell, du Bureau des projets de loi d'intérêt public de la Chambre des communes:

> Monsieur,
>
> J'ai bien reçu la télécopie que vous avez envoyée ce matin pour redemander à l'Association médicale canadienne de comparaître devant la Chambre des communes au sujet du projet de loi C-203, le projet de loi d'initiative parlementaire du député Wenman sur l'euthanasie.
>
> J'ai lu le compte rendu de la discussion entre le président du comité de la Chambre et M. Don Boudria quant à l'opportunité que l'AMC donne à ce comité son opinion sur cette question.
>
> Comme je vous l'ai dit lors de notre conversation téléphonique de ce matin, je vais envoyer ces documents au secrétaire général de l'AMC, le Dr Léo-Paul Landry. Le conseil d'administration de l'AMC doit se réunir le 6 et le 7 décembre 1991,

. . .c'est-à-dire la semaine prochaine. . .

> Vous pouvez être assuré que cette demande figurera à l'ordre du jour. Comme vous me l'expliquez, la comparution éventuelle de l'AMC n'aurait pas lieu avant la fin du congé de Noël, c'est-à-dire vers le 3 février 1992.
>
> À votre demande, je joins une copie de la lettre de la présidente à M. Blackburn déclinant l'invitation à comparaître devant le comité.

Cette lettre est signée par Lucien Blair, directeur associé du Service des communications et des relations avec le gouvernement de l'Association médicale canadienne.

Je vous suggère, chers collègues, d'attendre la décision de l'AMC, qui sera prise la semaine prochaine, et d'attendre après le congé pour prendre la nôtre. D'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: D'accord et entendu.

Nous sommes maintenant prêts à entendre nos témoins d'aujourd'hui. Nous accueillons en premier les Canadian Nurses for Life. Mme Marilynne McPherson est accompagnée de trois collègues qu'elle va nous présenter.

Bienvenue devant ce comité à vous, madame McPherson, et à vos collègues. Après nous avoir présenté vos collègues, nous vous demanderons de faire votre exposé. Ensuite, je donnerai la parole aux membres du comité pour qu'ils vous posent des questions. Encore une fois, bienvenue.

Mme Marilynne McPherson (coordonnatrice nationale, Canadian Nurses for Life): Merci beaucoup. J'aimerais vous présenter mes trois collègues: Noreen Moser, coordinatrice des Nurses for Life de la Nouvelle-Écosse; Diane Petrucka, présidente des Nurses for Life de Sudbury, et Joanna Martin, membre des Nurses for Life de la Colombie-Britannique.

[*Text*]

Canadian Nurses for Life is a national organization of nurses dedicated to the defence of human life from conception to natural death. We believe the destruction of human life is in direct contradiction to the moral and ethical responsibilities of our profession. We believe the active or passive acceptance of the anti-life mentality stands in grave opposition to the ethical, moral and practical aspects of nursing.

We thank you for inviting us to appear before this committee. As members of what we consider to be a noble profession, we have come to express our opposition to Bill C-203. The stated purpose of this bill is to protect a physician from criminal liability. Proposed section 246.2 says that the definition of a qualified medical practitioner will include any person working under the direction of that person. We realize that nurses may not be the only persons working under the direction of a physician. However, in Canada nurses are the primary providers of health care.

Canadian Nurses for Life believe this bill offers no protection for us. In order for there to be protection, there must be limits. We believe in fact that Bill C-203 does not impose any controls on health care providers but instead will allow the killing of anyone for any reason. The term "medical treatment" is not clearly defined. It does not prevent the possibility of legalizing the killing of any of our patients for supposed alleged compassionate reasons.

As occurred in the Nancy Beth Cruzan case in the United States, there are those who would include in medical treatment the provision of such necessities as food and water. Providing basic nutrition and hydration has never been medical treatment because neither treat any illness or disease. In fact, none of us require a doctor's order for breakfast, lunch or supper. Nutrition and hydration are basic necessities, without which life cannot be sustained.

• 1545

Those who propose that nutrition and hydration be included when defining medical treatment appear to believe this will only allow nature to take its course. The sole purpose for the withdrawal of nutrition and hydration is to hasten death. The removal of food and water does not simply allow nature to takes its course. Death by starvation and thirst is not natural in any society.

Others would propose that the withdrawal of nutrition and hydration be limited to those too feeble or too ill to feed themselves, those who must be fed by so-called extraordinary means. Dr. Dwight Harken, an open-heart surgery pioneer who is famous for never losing a patient on the operating table, has actually said:

> That feeding tubes are all that keep these helpless people alive and they can go on in this state indefinitely taking up badly-needed beds and the time of the nursing staff.

[*Translation*]

Canadian Nurses for Life est un regroupement national d'infirmiers et d'infirmières voué à la défense de la vie humaine, de la conception jusqu'à la mort naturelle. Nous croyons que détruire la vie humaine va directement à l'encontre des responsabilités morales et déontologiques de notre profession. Nous estimons que l'acceptation active ou passive de la mentalité hostile à la vie s'oppose gravement aux aspects déontologiques, moraux et pratiques des soins infirmiers.

Nous vous remercions de nous avoir invités à comparaître devant votre comité. À titre de membres de ce que nous considérons être une profession noble, nous sommes venus exprimer notre opposition au projet de loi C-203. L'objectif déclaré du projet de loi est de dégager les médecins de toute responsabilité criminelle. La proposition d'article 246.2 stipule que la définition de «médecin qualifié» inclura «toute personne qui travaille sous la direction d'un tel médecin». Nous sommes conscients que les infirmiers et infirmières ne sont pas les seules personnes à travailler sous la direction d'un médecin, mais, au Canada, ce sont surtout eux qui dispensent les soins de santé.

Canadian Nurses for Life croit que ce projet de loi ne nous protège pas. Pour assurer une protection, il faut fixer des limites. De fait, nous croyons que le projet de loi C-203 n'impose aucun contrôle sur les professionnels de la santé et qu'il permettra au contraire de tuer n'importe qui sans raison. Le terme «traitement médical» n'est pas défini clairement. Il n'exclut pas la possibilité de légaliser le meurtre de nos patients pour de soi-disant raisons de compassion.

Comme l'a démontré l'affaire Nancy Beth Cruzan aux États-Unis, il y a ceux qui voudraient inclure dans le traitement médical des nécessités de la vie comme les aliments et l'eau. Donner des aliments et assurer une hydratation de base n'ont jamais constitué un traitement médical, parce qu'ils ne guérissent aucune maladie. De fait, nul d'entre nous n'a besoin du médecin pour commander son petit déjeuner, son déjeuner ou son dîner. L'alimentation et l'hydratation sont des nécessités fondamentales de la survie.

Ceux qui proposent que l'alimentation et l'hydratation soient visées dans les définitions d'un traitement médical semblent croire que cela permettra seulement à la nature de suivre son cours. Cesser de s'alimenter ou de boire vise uniquement à hâter la mort. Supprimer les aliments et l'eau ne permet pas simplement à la nature de suivre son cours; mourir de faim ou de soif n'est naturel dans aucune société.

D'autres proposeraient que la cessation de l'alimentation et de l'hydratation se limite aux personnes trop faibles pour se nourrir elles-mêmes; à celles qui doivent être nourries par des moyens extraordinaires. Le Dr Dwight Harken, pionnier de la chirurgie cardiaque qui n'a jamais perdu un patient sur la table d'opération, a déclaré que:

> Les tubes d'alimentation sont tout ce qui maintient en vie ces gens impuissants. Ces patients peuvent demeurer dans cet état indéfiniment et occuper ainsi des lits dont on a grand besoin et du temps du personnel infirmier.

[*Texte*]

This is a feeding tube. The use of feeding tubes is a simple, non-threatening method of providing nourishment for patients who are in need of feeding assistance. This tube merely serves as a conduit or a straw. Feeding tubes are so non-threatening that nurses practise inserting them in themselves or in each other.

This is an advertisement for Boost and this is an advertisement for Ensure. Both of these pages were taken from recent Canadian magazines readily available in your local supermarket or convenience store. Both products are also advertised on television as diet supplements for use by athletes and the busy people in our society. Boost and Ensure are readily available in supermarkets and pharmacies without a doctor's prescription. We routinely supplement many of our patients' diets with either of these products, and we do not need a doctor's order to do this.

Actually, you could compare them in many ways to baby formula. This baby bottle containing formula is not the natural way to nurture an infant, yet no one would deny a crying child his or her dinner because he or she is not being breast-fed. The provision of basic nutrition and hydration is merely good nursing care.

A little over three years ago, Nancy Beth Cruzan's parents petitioned the courts in the United States to force hospital employees to carry out their request to withhold food and water. Nancy Beth was not comatose. She could hear and see, she smiled at amusing stories and cried at times when visitors left. When Nancy Beth Cruzan was starved to death, she died a horrifying death deprived of compassion and dignity.

Depending on the physical condition of the patient, it can take from one to two weeks to starve to death—one to two weeks of suffering. The mucous membranes dry out and the tongue becomes thick, often sticking to the roof of the mouth. Because of the lack of lubrication, sores develop in the mouth and nose and on the tongue. Often there is bleeding from the cracks that develop in the nose, mouth and lips. The lips become swollen. The mucous membranes of the eyes becomes so dry that the eyes ache. The skin becomes shrivelled and it shrinks. The eyeballs become sunken. As the body protests its lack of nourishment, patients will suffer stomach pain, nausea and retching—the dry heaves. The secretions in the throat and lungs thicken, making breathing difficult and uncomfortable. Coughing and choking occur. Eventually, the body's systems give out, it poisons itself and finally, death occurs.

We have all seen the unforgettable pictures of starving adults and children on news telecasts. We have been shocked by the effects of starvation and dehydration as a result of war and famine. Our souls have been seared by the pictures of the distended bellies, the cracked and swollen lips, the haunting eyes of the victims of starvation in Ethiopia, Bangladesh, Iraq and many other countries. Canada is renowned throughout the world as a country of

[*Traduction*]

Voici un de ces tubes. Les tubes d'alimentation sont un moyen simple et inoffensif de nourrir des patients qui ont grandement besoin d'aide. Ils servent uniquement de conduit, comme une paille. Ils sont si inoffensifs que les infirmiers et infirmières apprennent à s'en servir en se piquant eux-mêmes ou les uns les autres.

Voici une annonce de Boost et une autre de Ensure. Ces deux pages de publicité sont parues dans des revues canadiennes récentes faciles à trouver au supermarché ou au dépanneur local. Ces deux produits sont également annoncés à la télévision, où on les présente comme des suppléments alimentaires à l'intention des athlètes et des gens actifs. On peut se les procurer au supermarché et à la pharmacie, sans ordonnance. Nous ajoutons fréquemment ces deux produits au régime alimentaire de nos patients et nous n'avons pas besoin de la permission du médecin pour le faire.

De fait, à bien des égards, on pourrait les comparer au lait maternisé. Ce biberon contenant du lait maternisé n'est pas la manière naturelle de nourrir un poupon. Or, personne ne refusera à un bébé qui pleure de manger simplement parce qu'il n'est pas nourri au sein. Fournir une alimentation et une hydratation de base n'est qu'une bonne pratique infirmière.

Il y a un peu plus de trois ans, les parents de Nancy Beth Cruzan ont demandé aux tribunaux américains de forcer les employés de l'hôpital où se trouvait leur fille à respecter leur volonté en cessant de donner des aliments et de l'eau. Nancy Beth n'était pas dans le coma. Elle pouvait entendre, elle pouvait voir, elle souriait quand on lui racontait des histoires amusantes et pleurait parfois quand ses visiteurs la quittaient. On l'a fait mourir de faim; elle est morte d'une mort horrible, sans compassion ni dignité.

Selon l'état physique du patient, il peut falloir d'une à deux semaines pour mourir de faim, une ou deux semaines de souffrance. Les muqueuses s'assèchent et la langue s'épaissit, collant parfois au palais. À cause du manque de lubrification, des plaies se forment dans la bouche, dans le nez et sur la langue. Le nez, la bouche et la langue gercés saignent souvent. Les muqueuses des yeux deviennent si sèches que les yeux font mal. La peau se déssèche et se flétrit, et le globe oculaire s'enfonce. À mesure que le corps proteste contre l'inanition, les patients souffrent de maux d'estomac, de nausées et de haut-le-coeur. Les sécrétions de la gorge et des poumons s'épaississent, rendant la respiration difficile et inconfortable. Le patient tousse et s'étouffe. Le corps finit par abandonner la partie, il s'empoisonne, et le patient meurt.

Nous avons tous vu les images inoubliables d'adultes et d'enfants affamés aux nouvelles télévisées. Nous avons été choqués par les effets de la faim et de la soif résultant de la guerre et de la famine. Nous avons eu le coeur déchiré à la vue des ventres gonflés, des lèvres gercées et enflées, des yeux hagards des victimes de la faim en Éthiopie, au Bangladesh, en Irak et dans de nombreux autres pays. Le Canada est reconnu dans le monde entier comme un pays

[*Text*]

compassionate and caring people who generously seek to relieve so much of this suffering. Is this what we are offering to the most defenceless of Canadian patients—a lingering, torturous death for those too weak to speak for themselves?

This description of death by starvation and thirst would make anyone feel extremely uncomfortable. These emotional reactions are exactly what the proponents of the right to die are counting on. If we can get people to accept the removal of all treatment and care, especially the removal of food and fluids, they will see what a painful way this is to die, and then in the patient's best interest they will accept the lethal injection. Helgo Kuhse of Monash University in Australia very clearly outlined the group's international strategy at a 1984 meeting of the World Federation of Right to Die Societies.

• 1550

The following is the text of the resolution passed at the International Congress of the World Federation of Doctors who Respect Human Life, which took place in Rome in December 1989. This federation has almost 300,000 members in 59 countries. The resolution says:

> In every case of terminal illness, it is a cruel and anti-medical practice to withdraw nutrition and hydration and thus to cause the patient to die of hunger and thirst, which can only increase his suffering. Nutrition and hydration are basic life-maintaining needs even if administered intravenously or by gastric tube.

Proponents of euthanasia have publicly acknowledged that, "We have to go step by step with a living will, with a power of attorney. . .we have to go stage by stage." This was said by Derek Humphry, the executive director of the Hemlock Society.

The first step is to have a compassionate people believe there is such a thing as a life not worth living. The next step leads us inevitably to the living will.

If Bill C-203 passes, the only logical method for a patient to convey his wishes for treatment should he or she become incompetent is to prepare a legal document in advance. Who can know for certain what the future might hold?

This emphasis on the need for a living will also implies that unless clearly directed by their patients, nurses will give poor nursing care. The patient has lost any or all right to refuse treatment and these rights must be acquired by the signing of a legal document. Patients must expect to be treated excessively if no such document exists, and patients unable to exert their rights have no rights.

Canadian Nurses for Life believes there does not appear to be any good reason for making into law what is already good nursing practice.

[*Translation*]

dont les citoyens font preuve de compassion envers les autres et se soucient des autres, comme un pays où les gens cherchent généreusement à apaiser cette souffrance. Est-ce ce que nous offrons aux patients canadiens les plus démunis: la torture de la mort à petit feu pour ceux qui sont trop faibles pour se faire entendre?

Cette description de la mort par la faim et la soif rend tout le monde extrêmement inconfortable. Les défenseurs du droit de mourir dans la dignité comptent sur ces réactions émotives. Si nous pouvons amener les gens à accepter la cessation de tout traitement et de tout soin, surtout la suppression des aliments et des liquides, ils verront jusqu'à quel point cette mort est douloureuse et, alors, dans l'intérêt véritable du patient, ils accepteront l'injection mortelle. Helgo Kuhse, de l'Université Monash, en Australie, a décrit très clairement la stratégie internationale de son groupe à une réunion internationale de la Fédération mondiale des associations pour le droit de mourir dans la dignité qui s'est tenue en 1984.

Nous reproduisons ci-dessous le texte d'une résolution adoptée au Congrès international de la Fédération mondiale des médecins pour le respect de la vie humaine, qui s'est tenu à Rome les 1er et 2 décembre 1989. Cette fédération compte près de 300,000 membres dans 59 pays.

> Dans tous les cas de maladie en phase terminale, il est cruel et contraire à la pratique médicale de cesser l'alimentation et l'hydratation et de faire mourir ainsi le patient de faim ou de soif, ce qui ne peut qu'accroître ses souffrances. L'alimentation et l'hydratation sont essentielles à la survie, même lorsqu'elles se font par intraveineuse ou par tube gastrique.

Les défenseurs de l'euthanasie ont reconnu publiquement: «Nous devons procéder étape par étape, avec le testament biologique, avec les procurations... nous devons procéder graduellement», disait Derek Humphry, directeur général de la Hemlock Society.

Le première étape consiste à faire croire à des gens faisant preuve de compassion que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. L'étape suivante nous amène inévitablement au testament biologique.

Si le projet de loi C-203 est adopté, la seule méthode logique par laquelle un patient pourra faire connaître sa volonté au sujet du traitement, s'il devient un jour incapable, consistera à rédiger un document juridique à l'avance. Qui peut savoir avec certitude ce que l'avenir lui réserve?

Cette insistance sur la nécessité d'un testament biologique implique également qu'à moins d'instructions claires de leur patient, les infirmiers et infirmières donneront des soins de mauvaise qualité, que le patient perd tous ses droits de refuser un traitement et que ces droits doivent être acquis par la signature d'un document légal, que les patients doivent s'attendre à un acharnement thérapeutique en l'absence d'un tel document et que les patients incapables d'exercer leurs droits n'en ont aucun.

Canadian Nurses for Life estime qu'il ne semble pas exister de bonne raison de légaliser ce qui constitue déjà une saine pratique infirmière.

[*Texte*]

As patient advocates, we have always been aware of our patients already existing right to refuse treatment. In our role as health-care educators, nurses ensure that patients are informed as to their health status, their treatment and the ramifications, if any, of this treatment.

This knowledge empowers patients to form their own conclusions and make informed decisions regarding their treatment and care. This has always been so. To imply otherwise, as we believe this bill does, is to attack the very foundation upon which the trusting nurse-patient relationship is built.

The underlying premise of Bill C-203 is that not only do nurses treat patients contrary to their wishes but they also routinely overtreat patients. The trust implicit in the nurse-patient relationship cannot but be undermined by such false reasoning. Nurses do not treat patients contrary to their needs or wishes. Undertreatment is more actual than overtreatment. Many of us in this room can recount personal stories of people sent home from hospital while still sick.

We believe living wills are unnecessary. The Law Reform Commission in their Working Paper 28 came to the same conclusion. Their position was based on the view that the practice of terminating or discontinuing useless treatment is such a well-established ethic that there is no need for specific living will legislation in Canada.

The Criminal Code of Canada affirms that treatment performed without legally effective consent constitutes an assault against the person.

Canadian law already recognizes the basic common law approach upholding the individual's right to refuse treatment. Living wills will advance the societal acceptance not only of the right to die but also of the duty to be killed.

Dr. John Scott, director of palliative care at Ottawa's Elizabeth Bruyere Health Centre believes the sick and dying may eventually feel pressured to end their lives to avoid becoming a burden.

The bearing of burdens is that which makes us human. Rather than abandoning the weak, the defenceless and the suffering, human beings nuture them and care for them.

When Barbara Blodgett was comatose for months following a motor vehicle accident, her family stayed with her, cared for her, loved her. Barbara was pregnant with her second child. After being in a coma for six months, Barbara delivered a healthy son. Shortly following her child's birth, Barbara began to wake up. She is now at home with her husband and family.

[*Traduction*]

Parce que nous défendons les patients, nous avons toujours su que nos patients ont déjà le droit de refuser un traitement. Dans notre rôle d'éducateurs en matière de santé, nous nous assurons que les patients sont informés de leur état de santé, de leur traitement et des répercussions éventuelles de ce traitement.

Cette connaissance permet aux patients de tirer leurs propres conclusions et de prendre des décisions informées au sujet de leur traitement et de leurs soins. Il en a toujours été ainsi. Laisser entendre le contraire, comme le fait ce projet de loi à notre avis, attaque les fondements mêmes de la relation de confiance entre l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

L'hypothèse fondamentale du projet de loi C-203 est non seulement que les infirmiers et infirmières traitent les patients contrairement aux souhaits de ces derniers, mais aussi que nous avons l'habitude de faire de l'acharnement thérapeutique. La confiance implicite dans la relation infirmier-patient ne peut être que sapée par un tel raisonnement fallacieux. Les infirmiers et infirmières n'administrent pas des traitements contraires aux besoins ou aux souhaits de leurs patients. Les traitements insuffisants sont beaucoup plus fréquents que l'acharnement thérapeutique. Beaucoup de ceux d'entre nous qui se trouvent dans cette salle peuvent donner des exemple de gens qui ont été renvoyés à la maison bien qu'encore malades.

Nous estimons les testaments biologiques inutiles. La Commission de réforme du droit est arrivée à la même conclusion dans son document de travail numéro 28. Sa position se fonde sur l'opinion que l'interruption de traitement inutile ou la renonciation à un traitement inutile est une pratique si bien établie qu'il n'est pas nécessaire de légiférer expressément sur les testaments biologiques au Canada.

Le Code criminel du Canada stipule que le traitement administré sans un consentement légalement efficace constitue une infraction contre la personne.

Le droit canadien reconnaît déjà le principe de la common law qui permet à l'individu de refuser un traitement. Les testaments biologiques feront progresser l'acceptation dans la société non seulement du droit de mourir, mais aussi du devoir d'être tué.

Le D[r] John Scott, directeur des soins palliatifs au Centre de santé Élisabeth Bruyère, à Ottawa, croit que les malades et les mourants pourraient finir par se sentir contraints de mettre fin à leurs jours pour éviter de devenir un fardeau.

C'est le propre de l'homme que de devoir porter des fardeaux. Au lieu d'abandonner le faible, celui qui est sans défense et qui souffre, l'homme s'en occupe et en prend soin.

Quand Barbara Blodgett s'est retrouvée dans le coma pendant des mois par suite d'un accident de la route, sa famille est restée près d'elle, en a pris soin et l'a aimée. Elle était enceinte de son deuxième enfant. Après avoir passé six mois dans le coma, elle a donné naissance à un enfant bien portant. Elle a commencé à reprendre connaissance peu de temps après la naissance de son enfant et vit maintenant à la maison, avec son mari et sa famille.

[*Text*]

• 1555

Canadian Nurses for Life has been in existence since early 1986. Since then we have been involved, both provincially and federally, in attempting to obtain legislation that would provide conscience rights for all health care workers.

Euthanasia legislation of any sort will certainly involve health care providers, either directly or indirectly, whether by assisting in the withdrawal of necessary treatment and/or basic nutrition and hydration, or by preparing and/or administering the lethal injection. Although our focus at times has been protection for health care workers, our primary consideration has always been, and will always remain, the protection of our patients—the unborn child, the handicapped, the elderly, the terminally ill, the criminal, and the suicidal patient.

As nurses, we fully understand the consequences of being in the immediate vicinity of a suffering, perhaps dying, person. The basis of good nursing care is the trusting, caring relationship between nurse and patient. Most ill patients not only understand but also expect that nurses will care about them as well as for them.

How quickly and inevitably would it follow, once nurses would be allowed to kill some of their patients for any reason, that nurses would be forced to kill some of their patients? The most frightening aspect of Bill C-203 is its blatant attempt to change caregivers into killers.

In a compassionate society, when a person is suffering, it must always be perceived that it is the pain that is burdensome, not the patient, that it is the pain that must be removed, not the person.

Do not ask us to kill our patients. We know we may not always be able to heal them. We will care for them. We will love them. We will comfort them while they die. We will not kill them. I thank you.

The Chairman: Thank you for your testimony, Ms McPherson. I see you don't mince words. We have a bill in Parliament now about plain language, and I don't know that you can get much more precise or plain than what you've just said. I open the floor to questions from my colleagues.

Mr. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): I want to say to our witnesses this afternoon that their brief is a very powerful one. I don't envy them their job, but I do admire tremendously what they do, not only as health care professionals but also for what they stand up for.

This has been a very difficult issue for all of us. I must say that I'm looking forward to the day when we'll practise euthanasia on this bill. I hope that will happen. Meanwhile, we're dealing with it. If there is any salvation to the exercise, it has helped me, and perhaps others, to reaffirm what it is we stand for. To that extent it's been valuable.

[*Translation*]

Canadian Nurses for Life existe depuis le début de 1986. Depuis notre fondation, nous avons tenté, à l'échelle fédérale et provinciale, d'obtenir une législation qui sauvegarderait la liberté de conscience de tous les professionnels de la santé.

Toute loi sur l'euthanasie visera sans aucun doute, directement ou indirectement, les professionnels de la santé qui participeront à la cessation d'un traitement nécessaire ou de l'alimentation et de l'hydratation de base, ou prépareront ou administreront l'injection mortelle. Même si nos efforts visent surtout actuellement à protéger les professionnels de la santé, notre principal objectif a toujours été et restera toujours la protection de nos patients: l'enfant à naître, le handicapé, la personne âgée, le malade à l'agonie, le patient criminel ou suicidaire.

En tant qu'infirmiers et infirmières, nous comprenons les conséquences de notre contact immédiat avec la personne qui souffre et qui agonise peut-être. Le fondement de bons soins infirmiers est la relation de confiance et d'attention entre l'infirmier ou l'infirmière et le patient. La plupart des malades ne font pas que comprendre que les infirmiers et infirmières prendront soin d'eux, ils y comptent.

Dans combien de temps—ce serait inévitable—après avoir été autorisés à tuer leurs patients pour une raison ou une autre, les infirmiers et infirmières seraient-ils forcés de tuer certains d'entre eux? L'aspect le plus effrayant du projet de loi C-203 est la façon évidente avec laquelle il tente de transformer les professionnels de la santé en meurtriers.

Dans une société compatissante, quand une personne souffre, il faut toujours sentir que c'est la douleur qui est un fardeau, et non le patient, que c'est la douleur qu'il faut faire disparaître, et non la personne.

Ne nous demandez pas de tuer nos patients. Nous savons que nous ne pourrons pas toujours les guérir. Nous en prendrons soin, nous les aimerons, nous les réconforterons dans la mort. Nous ne les tuerons pas. Merci.

Le président: Merci de votre témoignage, madame McPherson. Je constate que vous ne mâchez pas vos mots. Il y a actuellement un projet de loi sur le langage clair au Parlement. Je ne peux concevoir d'exemple plus frappant que celui que vous venez de nous donner. J'invite maintenant mes collègues à poser des questions.

M. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Je voudrais dire aux témoins de cet après-midi que leur témoignage a beaucoup de poids. Je ne les envie pas, mais j'ai beaucoup d'admiration pour ce qu'ils font, non seulement en tant que professionnels de la santé, mais également en tant que personnes prêtes à défendre leur opinion.

La question à l'étude s'est révélée très difficile pour nous tous. Je dois dire qu'en ce qui me concerne, je commence à avoir hâte qu'on pratique l'euthanasie sur ce projet de loi. Pour le moment, cependant, nous devons essayer de l'examiner. S'il a un bon côté, c'est qu'il permet à certains d'entre nous de réaffirmer leurs convictions.

[*Texte*]

Some things are easy in my own mind. For instance, should a health care provider be authorized to give a lethal injection? Obviously, that's "no". That's simple. But there are areas in which I want to get more precision from every witness. That involves something around this notorious case right now in Quebec. A patient has asked, herself, not to be given a lethal injection, but to remove an artificial life support system.

That is where it's a lot more difficult. If the question would even have been whether the life-sustaining system would be plugged in, it would have been a lot easier, because it wasn't there. But once it is there, one could argue that the intent behind the act of removing it is to cause death.

Here is where it really gets much more difficult. At least, I think it does. Could you people please react to that? It would be most helpful.

• 1600

Ms McPherson: As far as we are concerned, in legal terms, the removal of artificial life-sustaining equipment of any sort is always a patient's right. A patient always has the right to refuse anything. If a patient is competent to make that decision, they must be allowed to make it.

The actions of the health care professional who assists in that, for whatever reason the patient makes this decision... Whether or not we like the outcome, we can never guarantee what that outcome will be. In the Karen Quinlan case in the United States, they wanted all of her equipment removed because they wanted her to die, but she ended up living for another 10 years or so.

So there's no guarantee that the patient will die. What the health care provider is actually doing is complying with the wishes of the patient, which is not necessarily in agreement with what may or may not occur following that removal or cessation of treatment.

Mr. Boudria: Okay. I want to ask another question. This morning I met with a group of nurses and they brought a new dimension to this. You people always do this because you know what you're talking about. Many of us are not as familiar with all the different ramifications of this. They explained the following proposition to me.

When we're talking about non-medical things, such as that feeding tube that you have... There's a tricky question there, too. They explained to me that many patients, when they see themselves on the verge of dying, they make a conscious decision—it appears to be, at least—to no longer participate in any feeding process. They will refuse food. They will turn towards a wall. They will deliberately try to disconnect a feeding tube.

[*Traduction*]

Il y a un certain nombre de choses qui sont déjà claires pour moi. Par exemple, les professionnels de la santé doivent-ils être autorisés à donner une injection mortelle? En ce qui me concerne, la réponse ne peut être que «non». Cependant, il y a d'autres questions au sujet desquelles j'aimerais obtenir plus de précisions de la part de chacun des témoins. Entre autres, il y a le cas notoire de cette patiente au Québec qui demande actuellement non pas de recevoir une injection mortelle, mais d'être débranchée du système d'assistance cardiorespiratoire.

La question est beaucoup plus difficile à déterminer à ce moment-là. S'il s'était agi de brancher ou non au début ledit système d'assistance cardiorespiratoire, le problème aurait été autre, parce qu'il n'y aurait pas eu de système jusque-là. Cependant, il est en marche maintenant, et le fait de le débrancher pourrait être considéré comme un acte causant la mort.

Pour moi, en tout cas, le problème, posé de cette façon, est beaucoup plus difficile à résoudre. Comment voyez-vous la situation vous-mêmes? Votre opinion à cet égard pourrait nous être très utile.

Mme McPherson: Pour nous, sur le plan juridique, le retrait de toute pièce d'équipement maintenant artificiellement en vie dépend du patient. Le patient a toujours le droit de refuser quoi que ce soit. S'il est apte à prendre sa décision, celle-ci doit être respectée.

Les gestes posés par les professionnels de la santé à l'appui de cette décision, quelles qu'aient été les raisons du patient... Que nous soyons d'accord ou non avec l'issue, celle-ci ne peut jamais être garantie. Pour Karen Quinlan, aux États-Unis, on a retiré tout l'équipement parce qu'on voulait qu'elle meure, mais elle a survécu pendant dix ans.

Il n'est donc pas toujours certain que le patient en mourra. Le professionnel de la santé respecte simplement les désirs du patient, mais il n'est pas toujours d'accord avec ce qui pourra se produire ou ne pas se produire après le retrait de l'équipement ou la cessation du traitement.

M. Boudria: Très bien. Je vous soumets un autre cas. Un groupe d'infirmières et infirmiers que j'ai rencontré ce matin a attiré mon attention sur cet aspect de la question. Les infirmiers et infirmières apportent toujours de nouveaux éléments parce que, justement, ils savent de quoi ils parlent. Beaucoup d'entre nous ne voient pas toute l'étendue possible de la mesure proposée. Voici ce que me disaient vos collègues ce matin.

Lorsqu'il s'agit de moyens non médicaux, comme le tube d'alimentation, par exemple... La situation peut être fort complexe. Ces infirmiers et infirmières me disaient que beaucoup de patients, lorsqu'ils sentent qu'ils vont mourir, décident consciemment—du moins, c'est ce qui semble—de ne plus accepter d'alimentation. Ils se retournent du côté du mur. S'ils ont un tube d'alimentation, ils essaient de le débrancher.

[*Text*]

It happens fairly often, and as health care professionals they know what is actually going on. If I was by the bedside of a patient who was doing that, I would probably think they had accidentally tripped over it or something, but they know better because they do this all the time.

Because food is a necessity of life as opposed to being a medical intervention—this is from your brief—how would we treat that kind of a situation from a health care provider's point of view?

Ms McPherson: First of all, if you force food on a patient, you're assaulting them.

Mr. Boudria: Okay, that simplifies it.

Ms Diane Petrucka (President, Sudbury Nurses for Life): As we mentioned, food and water is not a medical treatment or a medical prescription. If a patient indicates that he is refusing to eat or drink, regardless of whether or not he has a feeding tube or an IV... As a health care provider, if the patient is refusing to have a basic necessity of life such as nutrition or hydration, I cannot force myself to hydrate or feed this patient.

This assumes, of course, that we are dealing with a competent patient who is consciously making this decision to refuse. However, if we have a reverse scenario where the patient is a chronic patient—perhaps comatose or semi-comatose—and a medical person or a surrogate is making a decision to refuse to give nutrition to this patient, then we as health care providers would be morally wrong in assisting in that situation. We would not be doing right for that patient. Does that answer your question?

Mr. Boudria: It helps to clarify it. I have a feeling that my colleague across the way, Dr. Wilbee, will probably ask more questions on that. It is helpful.

Ms Petrucka: We believe that the withdrawal of hydration and nutrition is in fact a process of removing life. It pushes nature to take its course. It's not a natural course toward death; it is a hastened course. We believe that nutrition is not an unnatural obstruction to taking care of that patient.

• 1605

Mr. Boudria: To clarify that one point before ending, I have one very short question. Are you saying, then, that if a patient refuses food and water—and that is, of course, his or her right, notwithstanding the fact that you might profoundly disagree with the decision—no other third party, such as a custodian or anyone like that, should ever have the right to make that kind of decision?

Ms Petrucka: No, definitely not. Not for that basic type of sustenance of life.

Mr. Boudria: So you agree, when you say that no—

Ms Petrucka: That's right, we agree with what you're saying.

[*Translation*]

La situation se présente assez souvent, semble-t-il, et les professionnels de la santé sont capables de la reconnaître. Moi, si j'étais au chevet d'un tel patient, je penserais qu'il s'est probablement accroché accidentellement dans le tube, mais les infirmiers et infirmières savent ce qui se passe parce qu'ils voient ce genre de situation régulièrement.

L'alimentation étant une nécessité de la vie, par opposition à un acte médical—c'est dans votre mémoire—comment réagissez-vous dans ce genre de situation en tant que professionnels de la santé?

Mme McPherson: Si vous forcez un patient à s'alimenter, vous commettez une infraction.

M. Boudria: Voilà qui éclaire.

Mme Diane Petrucka (présidente, Sudbury Nurses for Life): Comme nous l'avons dit, l'alimentation et l'hydratation ne constituent pas un traitement médical ou une prescription médicale. Si un patient indique qu'il ne veut ni manger ni boire, qu'il soit ou non relié à un tube d'alimentation ou à une intraveineuse... En tant que professionnelle de la santé, si un patient refuse une nécessité de la vie comme l'alimentation ou l'hydratation, je ne peux pas me résoudre à l'alimenter ou à l'hydrater.

Je suppose évidemment que le patient est lucide lorsqu'il prend sa décision. Dans la situation contraire, si c'est un patient chronique—dans un état comateux ou à demi comateux—et que le professionnel de la santé ou son remplaçant prend la décision de ne pas l'alimenter, ce professionnel a moralement tort. En agissant de cette façon, nous manquerions à notre devoir vis-à-vis du patient en tant que professionnels de la santé. Avons-nous répondu à votre question?

M. Boudria: Vous nous avez aidés à y voir plus clair. J'ai l'impression que mon collègue d'en face, M. Wilbee, voudrait également vous interroger à ce sujet. Votre réponse est quand même utile.

Mme Petrucka: Nous pensons que la cessation de l'alimentation et de l'hydratation va dans le sens de l'interruption de la vie. C'est une façon de hâter la nature. La nature ne suit plus son cours, elle est quelque peu aidée. Nous pensons que la nutrition n'est pas une obstruction artificielle lorsqu'il s'agit de donner des soins à un patient.

M. Boudria: Avant de terminer, je vais encore vous demander une précision. Vous voulez dire que si un patient refuse de boire et de s'alimenter, ce qui est son droit, bien sûr, même si vous êtes profondément contre cette décision, personne d'autre, un gardien par exemple, ne devrait jamais avoir le droit d'aller contre cette décision?

Mme Petrucka: Non, absolument pas. Pas lorsqu'il s'agit de ces éléments indispensables à notre subsistance.

M. Boudria: Vous êtes donc d'accord quand vous dites qu'aucun...

Mme Petrucka: C'est exact, nous sommes d'accord avec ce que vous dites.

[*Texte*]

Mr. Boudria: Thank you, that's most helpful.

Mr. Worthy (Cariboo—Chilcotin): Thank you, ladies. It was, as they said, very vivid evidence and it does have quite an impact.

I would like to get some feel as to how many nurses you're representing across Canada.

Ms McPherson: Several thousand. It is difficult to state exactly how many because we are all autonomous organizations, coming under the umbrella of Canadian Nurses for Life, and, as the national co-ordinator, I really have no idea how many members belong to each organization.

There are members in every province across the country, and some provinces, such as Ontario, have many smaller organizations aside from a provincial organization, such as Toronto Nurses for Life, Peterborough Nurses for Life, Sudbury Nurses for Life, and Ottawa Nurses for Life. So I don't have access to the number of members we represent.

Mr. Worthy: Can you help me? I am trying to get some feel as to how many or what percentage of the nurses you're speaking for. Is it a majority of the nurses or a minority?

Ms McPherson: In addition to speaking for our members, we speak for a lot of nurses who are not necessarily members. I know that in the unit in which I work, there is one other nurse who is a member of Canadian Nurses for Life, but all the other staff have read our brief and they thank us for saying what we said, because they don't want to be involved in killing their patients, yet they are not members of our organization.

Ms Petrucka: That's right. I was also going to add to that response because several of the colleagues I work with in an operating room situation, where we have seen situations in which life has been ended—not illegally, of course—and we know this has happened and have discussed this issue among ourselves, even though we are not members of the same organization, we feel as we do in Nurses for Life, i.e., that with regard to killing a patient, they would rather leave the nursing profession than be told they have to assist in enhancing someone's death. Doing so is killing; it is homicide, black and white.

Mr. Worthy: I know that for many people in society the issue is not quite that black and white.

Even if we look back at our history and at primitive people, when individuals became very old, they tended of their own will to stay behind in many cases when the tribe moved on. That was the way in which those societies chose to handle that situation, and from what I have been able to discover, it appeared to be the elders themselves who tended to make that decision.

There is a terrible fear for many people in today's society that they aren't going to be allowed to have the same kind of dignity in making that choice. I really believe that is the push. For most people in society with whom I have talked and who are in favour of this legislation, this is the direction from which they tend to be coming.

[*Traduction*]

M. Boudria: Merci, voilà une précision fort utile.

M. Worthy (Cariboo—Chilcotin): Merci, mesdames. Vous nous avez apporté un témoignage impressionnant, qui nous touche beaucoup.

J'aimerais avoir une idée du nombre d'infirmiers et d'infirmières que vous représentez dans tout le Canada.

Mme McPherson: Plusieurs milliers. Il est difficile de préciser le nombre, car tous les organismes que nous représentons sont autonomes et se regroupent sous la bannière de *Canadian Nurses for Life*. Je suis la coordonnatrice nationale, mais je n'ai aucune idée du nombre de membres dans chaque organisation.

Nous avons des membres dans toutes les provinces et, dans certaines, comme l'Ontario, il y a plusieurs regroupements locaux en plus de l'organisation provinciale. Par exemple, *Toronto Nurses for Life, Peterborough Nurses for Life, Sudbury Nurses for Life* et *Ottawa Nurses for Life*. Je ne sais donc pas combien de membres nous représentons.

M. Worthy: Je me demande si vous pourrez m'aider; j'essaie d'avoir une idée du pourcentage des infirmières qui ont les mêmes idées que vous. S'agit-il d'une majorité ou d'une minorité?

Mme McPherson: Nous ne sommes pas seulement le porte-parole de nos membres; nous défendons des idées qui sont partagées par beaucoup d'infirmiers et d'infirmières qui ne sont pas inscrits à notre organisation. Je sais que dans le service où je travaille, une autre infirmière appartient à *Canadian Nurses for Life*, mais le reste du personnel a lu notre mémoire et nous a remerciés d'avoir dit ce que nous avons dit, car ils ne veulent pas être forcés de tuer leurs patients. Cela dit, ils ne font pas partie de notre organisation.

Mme Petrucka: C'est exact. Je tiens à ajouter également que j'en ai discuté avec les collègues avec lesquels je travaille dans la salle d'opération; parfois, les patients meurent sur la table d'opération, et bien sûr il n'y a rien là d'illégal, mais c'est une tout autre affaire de tuer un patient. Nous préférerions tous quitter la profession que d'être forcés d'aider à faciliter la mort de quelqu'un. C'est un meurtre, c'est un assassinat pur et simple.

M. Worthy: Je sais que dans la société il y a beaucoup de gens pour lesquels ce n'est pas aussi simple.

Quand on remonte dans l'histoire, quand on se penche sur ce qui se passait dans les sociétés primitives, on voit que les gens très âgés restaient souvent en arrière quand le reste de la tribu s'en allait. Ces sociétés-là faisaient face à cette situation de cette façon et, d'après ce que j'ai lu sur la question, c'était souvent les vieux eux-mêmes qui prenaient la décision.

Dans la société actuelle, il y a beaucoup de gens qui sont terrifiés à l'idée qu'on ne leur permettrait pas de choisir cette solution dans la dignité. A mon avis, c'est la véritable question. La plupart des gens auxquels j'ai parlé qui sont en faveur de ce projet de loi ont tendance à raisonner de cette façon-là.

[*Text*]

Ms McPherson: I think those people who may be in favour of the legislation do not understand what it actually says. When I speak to people about the issue, they all tell me to please tell you they don't want to be afraid to go into the hospital and to be afraid the staff are going to kill them because they are incompetent or disabled or too sick to be able to speak for themselves. That is what people are saying to me. I haven't heard anyone say they are in favour of the bill when they have heard an explanation of what it says.

Ms Petrucka: Are these people you speak of, who have spoken to you, speaking only of themselves, or are they speaking of loved ones who are becoming elderly or handicapped?

Mr. Worthy: Both, but I believe they feel most strongly about the issue for themselves. I think it is difficult for me to feel as strongly on behalf of someone else, because it is a very personal issue to have to deal with.

Ms McPherson: I sympathize with how people feel this way; I really do. But I am not going to be an accomplice in killing someone, for any reason.

Mr. Worthy: It really is that. It really is that. You would then feel that aiding me in any way, whether through morphine or some form of drug, which might give me an easier time while I'm going but would in fact hasten death, is, as you put it, killing—black and white.

• 1610

Ms McPherson: No, it depends on why you're taking the morphine. If you're taking morphine to relieve the intense pain you are suffering while you are dying and one of the side effects of the morphine may be that it may hasten your death, this is different. I would agree that, yes, you should certainly get enough morphine to keep you pain-free.

Mr. Worthy: So this is one situation that may not be black or white.

Ms McPherson: The intent is not to kill you. The intent is to keep you pain-free. There is a big difference.

Mr. Kilger (Stormont—Dundas): I'd like to welcome our witnesses and thank them for their intervention.

First of all, by its very nature, the bill is to protect doctors. We keep hearing repeatedly that there is a great deal of anxiety out there—

Mr. Boudria: Allegedly.

Mr. Kilger: —that there is in fact a vacuum. Last week Dr. Scott, who deals specifically with cancer patients, identified what she referred to as common practice, that being that there are doctors who in fact stopped treatment or allowed their patients to withdraw from treatment and so on.

The problem I have is that if there is a gap in the Criminal Code, and maybe this is again exemplified by the incident in Quebec we are all following... Doctors are worried they could be charged under the Criminal Code. If this bill just addressed that gap and nothing else, I'd feel a lot more comfortble. In fact, that's not my perception.

[*Translation*]

Mme McPherson: À mon avis, beaucoup de gens qui sont en faveur de ce projet de loi ne le comprennent pas vraiment. Quand j'en discute avec des gens, ils me demandent tous de vous expliquer qu'ils ne veulent pas avoir peur d'aller à l'hôpital, avoir peur d'être tués par le personnel sous prétexte qu'ils sont incapables ou handicapés ou trop malades pour se défendre. Voilà ce que les gens me disent. Je n'ai entendu personne se prononcer en faveur du projet de loi après avoir compris de quoi il s'agissait.

Mme Petrucka: Ces gens-là parlaient-ils seulement pour eux-mêmes, ou bien également pour leurs parents vieillissants ou handicapés?

M. Worthy: Les deux, mais à mon avis c'est surtout à eux-mêmes qu'ils pensent. Personnellement, je ne peux pas avoir des convictions aussi fortes lorsqu'il s'agit de quelqu'un d'autre, car c'est une affaire très personnelle.

Mme McPherson: Je comprends les gens qui pensent de cette façon, je vous assure que je les comprends, mais je refuse d'être complice d'un meurtre, quelle que soit la raison.

M. Worthy: Cela revient vraiment à cela. Cela revient vraiment à cela. Autrement dit, à votre avis, le fait de m'aider d'une façon ou d'une autre, de me donner de la morphine ou une autre drogue qui pourrait m'aider à mourir, mais en même temps précipiter ma mort, c'est un meurtre pur et simple.

Mme McPherson: Non, cela dépend des raisons pour lesquelles vous prenez de la morphine. Si c'est pour soulager une douleur intense pendant que vous agonisez et si l'un des effets secondaires est de précipiter votre mort, c'est différent. Dans ce cas-là, oui, je suis d'accord, il faut certainement vous donner assez de morphine pour vous empêcher de souffrir.

M. Worthy: Autrement dit, ce n'est pas si simple dans ce cas-là.

Mme McPherson: L'important, c'est qu'on ne le fait pas pour vous tuer. On le fait pour vous empêcher de souffrir. Il y a une grosse différence.

M. Kilger (Stormont—Dundas): Je souhaite la bienvenue à nos témoins et je les remercie pour leur intervention.

Pour commencer, ce projet de loi est destiné à protéger les médecins. On ne cesse de répéter que les gens sont très anxieux...

M. Boudria: C'est ce qu'on prétend.

M. Kilger: ...qu'ils manquent de directives. La semaine dernière, le Dr Scott, qui traite des patients atteints du cancer, nous a parlé d'une pratique qui serait courante, nous a dit que certains médecins interrompent le traitement, permettent à leur patient d'interrompre le traitement, etc..

L'ennui, c'est qu'il y a une lacune dans le Code criminel, une lacune illustrée par cet incident qui s'est produit au Québec et que nous suivons tous. Les médecins craignent des poursuites en vertu du Code criminel. Si ce projet de loi se contentait de combler cette lacune, cela me rassurerait beaucoup. Mais en réalité, je crois que ce n'est pas le cas.

[*Texte*]

Do you have a comment on this common practice referred to by Dr. Scott? Obviously, you're in the same environment.

Ms McPherson: First of all, any doctor who is that worried should consult a good lawyer who will tell him he can be charged with assault if he does something to a patient that this patient does not want done.

I remember a case mentioned a few minutes ago about this patient being asked in advance if she wanted this treatment such as that respirator. If she had refused, then it would be different. But once the respirator is going, how can you take her off? The point being for this patient was that she was probably put on the respirator while unconscious. It would be a critical situation where she would be "trached", put on a respirator, or whatever, and the respirator would be taking over a complete bodily function. We're not talking about an oxygen mask that is only delivering oxygen for her. We're talking about a machine that is making her lungs work. So if a patient wants this type of treatment discontinued, he or she is within their rights to refuse.

Mr. Kilger: Are there any amendments you could propose? You don't want to see this bill in any way, shape, or form?

Ms McPherson: No, definitely not.

Mr. Boudria: In the unlikely event we would proceed with this bill, which is not what I want, should we at the very least include a conscience clause?

Ms Petrucka: I'd like to answer that question. Because of the position we as health care providers are being put into—if Bill C-203 ever came into actual life, we would be considered health care or death providers—we have been trying both provincially and federally to try to introduce conscience rights for health care providers in the last five years.

If this were to come through, we would definitely want an amendment attached to it providing a conscience clause for all health care providers in the country, not just registered nurses. It's definitely necessary.

• 1615

The Chairman: I thank you for appearing before the committee. Your views will be taken under advisement as we take our decisions. Thanks again.

While we're preparing for our next witness—Dr. Singer—I would like to refer to you some information prepared for us by our legislative adviser. Is that what we're going to call you, Susan?

Ms Susan Alter (Committee Researcher): Research officer.

The Chairman: I recommend that you read it. It's about euthanasia in the Netherlands. It was asked for by your previous chairman. Now it is in your hands, and I would like it to be appended to the record.

[*Traduction*]

Avez-vous des observations à faire au sujet de cette pratique dont le D[r] Scott nous a parlé? De toute évidence, vous travaillez dans le même milieu.

Mme McPherson: Pour commencer, lorsqu'un médecin est inquiet, il devrait consulter un bon avocat, qui lui dira qu'il pourrait être accusé d'agression s'il fait à un patient quelque chose contre les désirs de celui-ci.

Je me souviens d'un incident qu'on a mentionné il y a quelques minutes. La question était de savoir si on avait demandé à une patiente si elle souhaitait être branchée sur un respirateur. Si elle avait refusé, c'eut été différent, mais une fois le respirateur branché, comment est-il possible de le débrancher? En fait, dans ce cas particulier, elle avait probablement été branchée alors qu'elle était inconsciente. On ne branche pas les patients sur un respirateur, qui assume alors toutes les fonctions vitales, à moins d'une situation critique. Il ne s'agit pas ici d'un masque à oxygène, mais bien d'une machine qui fait fonctionner les poumons. Si un patient veut qu'on interrompe ce type de traitement, il en a parfaitement le droit.

M. Kilger: Est-ce que vous auriez des amendements à proposer, ou bien est-ce que vous ne voulez pas de ce projet de loi, quelle que soit sa forme?

Mme McPherson: Nous n'en voulons sous aucun prétexte.

M. Boudria: Si jamais, ce qui est peu probable et ce que je ne souhaite pas, nous adoptions ce projet de loi, pensez-vous que nous devrions au moins ajouter un article sur l'objection de conscience?

Mme Petrucka: J'aimerais répondre à cette question. Si le projet de loi C-203 devait se matérialiser, nous, qui travaillons dans le secteur de la santé, risquerions d'être considérés comme des marchands de mort. Dans ces conditions, et c'est ce que nous essayons d'obtenir au niveau provincial et au niveau fédéral depuis au moins cinq ans, nous aimerions qu'on nous accorde le droit à l'objection de conscience.

Si cela était adopté, il faudrait certainement un amendement permettant à tous ceux qui travaillent dans le domaine de la santé, et pas seulement les infirmières et infirmiers agréés, d'invoquer un article sur l'objection de conscience. C'est absolument indispensable.

Le président: Merci d'être venus à notre comité. Le moment venu de prendre une décision, nous tiendrons compte de votre opinion. Merci encore.

Pendant que nous nous préparons à accueillir notre témoin suivant, le D[r] Singer, je tiens à vous communiquer des informations préparées à notre intention par notre conseillère législative. C'est bien ainsi que nous devons vous appeler, Susan?

Mme Susan Alter (attachée de recherche du Comité): Attachée de recherche.

Le président: Je vous recommande de lire ce document, qui parle de l'euthanasie telle qu'elle est pratiquée aux Pays-Bas. C'est votre précédent président qui avait demandé cette étude. J'aimerais que nous l'annexions au compte rendu.

[*Text*]

I am going to call Dr. Singer to the chair. I would advise my colleagues that during the course of the testimony, out of no disrespect for you, Dr. Singer, I'm going to absent myself from the chair for approximately five to seven minutes. At that time you will be in the middle of your testimony. Please disregard that; I'll just be walking out and coming back in. When I come back in, there should be plenty of time for me to control or go through the questioning. Our first questioner will be Dr. Stan Wilbee. I think we can agree to that.

With that, Dr. Singer, I welcome you to this committee. I would ask you to introduce yourself and then please give your testimony to the committee.

Dr. Peter Singer (Associate Director, University of Toronto Centre for Bioethics): Mr. Chairman, hon. members, ladies and gentlemen, thank you for inviting me to appear before you today. My name is Peter Singer. I'm the associate director of the Centre for Bioethics and an assistant professor of medicine at the University of Toronto. I obtained my M.D. degree at the University of Toronto in 1984 and my Master of Public Health degree from Yale University in 1990. I'm a fellow of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and a fellow of the American College of Physicians. I practise internal medicine at the Toronto Hospital and frequently care for patients at the end of their lives.

I appear before the committee today to support Bill C-203. In these brief remarks I will explain why I support this bill and offer some proposed revisions of its language. Before I go on, however, I would like to clearly distinguish three separate fact situations that arise in consideration of matters at the end of a life. These three things are commonly confused, as reports in the media suggest.

The three situations are decisions to forgo life-sustaining treatment, either not to start it or to stop it once it has been started. An example of that would be the Quebec City case already referred to. The second situation is palliative care—the administration of pain-relieving medicines intended to relieve the pain of terminally ill persons. An example of that would be hospice care. The third situation is euthanasia or assisted suicide. By euthanasia I mean the deliberate infliction of death. Picture the injection of potassium chloride or an overdose of morphine with the intention of ending the person's life then and there. This is what is practised, although not legally recognized, in the Netherlands.

As I understand Bill C-203, it merely attempts to explicitly exclude decisions to forgo life-sustaining treatment and palliative care from the provisions of the Criminal Code, but not to legalize euthanasia.

[*Translation*]

Je vais demander au Dr Singer de s'approcher. Pendant l'exposé du Dr Singer, je vais devoir m'absenter pendant six ou sept minutes, et j'espère que le Dr Singer n'y verra pas un manque de respect. Je serai parti vers le milieu de votre exposé, mais ne vous occupez pas de moi; je vais simplement sortir, puis revenir, après quoi j'aurai tout le temps voulu pour orchestrer les questions. Le Dr Stan Wilbee sera le premier à poser des questions. Je crois que nous pouvons déjà nous mettre d'accord, là-dessus.

Cela dit, docteur Singer, je vous souhaite la bienvenue. Je vais vous demander de nous dire qui vous êtes, puis de nous donner votre témoignage.

Dr Peter Singer (directeur associé du Centre de bioéthique de l'Université de Toronto): Monsieur le président, honorables députés, mesdames et messieurs, merci de m'avoir invité à comparaître devant vous aujourd'hui. Je m'appelle Peter Singer. Je suis directeur associé du Centre de bioéthique et professeur adjoint de médecine à l'Université de Toronto. J'ai obtenu mon diplôme de médecine de l'Université de Toronto en 1984 et mon diplôme de maîtrise en santé publique de l'Université Yale en 1990. Je suis fellow du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et fellow de l'American College of Physicians. Je pratique la médecine interne à l'Hôpital de Toronto et je suis souvent appelé à soigner des patients à la fin de leur vie.

Je comparais devant le comité aujourd'hui pour signifier mon appui au projet de loi C-203. Dans les brèves remarques qui suivent, j'explique pourquoi j'appuie ce projet de loi et propose des révisions de son libellé. Toutefois, avant de continuer, j'aimerais distinguer trois types de situations bien particulières qui peuvent se présenter à la fin d'une vie. Ce sont trois situations qu'on confond fréquemment, comme on peut le constater dans les médias.

Dans les trois cas, on décide de renoncer à des traitements qui permettent de maintenir la vie, soit en ne commençant pas ces traitements, soit en les interrompant lorsqu'ils ont commencé. L'incident qui s'est produit à Québec et dont on a déjà parlé en est un exemple. La seconde situation, ce sont les soins palliatifs, l'administration de médicaments contre la douleur à des patients en phase terminale. Les soins qu'on dispense dans un hospice en sont un exemple. La troisième situation, c'est l'euthanasie ou le suicide assisté. L'euthanasie, c'est quand on inflige délibérément la mort. Par exemple, en injectant du chlorure de potassium ou une dose mortelle de morphine dans l'intention délibérée de provoquer la mort. C'est ce qui se fait aux Pays-Bas, sans toutefois être reconnu légalement.

Si j'ai bien compris le projet de loi C-203, il tente simplement d'exclure des dispositions du Code criminel les décisions d'interrompre les traitements et les soins palliatifs, sans aller jusqu'à légaliser l'euthanasie.

[*Texte*]

I support the bill for two main reasons. First, the bill is consistent with Canadian common law, U.S. law, Canadian professional guidelines, hospital policies, current practices, physician attitudes, patient attitudes and public opinion. Second, the current state of the Criminal Code is unfair to patients, doctors and the provinces.

The bill is consistent with the common law of Canada. The cases of Astaforoff, Malette v. Shulman, and Fleming v. Reid support the right of persons to determine the course of their own medical care and to forgo life-sustaining treatments. The bill is also consistent with trends in U.S. law, which I outline in detail in the written brief. In the Cruzan case, for instance, the U.S. Supreme Court recognized that the right of patients to forgo life-sustaining treatment was constitutionally guaranteed.

• 1620

The bill is consistent with professional guidelines. For example, the advance directive policy of the Canadian Medical Association, which is currently under review, as has been referred to previously, states:

> A patient has the right to accept or reject any treatment or procedure proposed by a physician. This includes CPR (cardiopulmonary resuscitation) and any other life-saving and/or sustaining measure.

The bill is consistent with the policies of Canadian hospitals. Preliminary results from a 1991 survey performed by the University of Toronto's Centre for Bioethics show that 55% of Canadian hospitals have enacted policies on do not resuscitate orders.

The bill is consistent with current practices. Published studies show that do not resuscitate orders are written for 3% to 4% of patients admitted to the hospital and that the incidence rates of decisions to forego treatment are even higher in other settings.

The bill is consistent with physicians' attitudes. In a 1990 survey of family physicians in Ontario, my colleague Dr. David Hughes and I found that 86% of Ontario family physicians support the use of advance directives, also known as living wills. It is reasonable to infer that these physicians also support patients' rights to forego life-sustaining treatments.

The bill is consistent with the attitudes of patients. In preliminary data from a survey of the attitudes of general medicine outpatients, my colleague Mr. Mehran Sam and I found that although only 25% of patients had ever discussed with anyone their preferences regarding life-sustaining treatments, 56% wished to do so.

[*Traduction*]

Je suis en faveur du projet de loi pour deux raisons majeures. Premièrement, le projet de loi est compatible avec la common law du Canada, le droit américain, les lignes directrices professionnelles, les lignes de conduite des hôpitaux, la pratique courante, les opinions des médecins, les opinions des patients et l'opinion publique. Deuxièmement, dans sa forme actuelle, le Code criminel est injuste envers les patients, les médecins et les provinces.

Le projet de loi est compatible avec la common law du Canada. Les jugements rendus dans les affaires Astaforoff, Malette c. Shulman et Fleming c. Reid reconnaissent aux gens le droit de déterminer le cours des soins de santé qui leur sont administrés et de renoncer aux interventions de maintien de la vie. Le projet de loi est également compatible avec l'évolution du droit américain, que je décris en détail dans le mémoire écrit. Par exemple, dans l'affaire Cruzan, la Cour suprême des États-Unis a reconnu que les patients avaient le droit de renoncer à des traitements de maintien de la vie et déclaré que ce droit était garanti par la Constitution.

Le projet de loi est compatible avec les lignes directrices professionnelles. Par exemple, la politique de l'Association médicale canadienne sur les directives préalables stipule que:

> Le patient a le droit d'accepter ou de rejeter tout traitement ou intervention proposé par le médecin, y compris la réanimation cardiorespiratoire et toute autre intervention de sauvegarde ou de maintien de la vie.

Le projet de loi est compatible avec les lignes directrices des hôpitaux canadiens. Les résultats préliminaires d'une enquête menée en 1991 par le Centre de bioéthique de l'Université de Toronto indiquent que 55 p. 100 des hôpitaux canadiens ont adopté des directives sur les ordres de non-réanimation cardiorespiratoire.

Le projet de loi est compatible avec les pratiques actuelles. Des études publiées démontrent que des ordres de non-réanimation sont écrits pour 3 ou 4 p. 100 des patients hospitalisés et que les taux de fréquence des décisions de renoncement aux traitements sont même plus élevés dans d'autres cas.

Le projet de loi est compatible avec les points de vue des médecins. Dans une enquête faite en 1990 parmi des médecins de famille de l'Ontario, mon collègue, le D[r] David Hughes, et moi-même avons constaté que 86 p. 100 des médecins de famille de l'Ontario sont en faveur de directives préalables, également appelées testaments biologiques. On peut raisonnablement en déduire que ces médecins pensent aussi que les patients ont le droit de renoncer aux interventions de maintien de la vie.

Le projet de loi est compatible avec les points de vue des patients. Dans des données préliminaires provenant d'un sondage sur les opinions de malades soignés en externe dans un service de médecine générale, mon collègue, M. Mehran Sam, et moi-même avons appris que, bien que le nombre de patients à avoir fait part à quelqu'un de leurs préférences concernant le maintien de la vie se situe à seulement 25 p. 100, en réalité 56 p. 100 voudraient le faire.

[*Text*]

Finally, the bill is consistent with public opinion. In a 1991 telephone survey of 1,000 Ontarians conducted by the University of Toronto's Centre for Bioethics and performed by Evironics Research Group, 85% of Ontarians agreed that "people should have the right to request the withholding or withdrawal of life-sustaining treatment".

In addition to supporting the bill, because it is consistent with recent developments in ethics, medicine, and law, as I have just outlined, I also support the bill because I believe the current Criminal Code is unfair to patients, doctors, and the provinces.

The current Criminal Code is unfair to patients because it encourages lawyers to offer conservative advice to health facilities and physicians. For example, we have been discussing the case of Nancy B. in Quebec City. In that case, a health facility may refuse a competent patient's request to stop a respirator because, according to the director of the facility as reported in *The Globe and Mail*, "it may be considered euthanasia and illegal under the Criminal Code".

That is why I believe the Wenman bill, Bill C-203, is important. I do not believe that in every single case, like the case of Nancy B., the family should have to go to court, seek a declaratory judgment, and have their personal life tragedies played out in the national media, as these two articles from today's *Globe and Mail* and *The Toronto Star* describe.

The current Criminal Code is unfair to doctors. In providing patients and families with the care they want and in accordance with professional guidelines, hospital policies and common law principles, doctors run, at least in theory, a risk of criminal prosecution. The vast majority of doctors are not even aware of this risk. Let me say parenthetically that it is the unfairness to patients and families of the current state of the law that I think is the leading unfairness here, not the unfairness to doctors or to provinces, as I shall describe in a moment.

The current Criminal Code is unfair to provinces. It already conflicts with some provincial laws, and will soon conflict with even more of them. As provinces begin to pass laws supporting the use of advance directives and living wills, these laws will be in potential conflict with the Criminal Code. The provinces of Nova Scotia and Quebec already have laws on proxy advance directives. The Government of Ontario has introduced a legislative package, Bills 108, 109 and 110, which will legalize advance directives. The Law Reform Commission of Manitoba has drafted advance directives legislation.

Thus, I support Bill C-203 because it is consistent with recent developments in ethics, medicine and law, and because the current Criminial Code is unfair to patients, doctors and provinces.

I would now like to propose revisions to Bill C-203, which I have drafted in collaboration with my legal colleague, Arthur Fish.

[*Translation*]

Enfin, le projet de loi est compatible avec l'opinion publique. Dans un sondage téléphonique réalisé en 1991 auprès de 1,000 Ontariens par le Centre de bioéthique de l'Université de Toronto et exécuté par Environics Research Group, 85 p. 100 des Ontariens étaient d'avis que «les gens devraient avoir le droit de demander le refus ou l'interruption d'interventions de maintien de la vie».

J'appuie le projet de loi parce qu'il est compatible avec l'évolution de l'éthique, de la médecine et du droit, mais aussi parce que le Code criminel dans sa forme actuelle est injuste envers les patients, les médecins et les provinces.

Le Code criminel est injuste envers les patients parce qu'il encourage les avocats à offrir des conseils conservateurs aux établissements de soins et aux médecins. Par exemple, nous avons discuté du cas de Nancy B., à Québec. Dans ce cas-là, un établissement de soins peut refuser d'accéder à la demande d'un patient de débrancher un respirateur parce que, selon les propos du directeur de l'établissement rapportés dans le *Globe and Mail*, «ce geste peut être considéré comme de l'euthanasie, ce qui est illégal en vertu du Code criminel».

C'est pourquoi j'estime que le projet de loi Wenman, le C-203, est important. À mon avis, chaque fois qu'un cas comme celui de Nancy B. se présente, la famille ne devrait pas avoir à saisir les tribunaux, à demander un jugement déclaratoire et à voir leur tragédie personnelle étalée au grand jour par les médias nationaux, comme le font ces deux articles du *Globe and Mail* et du *Toronto Star* d'aujourd'hui.

Le Code criminel est injuste envers les médecins. En donnant aux patients et aux familles les soins que ceux-ci réclament, conformément aux lignes directrices professionnelles, aux principes directeurs de l'hôpital et aux principes de la common law, les médecins courent le risque, du moins en théorie, d'être poursuivis pour responsabilité criminelle. La grande majorité des médecins ne le savent même pas. Permettez-moi d'ajouter entre parenthèses que c'est cet aspect de l'injustice du Code criminel qui me paraît le plus important, c'est-à-dire l'injustice envers les patients et les familles, et non envers les médecins ou les provinces, comme je vais l'expliquer dans un instant.

Le Code criminel est injuste envers les provinces. Il est déjà en contradiction avec certaines lois provinciales et le sera bientôt avec bien d'autres. À mesure que les provinces adoptent des lois appuyant l'utilisation de directives préalables, ces lois pourraient entrer en conflit avec le Code criminel. La Nouvelle-Écosse et le Québec ont déjà des lois sur les directives par procuration. Le gouvernement de l'Ontario a présenté un train de mesures législatives, les projets de loi 108, 109 et 110, qui légaliseront les directives préalables. Au Manitoba, la Commission de réforme du droit a rédigé une loi sur les directives préalables.

Par conséquent, j'appuie le projet de loi C-203 parce qu'il est compatible avec l'évolution de l'éthique, de la médecine et du droit et parce que, dans sa forme actuelle, le Code criminel est injuste envers les patients, les médecins et les provinces.

J'aimerais maintenant proposer des corrections au projet de loi C-203, que j'ai préparées en collaboration avec mon collègue, Arthur Fish.

[*Texte*]

I would first like to draw to your attention Bill C-203, proposed paragraph 217.1(a) and proposed subparagraph 246.1(a)(i). These paragraphs have to do with decisions to forego treatment, the first of the three situations I described. To clarify the Criminal Code with regard to advance directives, living wills and durable powers of attorney for health care, and previously expressed wishes, I suggest proposed paragraph 217.1(a) be revised as follows.

• 1625

In the preamble it says:

217.1 Nothing in sections 14, 45, 216 and 217 of the Criminal Code shall be interpreted as

(a) requiring a qualified medical practitioner to commence or continue to administer surgical or medical treatment to

(i) a competent person who clearly requests that such treatment not be commenced or continued;

(ii) an incompetent person who, while competent to do so, clearly requested that such treatment not be commenced or continued; or

(iii) an incompetent person who, while competent and with the legal authority to do so, gave another person the authority to make treatment decisions on his or her behalf, and that other person now clearly requests that such treatment not be commenced or continued.

Proposed subparagraph 246.1(a)(i) should be similarly revised.

Proposed paragraph 217.1(b) and proposed subparagraph 246.1(a)(ii) also have to do with decisions to forego treatment, the first fact situation I described. These proposed parts, as stated in the current version of the bill, have four problems.

First, they do not take account of legally authorized substitute decision-makers for incompetent persons, which are increasingly recognized in provincial and proposed laws. Second, they use vague and restrictive language of futility, such as "medically useless". Third, they fail to include the logical bridge, which is values and beliefs, between clearly expressed wishes on the one hand, as I have just discussed, and best interests. Finally, they present wishes as an exception to best interests, possibly placing physician refusals of patient demands within the ambit of the Criminal Code.

I thus suggest that proposed paragraph 217.1(b) be amended as follows:

217.1 Nothing in sections 14, 45, 216 and 217 of the Criminal Code shall be interpreted as

(b) requiring a qualified medical practitioner to commence or continue to administer surgical or medical treatment to an incompetent person whose wishes regarding such treatment are unknown or unclear

(i) if the treatment is refused on the person's behalf by someone with the legal authority to do so;

[*Traduction*]

Je voudrais tout d'abord porter à votre attention les projets d'alinéa 217.1a) et de sous-alinéa 246.1a)(i) prévus dans projet de loi C-203. Ces alinéas portent sur les décisions de renoncer au traitement, soit la première des trois situation dont j'ai parlé. Pour clarifier le Code criminel relativement aux directives préalables (les testaments biologiques et les procurations durables en matière de soins de santé) et aux désirs déjà exprimés, je recommande que l'amendement de l'alinéa 217.1a) soit révisé comme suit.

Le préambule se lit comme suit:

217.1 Les articles 14, 45, 216 et 217 n'ont pas pour effet:

a) d'obliger un médecin qualifié à commencer ou à continuer à administrer un traitement chirurgical ou médical:

(i) à une personne capable qui demande clairement que ce traitement ne soit pas commencé, ni continué;

(ii) à une personne incapable qui, pendant qu'elle était capable, a demandé clairement que ce traitement ne soit pas commencé, ni continué;

(iii) à une personne incapable qui, pendant qu'elle était capable et ayant le pouvoir légal de le faire, a autorisé une autre personne à prendre des décisions concernant son traitement à sa place, laquelle demande maintenant clairement que ce traitement ne soit pas commencé, ni continué.

L'amendement proposé du sous-alinéa 246.1a)(i) devrait être corrigé en conséquence.

Les amendements proposés de l'alinéa 217.1b) et du sous-alinéa 246.1a)(ii) portent également sur les décisions de renoncer au traitement, le premier exemple que j'ai cité. Les amendements proposés dans la version actuelle du projet de loi ont quatre défauts.

Premièrement, ils ne tiennent pas compte des mandataires légalement autorisés agissant au nom des personnes incapables, lesquels sont de plus en plus reconnus dans la législation provinciale et dans les nouvelles lois proposées. Deuxièmement, ils utilisent le langage vague et restrictif de la futilité «médicalement inutile». Troisièmement, ils ne font pas mention du lien logique (les valeurs et les croyances) qui existent entre le désir clairement exprimé, dont je viens de parler, et l'intérêt véritable du malade. Enfin, ils présentent le désir exprimé comme faisant exception à l'intérêt véritable du malade, ce qui pourrait exposer le médecin qui refuse d'accéder à la demande du patient au champ d'application du Code criminel.

Par conséquent, je recommande que l'amendement proposé de l'alinéa 217.1b) soit corrigé comme suit:

217.1 Les articles 14, 45, 216 et 217 n'ont pas pour effet:

b) d'obliger un médecin qualifié à commencer ou à continuer à administrer un traitement chirurgical ou médical à une personne incapable dont les désirs relativement à ce traitement ne sont ni connus, ni clairs:

(i) si le traitement est refusé au nom du malade par une personne autorisée légalement à le faire;

[*Text*]

(ii) if the treatment is contrary to the person's values and beliefs; or

(iii) if the treatment is not in the person's best interests.

Proposed subparagraph 246.1(a)(ii) should be similarly revised.

Moreover, I suggest the Criminal Code set a low standard in defining "competency". I have outlined one in the written statement.

I now turn to proposed paragraphs 217.1(c) and 246.1(b). These refer to the second fact situation I described, palliative care. I believe the challenge is for these sections to explicitly permit palliative care, but not open the door to euthanasia. I describe that as "lethal injections". I believe this is the key political problem both this committee and the bill is having, and rightly so.

Before I go on, I would like to state clearly, for the record, that I am personally opposed to lethal injection euthanasia. I have argued as much in scholarly publications and in the popular media. It is precisely because when I hear people wanting to legalize euthanasia—they usually are talking about machines or pain—that I believe this bill is so important. If we don't address those former two situations, we will open the door to euthanasia much more than does this bill now. We will look inflexible and rigid as a society.

I do not believe the bill, as written, legalizes euthanasia. I believe, however, this could be made even more explicit. I have tried to draft some language that does this.

Thus, I suggest that proposed paragraph 217.1(c) be amended as follows:

217.1 Nothing in sections 14, 45, 216 and 217 of the Criminal Code shall be interpreted as

(c) preventing a qualified medical practitioner from commencing or continuing to administer palliative care that does or may reduce a person's life expectancy if the palliative care

(i) is intended solely to relieve or eliminate the person's suffering;

(ii) is administered in response to symptoms or signs of the person's suffering and is commensurate with that suffering; and

(iii) is not the deliberate infliction of death.

Proposed paragraph 246.1(b) should be similarly revised.

I believe the language I have just introduced explicitly excludes palliative care from the provisions of the Criminal Code, but clearly does not legalize euthanasia. I take it that this is the line that needs to be walked.

Thank you for the opportunity to appear before you today. I look forward to your comments or questions.

[*Translation*]

(ii) si le traitement est contraire aux valeurs et aux croyances du malade; ou

(iii) si le traitement n'est pas dans l'intérêt véritable du malade.

L'amendement proposé du sous-alinéa 246.1a)(ii) devrait être corrigé en conséquence.

De plus, je recommande que le Code criminel établisse une norme minimale pour définir le terme «capable». Je propose une telle définition dans le mémoire écrit.

J'en arrive maintenant aux projets d'alinéas 217.1c) et 246.1b). Ils portent sur le deuxième cas dont j'ai parlé, les soins palliatifs. Il m'apparaît nécessaire que ces dispositions autorisent explicitement les soins palliatifs, mais sans ouvrir la porte à l'euthanasie. Je qualifie ces soins d' «injection entraînant la mort». C'est à mon avis le problème d'ordre politique crucial auquel se heurtent le comité et le projet de loi, et avec raison.

Avant d'aller plus loin, je tiens à déclarer publiquement et clairement que, pour ma part, je m'oppose à l'euthanasie par injection entraînant la mort. J'ai expliqué ma position tant dans des publications spécialisées que dans les médias populaires. C'est précisément lorsque j'entends des gens demander qu'on légalise l'euthanasie—ils parlent en général de machines ou de douleur—que j'estime que le projet de loi à l'étude revêt une grande importance. Si nous ne réglons pas les deux cas précédents, nous ouvrirons la porte à l'euthanasie beaucoup plus que ne le fait le projet de loi. Notre société donnera l'impression d'être stricte et sévère.

Bien que je ne croie pas que le projet de loi, dans sa forme actuelle, légalise l'euthanasie, il me semble qu'il pourrait être plus explicite à cet égard. J'ai essayé de proposer un texte qui soit plus clair.

Par conséquent, je recommande que l'amendement proposé de l'alinéa 217.1c) soit corrigé comme suit:

217.1 Les articles 14, 45, 216 et 217 n'ont pas pour effet:

c) d'interdire à un médecin qualifié de commencer ou de continuer à administrer des soins palliatifs qui abrégeront ou sont susceptibles d'abréger l'espérance de vie de cette personne, lorsque les soins palliatifs

(i) sont destinés à supprimer ou à soulager les souffrances du malade;

(ii) sont administrés pour combattre les symptômes ou les signes des souffrances du malade et qu'ils sont proportionnels aux souffrances; et

(iii) n'infligent pas délibérément la mort.

L'amendement de l'alinéa 246.1b) devrait être corrigé en conséquence.

À mon avis, le libellé que je viens de proposer exclut clairement les soins palliatifs des dispositions du Code criminel, sans toutefois légaliser l'euthanasie. Je crois qu'il importe de faire cette distinction.

Je vous remercie de m'avoir donné la possibilité de témoigner devant vous aujourd'hui. J'accueillerai avec plaisir vos commentaires et vos questions.

[*Texte*]

The Chairman: Thank you, Dr. Singer. We will move right away to questions.

• 1630

Mr. Wilbee (Delta): I appreciate the brief and the manner in which you have given it to us. It certainly helps to further confuse the issue for us.

One of the questions that keeps coming up is whether this law is really necessary. You say you support it, but if it was not passed, would there be any loss? What is this going to do for us that the status quo cannot? Why bother with it?

Dr. Singer: Let me address the part of the law that explicitly excludes decisions to forego. The loss of not passing this law is the story of Nancy B.. It's the story of patients reported every year or two in the national media who have to seek declaratory judgments to have ventilators, for instance, stopped or not started because the facility or the physician is receiving conservative legal advice.

Although I am not a lawyer, I think the Criminal Code is ambiguous on this issue. As the case of Nancy B. and the quote I gave you clearly demonstrate, physicians and facilities are interpreting the Criminal Code as posing a legal risk of criminal prosecution for stopping that ventilator. As I mentioned, stopping that ventilator is in accord with medical ethics, professional guidelines and public opinion, and facilities and physicians find themselves in a state of conflicting law.

In fact, provincial laws of consent may require that the ventilator be stopped. On the other hand, there is a potential legal risk of liability and I think that's a real problem, because we see cases like the case of Nancy B. I think we have tangible evidence there that people are interpreting the code conservatively, and I think Bill C-203 simply attempts to relieve that ambiguity, which is clearly causing problems, at least for Nancy and her family, and for other cases like the case of Tom Lees, which was reported in the national media a year or two ago.

I believe there is tangible evidence that the ambiguity in the Code—needless ambiguity, I would argue—is adversely affecting the lives of Canadians.

Mr. Wilbee: How common is overtreatment among our terminally ill? I am thinking of Alzheimers' patients with pneumonia—people who are plugged into respirators. Is this a big issue or is it an uncommon thing, a horror story? Is it something that you are dealing with on a day-to-day basis, or is it unusual?

Dr. Singer: Before addressing your question, let me define overtreatment a little more clearly. I believe overtreatment is treatment of a patient that is contrary to the wishes of the patient, or if the wishes are not clearly known, the values and beliefs of the patient as disclosed by the family. So I think the first thing is that overtreatment needs to be defined against something, and that something, based on common law principles, should be wishes.

[*Traduction*]

Le président: Merci, docteur Singer. Nous passons directement aux questions.

M. Wilbee (Delta): J'apprécie ce mémoire et la façon dont vous nous l'avez présenté. Cela rend la situation encore plus nébuleuse pour nous.

Une question revient sans cesse: cette loi est-elle réellement nécessaire? Vous dites que vous êtes pour, mais si elle n'était pas adoptée, où serait le mal? Que va-t-elle nous apporter de plus que le statu quo? Pourquoi s'en encombrer?

Dr Singer: Je vais vous parler de la partie de la loi qui exclut la décision de renoncer au traitement. La conséquence, si l'on n'adopte pas cette loi, c'est l'histoire de Nancy B. C'est l'histoire de patients dont on parle tous les ans ou tous les deux ans dans les médias nationaux, qui demandent des jugements déclaratoires pour faire débrancher leur respirateur, par exemple, parce que l'établissement ou le médecin reçoivent des conseils juridiques qui les incitent à la prudence.

Bien que je ne sois pas juriste, je pense que le Code criminel est ambigu sur cette question. Comme le cas de Nancy B. et la citation que je vous ai donnée le montrent clairement, les médecins et les établissements interprètent le Code criminel comme signifiant qu'il y a un risque de poursuites pénales si l'on débranche le respirateur. Encore une fois, c'est une procédure conforme à l'éthique médicale, aux lignes directrices professionnelles et à la volonté de l'opinion publique, mais les établissements et les médecins se heurtent aux dispositions pénales.

En fait, les lois provinciales sur le consentement peuvent exiger le débranchement du respirateur. D'un autre côté, il y a un risque potentiel de responsabilité juridique, et je pense que c'est un problème réel, car il y a des cas comme celui de Nancy B. Je pense qu'il a été clairement démontré que le code était interprété de façon conservatrice, et je crois que le projet de loi C-203 essaie simplement de supprimer cette ambiguïté, qui cause manifestement des problèmes, en tout cas pour Nancy et sa famille, ainsi que dans d'autres cas, comme celui de Tom Lees, dont les médias ont parlé il y a un an ou deux.

Je pense qu'il est clairement démontré que le code est ambigu, de façon injustifiée à mon avis, et que cette ambiguïté se répercute inutilement sur la vie de Canadiens.

M. Wilbee: Le traitement des malades en phase terminale est-il fréquent? Je pense aux gens qui ont la maladie d'Alzheimer et une pneumonie, et qui sont branchés sur un respirateur. Est-ce très fréquent, ou plutôt rare? Est-ce une histoire d'épouvante? Est-ce quelque chose que vous rencontrez tous les jours? Ou est-ce rare?

Dr Singer: Avant de répondre à votre question, j'aimerais préciser ce qu'on entend par surtraitement. Pour moi, il s'agit d'un traitement qui va à l'encontre des souhaits du patient ou, si ces souhaits ne sont pas clairement exprimés, à l'encontre des valeurs et croyances du patient telles que les décrit sa famille. Je pense donc que le surtraitement doit être défini en fonction de quelque chose et que ce quelque chose, conformément aux principes de la common law, devrait être les souhaits de la personne.

[*Text*]

Given that definition, I think that overtreatment is relatively common. For competent persons like Nancy B. in Quebec City, it may not be all that common. The odd case comes up in the media, but for those families it's a tragic event to share that personal tragedy nationwide.

On the other hand, for incapable persons, I think overtreatment is very common. It might be that we don't know what the wishes of those people are or they simply were not asked when they were competent—that's what a living will or advanced directive does. In the absence of knowing, even if the family thinks the values and beliefs of the patient would be otherwise, even if the mythical "reasonable person" would not want to be continued in that situation, treatment is continued.

So I think overtreatment is relatively common, and even a few cases like the case of Nancy B. are too many if the ambiguity in the Criminal Code—which as I say is conflicting with provincial laws and professional guidelines, public opinion and the ethical principle of autonomy—can be easily corrected without creating a downside risk.

I accept that the downside risk is the legalization of euthanasia—lethal injection—something I'm concerned to prevent. However, I do think that these three situations that I've presented can be clearly distinguished at the level of action, and that legislation can be written that permits the first two but clearly does not permit the third.

• 1635

Mr. Kilger: Dr. Singer, thank you very much for your brief and your intervention. Given the differences between the provincial laws and the Criminal Code... I find it somewhat surprising—I'm baffled, to say the least—that we are here, with all due respect, with a private member's bill. Have you or the Canadian Medical Association or other parties ever brought forward any of this before to a government, whether it be this government or previous governments, or is this just a time when this is all occurring?

There are those of us, and I'm one of them, who really wonder if... I'm in agreement at this point with the officials from the ministry of justice that there should be a great deal more scrutiny, consultation, communication and exchange to assure ourselves that...

You talk about definitions and this and that. We've had a number of interventions suggesting amendments. I don't know if the bill is going to look anything like its present form. One question I have to all my colleagues is whether this should not be referred back to the government of the day, to put all its resources—human, financial and otherwise—to resolve what I commonly refer to as a gap in the Criminal Code. At least start with that and then go from there, recognizing, whether it be through polls or otherwise...

[*Translation*]

À partir de cette définition, je pense que le surtraitement est relativement fréquent. Pour des personnes capables comme Nancy B., à Québec, ce n'est peut-être pas si fréquent. On entend de temps à autre parler d'un cas de ce genre dans les médias, mais pour ces familles, c'est une tragédie de voir leur histoire s'étaler dans les médias à travers tout le pays.

D'un autre côté, dans le cas des personnes privées de leurs moyens, je pense que le surtraitement est très fréquent, soit qu'on ne connaisse pas les désirs de ces personnes, soit qu'on ne le leur ait pas demandé quand elles étaient encore capables de les exprimer, et c'est à cela que servent un testament biologique ou des directives rédigées à l'avance. Si l'on n'a pas ces instructions, même si la famille pense que le traitement va à l'encontre des valeurs et croyances du patient, même si la «personne raisonnable» mythique devait s'y opposer, on poursuit le traitement.

Je pense donc que le surtraitement est relativement fréquent et que même quelques cas comme celui de Nancy B. sont de trop alors qu'on peut facilement rectifier, sans créer un effet de cascade, l'ambiguïté du Code criminel, qui, comme je vous l'ai dit, est en contradiction avec les lois provinciales et les lignes directrices professionnelles, la volonté de l'opinion publique et le principe moral de l'autonomie.

Je veux bien admettre que le revers de la médaille, c'est la législation de l'euthanasie—l'injection d'une dose mortelle—que je veux éviter. Je pense toutefois qu'on peut établir une distinction claire pour les trois situations que j'ai exposées, et qu'on peut rédiger une loi autorisant les deux premières, mais interdisant clairement la troisième.

M. Kilger: Docteur Singer, merci beaucoup pour votre mémoire et votre intervention. Étant donné les conflits entre les lois provinciales et le Code criminel... Je trouve étonnant, je suis pour le moins sidéré, que nous soyons en train d'étudier, sans vouloir manquer de respect à qui que ce soit, un projet de loi d'initiative privée. Vous-même ou l'Association médicale canadienne ou d'autres intervenants, avez-vous déjà soumis ce genre de questions à un gouvernement, que ce soit celui-ci ou un gouvernement antérieur, ou est-ce que c'est quelque chose de tout à fait nouveau?

Il y en a parmi nous, et j'en suis, qui se demandent vraiment si... Je suis d'accord avec les hauts fonctionnaires du ministère de la Justice pour dire qu'il faudrait examiner, consulter, communiquer et discuter beaucoup plus pour nous assurer que...

Vous parlez de définitions et de toutes sortes de choses. Nous avons entendu diverses personnes proposer des amendements. Je ne sais pas si le projet de loi va conserver un rapport quelconque avec sa forme actuelle. Ce que je voudrais demander à tous mes collègues, c'est si nous ne devrions pas renvoyer cette question au gouvernement pour qu'il mobilise toutes ses ressources humaines, financières et autres afin de combler ce que j'appelle communément une lacune du Code criminel. Qu'on commence par là et qu'on reconnaisse ensuite, que ce soit par des sondages d'opinion ou autres...

[*Texte*]

We all hear from a good number of our constituents and Canadians across the country about their feelings on this issue at this time. Certainly there has been a shift. I don't want to make an overcorrection. I don't want to solve one problem and create a bigger one, with all due respect to your profession. I don't know if you have any comments on that.

Dr. Singer: Yes, I will respond to that. I am neither a lawyer nor a politician, but I—

The Chairman: You're lucky.

Dr. Singer: Maybe so, but I do practise medicine and I do care for patients and I care what those patients go through. I see the potential suffering these patients can have at the end of their lives.

As I mentioned, most doctors do not know about this ambiguity, and I would characterize it as an ambiguity, not a gap in the Criminal Code. It's an ambiguity that I'm arguing doesn't need to be there. Most doctors do not know about this ambiguity, and as I've testified, it's very common practice currently to withhold or withdraw life-sustaining treatments and to provide palliative care. I think it's the Criminal Code that's out of step with practice and with ethics and with public opinion.

Is this a new issue? It's not. As the members of this committee know, language very similar to the language in Bill C-203 was initially proposed by the Law Reform Commission in 1983. Parliament didn't act and now the language has come back. Since 1983 this issue of the right to die and decisions to forgo treatment have received very widespread attention in cases like the Cruzan case and so on. But the attention has gone beyond that. It's gone to cases like Dr. Kevorkian, assisted suicide, which I believe is unethical and illegal. It's gone to cases like the situation in the Netherlands that has come to light since 1983.

I would say to those who oppose active euthanasia, as I do, that the best way to oppose active euthanasia is not to be too inflexible on decisions to forgo life-sustaining treatment and palliative care. In fact, 90% of the time those who seek to legalize euthanasia in Washington State or elsewhere are talking about decisions to forgo treatment and palliative care. If we did a lot better on those two things, the perceived need for lethal injection euthanasia, which I oppose, and legislative proposals to legalize euthanasia would decrease.

So the best way to close the door to the legalization of active euthanasia, I think, is to be responsive on the matter of palliative care and decisions to forgo, whether it's this private member's bill or government action. Again, I'm not a politician—you say luckily so. All I know is that action is needed from some part of the government to clarify this needless ambiguity that is causing real problems for patients and their families.

[*Traduction*]

Nous entendons tous de nombreux électeurs et Canadiens de tout le pays parler de leurs points de vue sur cette question. L'opinion a certainement changé. Je ne voudrais pas exagérer. Je ne voudrais pas rectifier un problème en en créant un autre encore plus grand, sans vouloir offenser votre profession. Je ne sais pas si vous avez des commentaires à faire à ce sujet.

Dr Singer: Oui, je vais y répondre. Je ne suis ni avocat ni politicien, mais. . .

Le président: Vous avez de la chance.

Dr Singer: Peut-être, mais je pratique la médecine, et l'état et les souffrances de mes patients me touchent personnellement. Je vois les souffrances que peuvent endurer ces patients à la fin de leur vie.

Encore une fois, la plupart des médecins ne connaissent pas cette ambiguïté, car je dirais qu'il s'agit plutôt d'une ambiguïté que d'une lacune dans le Code criminel. Je soutiens que cette ambiguïté n'a pas sa raison d'être. La plupart des médecins n'en sont pas conscients et, comme je l'ai dit, il est très fréquent qu'on écarte ou qu'on supprime des traitements de maintien de la vie et qu'on assure des soins palliatifs. Je pense que c'est le Code criminel qui ne correspond plus à la pratique, à l'éthique et à l'opinion publique.

Est-ce une nouvelle question? Non. Comme les membres de comité le savent, un texte très semblable à celui du projet de loi C-203 avait d'abord été proposé par la Commission de réforme du droit en 1983. Le Parlement n'a rien fait, et nous sommes de nouveau saisis de ce texte. Depuis 1983, on a fait tout un battage sur cette question du droit de mourir et des décisions de renoncer au traitement dans des cas comme celui de Cruzan, etc. Toutefois, l'attention du public va plus loin que cela. Elle s'est portée sur des cas comme celui du D[r] Kevorkian, un cas d'aide au suicide qui est à mon avis contraire à l'éthique et illégale. Elle s'est aussi portée sur des situations comme celle des Pays-Bas, dont on parle depuis 1983.

Je dirais à ceux qui sont contre l'euthanasie active, comme moi-même, que le meilleur moyen de s'y opposer, c'est de ne pas être trop inflexible dans le cas des décisions d'interrompre un traitement de maintien de la vie et des soins palliatifs. En fait, 90 p. 100 des personnes qui cherchent à légaliser l'euthanasie dans l'État de Washington ou ailleurs parlent en fait de décisions de renoncer à un traitement et aux soins palliatifs. Si la situation s'améliorait sérieusement dans ces deux domaines, le besoin de l'euthanasie par injection mortelle, à laquelle je m'oppose, se ferait beaucoup moins sentir, et il y aurait nettement moins de propositions législatives visant à légaliser l'euthanasie.

Par conséquent, la meilleure façon de fermer la porte à la légalisation de l'euthanasie active, c'est à mon avis d'avoir une attitude responsable en matière de soins palliatifs et de décisions d'interrompre un traitement, que ce soit par le biais de ce projet de loi d'initiative privée ou par une intervention du gouvernement. Encore une fois, je ne suis pas politicien; j'ai cette chance, comme vous le dites. Tout ce que je sais, c'est qu'il faut une intervention quelconque des pouvoirs publics pour lever cette ambiguïté inutile qui pose de vrais problèmes aux patients et à leurs familles.

[*Text*]

• 1640

Mr. Wilbee: I have concern about your proposed subparagraph 217.1(a)(iii), where it says "an incompetent person who, while competent", and so on and introduces the question of a third party.

Many of our witnesses have expressed the concern with regard to the role of third parties that elderly people are concerned they will lose control of their lives and be put into the hospital and so on. The big concern is the loss of control. Who is in control in this situation? Is it the third party, the physician, or you as a caregiver? Because a daughter or a son says they don't want their mother treated, are you going to...? Now, you may know or feel that her dementia is strictly due to fever or whatever. Can you tell us what you're thinking, as to who is in control?

Dr. Singer: Yes, thank you for allowing me the opportunity to do so. Let me clearly differentiate the amendments I'm proposing two paragraphs, 217.1(a) and 217.1(b). The amendments to proposed paragraph 217.1(a) focus on either competent persons, like Nancy in Quebec City, or incapable, incompetent persons who completed an advanced directive before they became incompetent and while still competent.

There are two types of advance directives. There are "what" advance directives, also called living wills, that are instruction directives in which the person states what sort of life-sustaining treatments they'd want in various clinical situations. The second type is "who" advance directives, also called durable powers of attorney for health care in most U.S. jurisdictions and power of attorney for personal care in the proposed Ontario legislation.

In a "who" type of directive the person, while competent, states who they want making decisions on their behalf. Advance directive legislation in the provinces will probably include both these directives. They both involve capable persons saying either what sort of treatment they want or who they want to be making decisions for them. I think both those types combined are the best single advance directive document for a number of reasons I'd be glad to elaborate on if you invite me to do so.

So the amendments to proposed paragraph 217.1(a) relate to advanced decision-making by capable persons, giving wishes, either for specific treatment or for specific persons to make decisions for them.

The amendments to proposed paragraph 217.1(b) relate to incapable persons and can best be characterized, not as advanced decision-making, but as substitute decision-making. You'll note that the limiting phrase on proposed paragraph 217.1(b) is "an incompetent person, whose wishes regarding such treatment are unknown or unclear". If the wishes are known, either with regard to the treatment or the decision-maker, that person would fit under proposed paragraph 217.1(a).

[*Translation*]

M. Wilbee: Votre sous-alinéa 217.1a)(iii), qui parle d'une «personne incapable qui, pendant qu'elle était capable», etc., et fait intervenir une autre personne me préoccupe.

De nombreux témoins ont formulé des inquiétudes au sujet du rôle des tierces personnes, car les personnes âgées ont peur de perdre le contrôle de leur existence et de se faire hospitaliser, etc. La grosse inquiétude, c'est la perte de contrôle. Qui décide dans ce genre de cas? Est-ce la tierce personne, le médecin ou vous qui administrez les soins? Du moment qu'une fille ou un fils vous dit qu'il ou elle ne veut pas que sa mère soit traitée, allez-vous...? Vous savez ou vous pensez peut-être que sa démence est strictement due à une fièvre, ou je ne sais quoi. À votre avis, qui dirige les choses?

Dr Singer: Merci de me permettre de vous donner mon avis là-dessus. J'aimerais établir une distinction claire entre les amendements proposés. Il y a deux alinéas, le 217.1a) et le 217.1b). Les amendements visant l'alinéa 217.1a) concernent soit des personnes capables comme Nancy, à Québec, soit des personnes incapables, privées de leur capacité, qui ont énoncé à l'avance des directives avant de devenir incapables.

Il y a deux types de directives préalables. Tout d'abord, les directives préalables sur le «quoi», qu'on appelle aussi les testaments biologiques, qui sont les directives dans lesquelles la personne précise les traitements de maintien de la vie qu'elle souhaite recevoir dans diverses situations cliniques. Il y a ensuite les directives sur le «qui», qu'on appelle aussi procurations durables pour les soins de santé dans la plupart des domaines de compétence aux États-Unis et procurations pour soins personnels dans la mesure proposée en Ontario.

Dans le cas des directives de type «qui», la personne désigne, pendant qu'elle est encore capable, les personnes qui prendront des décisions en son nom. Les lois sur les directives préalables des provinces engloberont probablement ces deux directives. Dans les deux cas, il s'agit de personnes qui désignent soit le genre de traitement qu'elles veulent recevoir, soit les personnes qu'elles veulent charger de prendre des décisions pour elles. Je pense que la combinaison de ces deux types d'instructions constitue le meilleur document de directives préalables, pour diverses raisons que je suis prêt à développer si vous me le demandez.

Les amendements à l'alinéa proposé 217.1a) concernent les décisions préalables prises par des personnes capables qui expriment leurs souhaits, soit en matière de traitement, soit en matière de délégation des décisions à des personnes données.

Les amendements à l'alinéa proposé 217.1b) concernent les personnes incapables, et dans ce cas il est préférable de parler non pas de décision préalable, mais de décision par substitution. Vous remarquerez la nuance apportée à l'alinéa proposé 217.1b): «une personne incapable dont les désirs relativement à ce traitement ne sont ni connus, ni clairs». Si les désirs sont connus en ce qui concerne soit le traitement, soit la personne qui en décide, c'est l'alinéa 217.1a) qui s'appliquerait.

[*Texte*]

The real concern you raise, which has been raised previously, should really be directed against proposed paragraph 217.1(b). Therefore, let me go through those three proposed subparagraphs. What I had in mind with regard to proposed subparagraph 217.1(b)(i) was that provinces will legalize substitute decision-makers. They will say that people have the right to forego life-sustaining treatment. A capable person exercises that right themselves. In the case of an incapable person, that right will default to a substitute decision-maker, usually a family member, and, in the proposed legislation in Ontario, there's actually a hierarchical ordering. Proposed subparagraph 217.1(b)(i) intends to cover this situation of substitute decision-making, where the person has not made their wishes known in advance, and that is the case in 90% of incapable persons cases.

Proposed subparagraph 217.1(b)(ii) covers the situation where there may not be such provincial laws, but where decisions need to be made, and proposed subparagraph 217.1(b)(ii), on values and beliefs, is actually a version of the United States' idea of substitute decision-making or, in the President's commission, substitute decision-making where the person—for instance, a family member—tries but doesn't know what the incapable person's preferences are, but knows how that person lived their life and what that person would want and tries to act accordingly.

On proposed subparagraph 217.1(b)(iii), if proposed subparagraph 217.1(b)(i) and (ii) were not available, the best interest test for incapable persons is the most problematic in this regard. It is a default position. I always hate making clinical decisions on best interest tests because I'm not convinced they're valid or reliable.

• 1645

However, in the absence of expressed wishes, when I have an incapable person in front of me, and I have a family who may not know the person's values and beliefs, the question is whether that person should be always maintained on life support or whether a reasonable person's standard should obtain. If 97% of Canadians would not want treatment in that situation, and the person has not made their wishes known in advance—presumably, if they were in the 3%, they would have had the opportunity to do so—then something needs to be done, either the default position of just treat, or allowing a best interest test.

There may be concern about my amendment, to add proposed subparagraph 217.1(b)(iii) which is actually the most difficult one, philosophically. It's a default position. I don't like to use it but I just don't see a better alternative. It is in accord with common law principles and professional guidelines in Canada and the United States.

[*Traduction*]

Le vrai problème que vous soulevez, et qui l'a déjà été précédemment, devrait en fait porter sur l'alinéa proposé 217.1b). J'aimerais donc passer rapidement en revue ces trois sous-alinéas. Ce que j'envisageais pour le sous-alinéa 217.1b)(i), c'était que les provinces légaliseraient les décideurs par substitution. Ces personnes seraient autorisées à interrompre un traitement de maintien de la vie. Une personne capable exerce elle-même ce droit. Dans le cas d'une personne incapable, ce droit serait attribué à un décideur par substitution, généralement quelqu'un de la famille, et, dans le projet de loi de l'Ontario, il y a en fait un ordre hiérarchique. Le sous-alinéa proposé 217.1b)(i) sert à couvrir le cas des décideurs par substitution lorsque les personnes n'ont pas fait connaître leurs désirs à l'avance, ce qui est le cas de 90 p. 100 des personnes incapables.

Le sous-alinéa proposé 217.1b)(ii) couvre le cas où de telles lois provinciales n'existeraient pas, mais où il faudrait prendre des décisions, et ce sous-alinéa sur les valeurs et croyances est en fait une version de l'idée américaine de décideur par substitution ou, dans la commission du président, de décideur par substitution quand la personne, par exemple un membre de la famille, ignore quelles seraient les préférences de la personne incapable, mais sait comment la personne a vécu et ce qu'elle souhaiterait et essaie d'agir en conséquence.

En ce qui concerne le sous-alinéa proposé 217.1b)(iii), faute de pouvoir recourir aux deux sous-alinéas précédents, on a le critère de l'intérêt véritable du malade, qui est le plus problématique à cet égard. C'est une position qui n'existe qu'à défaut des autres. Je déteste prendre des décisions cliniques à partir du critère de l'intérêt, car je ne suis jamais persuadé qu'elles soient valables ou fiables.

Lorsque j'ai toutefois à prendre une décision dans le cas d'une personne incapable dont on ne connaît pas la volonté et dont la famille ne connaît peut-être pas les valeurs et les convictions, la question est de savoir si cette personne devrait forcément être maintenue branchée sur un respirateur artificiel ou si l'on devrait appliquer le jugement d'une personne raisonnable. Si 97 p. 100 des Canadiens refuseraient le traitement en pareille circonstance, et si la personne n'a pas fait connaître sa volonté à l'avance—si elle faisait partie des 3 p. 100 restants, elle aurait sans doute eu l'occasion de faire connaître sa volonté—alors une décision doit être prise, soit d'agir par défaut en traitant simplement le patient, soit d'appliquer le critère du meilleur intérêt.

L'amendement que je propose, qui consiste à ajouter le sous-alinéa 217.1b)(iii), qui pose le plus de difficultés sur le plan philosophique, peut susciter des préoccupations. Il s'agit d'une position par défaut. Je n'aime pas y recourir, mais je ne vois tout simplement pas de meilleure solution. Cette position est compatible avec les principes de la common Law et avec les lignes directrices qui guident les membres de la profession au Canada et aux États-Unis.

[*Text*]

When I was writing these amendments, I asked myself how I make decisions. How do we make good decisions for families? How do families want us to make decisions? Those things should not be in the Criminal Code. These are the situations I tried to describe. This is how I teach medical students and residents at the University of Toronto to make decisions. That's why I put it in here.

There may be problems with the amendment to add proposed subparagraph 217.1(b)(iii). I accept that. The major advance is the language for proposed paragraph 217.1(c), which tries to clearly differentiate between palliative care and euthanasia, the main problem most people have with this bill.

The Chairman: I thank you very much, Dr. Singer, for appearing before this committee. We'll go to our next witness.

Dr. Singer: I thank you.

The Chairman: Would the next witness, Dr. O'Connor, please come to the witness chair. Before I invite you to give testimony, I want to take care of a few housekeeping matters.

We have agreed, colleagues, that we will be meeting in the new session. That is the next time this committee will be coming to meet. I'm looking over what I said. The date we set was February 3. Well, that's the day we come back to Parliament, but it is not the day we usually meet. Therefore, a correction will be made by the clerk when we send around the notice of meeting.

We will be meeting at 3.30 p.m. on February 4, which is a Tuesday. That's our regular slot, where we'll be going.

Mr. Boudria: But it'll be the same session.

The Chairman: Yes, it'll be the same session.

Mr. Boudria: Otherwise, this bill wouldn't exist any more.

The Chairman: That's right, it's just a continuation. We all understand that.

Some hon. members: Call an election.

The Chairman: Well, we'll get into that a little bit later on.

A room will be arranged for the next meeting. We agreed yesterday on the witnesses we would be hearing for that session. My suggestion to you is that on February 4, we decide as a group what we are going to do from there.

You already have a letter that I've received from the CMA. That will be discussed on February 4. The Law Reform Commission has also asked to appear. That is a decision this committee will be taking when we come back.

All this is a preface to tell you that I'm going to excuse myself from the chair at approximately 5 p.m. I will ask Mr. Boudria to take the chair at that time for questions during the time alloted to our witnesses. At the end, I do not see any other business we will be doing.

[*Translation*]

Au moment de rédiger ces amendements, je me suis interrogé sur le processus de prise de décisions. Comment faisons-nous pour prendre des décisions appropriées pour les familles? Comment les familles veulent-elles que nous procédions pour prendre nos décisions? On ne peut pas préciser ce genre de choses dans le Code criminel. Voilà donc les situations que j'ai essayé de décrire. Je me sers de cas semblables pour enseigner aux étudiants en médecine et aux internes de l'Université de Toronto à prendre des décisions. C'est pour cette raison que j'ai voulu l'inclure dans mon exposé.

Je conviens que l'amendement visant à ajouter un nouveau sous-alinéa 217.1b)(iii) peut causer des problèmes. La principale réalisation du projet de loi se trouve dans la formulation de l'alinéa 217.1c), qui vise à établir une distinction bien claire entre les soins palliatifs et l'euthanasie, et c'est ce qui inquiète le plus la population.

Le président: Je vous remercie sincèrement, docteur Singer, d'avoir comparu devant le comité. Nous passons maintenant au témoin suivant.

Dr Singer: Je vous remercie.

Le président: Je demanderais au témoin suivant, le Dr O'Connor, de bien vouloir prendre place à la table. Avant de vous inviter à nous faire votre témoignage, je voudrais régler quelques questions d'ordre administratif.

Nous avons convenu, chers collègues, de nous réunir à nouveau lorsque la nouvelle session reprendra. Nous n'aurons pas d'autres réunions d'ici là. Je suis en train de jeter un coup d'oeil sur ce que j'ai dit à ce moment-là. Nous avions fixé comme date le 3 février. Il s'agit du jour de la rentrée parlementaire, mais nous n'avons pas l'habitude de nous rencontrer ce jour-là de la semaine. La greffière apportera donc la correction nécessaire lorsque nous ferons distribuer l'avis de convocation.

Nous nous réunirons à 15h30 le 4 février, qui est un mardi, conformément à nos habitudes.

M. Boudria: Mais ce sera toujours la même session.

Le président: Oui, ce sera toujours la même session.

M. Boudria: Sinon, ce projet de loi n'existerait plus.

Le président: Vous avez raison, nous continuons simplement la session en cours. Nous sommes tous d'accord là-dessus.

Des voix: Qu'on déclenche des élections.

Le président: Eh bien, nous pourrons discuter de cela un peu plus tard.

Nous réserverons une salle pour la prochaine réunion. Nous nous sommes entendus hier sur les témoins que nous entendrons à cette réunion. Je propose que, le 4 février, nous décidions ensemble de notre programme futur.

Vous avez déjà reçu copie d'une lettre que j'ai reçue de l'AMC. Nous en discuterons le 4 février. La Commission de réforme du droit a également demandé à comparaître. Nous prendrons une décision à ce sujet à notre retour.

Si j'ai voulu régler toutes ces questions, c'est que je devrai quitter le fauteuil vers 17 heures. Je demanderai alors à M. Boudria d'assumer la présidence pour la période des questions qui suivra l'exposé des témoins. Je ne crois pas qu'il y ait d'autres questions à régler après cela.

[*Texte*]

I want to make the very brief announcement that Professor Rita Marker's brief will be appended to this day's *Minutes of Proceedings and Evidence*. We had not received the brief until this morning. That's just another housekeeping matter.

Mr. Wilbee: On a point of clarification, Mr. Chairman, you mentioned the Law Reform Commission. Is that a new group? We had talked about the B.C. Civil Liberties Union. Are we—

The Chairman: Yes, it is a new group.

Dr. O'Connor, could you tell us a little bit about yourself and introduce your colleague. Will both of you be available for questioning or just one of you?

• 1650

Dr. Paul O'Connor (Member Toronto Catholic Doctors' Guild): My colleague Dr. Sullivan will be reading his brief, after which we will be available for questioning.

The Chairman: The floor is yours, doctor.

Dr. O'Connor: I'm a neurologist at St. Michael's Hospital in Toronto and I'm involved in the clinical care of patients with a variety of neurological diseases, some of which are fatal, including HIV-related diseases. Dr. Sullivan is a physician who has done extensive training in medical ethics. He is in the course of completing a Ph.D. in philosophy, with a focus on medical ethics. He will be reading our brief.

Dr. William Sullivan (Member, Toronto Catholic Doctors' Guild): As members of the Toronto Catholic Doctors' Guild, we are grateful for this opportunity to clarify some issues concerning Bill C-203.

We hope to point out three things. First, this bill will not promote responsible palliative care practices; it will merely sanction acts that will further aggravate the problem. Second, the changes initiated here are not only at odds with the Canadian legal tradition and the recommendations of the Law Reform Commission, they will go far beyond the palliative care setting by changing the role of physicians.

Third, on our reading, Mr. Wenman's bill not only permits intentional killing by physicians, it also absolves the medical community of any accountability for such acts. Last year in Canada there were approximately 400,000 births, and almost 200,000 people died. Society has given physicians such as ourselves the special privilege of being with people and sometimes assisting them as they experience these events.

Let me begin by recalling for you Richard's encounter with palliative care. Richard was a 65-year-old gentleman with cancer who I cared for during the therapeutic and palliative phases of his decline. Richard was in as much control of his treatment decisions as he was of other decisions he had made during his life. He considered and tried at different times various therapeutic and palliative interventions. He found some of these to be helpful and decided to discontinue others.

[*Traduction*]

Je tiens à vous signaler très brièvement que le mémoire du professeur Rita Marker sera annexé aux *Procès-verbaux et témoignages* de la réunion d'aujourd'hui. C'est seulement ce matin que nous l'avons reçu. Il s'agit simplement d'une autre question d'ordre administratif.

M. Wilbee: Pour plus de précision, monsieur le président, vous avez parlé de la Commission de réforme du droit. S'agit-il d'un nouveau groupe que nous pourrions entendre? Il avait été question d'entendre la B.C. Civil Liberties Union. Allons-nous...

Le président: Oui, il s'agit d'un nouveau groupe.

Docteur O'Connor, pourriez-vous nous dire un peu qui vous êtes et nous présenter votre collègue? Serez-vous tous les deux disponibles pour répondre aux questions ou serez-vous le seul à y répondre?

Dr Paul O'Connor (membre de la Toronto Catholic Doctors' Guild): Mon collègue, le Dr Sullivan, vous fera lecture de son mémoire, après quoi nous pourrons répondre à vos questions.

Le président: Vous avez la parole, docteur.

Dr O'Connor: Je suis neurologue à l'Hôpital St. Michael de Toronto, où je m'occupe du soin clinique de patients souffrant d'une multitude d'afflictions neurologiques, dont certaines sont mortelles, notamment les maladies liées au VIH. Le Dr Sullivan est un médecin qui a une formation très poussée en déontologie médicale. Il termine actuellement un doctorat en philosophie, avec spécialisation en déontologie médicale. Il vous fera lecture de notre mémoire.

Dr William Sullivan (membre de la Toronto Catholic Doctors' Guild): Nous sommes heureux, en tant que membres de la Toronto Catholic Doctors' Guild, d'avoir l'occasion de clarifier certains aspects du projet de loi C-203.

Nous espérons faire ressortir trois choses. Premièrement, ce projet de loi n'aura pas pour effet de promouvoir des pratiques responsables en matière de soins palliatifs; il ne fera que sanctionner des actes qui contribueront à aggraver le problème. Deuxièmement, les changements proposés non seulement vont à l'encontre de la jurisprudence canadienne et des recommandations de la Commission de réforme du droit, mais vont bien au-delà du domaine des soins palliatifs et modifient en fait le rôle des médecins.

Troisièmement, la lecture que nous en avons faite nous porte à conclure que le projet de loi de M. Wenman non seulement permet aux médecins de tuer délibérément leurs patients, mais les absout de toute responsabilité à cet égard. Au Canada, l'an dernier, il y a eu environ 400,000 naissances et près de 200,000 décès. La société nous donne, en tant que médecins, le privilège d'être auprès de nos patients et parfois de les aider à vivre ces expériences.

Permettez-moi de vous faire part de l'expérience de soins palliatifs qu'a vécue Richard. Richard était un homme de 65 ans atteint du cancer, que j'ai soigné pendant la phase thérapeutique et la phase palliative de son déclin. Il était maître des décisions prises pour son traitement, tout comme il l'avait été pour les autres aspects de sa vie. Il a, à divers moments, envisagé et essayé diverses interventions thérapeutiques et palliatives. S'il en a jugé certaines utiles, il a préféré en abandonner d'autres.

[*Text*]

In due course, Richard came to terms with his condition. He and his family agreed that further therapeutic interventions were not in his best interest. One final request that he made was that he wanted to die at home with his family. With the co-operation and expertise of a variety of members of the health care community, we were able to provide Richard and his family with the medical and social supports to help him realize this request with dignity and relative comfort.

When I went to Richard's house to pronounce him dead, his family spoke of feelings of relief that the vigil was finally over. In addition to these negative feelings that were spontaneous responses to Richard's declining vital stage and the discomfort that accompanied this, they also acknowledged feelings of accomplishment and even joy. Despite the dread of seeing a loved one decline, they had never abandoned him, nor he them. Their love and fidelity, expressed in numerous words and deeds throughout his decline, touched and comforted Richard's heart as well as the hearts of the entire medical team.

Doctor O'Connor and I are here today to witness that Richard's encounter with palliative care is a possibility that can be realized in the modern world. We affirm that it is a possibility that is desirable to realize. We add that this legislation, however, will undermine our collective efforts to promote good palliative care by making intentional killing an acceptable practice. What if, for instance, Richard clearly requested that I assist his suicide at some point in his decline? What would this bill direct me to do? We argue that it would permit me to give Richard a lethal injection.

• 1655

Paragraph 217.(1)(b) is open to the interpretation that a medical practitioner is permitted to commence a medically useless treatment—read "lethal injection"—where the person clearly requests such treatment be commenced. Conversely, my refusal to kill Richard could even make me criminally liable.

Note the similarity between the wording of Bill C-203 and the report entitled *Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment*, published by the Law Reform Commission in 1983. Paragraph 217.(1)(b) of Bill C-203 ends with the clause "except where the person clearly requests that such treatment be commenced or continued". The Law Reform Commission decided to eliminate a very similar clause. In *Working Paper 28* they included the phrase "except in accordance with the expressed wishes of this person". The commission later dropped this stipulation because

> It was felt that that phrase might have been wrongly interpreted to mean that a physician who refused to consent to a patient's express desire for a treatment that was medically counter-indicated in the circumstances could be held criminally liable just for not continuing it.

[*Translation*]

Avec le temps, Richard en est venu à regarder sa situation bien en face. Il a décidé, après en avoir discuté avec sa famille, qu'il n'était pas dans son intérêt de se soumettre à de nouvelles interventions thérapeutiques. Parmi ses dernières volontés, il a exprimé le souhait de mourir chez lui, entouré de sa famille. Nous avons pu, grâce à la collaboration et au savoir-faire de divers professionnels de la santé, fournir à Richard et à sa famille les services de soutien médicaux et sociaux qui lui ont permis de réaliser ce désir dans la dignité et dans un confort relatif.

Lorsque je suis allé chez Richard pour constater son décès, les membres de sa famille se sont dits soulagés que la vigile familiale soit enfin terminée. À ces sentiments négatifs, qui étaient une réaction spontanée au dépérissement de Richard et aux souffrances qu'il avait connues, se mêlait aussi un sentiment de satisfaction, voire de joie. Même s'ils avaient beaucoup souffert de le voir dépérir, ils ne l'avaient jamais abandonné, tout comme lui ne les avait pas abandonnés. L'amour et la fidélité qu'ils lui ont témoignés tout au long de son dépérissement, tant par leurs paroles que par leurs gestes, ont ému et réconforté Richard, tout comme ils ont ému tous les membres de l'équipe médicale.

Le Dr O'Connor et moi-même sommes ici aujourd'hui pour attester que l'expérience de soins palliatifs qu'a vécue Richard est une possibilité bien réelle dans notre monde moderne. Nous soutenons qu'il s'agit d'une expérience positive. Il convient par contre de souligner que la mesure législative proposée minera nos efforts collectifs pour assurer aux patients en phase terminale de bons soins palliatifs du fait qu'elle rendra acceptable de tuer délibérément des patients. Et si Richard, à un moment donné pendant son déclin, me demandait clairement de l'aider à se suicider? Qu'est-ce que ce projet de loi m'indiquerait de faire? Nous croyons que ce projet de loi me permettrait de lui donner une injection mortelle.

L'alinéa 217.(1) b) se prête à une interprétation qui permet au médecin d'entreprendre un traitement inutile sur le plan médical, à savoir une «injection mortelle», lorsque le malade le lui demande clairement. Il se peut même, à l'inverse, que l'on me traduise en justice si je refuse de tuer Richard.

Notez la ressemblance entre le libellé du projet de loi C-203 et celui du Rapport sur *L'euthanasie, l'aide au suicide et l'interruption de traitement*, publié par la Commission de réforme du droit en 1983. L'alinéa 217.(1) b) du projet de loi C-203 se termine par ces mots: «à moins que celui-ci (le malade) ne demande clairement qu'il (le traitement) soit commencé ou continué». La Commission de réforme du droit a décidé de supprimer une clause très semblable, mais elle a retenu, dans le *Document de travail 28*, l'expression «à moins que cette personne n'ait clairement exprimé sa volonté du contraire». Elle a toutefois laissé tomber cette précision par la suite parce que:

> cette phrase. . .aurait pu être mal interprétée comme signifiant qu'un médecin qui refuserait de consentir à la demande expresse du patient de lui appliquer un traitement médicalement contre-indiqué dans les circonstacnes, pourrait de ce seul refus être tenu criminellement responsable.

[*Texte*]

Mr. Wenman has reappropriated substantially the same phrase that the Law Reform Commission expressly rejected. Why has he done so? By the Law Reform Commission's own admission, this clause could be misinterpreted to permit me to comply with Richard's request for a lethal injection.

We think physician-assisted suicide should be explicitly rejected. As it stands, this proviso could force me, under pain of criminal sanction, to administer such a treatment if Richard requested it. In this way, Bill C-203 could not exclude physicians from taking on the role of mercy killers.

Paragraph 217.(1)(a) seems to restate the common-law right to refuse treatment. But what if Richard developed pneumonia say six months before his expected death? Also assume that he was depressed, confused, or obtunded due to his cancer and the superimposed infection. Is there anything to prevent me from following Richard's noncompetent but clear request for non-treatment, even if this was against his family's wishes?

Moreover, the explanatory note states that physicians are protected from criminal liability "where the physician does not prolong life, except at the patient's request". What if, in this scenario, Richard was unable to request that I treat his pneumonia? Is the presumption now in favour of non-treatment? If so, would this not be intentional killing based not on medical considerations, but on strictly quality-of-life considerations.

Finally, if this reasoning holds in the palliative care setting, the disjunction in paragraph 246.(1)(b) invites care-givers to apply similar reasoning to non-palliative cases. It seems to us that the burden of proof is upon those who support these amendments to ensure that this interpretation and application are not sanctioned.

Finally, paragraph 217.(1)(c) could be interpreted to amend the Criminal Code in such a way that I am no longer prevented from eliminating Richard's pain by means of killing him. In other words, this legislation could be used to shield me from legal accountability for giving Richard excessive analgesia in order to end his life, with or without his consent.

So in an effort to remove the legal impositions that push physicians to overtreat their palliative care patients, Bill C-203 seems to invite the opposite, easier, and more dangerous extreme of intentional killing.

• 1700

We have tried to indicate how Bill C-203 will undermine responsible palliative care practices. We also pointed out that these amendments are at odds with the Canadian legal tradition and the Law Reform Commission's recommendations on how they could be applied to cases outside the palliative care settingly.

[*Traduction*]

M. Wenman a repris en substance la même expression que la Commission de réforme du droit avait expressément rejetée. Pourquoi? La Commission a elle-même reconnu que cette expression risquait d'être mal interprétée de façon à me permettre de donner à Richard l'injection mortelle qu'il aurait pu me demander.

Nous croyons qu'il faudrait interdire explicitement l'aide au suicide de la part du médecin. Dans sa forme actuelle, cette disposition pourrait me contraindre, sous peine de sanction pénale, d'administrer un tel traitement à Richard s'il me le demandait. Le projet de loi C-203 permettrait ainsi aux médecins de pratiquer l'euthanasie.

L'alinéa 217.(1) a) semble reprendre le droit établi en "common law" de refuser un traitement. Mais que se passerait-il si Richard attrapait une pneumonie, mettons six mois avant la fin prévue? Supposons aussi que son cancer et l'infection qui vient s'y ajouter le dépriment, l'abrutissent ou le rendent confus. Qu'est-ce qui m'empêcherait de respecter sa demande claire de ne pas le traiter, même s'il n'est pas en possession de ses facultés, et même si cela va à l'encontre des désirs de sa famille?

La note explicative précise en outre que le médecin serait protégé de la responsabilité criminelle lorsque, «sauf si le malade le demande, il ne prolonge pas l'agonie de celui-ci». Et si, dans ce scénario, Richard était incapable de me demander de soigner sa pneumonie? La présomption pencherait-elle maintenant en faveur du refus d'entreprendre ou de continuer un traitement? Dans l'affirmative, ne s'agirait-il pas d'un homicide volontaire fondé sur des considérations, non pas médicales, mais liées strictement à la qualité de vie?

Enfin, si ce raisonnement vaut pour les soins palliatifs, la disjonction que présente l'alinéa 246.(1) b) invite ceux qui donnent des soins à appliquer le même raisonnement aux malades qui ne font pas l'objet de soins palliatifs. Il nous semble que le fardeau de la preuve incombe à ceux qui appuient ces modifications afin d'assurer que cette interprétation et son application ne soient pas sanctionnées.

Il serait enfin possible d'interpréter la modification du Code criminel proposée par l'alinéa 217.(1) c) de façon qu'il ne me soit plus interdit de tuer Richard pour l'arracher à sa douleur. Autrement dit, cette mesure pourrait servir à me protéger de toute responsabilité juridique si, pour mettre fin à ses jours, avec ou sans son consentement, j'injectais à Richard une dose excessive d'analgésique.

En cherchant à supprimer les obligations légales qui poussent les médecins à donner des traitements excessifs aux malades en soins palliatifs, le projet de loi C-203 semble ouvrir la voie à l'autre extrême, plus facile et plus avantageuse, à savoir l'homicide volontaire.

Nous avons cherché à montrer comment le projet de loi C-203 nuira aux pratiques responsables en matière de soins palliatifs. Nous avons également souligné que ces amendements vont à l'encontre de la tradition juridique canadienne et des recommandations de la Commission de réforme du droit du Canada sur la façon dont elles pourraient être appliquées en dehors des cas de soins palliatifs.

[*Text*]

Finally, we sought to highlight how this bill could be used to sanction acts of intentional killing, acts that we, as members of the Toronto Catholic Doctors' Guild, take to be unjust. Not only does this bill absolve the medical community from any accountability for end-of-life decisions, it legitimizes acts of intentional killing, implying they are common, necessary and desirable. We deny these conclusions, based on our own experience as physicians.

The final question is whether we recommend that Bill C-203 be rejected or merely rephrased. Our role and the goal of our presentation was simply to clarify some issues, but if pressed to specify our position on this question, we opt for rejection. We feel that Bill C-203 should be rejected for the reasons stated in our presentation. It is unclear in its intention, it is unhelpful in addressing fear people have of overly enthusiastic physicians, and it is unbalanced as regards the protection of patients as opposed to physicians.

In light of the anxiety that many Canadians have about rotting in hospital beds, we do think that our legislators need to affirm a position on the issue. It would be dismissive to fail to appreciate the anxiety that many people have about dying in the modern world. To dismiss their fears would indicate, we think, a lack of appreciation for what people are feeling, and a lack of any helpful insights into the causes of this anxiety and its resolution.

If this bill is judged to be the proper locus for such an inquiry, we would encourage this committee to phrase it in such a way that it clearly excludes acts of intentional killing, either omissions—the failure to provide appropriate treatment—or commission, the administering of a lethal dose of analgesia.

We suggest that the term "allowing to die" be used to describe responsible palliative care practices. In the palliative care setting, patients are allowed to die by withholding measures that are extremely burdensome or have become therapeutically useless on medical grounds.

Thank you.

The Chairman: Thank you very much. We will now proceed with questions.

Mr. Kilger: Dr. O'Connor and Dr. Sullivan, you heard the previous witness—Dr. Singer. He talked about ambiguity. Do you see that same ambiguity?

Dr. O'Connor: The cases that Dr. Singer mentioned, particularly the case in Quebec City and the few American cases that we have heard about over the past few years, are reported on because they are exceedingly unusual cases. These are not the kinds of situations that arise in day-to-day medicine, or even I would venture to say, in the average life time of a single physician. These cases are extremely unusual and highlight a difficulty in making a decision regarding what

[*Translation*]

Enfin, nous avons voulu souligner comment ce projet de loi risque d'être utilisé pour sanctionner des actes d'homicide volontaire que nous, en tant que membres de la Toronto Catholic Doctors' Guild, considérons comme injustes. Non seulement ce projet de loi décharge le personnel médical de toute responsabilité lorsqu'il prend la décision de mettre un terme à la vie, mais il légitime des actes d'homicide volontaire, en sous-entendant qu'ils sont communs, nécessaires et désirables. Nous rejetons ces notions en nous fondant sur notre propre expérience en tant que médecins.

La question finale qui se pose est de savoir si nous recommandons que le projet de loi C-203 soit rejeté d'emblée ou simplement reformulé. Notre rôle, tout comme le but de notre présentation, était tout simplement de clarifier certains aspects du problème, mais si l'on nous demande de prendre position sur la question, nous disons que nous préconisons son rejet. Il nous semble que pour les raisons énoncées plus haut, il faudrait rejeter ce projet de loi. Non seulement il n'est ni clair ni nécessaire, mais il nous paraît, sur le plan de la protection des malades et des médecins, nettement déséquilibré.

Étant donné l'anxiété qu'inspire aux Canadiens l'idée de pourrir dans un lit d'hôpital, nous croyons que nos législateurs doivent prendre position à ce sujet. Refuser de prendre en considération l'anxiété que l'idée de mourir inspire à bien des gens, dans notre monde moderne, serait faire preuve de peu d'égards à leur sujet. Le rejet de leurs craintes indiquerait, selon nous, une grande insensibilité à ce que les gens ressentent et un manque de compréhension des raisons de cette anxiété et des façons d'y remédier.

Si l'on juge que ce projet de loi devrait donner lieu à une telle enquête, nous encouragerions les membres du comité à le libeller de manière à exclure clairement les actes d'homicide volontaire par omission (par exemple, le refus d'un traitement) ou par commission (par exemple, une dose mortelle d'analgésique).

Nous proposons d'utiliser l'expression «laisser mourir» pour décrire les soins palliatifs responsables. Ce serait alors en s'abstenant de leur appliquer des traitements extrêmement pénibles ou devenus inutiles sur le plan thérapeutique qu'on laisserait mourir des malades dans le cadre de soins palliatifs.

Merci.

Le président: Merci beaucoup. Nous allons maintenant passer aux questions.

M. Kilger: Docteur O'Connor et docteur Sullivan, vous avez entendu le témoin précédent, le docteur Singer. Il a parlé d'ambiguïté. Voyez-vous cette même ambiguïté?

Dr O'Connor: Les cas que le docteur Singer a mentionnés, particulièrement celui de Québec, et les quelques cas américains dont nous avons entendu parler au cours des dernières années, sont signalés parce qu'il s'agit de cas très inhabituels. Ce n'est pas le genre de situations que l'on rencontre tous les jours en médecine, et j'irais même jusqu'à dire qu'il est plutôt rare qu'un médecin rencontre un tel cas au cours de sa carrière. Ce sont donc des cas

[*Texte*]

is to done for the patient. They are not common. I am not sure we need to change the Criminal Code to take care of this very unusual situation when we already have a mechanism, through declaratory judgment, to deal with these difficult situations.

Mr. Kilger: What a dilemma.

Mr. Worthy: Do you understand that?

Mr. Kilger: Not really. After every meeting of this committee I leave with more questions than I do answers. Between the last two witnesses we talked about the perceived threat of prosecution within the care-giving community because of the Criminal Code.

• 1705

Dr. Sullivan makes the remark that they could find themselves under threat of prosecution after Bill C-203 comes into force. There's a shift of anxiety: right now the doctors have the anxiety, but when Bill C-203 comes along, suddenly the anxiety will shift to the patients.

Dr. Sullivan: Right.

Mr. Kilger: With all due respect, I don't want to protect doctors and take something away from the patients. Maybe I'm pie-in-the-sky and I'm dreaming, but I would like to see something where we address the needs of doctors, and at the same time and with equal commitment, address the needs of the patients.

Dr. O'Connor: We agree with that, fully. In fact—

Mr. Kilger: Is it possible?

Dr. O'Connor: I think it is possible with the right legislation. The wording of this bill seems to favour the protection of physicians, immunizing them from any criminal liability when certain acts are performed, which is one of our objections to the bill. We feel that it does not address patient needs to the same degree in its current form.

Dr. Sullivan: To add a comment to your question if this is a common occurence that physicians are behaving as if they were vitalists—that is, people who feel morally obligated to employ all available means in order to extend life—that is, I think, a vitalist position. Is this common? In fact I've never met a vitalist myself. Actually, I heard of one in Texas who reportedly had the view that all means were necessary in order to extend life, in any condition and in any circumstances.

Are there people who are vitalists who are prominent in hospital settings? I've worked in rural and urban settings, and I must admit that I haven't found such a person. I would be quite intrigued to actually meet one.

But the other question—are many doctors behaving as though they were vitalists by doing too much, inappropriately, with fears that they are legally obliged to do that—my guess, from my own experience, is that it's not very common in

[*Traduction*]

extrêmement inhabituels, qui mettent par ailleurs en relief jusqu'à quel point il est difficile de décider ce qu'il faut faire pour le patient. Ces situations ne sont pas courantes. Je ne suis pas certain qu'il soit nécessaire de changer le Code criminel pour prévoir ce genre de situations très inhabituelles lorsqu'il existe déjà un mécanisme, à savoir le jugement déclaratoire, pour faire face à ce genre de problèmes.

M. Kilger: Quel dilemme.

M. Worthy: Comprenez-vous cela?

M. Kilger: Pas vraiment. Après chaque séance de comité, je repars avec plus de questions que de réponses. Avec les deux derniers témoins, nous avons parlé du fait que les travailleurs de la santé se sentaient menacés de poursuites à cause du Code criminel.

Le docteur Sullivan fait observer qu'ils pourraient se trouver eux-mêmes menacés de poursuites lorsque le projet de loi C-203 entrera en vigueur. À l'heure actuelle, ce sont les médecins qui ont cette crainte, mais lorsque le projet de loi C-203 entrera en vigueur, ce seront les patients qui auront cette crainte.

Dr Sullivan: C'est exact.

M. Kilger: Sauf votre respect, je ne veux pas protéger les médecins ou enlever quoi que ce soit aux patients. Je rêve peut-être, mais j'aimerais avoir quelque chose qui réponde à la fois aux besoins des médecins et des patients.

Dr O'Connor: Nous sommes tout à fait d'accord avec vous. En fait,. . .

M. Kilger: Est-ce possible?

Dr O'Connor: Je pense que c'est possible si l'on adopte le texte de loi qu'il faut. Le libellé de ce projet de loi semble favoriser la protection des médecins, les immuniser contre la responsabilité criminelle lorsque certains actes sont commis, et c'est l'une des raisons pour lesquelles nous nous opposons à ce projet de loi. Nous estimons que dans sa forme actuelle, il ne répond pas aux besoins des patients dans la même mesure.

Dr Sullivan: Je voudrais ajouter un commentaire. Vous demandez s'il est très répandu chez les médecins de se comporter comme s'ils étaient vitalistes—c'est-à-dire des gens qui se sentent moralement obligés d'utiliser tous les moyens disponibles pour prolonger la vie. C'est là, à mon avis, une position vitaliste. Est-ce courant chez les médecins? En fait, je n'ai jamais moi-même rencontré un médecin vitaliste. J'ai entendu parler d'un médecin du Texas qui, dit-on, était d'avis que tous les moyens étaient nécessaires pour prolonger la vie, peu importe la condition du patient et les circonstances.

Rencontre-t-on souvent dans les hôpitaux des médecins qui sont vitalistes? J'ai travaillé en milieu urbain et rural, et je dois admettre que je n'ai jamais trouvé une telle personne. Je serais très curieux d'en rencontrer une.

Mais l'autre question—y a-t-il de nombreux médecins qui se comportent comme s'ils étaient vitalistes en en faisant trop, sans que cela ne soit justifié, parce qu'ils craignent être légalement obligés de le faire? D'après ma propre expérience,

[*Text*]

Canada. However, I note from the Harvard and *Boston Globe* poll that the experience in the United States with people who have had a close relative in this setting is that less than 50% of the time did the physician ever raise the issue that some treatments might not be appropriate.

The Acting Chairman (Mr. Boudria): Let's move on to the next questioner and then we'll come back to this afterward.

Mr. Wilbee: I'm not sure if I have a question or not. It's interesting to listen to the various witnesses and how they approach this bill and this problem. Many of our witnesses have approached the bill as a good thing while others have approached it from the point of view that it's a bad thing—they started off with that premise and then looked for things that were wrong with it and tried to find cases to prove their point.

I don't interpret the bill as encouraging mercy killing or euthanasia. I tend to agree with Dr. Singer that it is a positive thing rather than the negative thing that you feel it is. You did mention in your discussion that this condones mercy killing or euthanasia. But isn't euthanasia adequately covered under the Criminal Code? Isn't that the type of thing that should be covered under the Criminal Code, rather than—

Dr. O'Connor: We feel the wording of this bill, particularly proposed paragraph 217.1(c), would allow a physician to perform a euthanising injection and feel immune from criminal prosecution in doing so.

Mr. Wilbee: The author of the bill suggests just the opposite—that it would give the physician the opportunity to relieve pain. Many of our witnesses have expressed the view that the goal in a terminally ill patient is to relieve suffering and to show care and so on. Perhaps in some cases we don't do that because we're concerned that somebody will prosecute us. Yesterday Dr. Somerville or Dr. Scott talked about the doses of morphine required for those who are accustomed to it and those who are not accustomed to it.

• 1710

Is there a danger that we would under treat patients in the terminally ill phase because we were concerned about what our peers would say about us, that they would review our records and see that a patient was given a certain medication?

Dr. O'Connor: I don't think so, and the reason I say that is based on my personal experience working in this sort of a setting. There is no concern when a patient is terminally ill in terms of giving them adequate pain relief. And as Dr. Scott said in his submission to you, it is a false dichotomy, because pain can be relieved, in the vast majority of cases, without any threat in terms of ending a patient's life. So I'm saying both that the concern about pain relief killing patients is overstated, and in actuality, patients who are terminally ill who require pain relief get it right now. There are no cases that I am aware of in Canada where a physician has been charged with murder after giving pain relieving medication to a terminally ill patient.

[*Translation*]

je dirais que cela n'est pas très courant au Canada. Cependant, je remarque que, selon le sondage effectué par Harvard et le Boston Globe auprès des gens qui ont un proche parent dans cette situation aux États-Unis, dans moins de 50 p. 100 des cas, le médecin mentionnait que certains traitements ne seraient peut-être pas appropriés.

Le président suppléant (M. Boudria): Nous allons passer au prochain intervenant, puis nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

M. Wilbee: Je ne sais pas trop si j'ai une question à vous poser ou non. Il est intéressant d'entendre les divers témoins nous dire ce qu'ils pensent de ce projet de loi et de ce problème. Bon nombre de nos témoins voient le projet de loi comme une bonne chose, tandis que d'autres le voient comme une mauvaise chose—ils partent donc de ce principe, essaient de trouver ce qui ne va pas dans ce projet de loi et tentent de trouver des exemples pour le prouver.

Je ne considère pas que le projet de loi encourage l'euthanasie. Je suis plutôt d'accord avec le Dr Singer, qui le considère comme une mesure positive plutôt que comme une mesure négative, comme vous le pensez. Vous avez dit que ce projet de loi Ne comdamnait pas l'euthanasie. Mais n'est-il pas question de l'euthanasie dans le Code criminel? Ce genre de chose ne devrait-il pas être prévu dans le Code criminel plutôt que. . .

Dr O'Connor: Nous estimons que le libellé de ce projet de loi, plus particulèrement l'alinéa 217.1c), permettrait à un médecin de faire une injection euthanasique sans avoir à craindre de poursuites criminelles.

M. Wilbee: L'auteur du projet de loi dit tout à fait le contraire—que cela donnerait aux médecins la possibilité de soulager la douleur. Bon nombre de nos témoins ont dit être d'avis que l'objectif pour un patient en phase terminale est de soulager la douleur, de lui apporter un réconfort, etc.. Peut-être que dans certains cas nous ne le faisons pas parce que nous craignions des poursuites. Hier, le docteur Somerville et le docteur Scott ont parlé des doses de morphine nécessaires pour ceux qui y sont habitués et ceux qui n'y sont pas habitués.

Ne risquons-nous pas de ne pas traiter suffisamment un patient en phase terminale parce que nous nous inquiétons de ce que nos pairs diront à notre sujet, parce que nous craignons qu'ils examinent nos dossiers et voient qu'un patient a reçu un certain médicament?

Dr O'Connor: Je ne le pense pas, et je dis cela en me fondant sur ma propre expérience dans ce genre de situation. Lorsqu'un patient est en phase terminale, nous ne craignons pas de lui donner un médicament pour soulager la douleur. Et comme le Dr Scott l'a dit dans son exposé, c'est une fausse dichotomie, car la douleur peut être soulagée, dans la grande majorité des cas, sans que la vie du patient soit menacée. Donc, à mon avis, la crainte que l'on tue des patients en voulant soulager leur douleur est exagérée, et, en fait, les patients en phase terminale reçoivent à l'heure actuelle les médicaments dont ils ont besoin pour soulager leur douleur. Je ne connais aucun cas au Canada, où un médecin a été accusé de meurtre pour avoir administré des médicaments à un patient en phase terminale pour soulager sa douleur.

[*Texte*]

Dr. Sullivan: Just to add to the comment about approaches, our approach was to look at our experience dealing with palliative care cases and highlight what we think were better instances, and to to use as a normative guide of what we ought to promote. My example was from a real case and I think that that's what the committee ought to be addressing—cases and examples. The reflection on the rules that you're hoping to adjust, if it is done without attending carefully to the human reality—the consequences, both approximate and remote, on care-givers and families and so forth. . .it ends up being a form of idealism that might do more harm than good in real life medical practice.

Mr. Worthy: I think your statement that you end up with more questions than answers is a good one.

I'm latching on to one of the statements made by Dr. Singer—that there's ambiguity in the current situation. When I talk to doctors and ask them if they feel they could be charged—and I believe these situations are being dealt with without this bill—some of them have indicated that there is that concern. They could be but they aren't, so it's a potential problem rather than an actual problem.

But when you go beyond that and say you would be subject to a charge under the Criminal Code for not doing as a patient requests, I don't understand where that comes from, and I don't know what you would be charged with or what the penalty would be. Under the Criminal Code, you have to have a charge and there has to be a penalty. I don't know how you would arrive at that position.

Dr. O'Connor: We did arrive at that position. Coincidentally, we did some research we noted that the Law Reform Commission came up with the same concern in 1983, which is that the wording of proposed paragraph 217.(1)(b) indicates that the physician is to continue to administer a medically useless treatment, if so directed by the patient. Whether a physician would actually be criminally prosecuted for so doing, I doubt, but we wanted to indicate that the wording in that clause is unclear and open to misinterpretation, just as the Law Reform Commission felt in 1983.

Mr. Worthy: But we have the Criminal Code, which is where people can be charged. This is saying that this will not apply under certain circumstances, and because of some ambiguity—I don't understand how you could arrive at a charge and penalty to a doctor, as you have indicated.

• 1715

Dr. O'Connor: It's strictly in the wording of the clause.

Mr. Worthy: Either I'm totally misunderstanding the logic of the situation or you are.

Dr. O'Connor: No, it's strictly in the wording of the clause, which indicates that a physician is to administer a medically useless treatment if so directed by the patient. That is the wording of the clause, or the interpretation of the wording of the clause.

[*Traduction*]

Dr Sullivan: Permettez-moi de vous parler un peu de notre démarche. Nous avons examiné notre expérience en ce qui concerne les cas de soins palliatifs et nous avons cherché à mettre en relief les exemples qui étaient pour nous les meilleurs et à nous en servir comme guide normatif de ce que nous devrions préconiser. Mon exemple était un cas réel, et je pense que le comité doit effectivement se pencher sur des cas et des exemples réels. Si l'on ne tient pas compte de la réalité humaine—des conséquences immédiates et éloignées pour les dispensateurs de soins, les familles, etc.—on se retrouve avec une forme d'idéalisme qui risque en réalité de faire davantage de tort que de bien à la pratique médicale.

M. Worthy: Je pense que vous avez tout à fait raison lorsque vous dites qu'on se retrouve avec plus de questions que de réponses.

Je comprends tout à fait le Dr Singer lorsqu'il dit que la situation actuelle est plutôt ambiguë. Lorsque je parle aux médecins et que je leur demande s'ils pensent qu'ils pourraient être inculpés—et je crois que sans ce projet de loi, ce genre de situation est prévu—certains m'ont répondu qu'il y avait cette crainte. Ils pourraient être inculpés, mais ils ne le sont pas. Il s'agit donc d'un problème éventuel plutôt que d'un problème réel.

Mais je ne comprends pas pourquoi on irait plus loin en disant qu'un médecin pourrait être inculpé en vertu du Code criminel s'il n'acquiesce pas à la demande d'un patient. Je ne sais pas de quoi un médecin serait accusé ni quelle serait la peine. En vertu du Code criminel, il faut qu'il y ait un chef d'accusation et une peine. Je ne sais pas comment on peut dire une telle chose.

Dr O'Connor: On l'a pourtant fait. Par ailleurs, nous avons fait des recherches et nous avons remarqué que la Commission de réforme du droit avait eu la même préoccupation en 1983. éelle s'est inquiétée du fait que le libellé de l'alinéa 217.1b) proposé stipule que le médecin doit continuer à administrer un traitement inutile du point de vue médical si son patient le lui demande. Je doute qu'un médecin soit vraiment poursuivi en vertu du Code criminel pour une telle chose, mais nous avons voulu montrer que le libellé de cet article n'est pas clair et risque d'être mal interprété, tout comme le pensait la Commission de la réforme du droit en 1983.

M. Worthy: Mais nous avons le Code criminel, en vertu duquel les gens peuvent être inculpés. On dit ici que cela ne s'appliquera pas dans certaines circonstances, et en raison d'une certaine ambiguïté. . . Je ne comprends pas comment vous pouvez en déduire qu'un médecin fera l'objet d'une accusation et d'une sanction, comme vous l'avez dit.

Dr O'Connor: C'est exactement ce que stipule cette disposition du projet de loi.

M. Worthy: La logique de la situation semble échapper totalement à l'un de nous deux.

Dr O'Connor: Non, c'est exactement ce que stipule la disposition. Elle prévoit qu'un médecin doit administrer un traitement médicalement inutile si le patient lui demande instamment de le faire. C'est le texte de l'article du projet de loi ou du moins la façon dont il a été interprété.

[*Text*]

Dr. Sullivan: By the Law Reform Commission.

Dr. O'Connor: It's not on our own reading.

Dr. Sullivan: We don't think this is a serious threat, and I think we only point it out because nobody else seemed to point it out and it seemed so glaringly obvious. If the Law Reform Commission was read and that phrase was rejected and now we appropriate it, why was it done? It just seems like poor scholarship that it slipped in. It seems ridiculous that physicians would now, under a strict legal reading of this section, fear not to comply with every request that was made for inappropriate treatment.

Dr. O'Connor: Do you want me to read out the legal wording?

Dr. Sullivan: Well, I think we don't want to make this a big point. It was merely to highlight some needed scholarship in drafting these bills carefully.

The Acting Chairman (Mr. Boudria): Mr. Kilger, I think you had one last question and then we'll adjourn.

Mr. Kilger: I want to take advantage while Dr. Singer is still in the room to commend all three of you for your work in palliative care. We are hearing increasingly how fortunate we are in Canada when we start comparing our situation with that of Holland, if you will, and we find out the tremendous impact palliative care is having on our Canadian society. It's fascinating, and yet there's such a difference between your views, if you will, on this particular bill.

I just wondered, I know you certainly didn't have this in advance any more than we had, but in the amendment proposed by Dr. Singer in regard to palliative care, do you see that as being a positive step? You would rather no bill at all, as I understand it.

Dr. O'Connor: Right. I do see that as a positive step. I see the proposed amendments of Dr. Singer as a positive step in all three areas. So in all three sets of amendments that he has proposed, which I just saw for the first time half an hour ago, I see those amendments as a distinct improvement over this bill—

Mr. Kilger: Enough to support it with those?

Dr. O'Connor: I'm not sure I would be ready to support it unless I go over the amendments again a little more carefully, but on first reading I think the amendments are a very great improvement over the previous bill.

Dr. Sullivan: I think the difference in approach has been a charitable reading and a more critical reading. His approach was charitable, in the sense that there definitely is a problem that we need to recognize, there's an anxiety. He was saying let's deal with that problem, but let's not go to the opposite extreme of making patients more anxious that physicians are now autonomous in the sense that they can do whatever they want.

[*Translation*]

Dr Sullivan: Par la Commission de réforme du droit.

Dr O'Connor: Ce n'est pas notre interprétation.

Dr Sullivan: Il ne s'agit pas, selon nous, d'une sérieuse menace, et nous le signalons simplement parce que quelqu'un d'autre l'a fait remarquer et que cela paraît d'une évidence flagrante. Si la Commission de réforme du droit a lu ce texte et rejeté cette phrase et que nous l'approuvons maintenant, pourquoi l'a-t-elle fait? Cela ne fait pas sérieux. Il semble ridicule que des médecins craignent maintenant, en vertu d'une interprétation juridique stricte de cet article, de se conformer à toute demande qui a été faite en vue d'un traitement inadéquat.

Dr O'Connor: Voulez-vous que je lise l'interprétation juridique?

Dr Sullivan: Il n'y a pas lieu de monter tout cela en épingle. Je voulais simplement faire remarquer qu'il fallait faire très attention lorsqu'on rédige ce genre de projet de loi.

Le président suppléant (M. Boudria): Monsieur Kilger, je pense que vous vouliez poser une dernière question, après quoi nous lèverons la séance.

M. Kilger: Je profite de ce que le docteur Singer est encore dans la salle pour féliciter les trois témoins de leurs travaux dans le domaine des soins palliatifs. On entend dire de plus en plus souvent que nous avons de la chance, au Canada, si nous comparons notre situation avec celle de la Hollande, par exemple, et nous constatons les répercussions énormes que les soins palliatifs ont sur la société canadienne. C'est fascinant et pourtant, vous avez des avis tout à fait différents au sujet de ce projet de loi.

Je m'interroge. Je sais que vous n'avez pas plus que nous reçu ce document à l'avance, mais l'amendement proposé par le docteur Singer au sujet des soins palliatifs vous semble-t-il être une mesure positive? Vous préféreriez qu'il n'y ait pas de projet de loi du tout, si j'ai bien compris.

Dr O'Connor: C'est exact. Je considère l'amendement proposé comme un progrès. J'ai d'ailleurs la même opinion au sujet des amendements proposés par le docteur Singer dans les trois secteurs. Pour ce qui est des trois séries d'amendements qu'il a proposés et dont je viens à peine de prendre connaissance il y a une demi-heure, ils m'apparaissent comme une nette amélioration par rapport au projet de loi à l'étude...

M. Kilger: Suffisamment pour appuyer le projet de loi avec ces amendements?

Dr O'Connor: Je ne sais pas si je serais prêt à l'appuyer avant d'avoir examiné un peu plus à fond les amendements proposés, mais, à première vue, ils constituent une nette amélioration par rapport au projet de loi initial.

Dr Sullivan: La différence vient de ce que d'un côté, il y a eu une interprétation charitable et, de l'autre, une interprétation plus critique. Son attitude était charitable dans la mesure où il existe de toute évidence un problème dont nous devons reconnaître l'existence, il y a une anxiété. Il a proposé de s'attaquer à ce problème, sans toutefois aller à l'autre extrême, qui consisterait à inquiéter davantage les patients en déclarant que les médecins sont maintenant autonomes dans la mesure où ils peuvent faire ce qu'ils veulent.

[*Texte*]

Mr. Kilger: Well that anxiety, is it just that anxiety that doctors could be prosecuted?

Dr. O'Connor: We are referring to patient anxiety.

Mr. Kilger: Because we keep hearing that without Bill C-203 there's doctor anxiety right now.

Dr. Sullivan: Let me give one example. This is another personal experience. I have a patient who was a 65-year-old mother who had a benign tumour of her brain that was removed. Unfortunately, as a complication she lost her swallowing reflex.

Now, she was in hospital when I acquired her care, and she was unable to protect her airway and was unable to speak as well, but otherwise well, although weakened. She had a problem with bouts of pneumonia. She came down with an overwhelming pneumonia and I wasn't notified of this by the nurses, because they felt this was a kind of non-treatable situation. Well, when I went in and I looked through the chart, there was no indication that she wanted the benefit of non-treatment, got the family involved, and they certainly supported treatment.

I spoke to a specialist, who said why are you treating this lady, her quality of life is clearly restricted. I expressed to him the family's feelings that they indeed felt that she ought to be treated. His response was that I didn't know how to approach families. The only reason he didn't go to the family to contradict what I had already said, which was that we would treat her, was his lingering fear of legal accountability, which is not always bad.

• 1720

The fact is that she was treated and she recovered. She had an operation to prevent this recurring aspiration, and she is quite happy with the quality of medical care given.

I would describe this as a case of non-palliative-care decision-making based on strictly quality-of-life, non-medical considerations by a physician who was not overly fearful of the law—quite the opposite, in fact. To give the message that it really doesn't matter what you decide... Perhaps the family was a little ambivalent there, but I think that's our concern...

The Acting Chairman (Mr. Boudria): Dr. Sullivan and Dr. O'Connor, hearing about that particular case is quite a way to end your presentation. We want to thank you for your brief.

This committee will adjourn to the call of the chair, most likely the date previously arranged and stated earlier today by the chairman.

[*Traduction*]

M. Kilger: L'anxiété dont vous parlez, est-elle simplement liée au fait que les médecins risquent de faire l'objet de poursuites?

Dr O'Connor: Nous parlons de l'anxiété des patients.

M. Kilger: Car on entend dire continuellement que, en l'absence d'une mesure comme le projet de loi C-203, il règne une certaine inquiétude parmi les médecins.

Dr Sullivan: Permettez-moi de vous citer un exemple. Il s'agit d'une autre expérience personnelle. Une de mes patientes, une mère de famille âgée de 65 ans, s'est fait enlever une tumeur au cerveau bénigne. Malheureusement, des complications ont eu pour effet de lui ôter sa capacité réflexe d'avaler.

Elle était à l'hôpital lorsque j'ai commencé à m'occuper d'elle et elle n'était ni en mesure de protéger ses voies respiratoires ni de parler, mais, dans l'ensemble, elle se portait bien, même si elle était assez faible. Elle souffrait à l'occasion de pneumonie. À un moment donné, elle a été frappée par une grave pneumonie, et les infirmières ne m'en n'ont pas averti car elles pensaient qu'il n'y avait rien à faire. Lorsque je suis allé la voir et que j'ai examiné son dossier, j'ai constaté qu'il n'y avait aucune indication qu'elle voulait renoncer au traitement. J'ai donc consulté la famille, qui a recommandé clairement la poursuite du traitement.

J'ai consulté un spécialiste qui m'a demandé pourquoi je continuais à traiter cette personne, étant donné que sa qualité de vie était nettement restreinte. Je lui ai dit que la famille estimait qu'il fallait poursuivre le traitement. Il m'a répondu que je ne savais pas m'y prendre avec la famille. S'il n'est pas allé dire aux membres de la famille le contraire de ce que j'avais affirmé, c'est-à-dire que nous allions poursuivre le traitement, c'est parce qu'il craignait des répercussions sur le plan juridique, ce qui n'est pas foncièrement mauvais.

En fait, cette personne a été traitée et elle s'est rétablie. Elle a subi une opération dans le but d'empêcher cette aspiration continuelle et elle est parfaitement satisfaite de la qualité des soins médicaux qu'elle a reçus.

Il s'agit là, à mon avis, d'un cas de décision de ne pas recourir aux soins palliatifs prise uniquement en fonction de la qualité de vie, de facteurs autres que médicaux, par un médecin qui ne craignait pas exagérément l'application de de la loi—bien au contraire, en fait. Tout cela pour dire, que peu importe la décision qu'on prend... La famille a peut-être joué un rôle un peu ambigu en l'occurrence, mais ce qui doit nous préoccuper...

Le président suppléant (M. Boudria): Docteur Sullivan et docteur O'Connor, le cas que vous venez de nous présenter conclut de façon tout à fait adéquate votre présentation. Nous vous remercions de votre mémoire.

La séance du comité est levée jusqu'à convocation du président, c'est-à-dire très vraisemblablement à la date décidée et annoncée plus tôt aujourd'hui par le président.

APPENDIX "C-203/3"

SUBMISSION TO

LEGISLATIVE COMMITTEE ON BILL C-203

AN ACT TO AMEND THE CRIMINAL CODE (TERMINALLY ILL PERSONS)

BY

RITA L. MARKER

Rita L. Marker
Lecturer in Political Science & Ethics
University of Steubenville
Steubenville, OH 43952
U.S.A.
Phone: (614) 282-3719
Fax: (614) 282-0769

A BRIEF DISCUSSION OF DUTCH EUTHANASIA PRACTICES

Dutch euthanasia is often referred to as a successful experience which benefits society. Statements such as "It's been tested there... it appears to be working" (1) have been common for years, leading some to suggest that we "use The Netherlands as a role model." (2)

A more recent example of this, and one of particular interest in Canada was the article, titled "Dutch make euthanasia a last, loving medical treatment," that appeared in the November 18, 1991 issue of The Ottawa Citizen. (3) (A copy of the article is attached to this report.)

Of note is the fact that, on the day following the article's publication, this committee was scheduled to hear testimony on Tory MP Robert Wenman's private member's bill which would amend the criminal code to allow Canadian physicians to intentionally shorten patients' lives. (4)

Because the Dutch practice is so widely used in discussions of euthanasia, I will focus this paper on Holland, concentrating on five key points:

1. Euthanasia practice in Holland stems from court decisions.
2. News articles often fail to give an accurate portrayal of the biases and activism of those featured.
3. Even before the recently released Dutch government study, reports of the dark side of Holland's euthanasia practices had surfaced.
4. Definitions are of key importance in understanding what is at stake in the euthanasia debate.

5. An official Dutch government report of physician induced death was released on September 10, 1991. Its findings shed new and disturbing light on the actual practice of euthanasia in Holland.

1. Euthanasia practice in Holland stems from court decisions.

Article 293 of The Netherlands Penal Code specifically prohibits euthanasia even upon the "express and serious wish" of the patient. In addition, Article 294 declares that one who incites, assists or provides the means for another to commit suicide is guilty of a crime. Neither Article 293 nor Article 294 has been repealed yet euthanasia is widely practiced in Holland.

The current situation stems from a series of court decisions intended to allow euthanasia to be carried out without prosecution in very limited circumstances as long as specific guidelines are followed. (5)

These guidelines, which allow physicians who administer euthanasia to claim the defense of force majeure (essentially meaning that there was no other alternative), are: the patient voluntarily requested euthanasia; the request was carefully considered and enduring; the suffering was unacceptable to the patient: and the physician consulted with colleagues. In addition, physicians are expected to report cases of euthanasia to the authorities.

Therefore, in theory, the guidelines are clear. However, in practice, they are rarely followed as will be discussed later in this paper.

2. News articles often fail to give an accurate portrayal of the biases and activism of those portrayed.

The attached Ottawa Citizen article features Dr. Herbert Cohen and includes a vignette which sets the tone for euthanasia as "loving medical treatment." It is, perhaps, enlightening to realize that Dr. Cohen — along with Dr. Pieter Admiraal (6) who is also quoted in the article —is an internationally recognized spokesperson for euthanasia advocacy. He was one of the main speakers at the eighth biennial conference of the World Federation of Right to Die Societies held in Maastricht Holland June 7-10, 1990. (7)

Dr. Herbert Cohen is a general practioner who works closely with the Dutch euthanasia society, "Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie" (NVVE). His is the task of convincing reluctant physicians that euthanasia is more than just a part of good medical care. He guides his colleagues to accept administration of death as "part of good spiritual care." Generally he is called in after the NVVE is contacted with a complaint about a family doctor who refuses to provide euthanasia. In order to resolve the problem, Cohen personally contacts the obstinate fellow professional and works to explain and advise the necessity for a change of position. This effort, although time consuming, is one which he considers well worthwhile. "This work has impact," explained Cohen, since a previously uncommitted

doctor may become an active euthanasia advocate who will initiate the subject of euthanasia with patients in the future.

Cohen said that he rarely encounters outright opposition to his euthanasia activism and that, in those infrequent instance of confrontation, he defuses the situation with humor. Describing his answer to accusations that he "kills people," he said that he always responds, "Well, I only kill my friends." Friendship, he noted, is the basis for the doctor-patient relationship in The Netherlands. And he dismissed any remote possibility of physicians' abusing their power to end patients' lives by maintaining that the Dutch medical establishment is of such high integrity that it is "not corruptible."

According to Cohen, once euthanasia is considered part of good medical practice, there is an obligation to offer it to patients and to promote it on a large scale. Suggesting that euthanasia should have a firm place in school discussions along with issues like voting rights, Cohen declared: "It's never too early to think about euthanasia" since euthanasia "is a way of life"... It is "just another exercise in medical ethics."

3. Even before the recently released Dutch government study, reports of the dark side of Holland's euthanasia practices had surfaced.

The following sampling of information published before issuance of the Remmelink Report in September 1991 gave some indication of what had been happening under the Dutch system:

... Euthanasia is suggested to patients who have not asked about it. (8)

... Doctors suggest suicide to non-terminally ill debilitated patients.(9)

... Nearly 80% of Dutch general practitioners have had "experience with" mercy killing. (10)

... Some Dutch doctors provide "self-help programs" for adolescents to end life. (11)

... General practitioners wishing to admit elderly patients to hospitals are being advised to give the patients lethal injections. (12)

... Euthanasia training is part of medical and nursing school training.(13)

... Cost containment is one of the main aims of current Dutch health policy. (14)

... The Royal Dutch Medical Association has issued guidelines for physicians with recipes for palatable poisons and serums that kill painlessly. (15)

... Euthanasia is being performed recklessly and casually — and often without the patient's knowledge. (16)

... Euthanasia is administered to people with diabetes, rheumatism, multiple sclerosis, AIDS, bronchitis and accident victims. (17)

The extent to which euthanasia is entrenched in Dutch medical circles was illustrated in a 1989 article by British journalist Bernard Levin. (18) Levin described the plight of a physician who was reprimanded by the Dutch Medical Disciplinary Board for his failure to practice euthanasia.

Lack of highly developed means of pain control in Holland has also been noted in some quarters. When, at the urging of British right-to-die advocates, the British Medical Association undertook a study of Dutch euthanasia practices. The ensuing report noted that palliative care in Holland was inadequate. (19) This observation would seem to imply that, when it is easy to kill a patient, little attention is given to comfort measures.

The hospice movement, long a haven of comfort and care for the dying in England, has only been active in Holland for a few years. It differs significantly from its British counterpart in both philosophy and effectiveness. This difference was confirmed by Dr. P. Sluis, chairman of the Dutch Hospice Movement, in a speech to the 1991 Maastricht conference. (20) Sluis stated, "As an organization we are not against euthanasia." He acknowledged that "palliative care is not good in Holland" and, what care there is, is limited to a very short time. Anyone whose predicted life expectancy exceeds three months is ineligible for hospice care since longer care would entail problems for the underdeveloped program. Describing his own role in the case of a diabetic

patient for whom care would have extended beyond the three month limit, Sluis said, "I had to decide whether I would take responsibility for the patient." Since the patient's care would have been too long term, the decision was made to end his life by stopping his insulin.

Additionally disturbing is the fact that the Royal Dutch Medical Association has reached the point of advocating full legalization — to replace the current de facto legalization — of active euthanasia, including the right of children to elect to die. (21)

4. Definitions are of key importance in understanding what is at stake in the euthanasia debate.

Words and their meaning are of crucial importance in the euthanasia debate reflecting the often stated truth that all social engineering is preceded by verbal engineering. Considerable effort is necessary to mask the reality of what is truly at stake when attempts are being made to dismantle age-old prohibitions. Emotionally charged words such as "euthanasia" and "kill" are studiously avoided.

As but two examples of such verbal engineering are the words used recently in a the United States where voters were asked to approve a measure allowing "aid-in-dying" and the Wenman bill now under consideration in Canada.

On November 5, 1991, voters in the State of Washington defeated attempts to legalize "aid-in-dying." (22) However, until just weeks before the crucial vote, it had been expected that the proposal would pass. This expectation was largely based on the public's lack of understanding of the meaning of "aid-in-dying." When asked what this meant, many individuals assumed that it meant plumping the pillows, wiping the brow and providing pain control and comfort care for a dying person. In fact, "aid-in-dying" was the deceptively soothing term for what is currently called first degree murder. If approved, it would have allowed doctors to directly and intentionally kill patients by lethal injection. A last minute educational campaign and editorials in major newspapers across the state did result in public awareness of the real meaning of the compassionate sounding, but deadly, phrase and "aid-in-dying" was resounding turned down by voters.

Similarly in Canada, Bill C-203, known as the Wenman bill, has been generally described as a bill to prevent doctors from being prosecuted for removing futile or unwanted treatment. In radio and television discussions regarding the bill, there has been very little reference to portions of the bill that would explicitly change the Canadian criminal code to allow doctors to directly and intentionally administer measures that will shorten a patient's life as long as the physician says the purpose was to end pain. (23) In effect, the bill would give doctors the power to kill the

pain by killing the patient. The words used in the bill cushion its stark reality.

Dutch euthanasia proponents are well aware of the power of words and definitions. Speaking at the Maastricht conference (24) Dr. M.A.M. Wachter, an ethicist and the director of the Institute of Health in Holland, left no doubt about this when he declared, "Euthanasia is the intentional ending of the life of another... It is always a question of terminating human life." Such blunt statements are discouraged, however, when it comes to shaping public attitudes. A gentler more gradual approach is preferred. "The definition builds the road for euthanasia," Wachter explained. "Definitions are not neutral. They are not just the innocent tools that allow us to describe reality. Rather, they shape our perceptions of reality. They select. They emphasize. They embody a bias. Therefore definitions constantly need redefinition."

Like the constantly changing patterns of a kaleidoscope, definitions shift ever so slightly, molding new patterns of thinking. Imperceptible, the previously appalling emerges as the presently appealing.

That each new definitions serves a purpose by paving the way for yet a newer meaning is exemplified in the Dutch definition of euthanasia. In the recently released Remmelink Report, "euthanasia" is used by its proponents to mean only deaths by a

physician upon request of the patient. Thus, the definition precludes any possibility of "involuntary" euthanasia. Yet thousands of deaths, intentionally and directly induced by physicians without the patients request take place each year — all in the name of benevolence and all recognized as part of the Dutch euthanasia experience.

5. An official Dutch government report of physician induced death was released on September 10, 1991. Its findings shed new and disturbing light on the actual practice of euthanasia in Holland.

The long awaited governmental report, Medical Decisions About The End Of Life (25) was published in two volumes. One was 70 pages in length; the other was 224 pages. This lengthy report was the work of the Committee to Investigate the Medical Practice Concerning Euthanasia appointed on January 17,1990 by the Minister of Justice and the State Secretary for Welfare, Public Health and Culture. The report, popularly called the "Remmelink Report," is named after the chairman of the six member committee. Professor J. Remmelink, M.J. is Attorney General of the High Council of The Netherlands and professor emeritus of Criminal Law, Free University.

The Remmelink Report is the first official confirmation of the existence and prevalence of involuntary euthanasia in The Netherlands. It points clearly to the degree of usurpation by

physicians in decision making and is a tragic example of the results of accepting the practice of euthanasia. It is particularly ironic that a practice which was intended to give greater control to patients has, in fact, given doctors power which is unprecedented. In Holland it is primarily the doctors — often without consulting either the patient or the patient's family — who determine who will die at their hands.

A sampling of data found in the Remmelink Report gives clear indication of the out of control nature of physician induced death (euthanasia) in Holland. Before summarizing some key findings, it is necessary to explain some basic facts.

The committee chose the following as the working definition of euthanasia: "Euthanasia is the intentional action to terminate life, performed by someone other than the involved person upon the latter's request." (26) This definition would include only what is generally called "voluntary" euthanasia. Thus, when discussing the findings I will refer to "voluntary" and "involuntary" euthanasia. The latter is referred to in the Remmelink Report as action to terminate life without explicit request.

The Dutch population was 15 million in 1990. The total number of total deaths annually from all causes is placed at about 130,000. (27) To obtain an indication of how many deaths would be anticipated annually under similar euthanasia practices in a given country, population differences should be taken into account.

The study was composed of three parts: Interviews with randomly selected physicians; a random sample drawn from all deaths during certain months and data supplied about these deaths by physicians; and data recorded by the physicians who had been interviewed previously. (28)

Study findings indicated the following annual figures:

... 2300 cases of voluntary active euthanasia. (29)

... 400 cases of assisted suicide (the lethal means for death is provided to the patient for self-administration). (30)

... 1040 cases of involuntary euthanasia (.8% of total deaths in Holland). These cases — averaging almost 3 per day — were those in which the physician prescribed, provided or administered a medicine with the deliberate aim to hasten the end of life, though the patient had made no explicit request for euthanasia. (31)

... 14% of patients whose lives were ended without their explicit request were fully competent. (32)

... 62% of patients whose lives were terminated without their explicit request had never given any indication regarding termination of life. (33)

... An additional 8100 patients died after pain medication (morphine) was administered by physicians who intended to shorten life. (34) The decision to administer the intentional overdose was <u>not</u> discussed with 27% of fully competent patients who died in this manner. (35)

Based upon the Remmelink Report, 11,840 deaths are directly and intentionally caused each year by Dutch physicians.

I make no claim to be a disinterested observer. In addition to my position as a lecturer in political science and ethics and the University of Steubenville, I am the director of the International Anti-Euthanasia Task Force.

Euthanasia is a controversial topic and one which will be the subject of debate for many years to come. I only ask that those reviewing the material in this paper reflect carefully on the information contained herein before deciding to follow the practice which has become such an integral part of the fabric of Dutch society.

NOTES

1. Derek Humphry on Face the Nation, 9/2/85.

2. Margaret P. Battin, professor of philosophy at the University of Utah during presentation, "The Art of Dying in the United States and Holland," Hemlock Conference, Chicago, Illinois, May 20, 1989.

3. Roddy Ray, "Dutch make euthanasia a last, loving medical treatment," The Ottawa Citizen, November 18, 1991, p. B4, col. 1.

4. Bill C-203, "An Act to Amend the Criminal Code (Terminally Ill Persons)." See particularly Sections 217.1C & 246.1C which would allow "measures intended to eliminate or relieve the physical suffering of a person for the sole reason that such care or measures will or are likely to shorten the life expectancy of the person." (emphasis added)

5. For a thorough discussion of Dutch court cases and an explanation of the Dutch legal system, see Carlos F. Gomez, Regulating Death: Euthanasia and the Case of The Netherlands, Maxwell Macmillan Canada, Inc. (1991), Chapter 2.

6. For a discussion of Admiraal's euthanasia advocacy see: Marker et al, "Euthanasia: A Historical Overview," Maryland Journal of Contemporary Legal Issues, Vol. 2, No. 2 (Summer 1991), pp. 257, 293.

7. The author of this paper was in attendance at the Maastricht conference. Quotations used are from the author's notes and transcribed audio tapes of conference proceedings.

8. Address by Pieter Admiraal, a leading practitioner of euthanasia in Holland, to Voluntary Euthanasia Society, London, England, 4/14/85.

9. "Dutch in agonizing debate over voluntary euthanasia," The Pittburgh Press, 7/31/89, p. 1.

10. "Do not Go Slowly into That Dark Night: Mercy Killing in Holland," The American Journal of Medicine, Vol. 84, January, 1988, p. 140.

11. "It's Almost Over — More Letters on Debbie," Letter to editor, by G.B.Humphrey M.D., Ph.D., University Hospital, Groningen, The Netherlands, Journal of the American Medical Association, Vol. 260, No. 6, 8/12/88, p. 788.

12. "Involuntary Euthanasia in Holland," Wall Street Journal, 9/29/87, p. 3.

13. "The Member's Aid Service of the Dutch Association for Voluntary Euthanasia," Euthanasia Review, Vol. 1, No. 3, Fall, 1986, p. 153.

14. "Restructuring Health Care," The Lancet, 1/28/89, p. 209.

15. "Choosing When To End Life," Albuquerque Journal, 10/16/88, p. F1.

16. "A negative verdict on euthanasia," Letter to the editor by Richard Fenigsen, M.D., Willem-Alexander Hospital, 's Hertogenbosch, The Netherlands, Medical Economics, March 7, 1988.

17. "Suicide on Prescription," Sunday Observer, London, England, 4/30/89, p. 22.

18. Bernard Levin, "Under Patient's Orders - to Kill," London Times, Dec. 11, 1989, p. 12.

19. Euthanasia: Report of the Working party to review the British Medical Association's guidance on euthanasia, British Medical Association, 5/5/88, p. 49, # 195.

20. See note # 7.

21. Allan Parachini, "The California Humane and Dignified Death Initiative," Hastings Center Report, Jan.-Feb. 1989, p.12. Parachini is a staff writer on consumer health issues for the Los Angeles Times.

22. Initiative 119, "The Death with Dignity Act," would have amended the current living will law in the State of Washington to include "aid-in-dying," defined as a "aid in the form of a medical service...that will end the life" of a patient. Organizers of the campaign acknowledged that this "medical service" would probably be accomplished by means of lethal injection or drug overdose. D. Gianelli, "Washington Voters Asked If MD's May Offer Active Euthanasia," American Medical News, May 18, 1991, p. 1.

23. See Note # 4.

24. See note # 7.

25. Medische Beslissingen Rond Het Levenseinde, Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, 's-Gravenhage, (1991) The Hague.

26. Id., Vol. I, p. 11.

27. Id., p. 14.

28. Id., Vol. II, p. 8.

29. Id., Vol. I, p. 13.

30. Id., p. 13.

31. Id., p. 15.

32. Id., Vol. II, p. 49, Table 6.4.

33. Id., p. 50, Table 6.6.

34. Id., p. 58, Table 7.2.

35. Id., p. 61, Table 7.7.

RITA L. MARKER
1233 Maryland Avenue
Steubenville, Ohio 43952
(614) 282-9953 - Campus office
(614) 282-3810 - Home office

Present Positions

Lecturer in Political Science & Ethics, University of Steubenville.

Co-Director, Human Life Center, University of Steubenville.

Director, International Anti-Euthanasia Task Force. (IAETF is a division of the Human Life Center.)

Past Positions

Human Rights Officer, St. John's University, Minnesota

WIC (USDA Women's, Infant's and Children's Program) Director, Snohomish and South King Counties in Washington State

Speaker & Writer

Has lectured extensively on human rights, family, and life issues. Locations of presentations, lectures, debates and testimony given upon invitation include Hong Kong, Ireland, Italy, France, Belgium, Great Britain and throughout the United States and Canada. Among these are:

Italian Society of Bioethics; Verona
British House of Commons; London
Case Western Law School
Seton Hall Law School
University of Iowa Law School
University of Pittsburgh
University of Wisconsin Law School
University of San Francisco
University of Trieste
Seattle University
Marquette University
Kentucky, Nebraska, Ohio and Michigan legislative committees
Michigan Governor's Conference on Aging

Interviews and guest appearances on radio and television have included:

ABC News
ABC Talk Line
CBS Late Night with Leslie Stahl
CNBC Live
CNN Newswatch
Crossfire
C-Span
Focus on the Family
Jesse Jackson Show
Late Night America
Morton Downey Show
National Public Radio
National Public Television
NBC News
Sally Jessy Raphael Show

Author of articles which have appeared in numerous publications including

Portland Oregonian
Boston Pilot
Akron Beacon Journal
Maryland Journal of Contemporary Legal Issues
Michigan Hospitals
Minneapolis Star and Tribune
Detroit News
Palm Beach Post
Our Sunday Visitor
International Review
Senior Patient
Social Justice Review
USA Today
St. Petersburg Times

Has debated leaders in the fields of law, bioethics and medicine, education including former Governor Richard Lamm of Colorado, Professor Alan Dershowitz of Harvard University and directors of all major euthanasia organizations.

Personal

Married 31 years
7 children
2 grandchildren

APPENDICE «C-203/3»

MÉMOIRE AU

COMITÉ LÉGISLATIF SUR LE PROJET DE LOI C-203

LOI MODIFIANT LE CODE CRIMINEL (PERSONNES EN PHASE TERMINALE)

PAR
RITA L. MARKER

Rita L. Marker
Maître de conférences en sciences politiques et éthique
Université de Steubenville
Steubenville, OH 43952
U.S.A.
Tél.: (614) 282-3719
Fax: (614) 282-0769

BRÈVE DISCUSSION DES PRATIQUES HOLLANDAISES EN MATIÈRE D'EUTHANASIE

On dit souvent que l'euthanasie hollandaise est une expérience réussie qui profite à la société. Depuis des années, on entend couramment des déclarations du genre «On a essayé là-bas... et cela semble marcher» (1), ce qui a amené certaines personnes à suggérer qu'on «utilise les Pays-Bas comme modèle». (2)

Un exemple assez récent de cette attitude, qui présente un intérêt particulier pour le Canada, est l'article intitulé «Les Hollandais font de l'euthanasie un ultime traitement charitable», paru dans le Ottawa Citizen du 18 novembre 1991. (3) (Copie de cet article en annexe.)

Il est intéressant de constater que le lendemain de la publication de cet article, ce comité a été chargé d'entendre des témoignages sur le projet de loi d'initiative privé du député conservateur Robert Wenman visant à modifier le Code criminel pour permettre aux médecins canadiens d'abréger délibérément la vie de leurs patients. (4)

Comme l'exemple des Pays-Bas revient régulièrement dans les discussions sur l'euthanasie, je vais axer cet exposé sur la Hollande et me concentrer sur cinq points clés :

1. La pratique de l'euthanasie en Hollande découle de décisions des tribunaux.

2. La presse omet souvent de décrire avec exactitude les partis pris et l'activisme des personnes concernées.

3. Même avant la parution d'une étude du gouvernement hollandais récemment publiée, on avait entendu parler de la face cachée de l'euthanasie en Hollande.

4. Les définitions sont d'une importance fondamentale pour comprendre ce qui est en jeu dans le débat sur l'euthanasie.

5. Un rapport officiel du gouvernement hollandais sur la mort provoquée par les médecins a été publié le 10 septembre 1991. Ses conclusions éclairent d'un jour nouveau et inquiétant la pratique véritable de l'euthanasie en Hollande.

1. La pratique de l'euthanasie en Hollande découle de décisions des tribunaux.

L'article 293 du Code criminel hollandais interdit strictement l'euthanasie même si le patient en formule «le souhait exprès et sérieux». En outre, l'article 294 déclare que quiconque incite ou aide quelqu'un d'autre à se suicider ou lui en fournit le moyen est coupable d'un crime. Ni l'article 293, ni l'article 294 n'ont été abrogés, et pourtant l'euthanasie est monnaie courante en Hollande.

La situation actuelle découle d'une série de décisions des tribunaux destinées à permettre à des personnes de pratiquer l'euthanasie sans être poursuivies dans des circonstances très restreintes et à condition de suivre des lignes directrices précises. (5)

Ces lignes directrices, qui permettent au médecin administrant l'euthanasie d'invoquer pour sa défense la force majeure (ce qui signifie essentiellement qu'il n'y avait pas d'autre choix), sont les suivantes : le patient doit avoir volontairement demandé à être euthanasié; sa demande doit avoir été mûrement réfléchie et durable; ses souffrances doivent être insupportables, et le médecin doit avoir consulté ses collègues. En outre, les médecins doivent signaler les cas d'euthanasie aux autorités.

Les lignes directrices sont donc très claires en théorie. Toutefois, dans la pratique, elles sont rarement suivies comme nous le montrerons ci-dessous.

2. La presse omet souvent de faire état des partis pris et de l'activisme des personnes concernées.

L'article du Ottawa Citizen ci-joint porte sur le Dr Herbert Cohen et inclut une vignette qui donne le ton en présentant l'euthanasie comme un «traitement médical charitable». Il est peut-être révélateur que le Dr Cohen, ainsi que le Dr Pieter Admiraal (6) qui est aussi mentionné dans cet article, soit un porte-parole internationalement reconnu de la thèse de l'euthanasie. Il a été l'un des principaux organisateur de la huitième conférence biennale de la Fédération mondiale des sociétés du droit à la mort tenue à Maastricht, en Hollande, du 7 au 10 juin 1990. (7)

Le Dr Herbert Cohen est un généraliste qui travaille en relations étroites avec la société néerlandaise d'euthanasie, «Nederlandse Verreniging voor Vrjwillige Euthanasie» (NVVE). Il a pour tâche de convaincre les médecins réticents du fait que l'euthanasie ne fait pas seulement partie des bons soins médicaux. Il amène ses collègues à reconnaître que l'administration de la mort fait «partie des bons soins spirituels». En général, on l'appelle lorque la NVVE reçoit une plainte au sujet d'un médecin de famille qui refuse l'euthanasie. Pour régler le problème, Cohen contacte personnellement son confrère obstiné pour lui expliquer et le convaincre qu'il devrait changer de position. Bien que ces efforts demandent beaucoup de temps, il les juge tout à fait

justifiés. «Ce travail a un impact», a expliqué Cohen, puisqu'un médecin auparavant non convaincu peut devenir un défenseur actif de l'euthanasie qui abordera le sujet de l'euthanasie avec ses patients à l'avenir.

Cohen a déclaré que ses activités de défense de l'euthanasie ne se heurtaient que rarement à une forte opposition et que, dans les rares cas de confrontation, il désamorçait la situation avec humour. En expliquant ce qu'il répondait lorsqu'on l'accusait de «tuer les gens», il a dit que sa réponse était toujours, «Eh bien, je ne tue que mes amis.» L'amitié, a-t-il remarqué, est à la base de la relation entre le médecin et son patient aux Pays-Bas. Et il a écarté toute lointaine possibilité d'un abus de pouvoir de la part de médecins voulant mettre fin à la vie de leurs patients en maintenant que l'intégrité du monde médical néerlandais était telle qu'il n'était «pas corruptible».

Selon Cohen, une fois que l'on considère l'euthanasie comme faisant partie des bonnes pratiques médicales, on se doit de la proposer aux patients et de la promouvoir à grande échelle. Soutenant que l'euthanasie devrait avoir sa place dans les discussions dans les écoles au même titre que des questions comme le droit de vote, Cohen a déclaré : «Il n'est jamais trop tôt pour réfléchir à l'euthanasie» puisque l'euthanasie «est un mode de vie»... C'est «simplement un autre exercice de déontologie médicale».

3. Même avant la sortie de l'étude du gouvernement néerlandais publiée récemment, des rapports étaient apparus sur la face cachée des pratiques hollandaises en matière d'euthanasie.

L'échantillon suivant des renseignements publiés avant la sortie du Rapport Remmelink en septembre 1991 donnait quelques indications de ce qui s'était passé dans le cadre du système néerlandais :

... On propose l'euthanasie à des patients qui n'ont pas posé de questions à ce sujet. (8)

... Des médecins suggèrent le suicide à des patients affaiblis atteints de maladies non terminales. (9)

... Près de 80 p. 100 des généralistes hollandais ont fait «l'expérience» de tuer par pitié. (10)

... Certains médecins néerlandaias donnent à des adolescents des «programmes d'instructions» sur la façon de mettre fin à ses jours. (11)

... On conseille à des médecins généralistes désirant faire hospitaliser des patients âgés de leur faire des injections mortelles. (12)

... L'apprentissage de l'euthanasie fait partie des études médicales et infirmières. (13)

... La restriction des coûts est l'un des principaux objectifs de la politique de santé néerlandaise actuelle. (14)

... L'Association médicale royale néerlandaise a publié des directives pour les médecins contenant des recettes de poisons au goût agréable et de sérums tuant sans douleur. (15)

... L'euthanasie est pratiquée de façon irréfléchie et désinvolte ... et souvent à l'insu du patient. (16)

... L'euthanasie est pratiquée sur des personnes atteintes de diabète, de rhumatisme, de sclérose en plaques, de SIDA, de bronchite et victimes d'accidents. (17)

L'importance de l'euthanasie dans les cercles médicaux néerlandais a été soulignée dans un article écrit en 1989 par le journaliste britannique Bernard Levin. (18) Levin a raconté les malheurs d'un médecin qui avait été réprimandé par le Conseil de l'ordre néerlandais pour n'avoir pas pratiqué l'euthanasie.

On a également souligné dans certains milieux le manque de moyens élaborés de lutte contre la douleur aux Pays-Bas. Lorsqu'à la demande des partisans britanniques du droit à la mort, l'Association médicale britannique a entrepris une étude de la pratique de l'euthanasie aux Pays-Bas, le rapport publié à la fin de l'étude faisait état d'une insuffisance des soins palliatifs en Hollande. (19) Cette observation semblerait vouloir dire que lorsqu'il est facile de tuer un patient, les mesures de soulagement ne retiennent guère l'attention.

Le mouvement de promotion des hospices, ces centres qui sont depuis longtemps un refuge de réconfort et de soins pour les mourants en Angleterre, n'est actif que depuis quelques années en Hollande. Il est très différent du mouvement britannique, à la fois par la philosophie et par l'efficacité. Cette différence a été confirmée par le D^r^ P. Sluis, président du Mouvement des hospices néerlandais, lors d'un discours à la conférence de Maastricht en 1991. (20) «En tant qu'organisation, nous ne sommes pas contre l'euthanasie», a déclaré Sluis. Il a reconnu que «les soins palliatifs ne sont pas bons en Hollande» et que les rares soins qui existent sont limités à de très courtes périodes. Toute

personne ayant une espérance de vie supérieure à trois mois ne peut être acceptée dans un hospice car le programme n'est pas suffisamment développé pour permettre des soins prolongés. À propos du rôle que lui-même avait joué dans le cas d'un patient diabétique dont les soins auraient dépassé la limite de trois mois, Sluis a dit, «J'ai dû décider si j'allais prendre la responsabilité pour le patient». Comme ce malade aurait eu besoin de soins prolongés, on a décidé de mettre fin à ses jours en cessant de lui donner l'insuline.

Autre élément troublant, l'Association royale médicale néerlandaise en est arrivée à préconiser la légalisation complète - pour remplacer la légalisation de facto actuelle - de l'euthanasie active, et même le droit des enfants à choisir de mourir. (21)

4. Les définitions sont d'une importance fondamentale pour comprendre ce qui est en jeu dans un débat sur l'euthanasie.

Les mots et leur signification ont une importance cruciale dans le débat sur l'euthanasie, ce qui confirme une vérité que l'on entend souvent selon laquelle le génie social est toujours précédé par le génie verbal. Il faut faire un effort considérable pour masquer la réalité de ce qui est réellement en jeu lorsque l'on tente d'attaquer les tabous les plus anciens. Les mots comportant une lourde charge affective comme «euthanasie» et «tuer» sont soigneusement évités.

Prenons deux exemples simples de ce génie verbal : les mots récemment utilisés aux États-Unis lorsque l'on a demandé à des électeurs d'approuver une mesure permettant «d'aider à mourir» et le projet de loi Wenman qui est maintenant à l'étude au Canada.

Le 5 novembre 1991, les électeurs de l'État de Washington ont fait échouer les tentatives visant à légaliser «l'aide à mourir». (22) Cependant, quelques semaines à peine avant le vote crucial, la proposition semblait devoir être acceptée. En effet, le public ne comprend pas bien la signification de «l'aide à mourir». Interrogées sur le sens de cette expression, de nombreuses personnes ont répondu qu'elles pensaient qu'il s'agissait d'arranger les oreillers, d'éponger le front et de soulager la douleur d'une personne mourante. En fait, «l'aide à mourir» n'était qu'un terme rassurant et trompeur pour désigner ce que l'on appelle actuellement un homicide. Si la proposition avait été approuvée, elle aurait permis aux médecins de tuer directement et intentionnellement des patients par une injection mortelle. Une campagne éducative de dernière minute et des éditoriaux dans les principaux journaux de l'État ont fait comprendre au public le véritable sens de cette expression misécordieuse en apparence, mais mortelle en réalité, et «l'aide à mourir» a été résolument rejetée par les électeurs.

De même au Canada, le projet de loi C-203, appelé couramment le projet de loi Wenman, a été présenté d'une façon générale comme un projet de loi destiné à éviter que les médecins soient poursuivis pour avoir interrompu un traitement futile ou non désiré. Dans les débats radiodiffusés et télévisés sur le projet de loi, on a très peu parlé des parties du projet de loi qui changeraient le Code criminel canadien de façon explicite pour permettre aux médecins d'administrer directement et intentionnellement des mesures abrégeant la vie d'un malade du moment que son objectif déclaré est de mettre fin à la douleur. (23) En fait, le projet de loi donnerait aux médecins le pouvoir de tuer la douleur en tuant le malade. Les termes employés dans le projet de loi adoucissent sa triste réalité.

Les partisans de l'euthanasie aux Pays-Bas connaissent bien le pouvoir des mots et des définitions. Lors d'une allocution à la conférence de Maastricht (24), le D[r] M.A.M. Wachter, spécialiste de l'éthique et directeur de l'Institut de la santé en Hollande, n'a laissé planer aucun doute à ce sujet lorsqu'il a déclaré, «L'euthanasie, c'est mettre fin intentionnellement à la vie d'un autre... Il s'agit toujours de mettre fin à la vie humaine.» Les déclarations brutales de ce genre sont néanmoins découragées lorsqu'il s'agit d'influencer les attitudes du public. On préfère une approche plus douce et plus graduelle. «La définition prépare le terrain pour l'euthanasie», a expliqué Wachter. «Les définitions ne sont pas neutres. Ce ne sont pas uniquement des

outils innocents qui nous permettent de décrire la réalité. Au contraire, elles façonnent nos perceptions de la réalité. Elles choisissent. Elles soulignent. Elles reprennent un préjugé. Des définitions ont donc toujours besoin d'être redéfinies».

Comme les motifs continuellement changeants d'un kaléidoscope, les définitions varient très faiblement, modelant ainsi de nouveaux schémas de pensée. Imperceptiblement, ce qui était autrefois atterrant devient aujourd'hui attirant.

Chaque nouvelle définition a une fonction en préparant la route à une signification encore plus nouvelle et ceci se voit clairement dans la définition néerlandaise de l'euthanasie. Dans le Rapport Remmelink publié récemment, le mot «euthanasie» n'est utilisé par les partisans de cette pratique que dans le sens de la mort donnée par un médecin à la demande du patient. Ainsi, la définition interdit toute possibilité d'euthanasie «involontaire». Pourtant, des milliers de morts, provoquées intentionnellement et directement par des médecins sans que le patient l'ait demandé, surviennent chaque année ... tout cela au nom de la bienveillance et dans le cadre de l'expérience néerlandaise de l'euthanasie.

5. Un rapport officiel du gouvernement néerlandais sur les décès provoqués par les médecins a été publié le 10 septembre 1991. Ses conclusions jettent une lumière nouvelle et troublante sur la pratique actuelle de l'euthanasie en Hollande.

Le rapport gouvernemental attendu depuis longtemps, Décisions médicales sur l'euthanasie (25) a été publié en deux volumes. L'un faisait 70 pages, l'autre 224 pages. Ce long rapport correspondait aux travaux du Comité chargé de faire enquête sur les pratiques médicales en matière d'euthanasie nommé le 17 janvier 1990 par le ministre de la Justice et le secrétaire d'État au Bien-être, à la Santé publique et à la Culture. Le rapport est plus connu sous le nom de «Rapport Remmelink» du nom du président du comité de six membres. Le professeur J. Remmelink, M.J. est procureur général du Haut conseil des Pays-Bas et professeur émérite de droit criminel, Libre Université.

Le Rapport Remmelink est la première confirmation officielle de l'existence et de la prévalence de l'euthanasie involontaire aux Pays-Bas. Il montre clairement à quel point les médecins ont usurpé le pouvoir de décision et est un exemple tragique des conséquences de l'acceptation de la pratique de l'euthanasie. C'est particulièrement ironique de voir qu'une pratique censée donner un plus grand contrôle aux patients a en fait donné aux médecins un pouvoir sans précédent. En Hollande, ce sont essentiellement les médecins - souvent sans consulter le patient ou sa famille - qui décident de qui mourra par leurs mains.

Il apparaît clairement, d'après un échantillonnage des données contenues dans le Rapport Remmelink, que les décès provoqués par les médecins (euthanasie) aux Pays-Bas sont de nature tout à fait incontrôlée. Avant de résumer certaines des principales conclusions, il est nécessaire d'expliquer quelques faits fondamentaux.

Le Comité a choisi pour définir l'euthanasie les termes suivants : «L'euthanasie est l'acte intentionnel de mettre fin à la vie, exécuté par quelqu'un d'autre que la personne concernée à la demande de cette dernière». (26) Cette définition n'inclurait que ce que l'on appelle généralement l'euthanasie «volontaire». Par conséquent, en discutant des conclusions, je parlerai d'euthanasie «volontaire» et «involontaire». Dans le Rapport Remmelink, cette dernière désigne le fait de mettre fin à la vie sans demande explicite.

Les Pays-Bas comptaient 15 millions d'habitants en 1990. Le nombre total de décès annuels, toutes causes confondues, est d'environ 130 000. (27) Pour avoir des indications sur le nombre de décès prévisibles annuellement avec des pratiques d'euthanasie similaires dans un pays donné, il faut prendre en considération les différences de population.

L'étude se divisait en trois parties : des entrevues avec des médecins choisis au hasard, un échantillon aléatoire établi à partir de tous les décès pendant certains mois et les données fournies au sujet de ces décès par les médecins, et des données communiquées par les médecins ayant été interrogés auparavant. (28)

L'étude fait état des chiffres annuels suivants :

... 2 300 cas d'euthanasie active volontaire. (29)

... 400 cas de suicide assisté (le produit mortel provoquant le décès est remis au patient pour qu'il se l'administre lui-même). (30)

... 1 040 cas d'euthanasie involontaire (0,8 p. 100 du total des décès en Hollande). Ces cas - presque trois par jour en moyenne - sont ceux où les médecins ont prescrit, fourni ou administré un médicament avec l'intention délibérée de hâter la fin de la vie, bien que le patient n'ait pas demandé explicitement l'euthanasie. (31)

... 14 p. 100 des patients dont la vie a été abrégée sans qu'ils le demandent explicitement étaient en pleine possession de leurs facultés. (32)

... 62 p. 100 des patients dont la vie a été abrégée sans qu'ils le demandent explicitement n'avaient jamais parlé de mettre fin à leurs jours. (33)

... 8 100 autres patients sont morts après avoir pris un médicament contre la douleur (morphine) administrée par des médecins dont l'intention était d'abréger la vie. (34) La décision d'administrer intentionnellement une dose excessive n'avait pas été discutée avec 27 p. 100 des patients en pleine possession de leurs moyens qui sont morts de cette manière. (35)

D'après le Rapport Remmelink, 11 480 décès sont causés directement et intentionnellement chaque année par des médecins hollandais.

Je ne prétends pas être un observateur désintéressé. En plus d'être professeur de sciences politiques et d'éthique à l'Université de Stebenville, je suis directrice du Groupe de travail international anti-euthanasie.

L'euthanasie est un sujet controversé et qui fera encore l'objet de débats pendant de nombreuses années. Je souhaite seulement que ceux qui examineront ce document réfléchissent attentivement aux renseignements qu'il contient avant de décider de suivre la pratique qui fait maintenant une partie intégrante de la société néerlandaise.

NOTES

1. Derek Humphry à Face the Nation, 9/2/85.

2. Margaret P. Battin, professeur de philosophie à l'Université d'Utah, pendant l'exposé, «The Art of Dying in the United States and Holland», Hemlock Conference, Chicago, Illinois, 20 mai 1989.

3. Roddy Ray, «Dutch make euthanasia a last, loving medical treatment», The Ottawa Citizen, 18 novembre 1991, p. B4, col. 1.

4. Projet de loi C-203, «Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)». Voir particulièrement les paragraphes 217.1C et 246.1C qui permettraient «des mesures destinées à supprimer ou à soulager les souffrances physiques d'une personne du seul fait que ces soins ou ces mesuers abrégeront ou sont susceptibles d'abréger l'expectative de vie de cette personne». (soulignage ajouté)

5. Pour une discussion approndie des affaires judiciaires néerlandaises et une explication du système judiciaire néerlandais, voir Carlos F. Gomez, Regulating Death : Euthanasia and the Case of The Netherlands, Maxwell Macmillan Canada, Inc. (1991), chapitre 2.

6. Pour une discussion sur la défense de l'euthanasie d'Admiraal, voir : Marker et al., «Euthanasia : A Historical Overview», Maryland Journal of Contemporary Legal Issues, vol. 2, n° 2 (été 1991), p. 257, 293.

7. L'auteur de ce document assistait à la conférence de Maastricht. Les citations proviennent des notes de l'auteur et de la retranscription de l'enregistrement des délibérations de la conférence.

8. L'allocution de Peter Admiraal, praticien connu de l'euthanasie en Hollande, devant la Voluntary Euthanasia Society, Londres, Angleterre, 4/14/85.

9. «Dutch in agonizing debate over voluntary euthanasia», The Pittburch Press, //31/89, p. 1.

10. «Do not go Slowly into That Dark Night : Mercy Killing in Holland», The American Journal of Medicine, vol. 84, janvier 1988, p. 140.

11. «It's Almost Over — More Letters on Debbie», Letter to editor, par G.B. Humphrey, M.D., Ph.D., University Hospital, Groningen, The Netherlands, Journal of the American Medical Association, vol. 260, n° 6, 8/12/88, p. 788.

12. «Involuntary Euthanasia in Holland», Wall Street Journal, 9/29/87, p. 3.

13. «The Member's Aid Service of the Dutch Association for Voluntary Euthanasia», Euthanasia Review, vol. 1, n° 3, automne 1986, p. 153.

14. «Restructuring Health Care», The Lancet, 1/28/89, p. 209.

15. «Choosing When To End Life», Alburquerque Journal, 10/16/88, p. F1.

16. «A negative verdict on euthanasia», Letter to the editor by Richard Fenigsen, M.D., Willem-Alexander Hospital, 's Hertogenbosch, The Netherlands, Medical Economics, 7 mars 1988.

17. «Suicide on Prescription», Sunday Observer, Londres, Angleterre, 4/30/89, p. 22.

18. Bernard Levin, «Under Patient's Orders - to Kill», London Times, 11 décembre 1989, p. 12.

19. Euthanasia : Report of the Working party to review the British Medical Association's guidance on euthanasia, British Medical Association, 5/5/88, p. 49, n° 195.

20. Voir note n° 7.

21. Allan Parachini, «The California Humane and Dignified Death Initiative», Hastings Center Report, janv.-fév. 1989, p. 12. Parachini est journaliste permanent, auteur d'articles sur les questions de santé et de consommation, pour le Los Angeles Times.

22. L'Initiative 119, «The Death with Dignity Act», aurait amendé la loi actuelle de l'État de Washington sur les testaments faits du vivant d'une personne de façon à inclure «l'aide à mourir», définie comme une «aide sous la forme d'un service médical ... qui met fin à la vie» d'un patient. Les organisateurs de la campagne ont reconnu que ce «service médical» serait probablement rendu au moyen d'une injection mortelle ou d'une overdose de médicament. D. Gianelli, «Washington Voters Asked If MD's May Offert Active Euthanasia», American Medical News, 18 mai 1991, p. 1.

23. Voir note n° 24.

24. Voir note n° 7.

25. Medische Beslissingen Rond Het Levenseinde, Sdu Uitgeverij Plantijnstratt, 's-Gravenhage, (1991) La Haye.

26. Id., vol. I, p. 11.

27. Id., p. 14.

28. Id., vol. II, p. 8.

29. Id., vol. I, p. 13.

30. Id., p. 13.

31. Id., p. 15.

32. Id., vol. II, p. 49, tableau 6.4.

33. Id., p. 50, tableau 6.6.

34. Id., p. 58, tableau 7.2.

35. Id., p. 62, tableau 7.7.

RITA L. MARKER
1233 Maryland Avenue
Steubenville, Ohio 43952
(614) 282-9953 - Campus office
(614) 282-3810 - Home office

Present Positions

Lecturer in Political Science & Ethics, University of Steubenville.

Co-Director, Human Life Center, University of Steubenville.

Director, International Anti-Euthanasia Task Force. (IAETF is a division of the Human Life Center.)

Past Positions

Human Rights Officer, St. John's University, Minnesota

WIC (USDA Women's, Infant's and Children's Program) Director, Snohomish and South King Counties in Washington State

Speaker & Writer

Has lectured extensively on human rights, family, and life issues. Locations of presentations, lectures, debates and testimony given upon invitation include Hong Kong, Ireland, Italy, France, Belgium, Great Britain and throughout the United States and Canada. Among these are:

Italian Society of Bioethics; Verona
British House of Commons; London
Case Western Law School
Seton Hall Law School
University of Iowa Law School
University of Pittsburgh
University of Wisconsin Law School
University of San Francisco
University of Trieste
Seattle University
Marquette University
Kentucky, Nebraska, Ohio and Michigan legislative committees
Michigan Governor's Conference on Aging

Interviews and guest appearances on radio and television have included:

ABC News
ABC Talk Line
CBS Late Night with Leslie Stahl
CNBC Live
CNN Newswatch
Crossfire
C-Span
Focus on the Family
Jesse Jackson Show
Late Night America
Morton Downey Show
National Public Radio
National Public Television
NBC News
Sally Jessy Raphael Show

Author of articles which have appeared in numerous publications including

Portland Oregonian
Boston Pilot
Akron Beacon Journal
Maryland Journal of Contemporary Legal Issues
Michigan Hospitals
Minneapolis Star and Tribune
Detroit News
Palm Beach Post
Our Sunday Visitor
International Review
Senior Patient
Social Justice Review
USA Today
St. Petersburg Times

Has debated leaders in the fields of law, bioethics and medicine, education including former Governor Richard Lamm of Colorado, Professor Alan Dershowitz of Harvard University and directors of all major euthanasia organizations.

Personal

Married 31 years
7 children
2 grandchildren

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid / Port payé
Lettermail / Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

At 3:30 p.m.

From the Canadian Nurses for Life:

Marilynne McPherson, National Coordinator;

Diane Petrucka, President of Sudbury Nurses for Life.

At 4:00 p.m.

Dr. Peter A. Singer, Assistant Professor of Medicine, Associate Director, Centre for Bioethics.

At 4:30 p.m.

From the Catholic Physicians Guild:

Dr. Paul O'Connor, Past President;

Dr. B. Sullivan.

TÉMOINS

À 15 h 30

Des Infirmières canadiennes pour la vie:

Marilynne McPherson, coordinatrice nationale;

Diane Petrucka, présidente, Infirmières pour la vie, Sudbury.

À 16 h 00

Dr Peter A. Singer, professeur adjoint de médecine, directeur associé, Centre de bioéthique.

À 16 h 30

De Catholic Physicians Guild:

Dr Paul O'Connor, ancien président;

Dr B. Sullivan.

Available from Canada Communication Group – Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada – Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 9

Thursday, February 6, 1992

Chairman: Gilbert Parent

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 9

Le jeudi 6 février 1992

Président: Gilbert Parent

Minutes of Proceedings and Evidence of Legislative Committee H on

BILL C-203

An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)

Procès-verbaux et témoignages du Comité législatif H sur le

PROJET DE LOI C-203

Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)

RESPECTING:

Order of Reference

CONCERNANT:

Ordre de renvoi

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament, 1991-92

Troisième session de la trente-quatrième législature, 1991-1992

24545—1

LEGISLATIVE COMMITTEE H ON BILL C-203

Chairman: Gilbert Parent

Members

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Bill Farrell

Clerk of the Committee

COMITÉ LÉGISLATIF H SUR LE PROJET DE LOI C-203

Président: Gilbert Parent

Membres

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Bill Farrell

ERRATUM

Evidence

Issue No. 2

Page 2:19 In the left column, line 37, "illegal" should read "legal"

ERRATUM

Témoignages

Fascicule nº 2

Page 2:19 Dans la colonne de droite, à la ligne 40, «in-lawful» devrait être remplacé par «lawful»

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, FEBRUARY 6, 1992
(10)

[*Text*]

Legislative Committee H on Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons), met at 3:40 o'clock p.m. this day, in Room 209, West Block, the Chairman, Gilbert Parent, presiding.

Members of the Committee present: Bob Kilger and Doug Fee.

Acting Members present: Chris Axworthy for Rod Murphy, Don Boudria for Fred Mifflin, Robert Wenman for Ross Stevenson and Stan Wilbee for Jim Hawkes.

Other Member present: Jesse Flis.

In attendance: From the Library of Parliament: Susan Alter, Research Officer. *From the Legislative Counsel Office:* Louis-Philippe Côté, Legislative Counsel.

Witnesses: From the Law Reform Commission: Gilles Létourneau, President and Madam Justice Ellen Picard, Vice-President. *From the B.C. Civil Liberties Association:* Professor Philip Bryden and Dr. Alister Browne, Representatives. *From the Human Life Research Institute:* Dr. L.L. (Barry) deVeber, M.D., President; Lorraine McCullum, Executive Director. *From the Hospice of All Saints:* Barbara O'Connor, Executive Director.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, September 24, 1991, relating to Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)(*See Minutes of Proceedings and Evidence of Monday September 30, 1991, Issue No. 1*).

Gilles Létourneau made an opening statement and with the other witness answered questions.

Philip Bryden and Alister Browne both made opening statements and answered questions.

Dr. Barry deVeber and Lorraine McCullum both made opening statements and answered questions.

Barbara O'Connor made an opening statement and answered questions.

At 6:00 o'clock p.m. it was agreed,—That the Committee adjourn to the call of the Chair.

Bill Farrell

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 6 FÉVRIER 1992
(10)

[*Traduction*]

Le Comité législatif H chargé du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), se réunit à 15 h 40, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Gilbert Parent (*président*).

Membres du Comité présents: Bob Kilger et Doug Fee.

Membres suppléants présents: Chris Axworthy remplace Rod Murphy; Don Boudria remplace Fred Mifflin; Robert Wenman remplace Ross Stevenson; Stan Wilbee remplace Jim Hawkes.

Autre député présent: Jesse Flis.

Aussi présents: De la Bibliothèque du Parlement: Susan Alter, attachée de recherche. *Du Bureau des conseillers législatifs:* Louis-Philippe Côté, conseiller législatif.

Témoins: De la Commission de réforme du droit: Gilles Létourneau, président; Madame la juge Ellen Picard, vice-présidente. *De l'Association des libertés civiles de la C.-B.:* Philip Bryden, représentant; Alister Browne, représentant. *De Human Life Research Institute:* Dr L.L. (Barry) deVeber, président; Lorraine McCullum, directrice. *De Hospice of All Saints:* Barbara O'Connor, directrice exécutive.

Conformément à son ordre de renvoi du mardi 24 septembre 1991, le Comité reprend l'étude du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), (*voir les Procès-verbaux et témoignages du lundi 30 septembre 1991, fascicule no 1*).

Gilles Létourneau fait un exposé puis, avec l'autre témoin, répond aux questions.

Philip Bryden et Alister Browne font des exposés et répondent aux questions.

Dr Barry deVeber et Lorraine McCullum font chacun un exposé et répondent aux questions.

Barbara O'Connor fait un exposé et répond aux questions.

À 18 heures, il est convenu,—Que le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Bill Farrell

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Thursday, February 6, 1992

• 1536

The Chairman: I would like to welcome you back, colleagues, from your seven weeks away from the Hill. Today we are resuming our hearings on Bill C-203, an act to amend the Criminal Code for terminally ill persons. I propose to give our witnesses a full 45 minutes, if you will agree to that.

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: On your behalf, then, I'd like to welcome our witnesses.

Il s'agit du président de la Commission de réforme du droit, M. Gilles Létourneau qui, je crois, va nous adresser la parole.

With him is Madam Justice Ellen Picard. We invite the two of you to our deliberations, and we thank you for appearing before us.

Monsieur le président, vous avez la parole.

M. Gilles Létourneau (président de la Commission de réforme du droit): Merci, monsieur le président. Je ferai mon exposé en partie en français, mais aussi—la majeure partie—en anglais.

Je voudrais remercier le Comité de nous donner cette possibilité de présenter aujourd'hui notre opinion sur le projet de loi C-203. Nous avons suivi les débats et nous avons pu voir qu'on nous avait fait dire des choses que nous, à la Commission, n'avions pas dites. Nous avons aussi pu constater que certaines choses que nous avions dites n'ont jamais été rapportées. Le moment est donc venu pour nous de les dire.

Je suivrai un peu l'ordre du mémoire qui vous a déjà été remis. Parfois, je m'y collerai pour fins de clarté. À l'occasion, je m'en écarterai, mais je compte dire les choses le plus simplement possible pour éviter toute ambiguïté et faire en sorte que notre position soit clairement comprise.

Je rappelle brièvement que nous avions commencé ces travaux relatifs à la cessation de traitements, l'euthanasie et les soins palliatifs dans les années 1970; que nous avons d'abord soumis un document de travail; que nous avons reçu certaines suggestions; que nous avons consulté; et c'est ce qui a donné lieu à un rapport, le rapport numéro 20.

Par la suite, lors de la consolidation de nos études en matière criminelle qui ont débouché sur le rapport numéro 31 qui était un projet de Code criminel canadien, nous avons repris cette question de l'euthanasie, de la cessation de traitements, des soins palliatifs et nous l'avons finalement insérée dans le projet de loi qui se joignait au rapport 31, ce que j'appellerais une version finale sur la question.

On pourra voir qu'à partir de la première version jusqu'à la dernière, il y a eu une évolution dans la rédaction des textes à la suite des développements qui sont survenus ou à des suggestions qui nous ont été faites et que nous avons trouvé valables. Parce qu'il s'agit quand même d'un sujet qui est toujours en évolution.

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le jeudi 6 février 1992

Le président: Je souhaite la bienvenue à nos collègues qui reviennent après sept semaines d'absence de la Colline. Nous reprenons aujourd'hui nos audiences sur le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale). Je propose de donner à nos témoins au moins 45 minutes pour leur témoignage si vous êtes d'accord.

Des voix: D'accord.

Le président: Je souhaite donc en votre nom la bienvenue à nos témoins.

Our witnesses today are the President of the Law Reform Commission, Mr. Gilles Létourneau who will address us.

La juge Ellen Picard l'accompagne. Nous sommes heureux que vous ayez bien voulu comparaître pendant nos délibérations.

I will now call on the President of the Law Reform Commission to make his presentation.

Mr. Gilles Létourneau (President, Law Reform Commission): Thank you Mr. Chairman. I will make my presentation partly in French and for the major part in English.

I would like to thank the committee for giving us the opportunity to present our views on Bill C-203. We followed the debate and we realized that we were misquoted. We also noticed that some points that we had made were never reported. The time has now come for us to say these things.

I will follow the order of the brief that was distributed to you. Sometimes I will stick to the text for clarity's sake. Sometimes I will diverge, but I will try to say things as clearly as possible to prevent any ambiguity and make sure that our position is clearly understood.

I want to remind you that we started to work on the questions concerning cessation of treatment, euthanasia and palliative care in the seventies. We produced a working paper, we received some suggestions, we had consultations and we then published report number 20.

Afterwards, when we consolidated our studies in criminal matters and published report number 31 which was a draft criminal code, we treated this question of euthanasia, cessation of treatment and palliative care and finally inserted it in the draft to report 31 which was our final version on the question.

From the first version to the last one drafting evolved due to new developments or to take into account suggestions that were made to us and with which we agreed. This question is perpetually evolving.

[*Texte*]

• 1540

Pour situer rapidement le débat, on sait qu'en matière civile le concept d'autonomie du patient et le droit du patient de décider en matière de traitement est consacré et reconnu, que ce soit par le Code civil du Québec ou par la jurisprudence dans les autres provinces.

Évidemment, on parle à ce moment-là d'un consentement éclairé et le corollaire de ce consentement éclairé, c'est le droit du patient de refuser un traitement avant qu'il ne soit commencé ou, par la suite pour y mettre un terme.

Toutefois, en matière criminelle, il y a une contradiction apparente entre le devoir du médecin, en ce qui a trait à l'administration d'un traitement, et le devoir imposé par l'article 217 du Code criminel de continuer un acte une fois qu'on l'a débuté, si l'omission de cet acte peut mettre la vie humaine en danger.

This is the dilemma physicians and other health care personnel have been facing for years, whether to abide by the civil law and respect the wishes of lucid, rational patients to terminate treatment, or whether to respect the letter of the criminal law and continue to treat once treatment is undertaken, regardless of patient wishes.

This contradiction between the two laws places both physicians and patients in an agony of uncertainty. It is true, as we've noted in previous work, that there are very few criminal prosecutions arising out of medical treatment. But that still does not alleviate the concern of medical professionals that each time they terminate a treatment, whether at the patient's request or because the treatment no longer provides any benefit to the patient, they risk being found guilty of criminal negligence. And as we know, that is a serious crime.

This was highlighted by the recent case of Nancy B. in Quebec, which we are all aware of, where finally Judge Dufour found that the civil law of Quebec gave Nancy B. the right to refuse treatment. But the criminal law presented a potential obstacle, especially because, as I've already mentioned, of section 217 of the Criminal Code when combined with section 219. In that judgment you will already have read that the judge endorsed our interpretation of section 217 of the code and concluded that there was no criminal liability if one ceased treatment and allowed nature to take its course.

As a commission, we endorsed the reasoning in that decision, and we also noted that it follows the principles that are set out in Bill C-203. But from a legal point of view, that decision settles the issue only for Nancy B. It is not binding on other courts in Quebec. And the decision may have the adverse effect of eliciting similar litigation elsewhere, rather than ending the legal debate.

The concern is the same in the area of palliative care, although the problem is of a different nature and should not be confused with cessation of treatment. There is a possibility that in administering pain relief treatment, which may have the secondary effect of hastening the death of terminally ill patients, physicians will be accused of murder.

[*Traduction*]

To put this quickly into context we know that in Civil Law the concept of patient autonomy and the right to self-determination as far as treatment is concerned is recognized in Quebec in the Civil Code and in case law as far as the other provinces are concerned.

Of course the corollary of the requirement of informed consent prior to treatment is the right of the patient to refuse treatment either before it is commenced or at any time thereafter.

However in criminal law there is an apparent contradiction between the duty of physicians to administer treatment and the duty set out in section 217 of the Criminal Code to continue to do an act once undertaken where the omission to do so is or may be dangerous to life.

Voilà le dilemme devant lequel se trouvent les médecins et les autres professionnels de la santé depuis des années, ou bien se conformer au droit civil et respecter la volonté du patient lucide et raisonnable d'interrompre le traitement, ou bien respecter la lettre du Code criminel et continuer le traitement, un fois qu'il est commencé, sans égard à la volonté du patient.

Cette contradiction apparente entre les deux lois place les médecins et les patients dans une incertitude angoissante. Il est vrai, comme la Commission l'a fait remarquer dans un document précédent, que les poursuites criminelles découlant d'un traitement médical sont extrêmement rares. Cela n'élimine pas, cependant, la crainte des professionnels de la santé d'être déclarés coupables du crime de négligence criminelle, chaque fois qu'ils interrompent un traitement, à la demande du patient ou lorsque le traitement n'apporte plus rien au patient. Or il s'agit d'un crime grave.

Dans le cas récent de Nancy B. au Québec, que nous connaissons tous, le juge Dufour a conclu que le droit civil du Québec donnait expressément à Nancy B. le droit de refuser le traitement. Seul le droit criminel semble y faire obstacle par l'effet conjugué des articles 217 et 219, comme je l'ai déjà dit. Dans sa décision, que vous avez sans doute déjà lue, le juge a souscrit à notre interprétation de l'article 217 du Code et a conclu que le fait d'interrompre un traitement et de permettre à la nature de suivre son cours n'engageait pas la responsabilité pénale.

La Commission appuie sans restriction le raisonnement qui sous-tend cette décision et remarque qu'il est conforme aux principes établis dans le projet de loi C-203. Du point de vue juridique, cependant, il ne règle la question que pour Nancy B. En effet le jugement rendu dans cette affaire n'a pas l'autorité de chose jugée à l'égard des autres tribunaux du Québec et cette décision pourrait en fait avoir l'effet inattendu de susciter des litiges semblables ailleurs plutôt que de clore le débat juridique.

La préoccupation est la même en ce qui concerne les soins palliatifs, bien que le problème soit d'une nature différente et doive être distingué de l'interruption du traitement. Il est possible que, en raison de l'administration d'un traitement analgésique qui pourrait avoir pour effet secondaire de hâter le décès d'un patient en phase terminale, un médecin soit accusé de meurtre.

[*Text*]

So we think that reform of the criminal law is necessary to make it clear that society neither wishes nor intends to punish physicians for respecting the clear and lucid wishes of their patients, nor will it punish them for practising medicine responsibly and appropriately. We've said it many times, criminal law is a very blunt instrument of social control, and as such it must be used prudently and with restraint.

• 1545

In all of our work relating to the protection of life, we have been guided by certain basic principles: first, the recognition of life and health as fundamental values worthy of protection—in other words, a presumption in favour of life—second, a recognition of personal autonomy and the right to self-determination; and finally, acknowledgement that human life should be considered from the qualitative as well as a quantitative perspective.

It must be emphasized that the amendments regarding cessation of treatment and palliative care that we proposed over the years, starting with the working paper, then report 20 and report 31... The commission was not recommending any radical changes in the practice of medicine. In fact, it was recommending that the law be brought into line with what has been tacitly accepted medical practice for years. The main purpose of proposing such amendments was to instil predictability into the law. It is the current unpredictability in the law, not the number of actual prosecutions, that causes concern among physicians.

We support the motivation behind Bill C-203, the desire to protect physicians from criminal liability in certain well-defined situations, specifically, cessation or non-initiation of treatment due to patient refusal; cessation or non-initiation of treatment that is not or is no longer therapeutic; and third, the administration of palliative care, even where such care has the secondary effect of hastening the patient's death.

We think this bill is about refusal of treatment and administration of palliative care; it is not about euthanasia or about aiding suicide. To borrow a phrase Judge Dufour used in the Nancy B. decision, it is about allowing an illness to follow its natural course, and it is about permitting patients to die in the greatest possible comfort.

The notion of consent and refusal, as defined in case law and as applied to Bill C-203 and to the commission's document, require *inter alia* that the person be competent in order for the consent or refusal to be legally valid. Where the patient is not competent, whether due to age or mental disability, decisions regarding treatment must be made by someone with legal authority to do so.

[*Translation*]

Il est donc essentiel de procéder à la réforme du droit criminel afin d'établir clairement le fait que la société n'a ni le désir ni l'intention de punir le médecin qui respecte la volonté clairement et lucidement exprimée de son patient et qu'elle n'a pas l'intention de le punir pour avoir pratiqué la médecine de façon convenable et responsable. Comme nous l'avons dit à de nombreuses reprises, en tant que mécanisme de régulation sociale, le droit criminel est un instrument brutal qui, pour cette raison, doit être utilisé avec prudence et modération.

Dans tous ses travaux en matière de protection de la vie, la Commission de réforme du droit s'est guidée sur certains principes de base y compris tout d'abord la reconnaissance de la vie et de la santé comme valeurs fondamentales dignes de protection—en d'autres termes une présomption en faveur de la vie; deuxièmement, la reconnaissance de l'autonomie personnelle et le droit à la libre disposition de soi; et finalement la reconnaissance du fait que la vie humaine devrait être envisagée dans une perspective qualitative aussi bien que quantitative.

Nous tenons à souligner qu'en proposant de modifier le droit concernant l'interruption de traitement et les soins palliatifs, que nous avons proposé au cours des années, d'abord avec le document de travail et ensuite avec les rapports 20 et 31... La Commission ne recommandait pas de changement radical dans la pratique de la médecine. En fait, la Commission recommandait que le droit soit compatible avec la pratique médicale tacitement acceptée depuis des années. L'objectif principal de la Commission était de rendre le droit plus prévisible. C'est le caractère imprévisible du droit actuel plutôt que le nombre réel de poursuites qui est source de préoccupation pour les médecins.

La Commission de réforme du droit souscrit à l'esprit qui sous-tend le projet de loi C-203, c'est-à-dire la volonté de protéger le médecin contre la responsabilité pénale dans certaines situations bien définies et plus spécifiquement l'interruption d'un traitement ou le fait de ne pas l'entreprendre par suite du refus du patient, l'interruption d'un traitement qui n'est pas ou qui n'est plus thérapeutique ou le fait de ne pas l'entreprendre et troisièmement, l'administration de soins palliatifs même lorsque de tels soins ont pour effet secondaire de hâter le décès du patient.

Le projet de loi conserve donc le refus de traitement et l'administration de soins palliatifs; il ne traite pas de l'euthanasie et il ne traite pas non plus de l'aide au suicide. Pour reprendre l'expression du juge Dufour dans sa décision dans l'affaire Nancy B., il s'agit de permettre à une maladie de suivre son cours naturel et aussi de permettre aux patients de mourir de la manière la moins pénible.

Les notions de consentement et de refus, telles qu'elles ont été définies en jurisprudence et appliquées au projet de loi C-203 et au document de la Commission, exigent entre autres que la personne soit capable pour que son consentement ou son refus soit valide aux yeux de la loi. Lorsque le patient est incapable, que ce soit à cause de son âge ou de troubles mentaux, les décisions concernant le traitement doivent être prises par quelqu'un ayant le pouvoir légal de le faire.

[*Texte*]

The law regarding substitute decision-making is a matter of provincial jurisdiction. This bill raises the issue of substitutive consent as it applies to children and incompetent adults. We know that legislation varies from one province to another. Most provinces do not have comprehensive substitutive decision-making legislation. For instance, most have nothing on advanced directives such as living wills or durable powers of attorney. I think it would be desirable if the provinces were consulted on the terms of the bill to ensure that it would not raise any difficulties as a result of its wording.

I would like to turn to the specifics of the bill, as it differs from the commission's recommendation in several respects. Some are minor; others are a bit more significant.

"Clearly requests"—this concept was used in the bill and in the previous work of the commission. At one time we used this terminology, but as a result of consultations it was replaced with "against the express wishes of the person". We noted that the phrases "clearly requests" and "against the express wishes" have no inherent legal content. These words can be subjected to a wide interpretation. On the contrary, "consent", which is the word normally used by the courts... By focusing on this word, this would allow physicians to draw on the established principles and guidelines that are actually governing and determining what constitutes valid consent and the withdrawal of consent. Emphasis on the consent also makes it clear that anyone authorized to consent on behalf of the patient may also refuse treatment.

• 1550

Both the bill and Report 20 specify that the person refusing treatment be the one for whom the treatment is intended. On the strict reading of either of these provisions, therefore, substitute decision-makers are precluded from refusing treatment on behalf of an incompetent patient. Requiring only the express refusal or withdrawal of consent, as we did in Report 31, clearly leaves it open to the patient's authorized substitute decision-maker to refuse or order the withdrawal of treatment on the patient's behalf.

The bill uses the term "medically useless", and in the latest draft we use the term "therapeutically useless" to describe the treatment a physician may refuse to initiate or may discontinue without criminal liability.

We wish to emphasize that treatment that is initially beneficial to the patient may later, obviously, become ineffective in curing or even improving the patient's condition. We felt the term "therapeutically useless" communicated this idea more clearly, as therapy signifies healing.

[*Traduction*]

Le droit concernant la prise de décisions par un tiers est une question de compétence provinciale. Cette proposition soulève la question du consentement donné par un représentant, par exemple dans le cas des enfants et des adultes incapables. La législation sur ce sujet varie d'une province à l'autre. La plupart des provinces n'ont pas de texte global épuisant la question de la prise de décisions par un représentant. Ainsi, la plupart d'entre elles n'ont aucun texte de loi concernant les directives anticipées telles que les testaments de vie ou les procurations de longue durée. Il serait souhaitable que les provinces soient consultées à propos de la formulation de ce projet de loi, afin qu'elles soient en mesure de prévoir les difficultés qu'elle pourrait éventuellement soulever.

J'aimerais maintenant passer aux détails du projet de loi C-203 qui s'écartent des recommandations de la Commission à plusieurs égards, certains mineurs, d'autres un peu plus importants.

«Demande clairement»—cette notion se retrouve dans le projet de loi et dans le travail précédent de la Commission. Nous utilisions à un certain moment ces termes qui ont été remplacés cependant à la suite de consultations par «lorsque la personne à laquelle ce traitement s'adresse a exprimé sa volonté du contraire». Nous avons fait remarquer que les expressions «demande clairement» ou «exprimer sa volonté du contraire» n'ont aucun contenu juridique intrinsèque. La gamme des interprétations possibles est inutilement large. Par contre, le terme «consentement» est le terme normalement utilisé par les tribunaux... L'accent sur le consentement permet aux médecins de se fonder sur les principes établis et sur les lignes directrices régissant ce qui constitue un consentement valide et le retrait du consentement. L'accent sur le consentement établit aussi clairement que toute personne autorisée à consentir au nom du patient peut aussi refuser un traitement en son nom.

Le projet de loi et le rapport numéro 20 précisent que la personne qui refuse le traitement doit être celle à qui le traitement est destiné. Si l'on interprète littéralement chacune de ces dispositions, par conséquent, personne n'est admis à refuser un traitement au nom d'un patient incapable. En exigeant seulement le refus ou le retrait explicite du consentement comme nous l'avons prévu dans le rapport 31, on permet clairement au représentant autorisé de refuser un traitement au nom du patient ou d'en ordonner l'interruption.

Le projet de loi utilise l'expression «médicalement inutile» alors que dans notre dernier rapport nous utilisions l'expression «inutile sur le plan thérapeutique» pour décrire le traitement qu'un médecin peut refuser d'entreprendre ou peut interrompre sans engager sa responsabilité.

Nous tenons à souligner qu'un traitement qui est initialement bénéfique peut par la suite se révéler inefficace pour guérir le patient ou même améliorer son état. La Commission était d'avis que le terme «inutile sur le plan thérapeutique» transmettait plus clairement cette idée puisque thérapeutique évoque la guérison.

[*Text*]

The term "medically useless" has also been criticized as excessively pejorative by many people who have responded to Working Paper 28, which was our initial working paper. They felt that as medical treatment is by definition useful, the term "medically useless" implied that the general medical practice was to overtreat.

One of the terms used in Bill C-203 is "except when the person clearly requests". If you go back to our Report 20, we deliberately omitted that phrase from our report. The purpose of the section is to protect physicians from criminal liability when terminating or withholding therapeutically useless treatment. The determination as to when a treatment is useless is clearly one that only a physician can make. To add the phrase "except where the person clearly requests" implies that patients can dictate the nature and the duration of their treatment. In our view, the physician must never face criminal liability for following sound medical practice and not administering therapeutically useless treatment.

"Not in the best interests of the person". Ideally decisions regarding termination or non-initiation of treatment are made by patients and physicians together, or by physicians and family members when the patient is incapable. We favour this kind of co-operative model of decision-making, but we do not believe physicians should be held criminally liable for discontinuing or not initiating treatment that is medically counter-indicated. This is why in Report 31 we went a step further and omitted the qualifier that the treatment must also not be "in the best interests of the person".

This is, again, in keeping with the view that the criminal law must be used with restraint. To hold physicians criminally liable for refusing to provide treatment they have determined to be useless or counter-indicated is to punish them for exercising their professional judgment responsibly. The "best interests" test is extraneous to medicine, and the subject of the section in the bill is the criminal liability of physicians. The test would have the same effect as the phrase "except when the person clearly requests". It implies that patients can dictate the nature and duration of medical treatment, using the test to make physicians susceptible to criminal liability.

• 1555

We know there is a debate as to whether the test should be for criminal liability. I'm not talking here about a test for civil liability, which is a different consideration. Speaking of tests for criminal liability, there is, we acknowledge, some

[*Translation*]

L'expression «médicalement inutile» a été critiquée par de nombreuses personnes qui avaient transmis leurs observations au sujet du document de travail numéro 28, notre premier document de travail; ces personnes estimaient que ce terme était trop péjoratif. Elles pensaient que, puisqu'un traitement médical est par définition utile, le terme «médicalement inutile» sous-entendait que le surtraitement était un usage généralisé.

Une des expressions utilisées dans le projet de loi C-203 est la suivante: «à moins que celui-ci ne demande clairement qu'il soit commencé ou continué». Si vous vous reportez à notre rapport 20, vous verrez que cette expression entière a été omise délibérément par la Commission. L'objectif de cette disposition est de protéger contre la responsabilité pénale le médecin qui interrompt ou s'abstient d'entreprendre un traitement inutile sur le plan thérapeutique. Il est clair que seul le médecin peut déterminer si un traitement est inutile sur le plan thérapeutique. Or, l'adjonction de l'expression «à moins que celui-ci ne demande clairement» suppose que le patient peut décider lui-même de la nature et de la durée de son traitement. Du point de vue de la Commission, le médecin ne devrait pas s'exposer à la responsabilité criminelle pour s'être conformé à une pratique médicale établie et n'avoir pas administré un traitement inutile sur le plan thérapeutique.

«Pas dans l'intérêt véritable du malade». Idéalement, les décisions concernant l'interruption de traitement ou le fait de ne pas entreprendre un traitement devraient être prises par le médecin et son patient, ou par le médecin et la famille du patient, lorsque celui-ci est incapable. Bien que la Commission soit en faveur de ce modèle de coopération dans la prise de décisions, elle ne croit pas que le médecin doive être tenu pour criminellement responsable d'avoir interrompu ou n'avoir pas entrepris un traitement qui est contre-indiqué sur le plan médical. C'est la raison pour laquelle, dans son rapport 31, la Commission a franchi un pas supplémentaire et a omis l'exigence voulant que le traitement ne soit pas non plus «dans l'intérêt véritable du malade».

Cette décision s'inscrit dans la même perspective que l'opinion selon laquelle le droit pénal doit être utilisé avec modération. Rendre le médecin criminellement responsable d'avoir refusé d'administrer un traitement qu'il tient pour inutile ou contre-indiqué revient à le punir pour avoir exercé son jugement professionnel de manière responsable. Le critère de «l'intérêt véritable» n'a rien à voir avec la médecine, alors que la disposition a pour objet la responsabilité criminelle des médecins. Le critère aurait le même résultat que l'expression «à moins que le malade ne le demande clairement». Il suppose que le patient peut décider lui-même de la nature et de la durée du traitement médical, le critère servant alors à établir la responsabilité criminelle du médecin.

Nous savons que la question de savoir si le critère devrait s'appliquer à la responsabilité pénale fait l'objet d'un débat. Nous ne parlons pas ici de responsabilité civile, ce qui est autre chose. Dans le cas de critères en matière de

[*Texte*]

debate as to whether the test should be a medical one or a mixture of a medical test and some social concerns or family concerns. We believe that the test should be connected to legal issues, and that the wishes of a patient or of the family should not be a sufficient ground for criminal liability. There again, it might be wise to consult on this subject as well, because you will find proponents of both theories.

As far as palliative care is concerned, proposed section 246.1 would protect physicians from liability for administering palliative care, even where such care will or is likely to shorten the patient's life. One difficulty with this section is that it doesn't require the patient's consent for the administration of such care. As drafted, it would allow physicians to administer palliative care without the patient's consent, which, in criminal terms, is an assault.

Proposed paragraph 217.1.(c) of the bill and our section in Report 20 are interpretative provisions, so there is no need to specify that consent is required, but proposed section 246.1 defines behaviour that does not constitute an offence. We're not dealing with an interpretation provision here; we're dealing with a provision that creates an offence. The omission of the consent requirement in that section in effect exempts physicians from what is characterized elsewhere in the code as criminal behaviour. To avoid this result, as we did in Report 31, we would suggest that the words "unless the patient refuses such care" be included.

Another difficulty with proposed paragraph 246.1.(b) of the bill is that it does not in any way qualify the palliative care that a physician may administer without criminal liability; it says even where such care "will. . .shorten the life expectancy" of the patient. In our Report 20, in contrast, we suggest that palliative care must be "appropriate". In Report 31 we added "in the circumstances"; therefore, we said this palliative care must be appropriate in the circumstances. Without this sort of qualification it would seem that the physician may administer with impunity an unnecessarily high dosage of pain-relieving medication that is certain to hasten the patient's death. This is, I think, not the type of behaviour that the drafters of the bill intended to protect.

So we've made a number of suggestions based on our previous work and on our reading of the bill to integrate these notions I've just been discussing. We were not familiar with the rules of this House. We didn't want to get involved in a jurisdiction that is not ours, so we just tabled these amendments—I don't even want to use the word "amendments"—these suggestions for consideration. You'll find them in our brief at page 16.

In conclusion, Mr. Chairman, we support the spirit and intention behind the bill, as I've said already, but we believe a number of changes are necessary to make the bill fully effective. We think there is a need for the criminal law to be

[*Traduction*]

responsabilité pénale, certaines personnes se demandent si celui-ci devrait être un critère médical ou tenir compte également de certains aspects sociaux ou familiaux. Ce critère à notre avis devrait tenir compte de questions juridiques et également du fait que la volonté ou le désir du patient ou de sa famille ne devrait pas être des raisons suffisantes pour engager la responsabilité pénale du médecin. Il pourrait être sage de tenir des consultations sur ce sujet également car il existe des tenants des deux théories.

En ce qui concerne les soins palliatifs, l'article 246.1 du projet de loi protégerait le médecin contre la responsabilité pénale lorsqu'il administre des soins palliatifs de nature à abréger l'expectative de vie du malade. Le problème est qu'il n'exige pas le consentement du patient pour l'administration de tels soins. Dans sa version actuelle, il permettrait au médecin d'administrer des soins palliatifs sans le consentement du patient, ce qui en droit pénal constitue une agression.

L'alinéa 217.1.c) du projet de loi et la recommandation du rapport numéro 20 sont de simples règles d'interprétation; il n'est donc pas nécessaire de préciser que le consentement est requis. Cependant l'article 246.1 par contre définit le comportement qui ne constitue pas une infraction. Il ne s'agit pas ici d'une règle d'interprétation mais d'une disposition qui crée une infraction. Par conséquent, l'omission de l'exigence du consentement dans cet article exonère le médecin de ce qui est qualifié crime ailleurs dans le Code. C'est pour éviter ce résultat que la Commission avait précisé dans son rapport numéro 31 que le médecin n'engageait pas sa responsabilité pénale en administrant des soins palliatifs «à moins que le patient ne refuse ces soins».

L'alinéa 246.1.b) présente une autre faille en ce qu'il ne qualifie d'aucune façon les soins palliatifs qu'un médecin peut administrer sans engager sa responsabilité criminelle, même si de tels soins «réduisent l'expectative de vie du patient». Dans notre rapport numéro 20, nous disons qu'à notre avis les soins palliatifs devraient être indiqués. Dans le rapport 31 nous ajoutons «dans les circonstances». Nous disons donc que les soins palliatifs doivent être appropriés dans les circonstances. Sans cette précision, un médecin pourrait administrer impunément une dose trop forte de médicaments analgésiques, dose qui hâterait certainement le décès du patient. Cela n'est sûrement pas le type de comportement que les rédacteurs du projet de loi envisageaient de protéger.

Nous avons donc présenté quelques suggestions qui se basent sur notre travail précédent et la lecture du projet de loi pour intégrer les notions dont je viens de parler. Nous n'étions pas au courant des règlements de la Chambre. Nous ne voulions pas nous immiscer dans une compétence qui n'est pas la nôtre. Nous avons simplement pensé à déposer ces amendements—peut-être ne faudrait-il pas utiliser ce terme, disons plutôt qu'il s'agit de suggestions que nous vous proposons. Vous les trouverez dans notre mémoire à la page 18.

En conclusion, monsieur le président, la commission de réforme du droit appuie l'esprit et l'intention qui sous-tendent le projet de loi C-203, comme je l'ai déjà dit auparavant, même si à notre avis les changements que nous

[*Text*]

clarified so that it does not impede or even appear to conflict with the sound and human practice of medicine. Obviously, such clarification would obviate the need for patients like Nancy B. that I've been mentioning, to pursue their rights in court.

• 1600

If we as a society wish to ensure that the right of patients to autonomy and self-determination is respected, we must ensure that physicians and other health care professionals do not risk criminal liability for exercising that respect. I thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you for your testimony. You mentioned that you weren't sure of the rules of our committee. I can assure you that the rules are quite flexible.

I might also point out, colleagues, that the earlier version the president referred to—I believe it was the 1981 version—had Madam Justice Ellen Picard as one of its authors.

I now propose to open up the floor for your questions. You may question either Mr. Létourneau or Madam Picard. With that, I recognize Mr. Stan Wilbee.

Mr. Wilbee (Delta): I just wanted to clarify one point. I think you've answered most of my questions on page 15, where it talks about the appropriateness of treatment. A couple of cases in a suburb in Vancouver have been brought to my attention by opponents of this bill. Physicians administered what appeared to be excessive doses of medication and apparently hastened the death of two patients.

The question is, who decides what's appropriate in the form of palliative care medication? Is this a hospital jurisdiction or is it peer review or a medical association or the College of Physicians and Surgeons?

Hon. Madam Justice Ellen Picard (Vice-President, Law Reform Commission): The president has asked me if I would reply to this question. In some ways, sir, you've already anticipated the answer. Perhaps all of those bodies and institutes would have some input into the decision about what is appropriate in the circumstances.

Perhaps I can put on my hat as a judge and say that experience has shown me that the first person the court would look to would be the accused person himself or herself to hear the evidence of that person as to why he or she made a determination to give a particular dosage.

Too, it would be no doubt relevant to look at the circumstances of the perhaps deceased person in terms of the decision the doctor made. That could include the physical state or the age of that person. Even the physical size of that person can be a factor with physicians making the decision about dosages; however, I can also imagine in such a criminal action that the general standards of dosage, relevant from various pharmacological texts, might be relevant in evidence.

[*Translation*]

avons décrits sont nécessaires pour rendre le projet de loi pleinement efficace. Il est, de l'avis de la Commission, essentiel de clarifier le droit pénal, de manière à éviter qu'il entrave la pratique judicieuse et humaine de la médecine. Une telle réforme éviterait aux patients comme Nancy B. d'avoir à s'adresser aux tribunaux pour faire valoir leurs droits.

Si nous voulons en tant que société faire en sorte que les droits du patient à l'autonomie et à la libre disposition de soi soient respectés, nous devons nous assurer que les médecins et autres professionnels de la santé ne s'exposent pas à la responsabilité criminelle lorsqu'ils font preuve de respect envers ces droits. Merci, monsieur le président.

Le président: Merci de votre témoignage. Vous avez dit que vous ne saviez pas exactement en quoi consistaient les règles du comité, mais je puis vous assurer que ces règles sont très souples.

Je vous signale également, chers collègues, que la version précédente dont parle le président de la Commission—je pense qu'il s'agit de la version de 1981—avait été rédigée entre autres par la juge Ellen Picard.

Je propose maintenant de passer aux questions. Vous pouvez adresser vos questions à M. Létourneau ou à M^me^ Picard. Je donne la parole à M. Stan Wilbee.

M. Wilbee (Delta): Je voulais clarifier une question. Je crois que vous avez répondu à la plupart de mes questions à la page 18 lorsque vous parlez du fait que les soins doivent être indiqués. Des opposants au projet de loi m'ont signalé deux cas qui se sont produits dans un faubourg de Vancouver où des médecins ont administré ce qui semblait être des doses excessives de médicament, ce qui a hâté apparemment la mort des deux patients.

La question est celle de savoir qui décide ce qui est indiqué en matière de soins palliatifs? Est-ce l'hôpital, les autres médecins, l'association médicale, le Collège des médecins et chirurgiens?

Son honneur la juge Ellen Picard (vice-présidente, Commission de réforme du droit): Le président de la Commission m'a demandé de répondre à cette question. D'une certaine façon, monsieur, vous avez déjà anticipé la réponse. Peut-être s'agit-il de tous ces organismes et instituts. Ils devraient peut-être tous avoir leur mot à dire dans la décision de savoir ce qui est indiqué dans les circonstances.

Je pourrais peut-être parler en tant que juge et dire que d'après mon expérience la première personne que le tribunal entendrait serait l'accusé ou l'accusée. La question qu'on lui poserait serait celle de savoir pourquoi il ou elle a choisi tel ou tel dosage.

Il serait également important d'envisager les circonstances de la personne décédée face à la décision qui a été prise par le médecin. Cela pourrait inclure l'état physique et l'âge de cette personne, la taille également, qui est une question importante en matière de dosage. Dans une action criminelle, on pourrait également trouver pertinentes les normes générales en matière de dosage définies dans divers textes pharmacologiques. On pourrait tenir compte également

[*Texte*]

The practises of other physicians in prescribing medication in like circumstances could also be relevant.

So a great deal of evidence could be relevant here. But in the end, it would come down to a look at what was within the parameters of reasonable in the circumstances, taking into account all of those subjective factors involved in the practise of medicine.

Mr. Létourneau: I think your question also has to do with avoiding going to court. A responsible doctor in a hospital would consult with other colleagues—because nobody wants to be charged, in the end—to make sure that this palliative care is necessary and appropriate in the circumstances. He can always refer to the ethical committee of the hospital. Every hospital has one.

So this is not a decision that a physician would take lightly, knowing that there is ultimately a possible sanction if you misbehave. This would be taken in consultation with the patient as well, because the patient is primarily the one who has the right to refuse or accept these kinds of care. But we think that within the hospital structure and the relationship between the patient and the physician, there is enough guidance there to help the doctor in taking that decision.

• 1605

Mr. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Just so I understand your position correctly, are you saying that there is a need for this kind of bill but not this one?

Mr. Létourneau: We're saying that, yes, whether we like it or not, if we want to act responsibly we'll eventually have to clarify these provisions of the Criminal Code. We cannot escape that; otherwise, we'll have litigation after litigation from one province to another until it goes to the Supreme Court of Canada for a binding ruling. Yes, there is need for legislation.

I think we have shown that, as drafted, this bill was creating some difficulties. There was a bit of confusion between palliative care and cessation of treatment, and some of the tests, as I mentioned, had to be streamlined and perhaps changed. Now whether this is possible within the existing rules, we don't know. You as parliamentarians would know.

Mr. Boudria: But the point I'm making—and I'm not trying to put words in your mouth—is that you feel there is a need for this kind of legislation, but you propose different wording.

Mr. Létourneau: Yes.

Mr. Boudria: Are you saying that if the amendments you are proposing were adopted, they would obviate the need for Nancy B. cases?

Mr. Létourneau: Yes, we think so.

Mr. Boudria: They would obviate the need, but does that mean they wouldn't occur? That's not necessarily the same thing.

Mr. Létourneau: Then it would occur in a different context. It would occur more in the case of if there were an abuse, for instance, of a doctor not following these tests. He would end up in criminal court, but the patient wouldn't have

[*Traduction*]

de la pratique des autres médecins en matière de prescriptions dans des conditions semblables.

Par conséquent, beaucoup de preuves pourraient être pertinentes dans un tel cas. Cependant, en fin de compte, il s'agirait d'envisager ce qui est raisonnable dans les circonstances en tenant compte de tous les facteurs subjectifs inhérents à la pratique de la médecine.

M. Létourneau: Je crois que vous voulez savoir également ce que le médecin devrait faire pour éviter de se retrouver devant les tribunaux. Un médecin responsable dans un hôpital consulterait ses collègues—personne ne veut se retrouver accusé en fin de compte—pour être bien sûr que les soins palliatifs sont nécessaires et indiqués dans les circonstances. Il pourrait également consulter le Comité de déontologie de l'hôpital. Il y en a un dans chaque hôpital.

Il ne s'agit donc pas là d'une décision qu'un médecin prendrait à la légère puisqu'il sait qu'en fin de compte tout mauvais comportement peut être passible de sanctions. Le patient serait également consulté étant donné qu'il a le droit de refuser ou d'accepter, au premier chef, ce genre de soins. Mais nous estimons que la structure hospitalière et les relations entre le patient et les médecins doivent suffire à guider le praticien.

M. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Afin d'être sûr d'avoir bien compris, voulez-vous dire que ce genre de projet de loi est nécessaire, mais pas celui-ci?

M. Létourneau: Nous disons qu'effectivement il faudra finir par clarifier ces dispositions du Code criminel. Nous ne pourrons pas y échapper. Autrement, il faut s'attendre à des litiges de ce genre dans toutes les provinces jusqu'à ce que la Cour suprême ait à rendre une décision. En effet, il faut légiférer.

Nous avons montré, je pense, que ce projet de loi pose certaines difficultés tel qu'il est libellé. Il y a là une certaine confusion entre les soins palliatifs et la cessation du traitement et, comme je l'ai mentionné, il y a certains critères à modifier. Quant à savoir s'il est possible de le faire dans le cadre de la Loi actuelle, je l'ignore. C'est à vous, les parlementaires, de le savoir.

M. Boudria: Mais si j'ai bien compris, vous estimez ce genre de mesures nécessaires, mais vous proposez un libellé différent.

M. Létourneau: Oui.

M. Boudria: Voulez-vous dire que si les modifications que vous proposez sont adoptées, nous ne nous retrouverons plus devant des causes comme celle de Nancy B.?

M. Létourneau: En effet.

M. Boudria: On évitera ce genre de cause, mais cela ne veut pas dire qu'elle ne se représentera plus? Ce n'est pas nécessairement la même chose.

M. Létourneau: Le contexte serait différent. Ce genre de cause se représenterait par exemple si le médecin ne respectait pas ces critères. Il se retrouverait devant une Cour de justice pénale, mais le patient ne serait pas tenu d'obtenir

[*Text*]

to go get an authorization first to secure the physician in his thinking or in his doing. It would eliminate these kinds of requests, and it would only appear in court in cases where the physician misbehaved and went beyond what the law authorizes.

Mr. Boudria: If I may, to Justice Picard, I believe that in answering a previous question you referred to such things as dosages. In hearing witnesses, we were in fact told that lethal dosages are administered all the time. It's just that the patient has been so habituated, under the circumstances—say, you take a terminally ill person with cancer or something like that—that the otherwise lethal dosage is not lethal on that particular patient because of the habituation or whatever the appropriate word is. This presents the next difficulty. What is that lethal dose? Is it measured in terms of being lethal generally or lethal towards that particular patient?

Madam Justice Picard: I hope I can answer the question. If I am not answering it thoroughly, please pick me up on it. Perhaps here I can put on another hat that I wear as an honorary professor of medicine.

Frankly and bluntly, you either trust the medical profession to appoint or you do not. You, as politicians, and I, as a lawyer and judge, are not in a position to make a black-and-white decision about what is or is not an appropriate dosage in the circumstances. These decisions are always made in the context of the experience of the physician, the condition of the patient, and the environment and milieu. I think we would have to trust the medical profession in this regard, as we do in so many others, that the dosage of medication that might be given in palliative care would be appropriate in the circumstances. The very things you enunciate would be relevant to those circumstances.

• 1610

In my experience as a person involved in the area of law and medicine for some 20 years now, when a doctor is prescribing in a range that is abnormal, this fact very often comes to the attention of colleagues and others. For one thing, there is a fairly tight control on any of the drugs that would be used in these instances.

If your question is one of whether we ought to fear this, whether this is going to be so obscure and subjective that we have a problem, my answer is no, I do not think we have a problem. I think any borderline cases could be adjudicated by a court, looking at the doctor relative to his colleagues.

Mr. Boudria: I don't want to put dots on i's and cross t's, but I am trying to better understand, so please bear with me. When you say "in the context of" or "appropriate in the circumstance", is it appropriate in the circumstance that someone make a judgment at some point that the best thing in the circumstance is to give a lethal dose? That's what bothers me. If that's what it might mean, then I am scared stiff. Pardon the pun.

Madam Justice Picard: A lethal dose is never appropriate in the circumstances—

Mr. Boudria: Good.

[*Translation*]

d'abord une autorisation pour gagner le médecin à sa cause. Ce genre de demande deviendrait inutile et seuls les cas où le médecin aura commis une faute professionnelle et sera allé plus loin que la loi ne l'y autorise se retrouveront devant les tribunaux.

M. Boudria: Ma question s'adresse à la juge Picard. En réponse à une question antérieure, vous avez parlé du dosage, je crois. D'après les témoignages que nous avons entendus, il est très fréquent que l'on administre des doses mortelles. Le patient devient tellement accoutumé aux médicaments, par exemple s'il s'agit d'un cancéreux en phase terminale, qu'une dose normalement mortelle ne l'est pas pour lui étant donné son accoutumance, si c'est le bon mot. Cela pose également un problème. Où se situe la dose mortelle? La mesure-t-on en fonction des normes générales ou du patient en question?

La juge Picard: J'espère pouvoir répondre à votre question. Si ma réponse est incomplète, veuillez me le dire. Je pourrais peut-être y répondre en tant que professeur de médecine honoraire.

En fait, il s'agit de savoir si vous faites confiance ou non au médecin. Ni vous qui êtes politicien ni moi qui suis avocate et juge ne sommes en mesure d'affirmer de façon catégorique ce qui constitue ou non un dosage approprié dans les circonstances. Ces décisions sont toujours prises en fonction de l'expérience du médecin, de l'état du patient ainsi que de l'environnement et du milieu. Je crois qu'il faut faire confiance aux médecins comme nous le faisons pour bien d'autres professions et partir du principe que le dosage des médicaments administrés dans le cadre des soins palliatifs est adéquat dans les circonstances. Ce serait le cas pour les exemples que vous avez cités.

Je travaille depuis une vingtaine d'années dans le domaine du droit et de la médecine et j'ai constaté que, lorsqu'un médecin prescrit un dosage excessif de médicaments, ses collègues ne manquent généralement pas de le remarquer. Pour commencer, le type de médicaments utilisés dans ces circonstances fait l'objet d'un contrôle assez strict.

Quant à savoir si cela présente des risques, si les critères seront tellement vagues et tellement subjectifs que la question posera un problème, je vous répondrai par la négative. Tout cas tangent sera probablement porté devant les tribunaux lesquels examineront si les méthodes du médecin correspondent à celles de ses collègues.

M. Boudria: Je ne cherche pas à mettre les points sur les i, mais simplement à mieux comprendre. Quand vous parlez du dosage approprié dans la situation en question ou dans les circonstances, est-il normal que quelqu'un décide, à un moment donné, que la meilleure chose à faire, dans les circonstances, est d'administrer une dose mortelle? C'est ce qui me tracasse. Si c'est ce que cela veut dire, j'en suis mort de peur si vous me passez l'expression.

La juge Picard: Une dose mortelle n'est jamais appropriée dans les circonstances...

M. Boudria: Bien.

[*Texte*]

Madam Justice Picard: —for an ethical physician who has an eye to both the civil and criminal law.

Mr. Boudria: Thank you. That clarifies it.

Mr. Létourneau: Mr. Chairman, can I just add something? Built into the notion of palliative care is this notion that it has to palliate suffering. It is not meant—and this is the very notion of palliative care—to kill. It may hasten—

Mr. Boudria: It's not the intent?

Mr. Létourneau: No, it's not the intent. It's not meant to. It may hasten death in some cases, because the more morphine you get, perhaps the shorter you will live, but that is not the purpose. The intent is really to relieve pain and suffering.

Mr. Wenman (Fraser Valley West): May I express my appreciation to the Law Reform Commission for their very thorough work over many years. It is interesting to hear you say that it will continue for many years, because law does evolve and change. Therefore, at some point we have to say this is the time to legislate. You have said this is the time to legislate. Even though we recognize we might make more changes later on, there is a need now.

One of your statements says that you believe these changes go beyond mere amendments to the bill. In my view, they do not. The principle of the bill is explained in the explanatory note at the back of the bill. Do any of the amendments you suggest violate that principle of the bill? It seems to me that your amendments are in keeping with the principle of the bill. In fact, not only do they not restrict the bill, but they make the bill more in keeping with those principles.

Mr. Létourneau: You are right. I think these amendments don't run counter to the bill. They support the principle behind the bill, although you have to realize there is a judgment call as far as some of the tests are concerned. I mentioned earlier dropping out "not in the best interests" of the patient, which is an external test, as a result of determining criminal liability by first looking at the medical aspect of the file to see whether this treatment was or was not therapeutically useless, and then you have to determine whether it was not in the best interests of the patient. That may call in some social considerations and family considerations that we have decided, as a commission, to drop on the basis that criminal law ought to be used with restraint. Therefore we use a single test. I want that to be clear. I don't want you to sweep that under the carpet. That's why we mentioned that it might be wise to. . .because there is a debate on that; there is no doubt about it. It might be wise to consult on that point.

• 1615

We didn't know the extent of the amendments the committee could do. That is why we thought it was going beyond mere amendments, but I confess that you are the master of your own rules. Far be it from me to dictate what you can do. I don't know.

[*Traduction*]

La juge Picard: . . .pour un médecin qui respecte le code de déontologie et en même temps le droit civil et le droit pénal.

M. Boudria: Merci. Voilà qui est clair.

M. Létourneau: Monsieur le président, pourrais-je ajouter quelque chose? En principe, les soins palliatifs visent à pallier à la souffrance et non pas à tuer. Cela peut accélérer. . .

M. Boudria: Ce n'est pas leur but?

M. Létourneau: Non, ce n'est pas leur but. Cela peut accélérer la mort dans certains cas, étant donné que plus vous recevez de morphine, moins vous vivrez longtemps, mais ce n'est pas le but de ces soins. Leur but est de soulager la douleur et la souffrance.

M. Wenman (Fraser Valley-Ouest): Je tiens à féliciter la Commission de réforme du droit pour l'excellent travail qu'elle a accompli au cours des années. Vous avez dit qu'elle poursuivrait ses activités pendant des années étant donné que la loi évolue. Par conséquent, il faut se décider à légiférer un moment donné. Vous dites que le temps est venu de le faire. Même si nous pouvons être obligés d'apporter de nouveaux changements plus tard, nous avons besoin d'une loi dès maintenant.

Vous avez déclaré qu'à votre avis il ne suffirait pas de modifier le projet de loi. Je ne suis pas d'accord avec vous. Le principe de cette mesure est énoncé dans des notes explicatives, au verso. L'une des modifications que vous proposez va-t-elle à l'encontre du principe de ce projet de loi? Je n'en ai pas l'impression. En fait non seulement ces modifications ne limitent pas sa portée, mais elles le rendent plus conforme à ces principes.

M. Létourneau: Vous avez raison. Ces amendements ne sont pas contraires au projet de loi. Ils vont dans le sens des principes qui y sont énoncés, mais vous devez vous rendre compte que certains des critères sont une question de jugement. J'ai mentionné tout à l'heure qu'il faudrait supprimer les mots «pas dans l'intérêt véritable» du malade, un critère selon lequel on détermine la responsabilité criminelle en commençant par examiner les aspects médicaux du dossier pour voir si le traitement était ou non justifié sur le plan thérapeutique et on détermine ensuite s'il était ou non dans l'intérêt véritable du patient. Étant donné que certaines considérations d'ordre social ou familial peuvent entrer en jeu, la Commission a estimé qu'il faudrait laisser tomber ces mots étant donné que l'on doit recourir au droit pénal avec modération. Nous préférons donc un critère unique. Je tiens à ce que ce soit très clair. Je ne voudrais pas que vous éludiez la question. Voilà pourquoi nous disons qu'il serait sage. . . Cela va certainement susciter toute une polémique. Il serait plus prudent de tenir des consultations à ce sujet.

Nous ne savions pas dans quelle mesure le comité pourrait modifier le projet de loi. C'est pourquoi nous nous sommes dits que de simples modifications ne suffiraient pas, mais c'est vous qui établissez vos propres règles. Ce n'est pas moi qui vais vous dire quoi faire. Je ne sais pas ce qu'il en est.

[*Text*]

Mr. Wenman: My view is that the principle of the bill has passed the House of Commons, and it has passed to us to make such amendments, if we deem so appropriate, and to apply judgment to the views expressed to us in the way you have expressed them.

This is really the only part of your brief I don't feel very good about. As the drafter of the bill, using the very words of the commission to draft the bill, I find these amendments highly appropriate and generally in keeping with the consensus that has been emerging from the other witnesses who have appeared before us. I thank you very much for them.

One of the problems mentioned to us earlier was that there was concern about the quality of the drafters' ability to in fact produce legislation. Legislation is often produced by the Department of Justice. This legislation was produced by lawyers in the parliamentary library and the Law Reform Commission. It is my view that the Law Reform Commission and Parliament lawyers in the parliamentary library, as well as some of our own in the clerk's office, are competent enough to draft appropriate legislation. Would you agree with that? That was the question when Justice came here and said that basically—

Mr. Boudria: He is badgering the witness.

Mr. Létourneau: I have been a draftsperson myself for 10 years. Not everybody is a good draftsperson, but there is no monopoly on it, like there is no monopoly on other things. Other persons can draft.

Mr. Wenman: Obviously, that criticism of Justice was a little untoward. In fact, the competency of this legislation as far as its technical drafting goes, plus its amendments, is highly appropriate and would stand the test of the legal system. Would you agree with that?

Madam Justice Picard: If I may reply to the concerns I think you have, first of all, as a person who worked in the medical-legal field for about 20 years, I would like to acknowledge the contribution you have made in bringing this matter forward. It is clearly a very important topic, whereas 10 years ago, when I worked for the Law Reform Commission on some of this work, if you asked a person on the street what euthanasia was, they would probably give you some bizarre definition. At least today they are likely to mention Nancy B. or know something about it. It's an entirely different time and milieu now and a very important question.

Speaking from another perspective I have, however—that of a judge—the very words used in legislation are critically important. I guess I don't have to lecture you on that. Something as different as having the words "clearly requests" or, as we had at one time suggested, "against the expressed wishes" in legislation, and having the result that perhaps substituted decision-making would be put in question, is—or ought to be—such a profound concern to anyone passing legislation. What could the courts do in interpreting this later? What persons might be excluded and so on?

I think our amendments are put forward at this time after the opportunity to speak beyond our working paper, which you seem to have referred to, but also in two further reports. Therefore, we feel and I feel very strongly that our

[*Translation*]

M. Wenman: À mon avis, la Chambre des communes a adopté le principe de ce projet de loi et nous l'a renvoyé pour que nous apportions ce genre de changements, si nous les jugeons souhaitables. Notre rôle est d'examiner les opinions que vous avez formulées.

En fait, c'est la seule partie de votre mémoire avec laquelle je ne suis pas d'accord. Ayant rédigé ce projet de loi en utilisant les mêmes mots que la Commission, ces modifications me semblent tout à fait acceptables et conformes aux opinions exprimées par les autres témoins. Je vous en remercie beaucoup.

L'un des problèmes qui nous ont été signalés portait sur la capacité des rédacteurs à préparer un projet de loi. Souvent, c'est le ministre de la Justice qui prépare les lois. Celle-ci a été rédigée par les avocats de la Bibliothèque du Parlement et de la Commission de réforme du droit. J'estime que ces avocats et certains des nôtres sont suffisamment compétents pour rédiger un bon projet de loi. Êtes-vous d'accord? Telle est la question qui s'est posée lorsque le ministère de la Justice est venu ici et a dit qu'en fait...

M. Boudria: Il harcèle le témoin.

M. Létourneau: J'ai moi-même été rédacteur pendant 10 ans. Tout le monde n'est pas un bon rédacteur, mais personne n'a le monopole de ce genre de travail, comme pour le reste. D'autres personnes sont parfaitement capables de rédiger un projet de loi.

M. Wenman: Bien entendu, ces critiques à l'endroit du ministère de la Justice étaient quelque peu malencontreuses. En fait, ce projet de loi et les modifications ont été très bien rédigés et tout à fait conformes aux normes juridiques. Êtes-vous d'accord sur ce point?

La juge Picard: Si je peux répondre à vos questions, tout d'abord, ayant travaillé dans le domaine médical et juridique pendant une vingtaine d'années, je tiens à vous féliciter pour cette initiative. Il s'agit certainement d'un sujet très important alors qu'il y a 10 ans, quand je travaillais pour la Commission de réforme du droit, si vous demandiez à l'homme de la rue ce qu'était l'euthanasie, il vous aurait sans doute donné une définition assez bizarre. Aujourd'hui au moins on vous citera le cas de Nancy B. où les gens savent de quoi il s'agit. Nous vivons à une époque complètement différente. Il s'agit là d'une question très importante.

Si je vous parle d'un autre point de vue, celui du juge, le libellé de la loi revêt une importance critique. Je n'ai certainement pas à vous expliquer pourquoi. Des mots comme «demande clairement» ou, comme nous l'avions proposé à un moment donné, «contrairement aux désirs exprimés», qui pourraient avoir pour effet de laisser la décision aux malades doivent être soupesés avec soin lorsqu'on adopte une loi. Comment les tribunaux pourraient-ils les interpréter? Quelles pourraient être les personnes exclues, etc.?

Nous proposons ces modifications après avoir eu l'occasion d'en discuter non seulement dans notre document de travail, dont vous semblez avoir tenu compte, mais également dans deux autres rapports. Par conséquent, nous

[*Texte*]

amendments are exceedingly important to this bill. I feel that consultation with other constituents and with some of the professional persons involved may well be very important here. Whether or not you can take these important changes we've suggested and use them to modify the bill that you've brought forward is, of course, a matter within your realm of expertise. I wouldn't be so bold as to answer the question whether this would amount only to an amendment to your statute or an entirely new statute.

• 1620

Mr. Wenman: It was requested in here that the province should be consulted. I have the consultations from the province here. I have sent this bill to the provincial attorneys general, and these are the replies. May I table these?

The Chairman: Sure. If my colleagues would agree to the tabling, it can be tabled.

Mr. Wenman: Not all provinces replied. This is all the provinces that did reply.

The Chairman: Did you say which ones did reply?

Mr. Wenman: Do you want me to read them?

The Chairman: Yes, I'd like you to read them.

Mr. Wenman: We have British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Nova Scotia, New Brunswick, Ontario, Yukon. Those are the provinces that replied in response to asking for opinions on the bill.

The Chairman: We accept them.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Thank you for your presentation. It's always helpful for us to have suggestions for implementing the changes you've made. You have actually put into words what you think would make an improvement, rather than leave it to us to try to find out what would be an appropriate response. We appreciate that. Your presentation was very helpful in dealing with the details of what is a relatively short piece of proposed legislation.

I have two or three questions, but one specifically arising from something that was mentioned with regard to a lethal dose. In reading paragraph 214.(1)(b), I wonder whether in that circumstance, if a person had asked to have a lethal dose administered, that would free a medical practitioner from liability. In other words, if a person asks that a lethal dose be administered, would that qualify as being administration of palliative care appropriate in the circumstances, because the person asks for it to control or eliminate pain or suffering, regardless of whether or not it reduced life expectancy. In other words, is that a provision that precludes a physician who responds to a request for a lethal dose from being liable?

Mr. Létourneau: You have to look at what the objective is of this drafting "appropriate in the circumstances". It is to control or eliminate pain and suffering. There's an objective test there. It has to be appropriate to control that. If it's appropriate to kill and it's intended to kill, then this kind of provision would not help, because you would go further. Then you're committing an act of euthanasia. If it's at the request of the patient, for instance, you might be

[*Traduction*]

estimons, et j'en suis convaincue, que ces modifications revêtent une importance énorme pour ce projet de loi. Il me paraît primordial de consulter les autres intéressés et d'autres représentants de la profession médicale. Quant à savoir si vous pouvez apporter ces changements importants au projet de loi que vous avez présenté, c'est évidemment à vous d'en décider. Ce n'est certainement pas à moi de dire si cela reviendrait seulement à modifier le projet de loi ou à formuler un projet de loi entièrement nouveau.

M. Wenman: On demande ici que les provinces soient consultées. C'est justement ce que j'ai fait. J'ai envoyé ce projet de loi aux procureurs généraux des provinces et voici leurs réponses. Puis-je les déposer?

Le président: Certainement. Si mes collègues sont d'accord, vous pouvez les déposer.

M. Wenman: Les provinces n'ont pas toutes répondu. Il s'agit des réponses que nous avons reçues.

Le président: Avez-vous dit quelles sont celles qui ont répondu?

M. Wenman: Voulez-vous que je les nomme?

Le président: Oui.

M. Wenman: Nous avons la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, la Nouvelle-Ecosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario et le Yukon. Telles sont les provinces qui nous ont fait connaître leurs opinions sur le projet de loi à la suite de notre demande.

Le président: Nous les acceptons.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Je vous remercie de votre exposé. Il nous est toujours utile de recevoir des suggestions pour la mise en oeuvre des changements proposés. En fait, vous nous avez suggéré un libellé au lieu de nous laisser en trouver un nous-mêmes. Nous l'apprécions vivement. Votre exposé nous a été très utile pour mettre au point les détails de ce projet de loi assez succinct.

J'aurais deux ou trois questions à vous poser, mais l'une d'elles se rapporte à ce que vous avez dit à propos des doses mortelles. En lisant l'alinéa 214.1b), je me demande dans quelle circonstance, si le malade a demandé qu'on lui administre une dose mortelle, la responsabilité du médecin se trouvera dégagée. Autrement dit, si une personne demande à recevoir une dose mortelle, jugera-t-on qu'il s'agit de soins palliatifs appropriés aux circonstances étant donné que le patient l'aura demandé pour éliminer la douleur même si cela réduit son espérance de vie. Autrement dit, cette disposition dégage-t-elle la responsabilité du médecin qui se contente d'accéder à la demande du patient?

M. Létourneau: Il faut tenir compte de l'objectif de cette disposition. Il s'agit d'alléger ou d'éliminer la douleur et la souffrance. Il s'agit là d'un critère objectif. Il faut que les soins soient ceux qui conviennent pour alléger cette douleur. S'ils visent à tuer, cette disposition ne sera pas utile étant donné que vous serez allés plus loin. Vous aurez alors commis un acte d'euthanasie. Si c'est à la demande du patient, par exemple, vous l'aurez aidé à se suicider. Le but

[*Text*]

assisting in suicide. The finality of the care is really to control and eliminate the pain and suffering. If you go beyond that—that was our position, we haven't moved on that—then you should be guilty of causing the death of that person.

Mr. Axworthy: Perhaps I could put the question another way. Do you think there would be any doubt amongst the profession as to the implications of that provision in the event a person asked for a lethal dose?

Mr. Létourneau: No, I don't think there would be any doubt. It's clear. The doctor would know then that if he gives that lethal dose, knowing that the result will be to cause the death of the person, he might be criminally liable if it goes beyond what is needed for relieving pain and suffering.

Mr. Axworthy: Clearly we have a problematic situation. Not only did neither the physician nor the patient in the Nancy B. case feel the need to bring this matter forward for some legal sanction, but also we recently saw a physician charged. I think it was in Thunder Bay or somewhere in northern Ontario.

• 1625

I wonder if you might indicate first whether or not you felt in the Nancy B. case it was necessary for the issue to be raised. If the matter had gone ahead and Nancy B.'s request had been honoured, would the physician have been charged? It seems to me that Mr. Rémillard was fairly supportive of and intervened on behalf of Nancy B. So I wonder if that was necessary.

I wonder if the judge might add whether her position as a judge would be any different in dealing with the case with the suggestions made here over the suggestions made in Mr. Wenman's bill. In other words, do the recommendations you have made make it easier for a judge to respond?

That was a way of asking questions. I am sorry.

The Chairman: It sounds like one of the questions in the House.

Mr. Létourneau: Should I answer both of them or select the one I like?

The Chairman: Take the one you like.

Mr. Létourneau: As you mentioned, Mr. Rémillard turned out to be supportive, but you know that only after the fact. The option that was given to the physician there was to say, I can do that, in which case I can be charged. I will know by going through a criminal trial—stressing criminal trial—whether I had the right to do that or not, or should I play safe and say, let's get the authorization first.

I don't think you can blame the physician for having used the safer route. It turned out Mr. Rémillard was supportive, but another Attorney General might have been opposed to that, and it is a different debate. So as far as the physician was concerned, that was certainly a safe thing to do.

I haven't forgotten your second question. As Madam Justice Picard has mentioned, the drafting is very important because liability will turn on the words. We all know that fortunately or unfortunately lawyers are used to playing with words, perhaps too much at times.

[*Translation*]

des soins est en fait d'alléger et d'éliminer la douleur et la souffrance. Si vous allez plus loin, nous avons estimé, et nous n'avons pas changé d'avis, que vous êtes coupable d'avoir causé la mort de cette personne.

M. Axworthy: Je pourrais peut-être formuler la question autrement. Pensez-vous que les médecins puissent avoir des doutes quant aux répercussions de cette disposition au cas où un patient leur demanderait une dose mortelle?

M. Létourneau: Non, je ne pense pas qu'il y aurait le moindre doute. C'est très clair. Le médecin saura que s'il administre cette dose mortelle en sachant qu'elle causera la mort, il risque d'être tenu criminellement responsable si la dose est supérieure à celle qui est nécessaire pour soulager la douleur et la souffrance.

M. Axworthy: Cela pose certainement un problème. Non seulement dans le cas de Nancy B. ni le médecin ni la malade n'ont jugé nécessaire de soumettre la question aux tribunaux, mais récemment, un médecin a été accusé, à Thunder Bay ou quelque part dans le nord de l'Ontario, je crois.

Pourriez-vous nous dire tout d'abord si, à votre avis, il était nécessaire de poser la question dans le cas de Nancy B. Si le médecin avait accédé à la demande de Nancy B., aurait-il été accusé? J'ai l'impression que M. Rémillard s'est montré assez compréhensif et qu'il est intervenu au nom de Nancy B. Je me demande donc si c'était nécessaire.

M^me^ la juge pourrait-elle également nous dire si les suggestions formulées ici la mèneraient à aborder ce genre de cause différemment qu'avec les propositions contenues dans le projet de loi de M. Wenman. Autrement dit, les recommandations que vous avez faites permettraient-elles à un juge d'examiner plus facilement ce genre de cause?

C'est une drôle de façon de poser des questions. Excusez-moi.

Le président: On dirait une des questions posées à la Chambre.

M. Létourneau: Je dois répondre aux deux ou choisir celle que je préfère?

Le président: Choisissez celle que vous préférez.

M. Létourneau: Comme vous l'avez dit, M. Rémillard s'est montré compréhensif, mais vous ne pouvez le savoir qu'après coup. Le médecin avait la possibilité d'accepter, auquel cas il s'exposait à des poursuites. Ou bien vous subissez un procès criminel—j'insiste sur le mot criminel—pour savoir si vous aviez raison ou non de le faire ou bien vous choisissez la voie de la prudence en obtenant d'abord l'autorisation.

Vous ne pourrez certainement pas reprocher au médecin d'avoir choisi la voie de la prudence. M. Rémillard s'est montré sensible aux arguments de la patiente, mais un autre procureur général aurait pu s'y opposer. En ce qui concerne le médecin, sa réaction a certainement été prudente.

Je n'ai pas oublié votre deuxième question. Comme la juge Picard l'a mentionné, le libellé est très important étant donné qu'il détermine la responsabilité. Nous savons tous que, heureusement ou malheureusement, les avocats ont l'habitude de jouer avec les mots, peut-être trop parfois.

[*Texte*]

So we thought the more you streamline the wording to come down and pin down the very test you want to be the threshold of criminal liability, the better it is. The more words you put around the threshold, the more likely it is this threshold will be moved up or down and go beyond what you expected or even wanted.

Madam Justice Picard: If you are close to being out of time, I can pass on this. I can reply, whatever you rule.

The Chairman: Why don't we go to our last questioner, Mr. Kilger, if you have one question. Maybe you could combine the two, in case you want to get them in, Madam Justice.

Mr. Kilger (Stormont—Dundas): I also want to join with my colleagues in thanking our witnesses today for their brief. Given the significance of the subject-matter, I recognize Judge Picard's comments to Mr. Wenman that in fact he has assisted us in raising this subject-matter, but I caution in terms of it being the time to legislate. I agree, but beyond that the matter of quality of legislation is also where we are.

Going back to the month of November when the Department of Justice officials appeared, they talked about the level of consultation—again given the significance of the matter—with the provinces. We haven't heard from the Canadian Medical Association either. Would you care to comment whether in fact we wouldn't be wiser to have a greater or a broader consultation process leading to the type of legislation we are all seeking on this matter?

Madam Justice Picard: To whom are you directing the question?

Mr. Kilger: Either one of you.

• 1630

Madam Justice Picard: I will have to repeat something I said at the beginning of my answer, and that is to recognize Mr. Wenman's contribution and the timeliness of this topic coming forward.

Having said that, I think we ought to do this in the best way we possibly can. As a judge, I think the amendments we have suggested would allow one to interpret a very difficult set of fact situations in a far better way than would the words in the bill as it stands. This is not to detract from the fact that the bill was drafted by competent lawyers and persons from the Department of Justice.

We always learn something as we move forward in the business of legislating, and I think we have learned much in this process. I think you have before you a fine set of proposed revisions, and I think it could do the job excellently. It remains for you to decide whether or not you can take those and modify the bill as it now stands.

The Chairman: On behalf of the committee, I thank you for appearing before us. You can rest assured that your words will be given a great deal of consideration as we move through this bill.

[*Traduction*]

Par conséquent, il nous a semblé préférable de choisir les mots les plus précis possible et d'établir le seuil de la responsabilité criminelle. Plus vous entourez ce seuil de mots, plus il risque d'être abaissé ou relevé.

La juge Picard: Si vous manquez de temps, je peux m'abstenir de répondre. Mais si vous préférez, je peux vous donner ma réponse.

Le président: Nous pourrions permettre à M. Kilger de poser une dernière question s'il en a une. Peut-être pourriez-vous répondre aux deux en même temps si vous le désirez, madame la juge.

M. Kilger (Stormont—Dundas): Je désire me joindre à mes collègues pour remercier nos témoins de leur exposé. Étant donné l'importance de la question, je suis d'accord avec la juge Picard pour dire que M. Wenman nous a rendu service en soulevant cette question, mais j'ai certaines réserves quant au moment choisi pour légiférer. Le moment est venu, certes, mais il faut également veiller à ce que nous adoptions une bonne loi.

Quand les représentants du ministère de la Justice ont comparu en novembre, ils ont dit qu'il fallait consulter les provinces étant donné l'importance de cette question. Nous n'avons pas entendu non plus le témoignage de l'Association médicale canadienne. Pourriez-vous nous dire s'il ne serait pas plus sage de tenir des consultations plus importantes de façon à obtenir le type de loi que nous souhaitons tous?

La juge Picard: À qui adressez-vous votre question?

M. Kilger: À l'un ou l'autre.

La juge Picard: Je vais devoir répéter ce que j'ai dit au début de ma réponse à savoir que M. Wenman a pris là une initiative importante qui arrive à point nommé.

Cela dit, nous devrions procéder de notre mieux. En tant que juge, je crois que les amendements proposés permettraient d'évaluer plus facilement une série de circonstances très complexes que ce n'est le cas avec le libellé actuel. Cela ne veut pas dire que le projet de loi n'a pas été rédigé par des avocats compétents et d'excellents rédacteurs du ministère de la Justice.

On apprend toujours quelque chose quand on légifère et je crois que nous avons beaucoup appris dans ce cas-ci. Vous avez sous les yeux de bonnes révisions qui donneront sans doute un excellent résultat. Il vous reste à décider si vous pouvez vous en servir pour modifier le projet de loi.

Le président: Au nom du comité, je vous remercie d'être venus. Soyez certains que nous tiendrons compte de vos opinions pour poursuivre notre examen de cette mesure.

[*Text*]

Our next witnesses are from the B.C. Civil Liberties Association. Professor Philip Bryden and Dr. Alister Browne, I thank you for coming before us. So that we all understand how we are working here, it is the intention of the chair, with the concurrence of the members, that our witnesses be given the full 30 minutes. You will make your presentation to the committee, and then we will open it up for questions.

Professor Philip Bryden (Representative, B.C. Civil Liberties Association): What I would like to do is to briefly describe our organization and the way we arrived at the position paper on assisted suicide and active voluntary euthanasia that the committee has before it. I want to make one or two brief points about the general issues of assisted suicide and active voluntary euthanasia, and then I will turn you over to Dr. Alister Browne, who is the author of the paper. He will make some specific points about our reasons for supporting Bill C-203, and he will list some suggestions that we have for its improvement.

As the members from British Columbia will know, the B.C. Civil Liberties Association is Canada's oldest civil liberties association that has been operating on an ongoing basis. It was founded in 1963. We have just over 2,500 members and supporters in the province of British Columbia. The main body of our work is done by a 35-member board of directors, all of whom are volunteers. They come from all walks of life: lawyers, doctors, professors, social workers, students. A variety of different people bring their experiences to the work of the Civil Liberties Association.

• 1635

We also have a group of people who are our honorary board of directors, distinguished British Columbians who have been willing to lend their names and their support to the work of the association. Many of them are people who have represented British Columbians in the House of Commons and in the provincial legislature, from all of the different parties. I would mention the names of just two of them. Premier Mike Harcourt is a long-time honorary director of our association, as is the Speaker of the House of Commons, John Fraser. I mention this simply to give you an idea of the regard in which British Columbians hold the work of our association.

As I indicated, the most important policy work of the association is done by our board of directors. An example of this work is Dr. Browne's position paper, which is one of about 165 position papers we have adopted over the 29 years the association has been in existence. These position papers are the product of very careful thought and deliberation by our board of directors.

When a draft paper comes before the board, we have an elaborate discussion and there are suggestions for changes. The board ultimately votes on a position paper, and it becomes the basis on which the association approaches matters of policy like Bill C-203. Dr. Browne's paper was adopted by the board of directors in 1988, and it has formed the basis in principle for our discussion of the legislation that is before the committee.

[*Translation*]

Les témoins suivants sont Philip Bryden et Alister Browne de la B.C. Civil Liberties Association. Je vous remercie d'être venus. Pour que vous compreniez bien comment nous travaillons ici, si les membres du comité sont d'accord, nos témoins auront 30 minutes à leur disposition. Vous pouvez nous présenter votre exposé après quoi nous vous poserons des questions.

M. Philip Bryden (représentant, B.C. Civil Liberties Association): Je voudrais d'abord vous décrire brièvement notre organisme et la façon dont nous en sommes arrivés à adopter la position énoncée dans le mémoire que vous avez reçu à l'égard du suicide assisté et de l'euthanasie active. Je commencerai par une ou deux brèves observations d'ordre général au sujet de ces questions après quoi je céderai la parole à Alister Browne qui est l'auteur de notre mémoire. Il mentionnera certaines des raisons pour lesquelles nous appuyons le projet de loi C-203 et proposera quelques améliorations.

Comme le savent les députés de Colombie-Britannique, la B.C. Civil Liberties Association est le plus ancien organisme du pays qui veille à la défense des libertés civiles de façon permanente. Il a été fondé en 1963. Nous comptons un peu plus de 2,500 membres et sympathisants en Colombie-Britannique. Le gros de notre travail est effectué par un conseil d'administration de 35 membres, tous bénévoles. Ils sont issus de toutes les couches de la société: ils sont avocats, médecins, professeurs, travailleurs sociaux, étudiants. Des gens très différents apportent leur concours à notre association.

Il y a également des membres honoraires du conseil; ce sont des citoyens émérites de la Colombie-Britannique qui acceptent de prêter leur nom et leur concours à l'association. Beaucoup d'entre eux ont représenté la Colombie-Britannique à la Chambre des communes et à l'assemblée législative provinciale, dans tous les partis. J'en nommerai simplement deux. Le premier ministre Mike Harcourt est un membre honoraire de notre conseil d'administration depuis longtemps, ainsi que le président de la Chambre des communes, M. John Fraser. Je vous le signale seulement pour indiquer en quelle estime les citoyens de la Colombie-Britannique tiennent le travail de l'association.

Comme je l'ai dit, la plus grande part du travail, au niveau des grandes orientations, est effectuée par le conseil d'administration. La déclaration de principes de M. Browne, par exemple, a été l'une de 165 adoptées en 29 ans par l'association. Ces déclarations de principes ont fait l'objet d'études et de discussions approfondies au niveau de notre conseil d'administration.

Lorsqu'un projet de déclaration est soumis à notre conseil, il y est l'objet de discussions et de modifications. Ultimement, le conseil est appelé à se prononcer sur cette déclaration de principes, qui devient ensuite la base de la position de l'association pour des questions comme le projet de loi C-203. Le document de M. Browne a été adopté par le conseil d'administration en 1988 et il a guidé nos discussions entourant le projet de loi dont est saisi le comité.

[*Texte*]

Before I introduce Dr. Browne, I want to make two points about the issues of assisted suicide and active voluntary euthanasia. I am not suggesting the bill itself is a bill that purports to legalize assisted suicide or active voluntary euthanasia. Nevertheless, I believe the principles that underlie the bill are equally applicable to assisted suicide and active voluntary euthanasia. This is a set of questions it is very important for people to be discussing in Canada at the moment.

To that end I would particularly like to give the congratulations of our association to Mr. Wenman for bringing this issue before our elected representatives. We think it is extraordinarily important our elected representatives come to grips with this set of issues. Now, that is not to say it is an easy set of issues or that it is an enjoyable set of issues to try to address. It is an extraordinarily difficult set of issues.

When we try to address the plight of people who have reached a point in their lives where they feel their lives are no longer worth living and they now wish to end their lives, we are involved in tragic choices. Whatever we do, these choices are tragic. It is in no way belittling the efforts people put into this to recognize that there are going to be differences of opinion. Yet we must try to face them, and we must have our elected officials try to face them.

Certainly one point of view people can take... As well, nobody is being prosecuted under the Criminal Code, or prosecutions are very rare in this circumstance. As a practical matter, we know many of the things that are discussed in Bill C-203 are done as a matter of routine by doctors. So why should we try to address this enormously difficult and potentially divisive issue when the practice seems to be going on in an acceptable fashion? I would like to suggest to you it is not an acceptable fashion at the moment for two sets of reasons. First, I think it is very unhealthy for us to have a situation in which the law and practice diverge very significantly. It is not healthy for our respect for the law. It is not healthy for people who find themselves in the invidious situation of recognizing that professional practice tells them to do one thing, and a strict interpretation of the Criminal Code, with very severe sanctions potentially attached to it, hangs as a cloud over their doing what their professional judgment tells them to do.

• 1640

So I think that's unsatisfactory. More fundamentally, it's unsatisfactory for us to leave these types of decisions to individual patients and physicians without the collective wisdom of our elected representatives, the College of Physicians and Surgeons. The existing Criminal Code hangs as a shadow over attempts by people to address these issues at a regulatory level other than the level of Parliament. As a practical matter, clearing away some of that dead wood would be very useful.

There's a second point I'd like to raise regardless of the fate of this particular bill or this specific wording. The plight of people whose lives have become so miserable that they themselves believe they are no longer worth living can't be a

[*Traduction*]

Avant de céder la parole à M. Browne, je voudrais soulever deux points au sujet du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active. Je ne prétends pas que le projet de loi lui-même soit une tentative de légaliser le suicide assisté ou l'euthanasie volontaire active. Je crois cependant que les principes sous-jacents du projet de loi sont tout aussi applicables au suicide assisté et à l'euthanasie volontaire active. C'est là un ensemble de questions dont il est très important de discuter actuellement au Canada.

En passant, au nom de notre association, je félicite M. Wenman d'avoir soumis le problème à nos représentants élus. Nous estimons qu'il est de la plus haute importance que ceux-ci s'y attaquent. Évidemment, le sujet est loin d'être facile ou agréable. Il est l'un des plus ardus qui soient.

Lorsque nous voyons des gens qui en sont au point où ils estiment que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue et désirent mettre fin à leurs jours, nous sommes confrontés à des choix tragiques. Quoi que nous fassions, les choix sont tragiques. Ce n'est pas trivialiser l'effort que les gens font en vue de cerner cette question que de dire qu'il y a des divergences d'opinions. Nous devons néanmoins nous y arrêter, et nous devons demander à nos représentants élus de s'y arrêter.

Un point de vue qui se défend... Il faut dire que personne n'est poursuivi à cet égard en vertu du Code criminel, ou que du moins les poursuites sont très rares. De fait, nous savons très bien que beaucoup des actions discutées dans le projet de loi C-203 sont commises de façon routinière par les médecins. Pourquoi devrions-nous nous attaquer à un problème incroyablement difficile et apte à créer des dissensions lorsque la pratique courante semble acceptable? Parce que justement, selon moi, cette pratique n'est pas acceptable actuellement, et ce pour deux raisons. D'abord, je pense que le fait que la loi et la pratique soient aussi différentes crée une situation malsaine. Le respect de la loi en souffre. En souffrent également, les gens qui se retrouvent dans la situation peu enviable de choisir entre ce que leur dicte la pratique professionnelle et ce que prévoit le Code criminel au sens strict, avec les sanctions potentielles sévères qui planent au-dessus de leur tête s'ils décident d'exercer leur jugement professionnel.

La situation actuelle est donc inacceptable. Il est inacceptable que ce genre de décision soit laissé aux patients et aux médecins individuels en l'absence de directives collectives de la part de nos représentants élus, du Collège des médecins et des chirurgiens. Le Code criminel plane toujours au-dessus des gens qui essaient de s'attaquer à la question par voie de réglementation ailleurs qu'au Parlement. Sur le plan pratique, une clarification s'impose.

Il y a un deuxième aspect de la question qui mérite d'être souligné, quoi qu'il advienne de ce projet de loi ou de ce libellé précis. Nous ne pouvons pas être indifférents au sort des gens dont la vie est devenue si misérable qu'elle ne

[*Text*]

matter of indifference to us. It is the belief of our association that there can be circumstances in which competent men and women can rationally decide that their lives are not worth living. If we respect their autonomy as human beings, we have to respect their wishes in this most crucial decision to terminate their lives.

Saying that doesn't do anything to diminish our sense of the tragedy of those situations; those are tragic situations for people, and we do find people who are facing them. Neither does it absolve us of our obligation as a society to do everything in our power to make the choice of life over death an attractive or desirable choice for individuals.

Ultimately, we believe that choice is the choice of individuals, not the state. Flowing from that, if we withdraw that choice from individuals, we believe we compound their tragic circumstances. Not only are they in the tragic circumstance of finding their lives so miserable that they no longer want to live them, but the power to exercise autonomous control over their lives has also been taken away. We think that compounds the tragedy of the situation.

That's not to absolve us of responsibility. It's not to suggest that it is extraordinarily difficult to try to identify situations in which we want to respect people's choice of death over life, what we mean by the autonomous exercise of a right in that respect. It is to say that we must try to address these things. I think Bill C-203 is a beginning for us of an attempt to address these things. We think it is a good beginning and we support it with, as I say, some suggestions for improvements.

With those points in mind, I'd like to introduce Dr. Browne. He has a PhD in philosophy. He's been director of the B.C. Civil Liberties Association since 1973. He teaches philosophy at Vancouver Community College and biomedical ethics at the University of British Columbia Faculty of Medicine. He also plans programs in biomedical ethics for the health science professions at the University of British Columbia. He's an adviser to medical ethics committees at Vancouver General Hospital and Holy Family Hospital, a Catholic hospital in Vancouver. He's also a member of the College of Physicians and Surgeons' committee on physicians' sexual misconduct.

I think he is a person who has a great deal of expertise and much wisdom to give to the committee on this set of issues. It is wisdom that has recommended itself to our association.

Dr. Alister Browne (Representative, B.C. Civil Liberties Association): Let me begin by saying that Bill C-203 is unambitious legislation. I don't necessarily want to characterize this as a euthanasia proposal, but as euthanasia proposals run, it's a very modest proposal. We support it, but we support it with two important caveats.

First, the wording could be improved. Even without seeking to make it more ambitious, I think the wording should be altered before it's going to be fully acceptable and effective.

[*Translation*]

mérite plus à leurs yeux d'être vécue. Notre association estime qu'il y a des circonstances dans lesquelles des hommes et des femmes capables peuvent décider rationnellement que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Si nous les respectons en tant qu'êtres humains autonomes, nous devons également respecter leur désir de mettre fin à leurs jours dans ce genre de situation cruciale.

Ce qui ne veut pas dire que ce ne sont pas là des situations extrêmement tragiques. Ce sont des situations tragiques et il y a des gens qui y sont confrontés. Ce qui ne veut pas dire non plus que nous n'avons pas l'obligation en tant que société de faire tout notre possible pour rendre le choix de la vie plutôt que celui de la mort le plus attrayant possible.

Ultimement, nous croyons que ce choix appartient aux individus plutôt qu'à l'État. Si nous privons les individus de leur choix dans ce genre de circonstance, nous aggravons le mal. Non seulement ils se retrouvent dans des circonstances où ils estiment que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, mais encore ils s'aperçoivent qu'ils ne peuvent pas exercer un contrôle autonome sur leur vie. Nous pensons que c'est ajouter à leur douleur.

Nous ne sommes cependant pas dégagés de toute responsabilité. Il demeure extrêmement difficile d'identifier les situations dans lesquelles nous devons respecter le choix des gens de mourir plutôt que de continuer à vivre, ce que nous appelons l'exercice autonome de leurs droits dans ce contexte. Nous devons continuer d'essayer de régler ce problème. En ce qui nous concerne, le projet de loi C-203 est une amorce de solution. Nous pensons que c'est un bon début et nous l'appuyons, en y suggérant quelques améliorations.

J'aimerais maintenant vous présenter M. Browne. Il est docteur en philosophie. Il est directeur de la B.C. Civil Liberties Association depuis 1973. Il enseigne la philosophie au Vancouver Community College et l'éthique biomédicale à la Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique. Il planifie également des programmes en éthique biomédicale pour les sciences de la santé à l'Université de la Colombie-Britannique. Il est conseiller de comités d'éthique médicale au Vancouver General Hospital et au Holy Family Hospital, un hôpital catholique de Vancouver. Il est membre du comité sur les actes d'inconduite sexuelle des médecins du Collège des médecins et chirurgiens.

Il a beaucoup à apporter au comité. Ses connaissances se sont imposées à notre association.

M. Alister Browne (représentant, B.C. Civil Liberties Association): Je dirai d'abord que le projet de loi C-203, selon moi, est un projet de loi très peu ambitieux. Je ne considère pas nécessairement qu'il s'agit d'une proposition visant l'euthanasie, mais comme telle, c'est une proposition très modérée. Nous l'appuyons, mais avec deux réserves importantes.

D'abord, son libellé pourrait être amélioré. Même si sa portée ne doit pas être étendue, il doit être modifié pour être pleinement acceptable et efficace.

[*Texte*]

• 1645

Second, even if the bill should pass, we shouldn't rest content with it, for the principles that lead to Bill C-203 lead well beyond to much more aggressive right-to-death legislation.

I'd like to briefly expand on both of those points. Taking the first one first, there are three principal ideas in Bill C-203. These find expression in proposed paragraphs 217.1(a), (b) and (c).

Under proposed paragraph 217.1(a), we're told that persons can refuse any treatment. That should be restricted to competent persons. Under proposed paragraph 217.1(b), we are told that doctors may omit treatment if that treatment is "medically useless and not in the best interests of the person".

That phrase, of course, comes from the 1982 Canadian Law Reform Commission. I didn't understand it then and I don't understand it now. The difficulty I have with that phrase is that the two component clauses seem to pull in different directions. To talk about "medically useless treatment" implies a very conservative account as to when treatment can be withdrawn. To talk about treatment that is "not in the best interests of the person" implies a much more liberal account.

I would understand that proposed paragraph perfectly well if it was linked disjunctively and said that the doctors can omit treatment if the treatment is medically useless "or" not in the best interests of the person. When they're linked conjunctively, I have a problem.

In our view, doctors must be able to omit treatment under three types of conditions: first, if that treatment is medically useless in the sense in which it's not going to preserve life at all; second, if the treatment will preserve life but only life in a persistent vegetative state; and third, if the treatment will preserve sentient life, but life of an extremely low quality, in particular, life that is going to be more burdensome than beneficial for the patient.

I understand very well that talk about quality of life may raise hackles. I appreciate those hackles. On the other hand, nobody expects a physician to give maximally aggressive treatment to the seriously defective newborn—and I mean to the very seriously defective newborn—or to resuscitate someone at the other end of the life spectrum who is elderly, perhaps senile and suffering from a formidable array of health problems.

No one expects a physician to give maximally aggressive treatment under those conditions, but if we don't expect physicians to do that, the laws shouldn't obligate them to.

So we would like to see proposed paragraph 217.1(b) restricted or modified in such a way that it's made plain that doctors may omit treatment if that treatment's not in the best interests of a patient.

Proposed paragraph 217.1(c) tells us that physicians may give sufficient medication to quell pain even if that's going to hasten death. That should be restricted, in the context of the bill, to terminal patients or to patients who otherwise would be in chronic, severe and otherwise unrelievable pain.

[*Traduction*]

Deuxièmement, même si le projet de loi est adopté, il n'est pas le fin mot de l'histoire, parce que les principes qui le sous-tendent vont beaucoup plus loin dans le sens d'une législation sur le droit à la mort.

Je développe brièvement ces deux points. Premièrement, le projet de loi C-203 repose sur trois grands principes. Ils se trouvent aux alinéas proposés 217.1a), b) et c).

En vertu de l'alinéa proposé 217.1a), une personne peut refuser un traitement quel qu'il soit. Il faudrait préciser que la personne doit être appelée à décider. En vertu de l'alinéa proposé 217.1b), les médecins pourraient omettre le traitement si ce traitement était «médicalement inutile et n'était pas dans l'intérêt véritable du malade».

Cette phrase vient évidemment de la Commission de réforme du droit du Canada de 1982. Je ne la comprenais pas à l'époque et je ne la comprends toujours pas. Je considère qu'elle est contradictoire. Dire «médicalement inutile» est adopter une position très conservatrice quant au moment où le traitement peut être supprimé. Parler d'un traitement «qui n'est pas dans l'intérêt véritable du malade» est se montrer beaucoup plus libéral.

Je comprendrais beaucoup mieux s'il n'y avait pas de lien entre les deux, si les médecins pouvaient omettre le traitement lorsque le traitement est «médicalement inutile» ou «n'est pas dans l'intérêt véritable du malade». Si les deux sont unis, il y a un problème.

Selon nous, les médecins doivent avoir le choix d'omettre le traitement dans trois circonstances: d'abord, si le traitement est médicalement inutile dans le sens où il ne sert pas à maintenir la vie de quelque façon que ce soit; deuxièmement, si le traitement maintient la vie, mais la vie à l'état végétatif; troisièmement, si le traitement maintient la vie sensible, mais que celle-ci est d'une très faible qualité, en particulier plus un fardeau qu'une bénédiction pour le patient.

Je sais très bien que parler de la qualité de la vie risque de soulever des protestations. Je n'y suis pas insensible. Cependant, personne ne s'attend à ce qu'un médecin s'acharne à traiter un nouveau-né atteint de défauts physiques très graves—j'entends très très graves—ou à ressusciter, à l'autre extrémité du cycle de vie, une personne âgée, peut-être sénile, atteinte d'une gamme de problèmes de santé.

Personne ne s'attend à ce qu'un médecin s'acharne à traiter quelqu'un dans ces conditions, mais si c'est le cas, les lois devraient le refléter.

Nous souhaiterions donc que l'alinéa 217.1b) soit limité ou modifié de façon à ce qu'il soit bien clair que les médecins peuvent omettre le traitement si ce traitement n'est pas dans l'intérêt véritable du malade.

L'alinéa proposé 217.1c) permet aux médecins de donner suffisamment de médicaments pour soulager les souffrances physiques d'une personne même si ces médicaments risquent d'abréger l'expectative de vie de cette personne. Dans le contexte du projet de loi, cet alinéa devrait être limité aux malades en phase terminale ou aux malades qui éprouvent des souffrances chroniques, graves ou ne pouvant être soulagées autrement.

[*Text*]

We don't think those modifications are out of kilter with the intent of the bill. In our opinion, once they're made, Bill C-203, or some near cousin of it, should pass.

We'd like to bring that out in a couple of different ways. The first way is to take it back to principles. We have three values that I think we all cherish—the importance of autonomy, the importance of minimizing suffering, and the importance of preserving dignity. Those three values find their home in a couple of principles.

First, we have a principle of autonomy, which I will narrowly construe: patients should have the right, the ability, to direct their own health care. Secondly, we have the principle of beneficence, which again I'll narrowly construe: physicians have an obligation to make the deaths of their patients as dignified and as painless as possible.

Those two principles are very good-looking principles. Those two principles entail the chief articles of Bill C-203. The extent to which we accept those principles, then, we should accept Bill C-203.

The second way in which I'd like to bring out the acceptability of Bill C-203 and argue for it is simply to state what anyone who rejects it is committed to. First of all, you have the view that competent patients should not be allowed to refuse treatment. Secondly, you have the view that doctors are obligated to deliver treatment not in the best interests of patients. Thirdly, you have the view that physicians cannot give sufficient pain-killing medication, even to terminal patients, if that has some danger of shortening their lives.

• 1650

I don't think those three propositions stand the light of day. They don't have societal support. Doctors don't accept them. Unless there is some reason for not bringing the law into accordance with both commonsense morality and common medical practice, Bill C-203 should pass.

That brings me to the end of the first caveat I entered at the beginning, and I would now like to move to the second. Even if Bill C-203 passes, we shouldn't rest content with it. We should move on to what I characterize as more aggressive right-to-death legislation in the form of assisted suicide and active voluntary euthanasia. The reason is this: Bill C-203 is founded essentially on three alleged rights—the right to autonomy, the right to minimize our suffering and the right to preserve our dignity. Sometimes patients are in a condition such that they can minimize their suffering and preserve their dignity only by dying. Sometimes they need some assistance in dying. Under those conditions it seems reasonable to suggest that patients be able to request and receive both assisted suicide and active voluntary euthanasia.

I don't know that anybody has or should have difficulty with that argument, in the sense in which that argument makes out a prima facie case for legalizing those practices. Even the Law Reform Commission, which in 1982 eventually was hostile towards assisted suicide and active voluntary euthanasia, accepted that argument. The only difference between people who are opposed to that kind of right-to-death legislation and those who accept it consists in whether

[*Translation*]

Nous pensons que ces modifications ne changent pas l'objet du projet de loi C-203 et que celui-ci, ou un autre, ainsi remanié, devrait être adopté.

Nous pouvons aborder les questions d'une ou deux façons. La première consiste à revenir aux grands principes, aux grandes valeurs que nous chérissons tous—l'importance de l'autonomie, l'importance de la réduction de la souffrance et l'importance de la sauvegarde de la dignité humaine. Ces trois valeurs peuvent se traduire en un certain nombre de principes.

D'abord, en ce qui concerne l'autonomie, au sens limité, les patients devraient avoir le droit, la faculté de décider de leurs propres soins de santé. Deuxièmement, au titre de la bienveillance, également au sens limité, les médecins devraient être obligés de s'assurer que la mort de leurs patients soit la plus digne et la moins douloureuse possible.

Ces deux grands principes sont sûrement très acceptables. Ils rejoignent les principaux articles du projet de loi C-203. Si nous acceptons ces principes, nous devons être prêts à accepter le projet de loi C-203.

Ma deuxième façon de plaider en faveur du projet de loi C-203 consiste simplement à revoir les arguments invoqués par ses détracteurs. Selon eux, des malades aptes à décider ne devraient pas pouvoir refuser un traitement. Deuxièmement, les médecins devraient être obligés de donner un traitement qui n'est pas dans l'intérêt véritable des malades. Enfin, les médecins ne devraient pas pouvoir administrer à des malades des médicaments pour supprimer les douleurs, même des malades en phase terminale, si ces médicaments risquaient d'abréger leur expectative de vie.

Ces trois arguments ne tiennent absolument pas. Ni la société ni les médecins ne les acceptent. S'il n'y a pas de raisons de ne pas rendre la loi conforme à la moralité issue du bon sens et à la pratique médicale courante, le projet de loi C-203 doit être adopté.

Voilà donc pour la première des deux réserves que j'ai mentionnées au début; je passe à la seconde. Même si le projet de loi C-203 est adopté, le travail ne s'arrête pas là. Nous devons envisager dans la loi ce que je décris comme un droit à la mort qui va plus loin sous la forme du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active. La raison en est fort simple: le projet de loi C-203 part essentiellement de trois droits réclamés—le droit à l'autonomie, le droit à la réduction de la souffrance et le droit à la sauvegarde de la dignité humaine. Il arrive que des malades ne puissent minimiser leurs souffrances et préserver leur dignité humaine qu'en envisageant la mort. Ils ont parfois besoin d'aide dans cette démarche. Dans ces conditions, il semble raisonnable que des malades puissent demander et recevoir l'aide nécessaire en vue du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active.

Je ne vois pas pourquoi on refuserait d'accepter cet argument, dans la mesure où il constitue un argument à première vue pour légaliser ces pratiques. Même la Commission de réforme du droit qui, en 1982, voyait d'un mauvais oeil le suicide assisté et l'euthanasie volontaire active, a fini par s'y ranger. La seule différence entre les partisans et les détracteurs d'une telle loi du droit à la mort est que ces derniers estiment qu'il y a des objections qui

[*Texte*]

there are some countervailing objections. Those who are opposed to it think there are some objections sufficient to cancel that prima facie case. Those in favour of the legislation think that, while there are lots of objections, none of them ultimately hold up.

Our view is that none of them ultimately hold up. We do take them seriously. We do think they are important objections. We do think they need a hearing and that they need to be investigated and responded to very carefully. But at the end of the day, we think those objections should not stand in the way of that legislation going forward.

In the submission we have made on assisted suicide and active voluntary euthanasia, we tried to specify those objections as carefully as we could and as fairly as we could, and tried to respond to them as effectively as we could. We would welcome the opportunity of expanding on that. Maybe we haven't talked about all the objections people have. Maybe we haven't responded to those objections we have responded to in sufficient depth, or sufficiently convincingly, but we would be delighted to expand. We would be happy to talk about the Dutch experience. We would be very happy to talk about the objection that people will be wrongfully pressured into assisted suicide and active voluntary euthanasia, should it pass. I would like to leave that for discussion.

I would like to end by coming back to Bill C-203. It is a bill that in our view should pass, whatever view one takes of the more aggressive right-to-death legislation. In the end, if one rejects assisted suicide and active voluntary euthanasia, one has an obligation to give patients excellent care, both terminal and non-terminal care. If we are going to force patients to live, we have to take care of them and take care of them properly.

On the other hand, if we accept assisted suicide and active voluntary euthanasia and legalize those practices, we again have an obligation to provide, as an alternative, excellent care, both terminal and non-terminal. What we want to do is to preserve the voluntary character of assisted suicide and active volutunary euthanasia, and we will not do that unless there are clear alternatives. The clear alternative must be excellent palliative care, excellent terminal care, excellent care in general.

Our view is that whatever view one takes on the more aggressive forms of right-to-death legislation, we have to provide excellent care for patients. That care must involve honouring the autonomy of patients, the suffering of patients and the dignity of patients. Bill C-203, in our view, sets out the minimum conditions that have to be satisfied if those values are to be ministered to. Thank you very much.

The Chairman: Thank you, Dr. Browne. Colleagues, we are running a little short. How would it be if we had one question in one round, and then, if there is enough time, we will take second questions?

Some hon. members: Agreed.

Mr. Boudria: I have just heard that Bill C-203 is founded on three principles. I believe you read them out. Could you repeat them for us and tell us where they come from?

[*Traduction*]

viennent annuler la présomption de prime abord. Les partisans de la loi pour leur part pensent que beaucoup d'objections ne résistent pas à un examen minutieux.

En ce qui nous concerne, nous pensons qu'aucune ne tient finalement. Nous les considérons comme sérieuses, importantes. Nous estimons qu'elles doivent être entendues, étudiées, qu'elles méritent une réponse. Cependant, nous sommes d'avis qu'au bout du compte elles ne sont pas suffisantes pour empêcher l'adoption d'une loi.

Dans notre mémoire sur le suicide assisté et l'euthanasie volontaire active, nous avons essayé de les énumérer le plus minutieusement et le plus équitablement possible et tenté d'y répondre le plus efficacement possible. Nous nous ferons un plaisir d'y revenir. Ou encore, il y en a peut-être d'autres que nous n'avons pas mentionnées. Nous ne sommes peut-être pas parvenus à convaincre tout le monde. Nous sommes tout à fait prêts à en discuter. Nous pouvons parler de l'expérience en Hollande. Nous pouvons essayer de revoir l'objection selon laquelle des personnes pourraient être indûment contraintes de participer à un suicide assisté ou une euthanasie volontaire active, s'il y avait une loi à cet égard.

Je termine en revenant au projet de loi C-203. C'est un projet de loi qui selon nous doit être adopté, qu'on soit d'accord ou non avec une loi du droit à la mort qui aille plus loin. La question du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active mise à part, ou doit finalement donner aux malades des soins excellents, qu'ils soient en phase terminale ou non. Si on doit forcer les malades à rester en vie, on doit en prendre soin adéquatement.

Par ailleurs, même si on accepte l'idée du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active et qu'on légalise ces pratiques, on a encore l'obligation d'offrir, comme autre choix, des soins excellents, que les malades soient en phase terminale ou non. Nous voulons préserver l'aspect volontaire du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active et nous ne pouvons pas le faire si nous ne prévoyons pas d'autres possibilités bien claires. Une autre possibilité bien claire doit être des soins palliatifs excellents, des soins excellents de façon générale.

Quelle que soit son opinion au sujet d'une loi du droit à la mort qui aille plus loin, on doit maintenir comme principe l'excellence des soins aux malades. Ces soins, cependant, doivent tenir compte de l'autonomie des malades, de leurs souffrances et de leur dignité. À notre avis, le projet de loi C-203 établit les conditions minimum pour que ces valeurs puissent être respectées. Merci beaucoup.

Le président: Merci, monsieur Browne. Chers collègues, nous commençons à manquer un peu de temps. Seriez-vous d'accord pour qu'il y ait une question par tour, avec possibilité de poursuivre s'il reste du temps à la fin?

Des voix: D'accord.

M. Boudria: J'ai cru comprendre que selon vous le projet de loi C-203 se fondait sur trois principes. Je pense que vous les avez énumérés. Auriez-vous l'amabilité de nous les répéter et de nous dire d'où ils sortent?

[*Text*]

• 1655

The Chairman: The three principles that Bill C-203 is founded on, and where they come from.

Mr. Boudria: And where does one find those principles in the bill?

Dr. Browne: You won't find them in the bill but I think they lie behind it, inasmuch as that would be the deeper rationale for accepting it.

Mr. Boudria: Who told you that was so?

Dr. Browne: Do you mean as the original intent or—?

Mr. Boudria: Did the drafter of the bill indicate that to you?

Dr. Browne: No, the drafter of the bill did not.

Mr. Boudria: Thank you. I have no further questions.

Mr. Wenman: As a medical doctor yourself and as practitioner who regulates the ethics—

Dr. Browne: Excuse me. I am not a medical doctor; I am a doctor of philosophy.

Mr. Wenman: Okay. Do you have any idea of what constitutes common medical practice today? We have heard testimony here that the bill really legitimizes what is common practice today. What is common practice in the hospitals today? How far does common practice extend?

Dr. Browne: Common practice... I don't know how to respond to that except to say that we can talk about the three articles in the bill. It is common practice to allow competent patients to refuse treatment. It is not a serious medical dilemma for a physician to give sufficient pain-killing medication to a patient, even if that medication is going to hasten the death of the patient. I don't think that is regarded as a serious moral dilemma. We know that it is done regularly.

Mr. Wenman: Let me explain. What I really wanted to say is that common practice today could well be offending the Criminal Code of Canada. If the Criminal Code of Canada were applied word for word or as written, many charges would be made today.

Dr. Browne: Yes, I think that is true.

Mr. Wenman: So common practice has moved beyond the current state of law.

Dr. Browne: Yes, I think that is true.

Prof. Bryden: Just to add to that, we have two medical doctors on our board of directors, and in discussing this paper and in discussing our presentation to the committee, both of them confirmed the observation that Dr. Browne just made. They said those were things they both had done, and the inference I would draw is that if the Criminal Code were applied—

Mr. Wenman: But they would be afraid to say that publicly.

Prof. Bryden: That may well be the case.

Mr. Wenman: So is it becoming common practice to practice some form of assisted suicide? Is common practice moving in that direction?

[*Translation*]

Le président: Il veut savoir quels sont les trois principes sur lesquels se fonde le projet de loi C-203 et d'où ils sont issus.

M. Boudria: Et où se trouvent-ils dans le projet de loi?

M. Browne: Ils ne sont pas dans le projet de loi. Ce sont les principes qui ultimement justifient le projet de loi.

M. Boudria: Qui vous l'a dit?

M. Browne: Vous voulez dire pour ce qui est de l'objet du projet de loi...

M. Boudria: Le rédacteur du projet de loi?

M. Browne: Non, pas le rédacteur du projet de loi.

M. Boudria: Merci. Je n'ai pas d'autres questions.

M. Wenman: En tant que médecin vous-même, appelé à établir l'éthique...

M. Browne: Je vous demande pardon. Je ne suis pas docteur en médecine, mais docteur en philosophie.

M. Wenman: Très bien. Avez-vous une idée de ce qui constitue la pratique médicale courante? On nous a dit que le projet de loi légalisait simplement la pratique courante. Quelle est-elle des hôpitaux actuellement? Jusqu'où va-t-elle?

M. Browne: La pratique courante... Je ne sais pas très bien comment répondre à cette question. Je vous renvoie simplement aux trois articles du projet de loi. Il est courant actuellement de permettre aux malades aptes à décider de refuser le traitement. Un médecin ne se pose pas trop de questions au point de vue médical lorsqu'il s'agit de donner suffisamment de médicaments contre la douleur à un patient, même si ces médicaments risquent d'abréger ses jours. Je ne pense pas que ce soit considéré comme un dilemme moral sérieux. C'est quelque chose qui se fait couramment.

M. Wenman: Je m'explique. Je veux dire que la pratique courante pourrait très bien aller à l'encontre du Code criminel du Canada. Si le Code criminel du Canada était appliqué à la lettre, il y aurait peut-être beaucoup d'accusations de portées.

M. Browne: J'en conviens.

M. Wenman: Donc, la pratique courante a fini par aller plus loin que la loi.

M. Browne: Je suis d'accord.

M. Bryden: J'aimerais préciser à ce sujet que nous avons deux médecins au sein de notre conseil d'administration et que dans les discussions qui ont précédé la présentation de ce mémoire au comité ils sont tous les deux allés dans le sens de M. Browne. Ils ont indiqué qu'ils avaient tous deux fait ce genre de choses, et si j'ai bien compris, si le Code criminel était appliqué...

M. Wenman: Ils n'oseraient pas le dire en public.

M. Bryden: Peut-être.

M. Wenman: Donc, la pratique courante consiste à participer à une forme quelconque de suicide assisté? La pratique courante s'oriente-t-elle de plus en plus en ce sens?

[*Texte*]

Dr. Browne: It think not. I think it will go to your bill, but your bill falls far short of assisted suicide and it will not go to that.

I talked to one of the deputy registrars at the College of Physicians and Surgeons, and I asked him if this bill would make any difference to their practice. He said two things. First, he wanted to see the bill passed, and second, he thought it was somewhat like legalizing motherhood.

Mr. Wenman: You are advocating a position that Bill C-203 doesn't. The previous law reform commission said that my bill is not a bill on euthanasia or assisted suicide. Do you agree with that position?

Dr. Browne: Absolutely. Your bill is not a euthanasia bill.

Prof. Bryden: If one supports our position, then that minimizes the kinds of concerns people might have about the technical wording of your bill. The further away you are from our position, the greater the concern that you get the language right. If you believe in our position, then—

Mr. Wenman: It works both ways, you are right.

Dr. Browne: —getting everything exactly right is not such a big concern. That is one of the reasons we wanted to bring our position before you.

The Chairman: The chair will permit itself a question, which is not altogether right on the point. Dr. Browne, are you an atheist?

Dr. Browne: I am.

The Chairman: Thank you.

• 1700

I thank our witnesses for coming before this committee. Your testimony will be taken into account. I'm sure all of us listened very attentively to what you had to say. So I thank you again.

Prof. Bryden: Thank you very much.

Dr. Browne: Thank you.

The Chairman: We'll call our next witnesses to the table. Dr. Barry deVeber and Ms Lorraine McCullum are representatives from the Human Life Research Institute.

Perhaps you would be kind enough to introduce yourselves and to tell us what the Human Life Research Institute is and put that in perspective. I notice you've been here during the other testimony. We follow the same rules. We'll hear your testimony, and then with your permission we'll question you. Will both of you be presenting?

Dr. L.L. Barry deVeber (President, Human Life Research Institute): Yes.

The Chairman: Then both of you will be available for our questions.

Dr. deVeber: Yes.

The Chairman: Then I invite you to give your testimony.

Dr. deVeber: Thank you, Mr. Chairman. I'd first of all like to thank you for the opportunity to come here. It must have been a long, hard day, so we'll try to be short rather than long. With your permission Lorraine will explain the institute, and I thought I should just briefly explain where I'm coming from as a physician.

[*Traduction*]

M. Browne: Je ne crois pas. Tout dépendra de votre projet de loi, mais celui-ci ne va pas jusqu'au suicide assisté.

J'ai demandé à un des registraires adjoints du Collège des médecins et des chirurgiens si ce projet de loi allait avoir un effet sur la pratique médicale. Il m'a dit deux choses. Premièrement, qu'il souhaitait l'adoption du projet de loi; deuxièmement, que c'était comparable à la légalisation de la maternité.

M. Wenman: Vous adoptez une position que l'on ne trouve pas dans le projet de loi C-203. La Commission de réforme du droit a fait valoir que mon projet de loi n'était pas un projet de loi sur l'euthanasie ou le suicide assisté. Vous êtes d'accord sur ce point?

M. Browne: Tout à fait. Votre projet de loi n'est pas un projet de loi sur l'euthanasie.

M. Bryden: Plus on se rapproche de notre position, moins on doit s'inquiéter du libellé technique du projet de loi. Plus on s'en éloigne, plus on a avantage à préciser le libellé. Si vous acceptez nos arguments. . .

M. Wenman: Il y a une contrepartie, vous avez raison.

M. Browne: . . .vous n'avez pas à mettre les points sur les i. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons voulu présenter notre position.

Le président: La présidence aimerait poser une question, même si elle n'est peut-être pas tout à fait pertinente. Êtes-vous athée, monsieur Browne?

M. Browne: Oui.

Le président: Merci.

Je remercie les témoins d'être venus rencontrer le comité. Vos idées seront examinées. Nous vous avons tous écoutés très attentivement. Merci encore une fois.

M. Bryden: Merci beaucoup.

M. Browne: Merci.

Le président: Nous allons maintenant passer aux témoins suivants. Le D[r] Barry deVeber et M[me] Lorraine McCullum représentent le Human Life Research Institute.

Si vous voulez bien vous présenter et nous dire ce qu'est le Human Life Research Institute pour que nous puissions nous situer. Vous étiez là pour le témoignage précédent. Nous allons suivre les mêmes règles. Nous allons entendre votre exposé et, avec votre permission, vous poser des questions. Présenterez-vous le mémoire tous les deux?

Dr L.L. Barry deVeber (président, Human Life Research Institute): Oui.

Le président: Dans ce cas, vous vous prêterez tous deux à nos questions.

Dr deVeber: Oui.

Le président: Je vous cède la parole.

Dr deVeber: Merci, monsieur le président. Je tiens d'abord à vous remercier de nous donner l'occasion de comparaître devant vous. Comme vous avez déjà une longue journée derrière vous, nous allons essayer d'être plutôt brefs. Avec votre permission, Lorraine vous décrira un peu l'institut. Pour ma part, je vous parlerai de ma position en tant que médecin.

[*Text*]

My main job is looking after children with cancer. Over the last 30 years I've assisted over 400 children who have died of cancer, either in a hospital or at home, although I can say happily today this is becoming less common. I've had that clinical experience. I've also been involved in directing courses in ethics law and palliative care at the medical school. Through the last 15 years of doing that, I've had discussions with professors and students on palliative care, the care of the dying, which I'm sure you understand now from other testimony.

You probably should know there is now a national committee to direct the teaching of this in the medical schools that I've been involved in. I've also been a member of an international group on palliative care called the International Work Group on Death, Dying and Bereavement. So I've had interaction with various people at that level. In fact, I was the vice-chairman of their ethics committee. From that perspective again I bring a consensus of the people from that discipline. Lorraine will explain a study we did to get some documentation on how those people think.

Before I introduce Lorraine, I want to go through what I think are some problems with the bill. First of all, it's an extremely vital topic, and I congratulate Mr. Wenman on bringing it forward and getting all this discussion going. I'm going to have to disagree with some of the things in the bill. I also think it's great you extended the hearings because I gather they were going to end in the fall.

As a physician involved in the care of patients who's had a lot to do with other physicians, I think basically the bill really isn't necessary. I would have to disagree with the former witnesses in terms of medical practice. First of all, some of the wording here, for instance, in proposed paragraph 217.1(a), the patient is supposed to clearly request his treatment not be commenced or continued.

First of all, I'd say the physician who starts a treatment the patient doesn't want is in big trouble legally. You can be sued for assault. So I don't think any physicians should treat a patient for something he doesn't want. Now, that may happen under various circumstances, but you could be prosecuted. I know the legal teaching of our students is if in doubt, don't do something a patient doesn't want.

We'd have a little trouble with this "clearly requests", because this would depend on how competent they were. Again, we're always assuming this is applying to competent patients.

• 1705

Proposed paragraph 217.1(b). . .this phrase "medically useless and not in the best interests". . .I didn't realize that came from the Law Reform Commission. I have some difficulty there because that is a very subjective term. You have to wonder who will decide what is "medically useless" and what is "not in the best interests of the person".

[*Translation*]

Mon travail consiste essentiellement à m'occuper des enfants atteints de cancer. Au cours des 30 dernières années, j'ai aidé plus de 400 enfants qui sont morts du cancer, soit à l'hôpital, soit à la maison, et je suis heureux de pouvoir dire que ce dernier cas est de plus en plus rare aujourd'hui. Telle est donc mon expérience clinique. J'ai également préparé des cours en éthique et en soins palliatifs à la faculté de médecine. Les quinze dernières années où j'ai été impliqué dans cette activité, j'ai eu l'occasion de discuter avec des professeurs et des étudiants de la question des soins palliatifs, des soins aux mourants, questions que vous connaissez maintenant sûrement très bien après avoir entendu les autres témoins.

Vous devez savoir qu'il y a un comité national, j'en fais partie, qui surveille l'enseignement de cette discipline dans les facultés de médecine. Je fais également partie d'un groupe international sur les soins palliatifs appelé International Work Group on Death, Dying and Bereavement. J'ai donc eu des contacts avec un certain nombre d'intervenants dans le milieu. J'ai même été vice-président de son comité d'éthique. Je suis en mesure de vous dire quel est le consensus à l'intérieur de notre discipline. Lorraine vous parlera d'une étude que nous avons effectuée pour sonder davantage la pensée des gens.

Auparavant, j'aimerais examiner quelques problèmes qui selon moi existent dans le projet de loi. Je tiens au départ à dire que le sujet est de la plus haute importance et à féliciter M. Wenman de l'avoir introduit pour qu'il soit discuté. Je suis quand même en désaccord avec un certain nombre de propositions du projet de loi. C'est une des raisons pour lesquelles je suis heureux que les audiences aient été prolongées. Si je comprends bien, elles devaient se terminer à l'automne.

En tant que médecin pratiquant qui a été appelé à rencontrer beaucoup d'autres médecins, j'estime que finalement le projet de loi est inutile. Je ne partage pas l'opinion des témoins précédents au sujet de la pratique médicale courante. Par exemple, si je me fie au libellé du projet de loi ici à l'alinéa proposé 217.1a), le patient est censé demander clairement que le traitement ne soit pas commencé ou continué.

Eh bien, le médecin qui commence un traitement que le patient ne désire pas risque de graves problèmes sur le plan juridique. Il peut être poursuivi pour voies de fait. Les médecins ne donnent pas de traitements que ne désirent pas les patients. Le cas peut sans doute se produire, mais le médecin risque des poursuites. Le conseil juridique qu'on donne aux étudiants est que, s'ils ont le moindre doute, ils ne doivent rien faire que le patient ne désire pas.

L'idée même que le patient doit «le demander clairement» pose quelques difficultés, parce que tout dépend de l'aptitude du patient à décider. Il faut supposer que cette disposition vise les patients aptes à décider.

Je ne m'étais pas rendu compte que c'était la commission de réforme du droit qui avait proposé cette expression au paragraphe 217.1b): «médicalement inutile et n'est pas dans l'intérêt véritable». On se demande qui décide de ce qui est «médicalement inutile» et de ce qui «n'est pas dans l'intérêt véritable du malade».

[*Texte*]

However, what I really worry about is proposed paragraph 217.1(c). I assume the intention here is to let doctors treat patients, to let them give pain-killing medication, and if that happens to hasten death, they wouldn't be prosecuted. I can understand that.

In my experience and in the experience of people I know in the field, patients hardly ever die from the narcotics. The problem is that they become resistent to narcotics. The doses they are on at the point of death... I was once accused of murdering a child—it was a very unpleasant experience—because we gave the child a large dose of morphine and she died. I was in a moment of panic, I can tell you. This is not very nice. I might have wanted a law to protect me at that time, but we later realized that she had died of a brain hemorrhage, that the dose had not been excessive.

The problem is that if you look at the doses patients die on, they are huge. Anyone in a pharmacy would describe it as a lethal dose, but we don't believe this kills the patient. If it did and that was not the intention, we wouldn't worry about it.

I worry about this phrase to "relieve the physical suffering of a person for the sole reason that such care or measures will or are likely to shorten the life expectancy". I am sure you have heard this before, but my first reaction was that this would give someone a license to give a deliberate overdose. I know this is a disputed thing, but there is no question in my mind or in the minds of people I have talked to that if this bill was in law and you were in trouble and I didn't like you, I could give you an overdose and say "he was suffering".

Again, "suffering" has to be defined. Cicily Saunders, one of the founders of the hospice movement, talks about total pain. Patients can have spiritual pain, physical pain, economic pain—they can have all kinds of pain. So if you are talking about suffering, it is a pretty broad subject. If you want to include this phrase that the sole reason you are doing this is to relieve suffering, I think that would give people the license to actively kill people. That is my objection.

Proposed paragraphs 246.1(a) and (b) are almost identical as far as I can see, except that paragraph (b) doesn't have the sole reason in there. The wording is little better but I still would be very concerned that this would allow people, under the law, to do active mercy killing, which I am strongly opposed to.

One other thing that I didn't realize until today, when I read it more carefully, is that proposed subsection 246.(2) says that a "qualified medical practitioner" means a person who is entitled to practice medicine", etc., and "includes

[*Traduction*]

Cela dit, ce qui m'inquiète le plus, c'est l'alinéa 217.1c) qui me semble vouloir dire que les médecins doivent pouvoir prescrire des médicaments contre la douleur et que si par hasard ces médicaments hâtaient la mort, les médecins ne seraient pas poursuivis. Je comprends cela.

Je sais d'expérience, et beaucoup de spécialistes sont de mon avis, que les patients ne meurent pratiquement jamais pour avoir pris des narcotiques. Le problème, c'est que leur organisme finit par résister aux narcotiques. Lorsqu'ils sont sur le point de mourir, ils en sont à de telles doses... Un jour on m'a accusé d'avoir assasiné un enfant, ce fut une expérience très désagréable. En effet, nous avions prescrit une forte dose de morphine à une enfant et elle est morte. J'ai paniqué, je peux vous le dire. C'est loin d'être une expérience agréable. À cette époque-là, j'aurais bien aimé qu'une loi me protège, mais plus tard on s'est aperçu qu'elle était morte d'une hémorragie cérébrale, que la dose administrée n'avait pas été excessive.

Cela dit, lorsque les patients meurent après une administration de narcotique, ils en sont à des doses phénoménales. N'importe quel pharmacien vous dira que ce sont des doses mortelles, mais nous ne pensons pas que ce soit la cause du décès. Si c'était le cas, et que ce soit inintentionnel, cela ne nous inquiéterait pas.

Ce qui m'inquiète, c'est cette expression: «soulager les souffrances physiques d'une personne, du seul fait que ces soins ou ces mesures abrégeront ou sont susceptibles d'abréger l'expectative de vie de cette personne». Ce n'est pas la première fois que vous l'entendez, mais ma première réaction, c'est que cela autorise quelqu'un à administrer délibérément une dose excessive. Je sais que tout le monde n'est pas d'accord, mais pour moi, cela ne fait aucun doute, et je ne suis pas le seul à penser cela, si ce projet de loi était en vigueur, si vous étiez souffrant et si je ne vous aimais pas, je pourrais vous administrer une dose excessive et déclarer «il souffrait trop».

Là encore, il faut définir la souffrance. Cicily Saunders, une des fondatrices du mouvement des hospices parle de «souffrance totale». Les patients peuvent avoir des souffrances spirituelles, des souffrances physiques, des souffrances économiques, toutes sortes de souffrances. C'est donc un sujet particulièrement vaste. Si vous précisez que vous agissez uniquement pour soulager les souffrances, il me semble que vous donnez aux gens la permission de tuer. Voilà mon objection.

Quant aux alinéas 246.1a) et b), ils sont pratiquement identiques, mais, sauf que dans l'alinéa b) on ne précise pas une raison unique. L'énoncé est légèrement préférable, mais je crains tout de même que cela n'autorise des meurtres de compassion, et je suis tout à fait contre.

Il y a une chose dont je ne m'étais pas rendu compte jusqu'à aujourd'hui et, après une lecture, je vois que le paragraphe 246.(2) précise que «médecin qualifié» s'entend de la personne qui a le droit d'exercer la médecine» etc. et

[*Text*]

any person working under the direction of that person". I presume that would be a nurse or someone working with a doctor, but I wonder if that might not allow someone who is not a doctor to do something that might be unpleasant. So I have difficulty with the wording.

So from my perspective and from what I know about palliative care, I disagree with the previous witnesses. I do not think there is a lot of active mercy killing going on. I know there have been cases, and in spite of my opposition, they seemed reasonable. I don't think I am worried about that. If doctors here and there want to do this, that is fine. As far as I know they have never been prosecuted in Canada. When doctors have been prosecuted for mercy killing in the United States and in other western countries, they have always gotten off. So I don't think we need a law to enlarge that activity. It is already going on in a few cases and it doesn't need to be legalized.

At this point I would like to introduce Lorraine McCullum, our executive director. She will tell about a study we did of palliative care physicians, nurses and other workers.

One of the reasons I get so worked up about this is that I think people in our field do not get enough attention paid to them. After all, we spend our entire lives, night and day, looking after these dying patients, and with all due respect, I think we know a lot more about them than philosophers and people in other areas, although they may be bringing up valid concerns.

• 1710

Ms Lorraine McCullum (Executive Director, Human Life Research Institute): First of all, I would like to reiterate Dr. deVeber's thanks to the committee for the opportunity to make this presentation. The Human Life Research Institute was founded in 1982 to provide scholarly research on ethical issues in health care. We have a board of directors made up of doctors, lawyers, and academics with interests and expertise in bioethical issues. We would like to address the proposed amendments to the bill on terminally persons, as they directly relate to our own research.

On first reading, it would seem that the proposed amendments would put in legal terms what is already accepted ethical practice among health care workers in the field of palliative care. More specifically, it is the common law right of patients to refuse any medical treatment. These amendments would attempt to protect medical care workers who respect these wishes. But as our research director, Dr. Ian Gentles, stated in his November 19, 1991, *Globe and Mail* article:

> Mr. Wenman's bill, regardless of its intention, could open the door to active euthanasia. In the present climate of opinion, it is easy to imagine a physician administering a lethal dose of a pain-killing drug and then claiming that death was the best way to eliminate suffering. If the physician could also show that the patient had requested the lethal dosage, the court might well interpret the law in his favour.

[*Translation*]

«est assimilé au médecin qualifié toute personne qui travaille sous la direction d'un tel médecin». J'imagine qu'il peut s'agir d'une infirmière ou d'une autre personne qui travaille avec un médecin, mais est-ce que cela ne pourrait pas autoriser quelqu'un qui n'est pas médecin à faire quelque chose de désagréable. Cet énoncé ne me plaît donc pas tellement.

Personnellement, les connaissances que j'ai des soins palliatifs, je ne suis pas d'accord avec le témoin qui m'a précédé. Je ne pense pas qu'il y ait tellement de meurtres de compassion. Je sais qu'il y a eu des cas, et tout en n'étant pas d'accord, je reconnais qu'ils semblaient raisonnables. Ce n'est pas ce qui m'inquiète. Si des médecins sont prêts à le faire, c'est parfait. Que je sache, on ne les a jamais poursuivis au Canada. Aux État-Unis et dans d'autres pays occidentaux, tous les médecins qui ont été poursuivis pour meurtre de compassion s'en sont toujours tirés. Nous n'avons donc pas besoin d'une loi pour faciliter ce type d'activité. Cela se fait déjà dans quelques cas, et il n'y a pas besoin de le légaliser.

Maintenant, j'aimerais vous présenter Lorraine McCullum, notre directrice générale. Elle va vous parler d'une étude que nous avons faite sur les soins palliatifs administrés par les médecins, les infirmières et d'autres travailleurs.

Si cette question me tient tellement à coeur, c'est qu'à mon avis on ne s'occupe pas suffisamment des travailleurs de notre domaine. Après tout, nous passons notre vie entière, nuit et jour, à prendre soin de ces patients mourants, et on peut dire que nous les connaissons beaucoup mieux que les philosophes et les gens des autres secteurs, même si ceux-ci ont également des préoccupations valables.

Mme Lorraine McCullum (directrice générale, Human Life Research Institute): Pour commencer, tout comme le D[r] deVeber, je remercie le comité de nous recevoir. Le Human Life Research Institute a été fondé en 1982 pour faire de la recherche sur les aspects éthiques de la santé. Nous avons un conseil d'administration constitué de médecins, d'avocats et d'universitaires qui s'intéressent à la bio-éthique. Nos observations portent sur les amendements au Code criminel en ce qu'ils touchent les personnes en phase terminale, car ils ont un rapport direct avec notre recherche.

À première vue, ces amendements touchent en termes juridiques des pratiques qui sont déjà généralement acceptées par le secteur de la santé, en particulier, le secteur des soins palliatifs. En droit commun, un patient a le droit de refuser tout traitement médical. Ces amendements tentent de protéger les travailleurs de la santé qui respectent les désirs des patients. Mais comme notre directeur de la recherche, le D[r] Ian Gentles, l'a déclaré dans son article du 19 novembre 1991 dans le *Globe and Mail*:

> Le projet de loi de M. Wenman, indépendamment de ses intentions, pourrait ouvrir la porte à une euthanasie active. Dans le climat actuel de l'opinion publique, il est facile de concevoir qu'un médecin administre une dose mortelle d'un narcotique pour prétendre ensuite que la mort était le meilleur moyen d'éliminer la souffrance du patient. Si le médecin peut également prouver que le patient a réclamé une dose mortelle, le tribunal pourrait fort bien interpréter la loi en sa faveur.

[*Texte*]

We have done our own extensive study on this issue, since it concerns those who are most closely involved with these kinds of decisions, that is, the health care professionals who are involved in the care of the terminally ill.

Drawing from the international conference on terminal care in Montreal in 1988, our sample consisted of 365 Canadians and 180 Americans, to make a total of 545. Completed questionnaires numbered 371, which accounted for 68% of the sample. We consider this high rate of return to be an indication of the high level of concern about the issues. Among those who responded to the study, there were 98 physicians, 168 nurses and 105 social workers, chaplains, volunteers, and others. We are confident that the respondents are representative of both the delegates at the conference and of health care workers in general attending dying patients.

In our investigation of attitudes of these health care workers, we confined our questions to those situations where a patient's illness is progressing and death is imminent. Generally speaking, the majority of our respondents agreed with the ethics of foregoing treatment when the request comes from a mentally competent patient or at the request of a next-of-kin in the case of patients in a persistent vegetative state.

When asked about foregoing specific procedures—antibiotics, artificial feeding, artificial hydration, artificial respiration, cardiopulmonary resuscitation, major surgery, minor surgery, and chemotherapy—when death is imminent and recovery unlikely, an average of 8 out of 10 respondents agreed with foregoing these procedures. However, when asked whether there is an ethical difference between allowing a patient to die in one or more of the ways previously described and actively bringing about a patient's death by means of a lethal injection, 74% responded that, yes, direct killing is unethical.

When asked if a physician or a nurse should have the right to directly end a terminally ill patient's life if children or next-of-kin request it, 79% said definitely or probably not.

Asked if they thought that the ending of terminally ill patient's lives at their request should be a medically accepted practice in palliative care units, 66% said definitely or probably not.

If it were legal for physicians or nurses to end the lives of their patients at the patient's request, respondents were asked if patients would be less trusting. Almost half, 49%, thought that patients would definitely or probably be less trusting of physicians or nurses.

They then were asked if they thought it was true that if a physician's or nurse's special knowledge and skills were used not only to cure and comfort but also to directly end patients' lives that the way would be open for great misuse of power. A total of 58% said definitely or probably yes.

[*Traduction*]

Nous avons fait une étude approfondie de cette question qui intéresse les gens les plus directement visés par ce genre de décision, c'est-à-dire les professionnels de la santé qui s'occupent de patients en phase terminale.

Fondé sur la Conférence internationale sur les patients en phase terminale, qui s'est tenue à Montréal en 1988, notre échantillonnage comprenait 365 Canadiens et 180 Américains, pour un total de 545. Nous avons reçu 371 questionnaires remplis, ce qui représente 68 p. 100 de l'échantillonnage. Ce taux élevé de réponses nous indique que cette question suscite de grosses préoccupations. Parmi ceux qui ont répondu à l'enquête, on trouve 98 médecins, 168 infirmiers et infirmières et 105 travailleurs sociaux, aumôniers, volontaires, etc. Nous sommes convaincus que ceux qui ont répondu à notre questionnaire sont représentatifs à la fois des délégués présents à la conférence et de l'ensemble des travailleurs de la santé qui s'occupent de patients en phase terminale.

Pour cette enquête parmi les travailleurs de la santé, nous avons uniquement posé des questions à propos de patients pour lesquels la mort est imminente. En règle générale, la majorité de ceux qui ont répondu sont d'accord pour interrompre les traitements quand c'est un patient mentalement compétent qui le demande ou encore un parent proche, dans le cas d'un patient qui a atteint un état végétatif permanent.

Lorsqu'on leur pose des questions sur des interventions spécifiques: antibiotiques, alimentation artificielle, hydratation artificielle, respiration artificielle, ressuscitation cardiopulmonaire, chirurgie, majeure et mineure, chimiothérapie, lorsque la mort est imminente et le rétablissement improbable, 8 personnes sur 10 en moyenne répondent qu'elles sont d'accord sur le refus de ces interventions. Toutefois quand on leur demande si, sur le plan moral y a une différence entre le fait de laisser un patient mourir en renonçant aux interventions qu'on vient de citer, et le fait de provoquer la mort par une injection mortelle, 74 p. 100 répondent que oui, le meurtre est contre les lois de l'éthique.

Quand on leur demande si un médecin, ou une infirmière, devrait avoir le droit de mettre fin directement à la vie d'un patient en phase terminale lorsque ses enfants ou un parent proche le demandent, 79 p. 100 répondent: absolument pas ou probablement pas.

Quand on leur demande si dans les services de soins palliatifs il faut accepter la pratique médicale qui consiste à mettre fin à la vie d'un patient en phase terminale à sa demande, 66 p. 100 d'entre eux répondent: absolument pas ou probablement pas.

Si les médecins ou les infirmières avaient légalement le droit de mettre fin à la vie de leur patient à la demande de celui-ci, pensent-ils que les patients finiraient par être moins confiants? Près de la moitié, 49 p. 100, pensent que les patients seraient absolument ou probablement moins confiants envers les médecins et les infirmiers ou les infirmières.

Quand on leur demande s'il est exact, à leur avis, qu'un médecin ou une infirmière pourrait se livrer à de grands abus de pouvoirs s'ils étaient autorisés à utiliser leurs connaissances spéciales non seulement pour soigner et réconforter, mais également pour mettre fin à la vie des patients, 58 p. 100 ont répondu que c'était absolument ou probablement vrai.

[*Text*]

Based on our research, we are making the following recommendations in our publication: first, that medical professionals and counsellors should be educated in the most up-to-date methods of pain control before they begin working in the field of palliative care; and second, that governments responsible for health should continue to support research in the field of pain control.

• 1715

In conclusion, this bill has the potential danger of opening the way to active euthanasia in Canada. Health care professionals in both our country and the United States who are most involved with the care of the terminally ill are solidly opposed to active euthanasia. Thank you.

Dr. deVeber: Just to reinforce that, this is something that was sent to the members of the committee along with a summary of our study. The Academy of Hospice Physicians—they're doctors who work in hospice in Canada and the States—after a long debate and a look at this, stated the following: that it's ethically justifiable to withhold or discontinue life support interventions that do not accord with the patient's wishes where such interventions cannot reverse the course of the disease and only prolong dying. They also believe it's ethical, after consultation with the family and guardians, to take such decisions on behalf of unconscious or incompetent patients. They also agree that drugs in doses to control pain and other symptoms should not be withheld just because they shorten a patient's life, but then they go on to say that active acceleration of death or drugs should not be legalized. That was a similar resolution from the hospice association.

You have, then, what appears to be quite a wide gap between what people in the field are saying and what the public and other people are feeling. I've looked at this a bit and I've tried to figure out why. I should mention Dr. Latimer, an expert in palliative care in Ontario who studied in ethics institutes and also spent some time in Holland. I just heard her talk last week. As she pointed out, it's the healthy people who are afraid of all this, yet the dying people, the terminal patients, don't seem to be. She said that she's looked after 4,000 terminal patients over ten years, and only two have asked for active mercy killing.

People would say that of course they won't ask the doctor, they'll ask someone else, but we again feel that this fear and this push for legalizing something like this or mercy killing is not really coming from the patients or the physicians looking after them. It's coming from a public fear of uncontrolled pain, of not having control over their life in hospital, the fear that they'll get into hospital and get put on machines and won't be able to get off them. I think these are real concerns—I'm not trying to minimize them—but I just wonder how valid they are. I mean, is this really happening in hospitals?

[*Translation*]

Nos recherches nous ont conduit à formuler les recommandations suivantes dans notre rapport: premièrement, les professionnels et les conseillers de la santé devraient être parfaitement au courant des méthodes les plus récentes de contrôle de la souffrance avant de pouvoir travailler dans le secteur des soins palliatifs. Deuxièmement, les gouvernements responsables de la santé doivent continuer à soutenir la recherche dans le domaine du contrôle de la souffrance.

En conclusion, ce projet de loi pourrait ouvrir la porte à l'euthanasie active au Canada. Les professionnels de la santé, à la fois dans notre pays et aux États-Unis, qui ont le contact le plus direct avec les patients en phase terminale, s'opposent fermement à l'euthanasie active. Merci.

Dr deVeber: En complément d'information, voici un document qui a été envoyé aux membres du comité avec un résumé de notre étude. L'académie des médecins d'hospices, organisme qui regroupe des médecins canadiens et américains travaillant dans des hospices, a déclaré, après avoir approfondi cette question, qu'il était éthiquement justifiable d'interrompre ou d'arrêter un traitement lorsqu'un patient le souhaite et lorsque ce traitement ne peut pas renverser le cours de la maladie et ne peut que prolonger l'agonie. Ces médecins considèrent également éthique de prendre de telles décisions au nom d'un patient inconscient ou incompétent après consultation avec sa famille et ses curateurs. Ils pensent également qu'on ne devrait pas cesser d'utiliser les médicaments qui contrôlent la douleur lorsque ceux-ci risquent de raccourcir la vie d'un patient, mais ils ajoutent qu'il ne faut pas légaliser le fait de précipiter la mort. C'est donc une résolution semblable qui a été formulée par l'association des hospices.

Il y a donc en apparence un écart considérable entre l'opinion des spécialistes et les sentiments qui ont cours généralement dans le public. J'ai un peu étudié cet aspect-là et je me suis demandé pourquoi. Je devrais vous parler du docteur Latimer, expert ontarien en soins palliatifs, qui a travaillé dans des instituts d'éthique et qui a également vécu en Hollande. J'ai eu l'occasion de l'entendre la semaine dernière, elle faisait observer que ce sont les gens en bonne santé qui ont peur de cette situation, mais que les gens en phase terminale, ceux qui sont sur le point de mourir, ne semblent pas la craindre. Elle disait qu'elle avait étudié le cas de plus de 4,000 patients en phase terminale au cours de dix années, et que pendant tout ce temps, deux seulement avaient demandé à être tués par compassion.

Évidemment, on vous dira que les gens ne demandent pas cela à leur docteur, qu'ils le demandent à quelqu'un d'autre, mais il n'empêche qu'à notre avis ce ne sont pas les patients ou les médecins qui s'occupent d'eux qui veulent qu'on légalise ce genre de pratique. C'est un mouvement issu d'une crainte du public, de la peur de la douleur incontrôlable, de la crainte de perdre le contrôle sur sa propre existence à l'hôpital, de se voir branché sur des machines sans pouvoir s'en libérer. Ce sont des craintes respectables, je ne cherche pas à les minimiser, mais je me demande dans quelle mesure elles sont valables. Après tout, est-ce vraiment la situation qui prévaut dans les hôpitaux.

[*Texte*]

One problem about pain control is that there's a myth in the medical and nursing professions that undue use of narcotics will make addicts out of patients or depress their respirations or maybe even kill them. I think that's an unwritten fear for a lot of health care people. Today you still hear about patients having pain and the health care people will not give them enough pain medication. I see it right in my own hospital, where the nurses and interns—no one is going to give them heck, but they still have that hesitation. I think that is a major problem.

In the last ten years the teaching of this in medical schools and in hospitals has increased tremendously. The tools have increased. We have intravenous morphine drips, we have long-acting morphine, we have a lot of tools today we didn't have ten years ago. Certainly, in the palliative care units they're being used properly.

I don't know if you mentioned it, but these people generally feel they can control 95% of pain, so in a palliative care setting there doesn't seem to be any reason for this fear. But I'm quite aware that out there in other hospitals and other areas, things are happening that aren't very nice. The answer to me is not to kill these patients, but to get the doctors and nurses to give them more pain control.

I think that's one problem—better education and better practice. I agree with Dr. Browne that if we say no to mercy killing and even no this bill, it puts a tremendous onus on us to make sure that the doctors and nurses out there are doing a good job. I'd have to say that if a patient were in terrible, agonizing pain and no one could control it, I'd have great difficulty arguing against mercy killing. Now I wouldn't propose mercy killing; I would say we should give the proper drugs and try to solve their problem. I think that's a challenge.

Another thing behind all this, and I'm sure you've heard this before, is that we believe that this bill, if legalized, would definitely increase active mercy killing. Where would it lead? We have to look at the Holland experience, which I think is very critical to this whole debate. In Holland, by the way, they didn't change the law, though many people think they did. They simply allow doctors to practise mercy killing, and they don't prosecute them, but they have to report everything they do.

• 1720

Figures are coming out about what is going on in Holland. First of all—and I knew this years ago—up to 30% to 40% of cancer patients in some hospitals die from active mercy killing. Why is this? It is because Holland has never had a decent hospice or palliative care movement. They don't know a lot about pain control. They ask the patients who are in terrible pain, you have the option of being killed or of going on in terrible pain. What would you do? You'd opt for mercy killing. So that has been going on there on a fairly wide scale.

[*Traduction*]

Lorsqu'on parle de contrôle de la douleur, il existe un mythe parmi les médecins et les infirmiers; on craint qu'une utilisation excessive de narcotiques ne produise des toxicomanes, que cela réduise leur rythme respiratoire et même que cela les tue. Pour beaucoup de spécialistes de la santé, c'est une crainte tacite. Encore aujourd'hui, on entend parler de patients qui souffrent et à qui on ne donne pas une dose suffisante pour maîtriser la douleur. Dans mon propre hôpital, où les infirmières et les internes. . .personne ne leur en voudrait, mais ils continuent à hésiter. C'est un gros problème.

Au cours des dix dernières années, l'enseignement de ces techniques dans les écoles de médecine et les hôpitaux a pris un énorme développement. Les outils dont nous disposons sont beaucoup plus perfectionnés. Nous avons maintenant le goutte-à-goutte intraveineux pour la morphine, de la morphine qui agit sur de longues périodes, nous disposons d'outils que nous n'avions pas il y a dix ans. Il est certain que dans les services de soins palliatifs, ces outils sont utilisés à bon escient.

Je ne sais pas si vous l'avez mentionné, mais en règle générale, ces gens-là ont l'impression de pouvoir contrôler 95 p. 100 de la douleur; dans les services de soins palliatifs, cette crainte n'est donc pas justifiée. Cela dit, je sais que dans d'autres hôpitaux on peut voir des situations qui ne sont pas très belles. À mon avis, la solution n'est pas de tuer ces patients-là, mais de persuader les médecins et les infirmiers de mieux contrôler leur douleur.

Il y a là un problème: celui d'une meilleure préparation, d'une meilleure pratique. Je suis d'accord avec le docteur Browne, si nous rejetons le meurtre par compassion, si nous rejetons ce projet de loi même, il devient d'autant plus important pour les médecins et les infirmières de faire du bon travail. Je dois dire que si l'un de mes patients éprouvait des douleurs horribles, incontrôlables, j'aurais beaucoup de mal à continuer à m'opposer au meurtre par compassion. Ce n'est pas ce que je proposerais, mais je dirais qu'il faut lui donner les médicaments qui s'imposent pour résoudre le problème. C'est un véritable défi.

Autre chose, et je suis certain que vous l'avez déjà entendu, nous sommes convaincus que, si ce projet de loi entrait en vigueur, il y aurait plus de meurtres par compassion. Où cela conduirait-il? Il faut voir ce qui se passe en Hollande, situation particulièrement pertinente pour notre débat. En Hollande, soit dit en passant, on n'a pas changé la loi, bien que beaucoup aient cette impression. On permet simplement aux médecins de pratiquer le meurtre par compassion et on ne les poursuit pas en justice, mais ils doivent faire un rapport exact de tout ce qu'ils font.

On commence à recevoir des chiffres sur ce qui se passe en Hollande. Pour commencer, c'est une chose que je savais déjà il y a des années, on provoque la mort de 30 à 40 p. 100 des patients atteints du cancer. Pourquoi cela? Parce qu'en Hollande, il n'y a jamais eu une organisation d'hospices ou de soins palliatifs décents. On ne s'y connaît pas vraiment en matière de contrôle de la douleur. On demande au patient qui subit d'horribles douleurs s'il veut continuer ou s'il préfère qu'on provoque sa mort. Que feriez-vous à sa place? Vous choisiriez la mort. C'est une chose qui est assez généralisée.

[*Text*]

A recent report in the *Lancet*—a well-known British medical journal, which I think was circulated to the committee—shows in one series nearly 5,000 patients had what is called involuntary mercy killing. In other words, these were people who were killed who didn't say they wanted it. Then on top of that they report 20,000 cases where a possible overdose or increased pain medication was the cause of death. So it appears that over there now it has shifted from active mercy killing to involuntary mercy killing.

This is a very dangerous step to take. It certainly happened by the way in Germany before the Nazis came. The same sort of thing was going on back in the late 1920s and early 1930s. So there is this fear that if you open the door a little bit, it may end up in something unpleasant.

The other thing happening over there, which is the bottom line to me, is that... We heard stories of old people in Holland being afraid of the doctor. There is a family doctor in London named Oosterhaus, and his brother is medical director of a hospital in Holland. He told his brother these old people are getting together and saying now what is the safe hospital to go into? Don't go into that one because they are killing people. To me, if that is true, and this doctor assures me it is, they have really reached the bottom line of a problem with patients who are afraid to go into hospitals.

In this bill I also worry about the patients who are incompetent or unconscious. You are worried who is going to make these decisions for them. I had a very nasty experience at the Shaughnessy Veterans Hospital, where many old gentlemen were very ill and probably a little senile. I can see a terrible problem in the home. When they were well enough to go home, the family would plead with us not to send them home because they were so much trouble. In about three cases the family said couldn't you just give him a little extra so he would die in peace. They were asking for active mercy killing of this old man.

I also know a family close to me where an old man, an old father, came into the house and literally destroyed that house. He caused nervous breakdowns and all kinds of things before he finally died. I am not trying to be sexist here; I suppose an old woman could do it, but you seem to hear more about the old men doing it.

At the end of that year at Shaughnessy I wouldn't have trusted some of these families with the decision affecting these old gentlemen's lives. I just felt they were too anxious to get rid of them.

One way to get around this is to have someone assigned as your proxy. You choose this person, and of course it needn't be someone in the family, just someone you trust. If you put that together with this idea of a living will—which I'm not too keen on being legalized, by the way, but I think the discussion leading up to a living will was very good—you may have some way to prevent this.

[*Translation*]

Dans un rapport récent paru dans *Lancet*, journal médical britannique bien connu, et que le comité a dû voir, on constate que près de 5,000 patients ont été tués par compassion «involontairement». Autrement dit, il s'agit de gens qui ne l'avaient pas réclamé. On parle également de 20,000 cas où une dose de narcotique excessive a probablement provoqué la mort. Autrement dit, dans ce pays-là, on ne demande plus l'avis des patients, on provoque activement la mort par compassion.

C'est une voie très dangereuse. Soit dit en passant, cela se faisait certainement en Allemagne avant l'arrivée des Nazis. À la fin des années 20 et au début des années 30, ce genre de chose se faisait déjà. Il y a donc un danger, quand on ouvre un peu la porte, on peut déboucher sur quelque chose de pas très beau.

Il y a autre chose là-bas, et à mon avis c'est la goutte d'eau... Nous avons entendu parler de personnes âgées qui, en Hollande, ont peur du docteur. À Londres, il y a un médecin de famille qui s'appelle Oosterhaus, son frère est directeur médical d'un hôpital en Hollande. Il a raconté à son frère que ces personnes âgées se réunissent pour se demander à quel hôpital on peut faire confiance? N'allez pas dans celui-là, car on y tue les gens. Si c'est vrai, et ce médecin m'assure que c'est le cas, c'est vraiment la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Lorsque les patients ont peur d'aller à l'hôpital, on a vraiment dépassé les bornes.

Ce projet de loi m'inquiète également pour ce qui concerne les patients qui sont incompétents ou inconscients. On se demande qui va prendre la décision en leur nom. À l'hôpital des anciens combattants de Shaughnessy, j'ai eu une expérience très désagréable; il y avait beaucoup de vieux messieurs très malades, probablement un peu séniles. À la maison, ils avaient de gros problèmes. Lorsqu'ils se rétablissaient suffisamment pour rentrer chez eux, la famille nous suppliait de ne pas les y renvoyer, car on avait trop de mal à s'occuper d'eux. À trois reprises, une famille nous a demandé s'il ne serait pas possible de leur administrer une petite dose supplémentaire pour qu'ils meurent en paix. Autrement dit, ils nous demandaient de mettre fin à la vie de ce vieil homme par compassion.

Je connais très bien une famille où un vieil homme, le père, est venu s'installer, et il a littéralement détruit cette famille. Lorsqu'il a fini par mourir, plusieurs personnes avaient eu des dépressions nerveuses, etc. Je ne cherche pas à être sexiste, et j'imagine qu'une vieille femme pourrait provoquer les mêmes désordres, mais apparemment, ce sont souvent les hommes.

À la fin de cette année-là à Shaughnessy, je n'aurais fait confiance à aucune de ces familles pour prendre une décision au sujet de l'existence de ces vieux messieurs. J'avais vraiment l'impression qu'ils étaient trop disposés à se débarrasser d'eux.

Une solution, c'est de confier une procuration à quelqu'un. On choisit une personne, qui n'a pas besoin de faire partie de la famille, simplement une personne à qui on fait confiance. Si vous associez cela à l'idée du testament de vie—chose que, entre parenthèses, je ne tiens pas beaucoup à voir légalisée, mais c'est une idée qui provoque une excellent discussion—il est possible que tout cela permette de trouver une solution.

[*Texte*]

The final point I want to make is that some of the people in the right-to-die movement are really pushing for some very unpleasant things. I know that Derek Humphrey is now in great trouble because he has been accused apparently of actually murdering his in-laws. People in that movement are looking at hospital care, and this is another pressing factor.

Twenty years ago there seemed to be money for health care, and nobody worried. Now everyone's worried. You get the idea you've got these old people lying around; you've got unconscious people; they're costing a lot of money. It would be very tempting to ease and liberate their suffering and save a little money. I think what is working in our society is very dangerous.

Finally, you get someone like Derek Humphrey saying we have all these Alzheimer's patients, two or three million of them, and Alzheimer's is a terrible disease. He said we have to do something about them. You know what Derek Humphrey would do about them; he would want them put away. I am getting a little old and a little forgetful. I keep thinking, God, if I get really forgetful they'll come after me. So I'm really worried about where this is all leading.

• 1725

I think the bill had good intentions. The language is a problem. I think the way it's written definitely would cause increased mercy killing. I would prefer that the bill simply not pass, or if it does pass, be substantially changed. I think I'll stop there to leave time for questions.

The Chairman: It's not bad; thank you very much for your testimony. You mentioned that we should ask the general practitioners what they're feeling, rather than just dealing with academics.

Dr. deVeber: Well, we're not academics. We're working with patients.

The Chairman: But you mentioned that you would rather see us talking to people in the profession who are practising the profession of medicine. I'd like to bring to your attention—my colleagues already know this—a letter that's addressed to the clerk of our committee. It's from the Canadian Medical Association. I won't give you the preamble, I'll just quote directly:

> At its meeting on December 5, the executive committee reaffirmed the Canadian Medical Association's earlier decision to not accept your invitation to present its opinion on the legislation proposed by Mr. Wenman.

I want this to go into the *Minutes of Proceedings and Evidence* so that there won't be any misconception that this committee is not consulting as widely as we possibly can to get a picture here. I wanted to allay any fears you might have that we're dealing only with "philosophers"—I think that's the word you used—notwithstanding the fact that we do need philosophy to help us arrive at our decision.

[*Traduction*]

Enfin, il y a des gens qui défendent le droit de mourir et qui réclament certaines choses vraiment déplaisantes. Je sais que Derek Humphrey a de grosses difficultés actuellement, car on l'a accusé d'avoir assassiné ses beaux-parents. Les gens qui appartiennent à ce mouvement s'interrogent sur les soins hospitaliers, et c'est un autre facteur dont il faut s'occuper de façon urgente.

Il y a vingt ans, on avait suffisamment d'argent pour la santé, personne ne s'inquiétait. Aujourd'hui, tout le monde est inquiet. On a l'impression qu'il y a tous ces vieux qui sont couchés dans tous les coins, des gens inconscients, des gens qui coûtent très cher. Il est très tentant de les libérer de leurs souffrances et d'économiser en même temps un peu d'argent. Il y a dans notre société des mouvements qui sont très dangereux.

Enfin, vous avez quelqu'un comme Derek Humphrey qui prétend qu'il faut faire quelque chose pour tous les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, c'est-à-dire deux ou trois millions de personnes souffrant de cette maladie terrible. Vous savez ce que Derek Humphrey ferait pour eux? Il les supprimerait. Je commence à vieillir, ma mémoire n'est plus aussi bonne, je me dis, Seigneur, si cela continue, on va venir me chercher. Je m'inquiète vraiment quand je vois où tout cela pourrait mener.

À mon avis, le projet de loi part d'une bonne intention, mais l'énoncé pose un problème. Il est certain que dans sa forme actuelle il va augmenter le nombre de meurtres par compassion. Je préférerais qu'il ne soit pas adopté, mais s'il l'était, il faudrait y apporter de grosses modifications. je vais m'en tenir là pour laisser le temps de nous poser des questions.

Le président: Ce n'est pas si mal, merci beaucoup pour votre témoignage. Vous avez dit que nous devrions demander leur avis aux médecins de famille au lieu de parler uniquement aux universitaires.

Dr deVeber: Nous ne sommes pas tous des universitaires, nous travaillons aussi avec des patients.

Le président: Mais vous avez dit que vous préféreriez nous voir discuter avec des professionnels qui exercent véritablement la médecine. J'aimerais attirer votre attention—c'est une chose que mes collègues savent déjà—sur une lettre qui a été envoyée au greffier de notre comité. Elle vient de l'Association médicale canadienne, je passe le préambule, et je cite:

> Lors de sa réunion du 5 décembre, le comité exécutif a réaffirmé la décision de l'Association canadienne des médecins de ne pas accepter votre invitation à présenter son opinion sur le projet de loi proposé par M. Wenman.

Je tiens à ce que cela figure dans les *Procès-verbaux et témoignages* pour qu'on ne puisse pas accuser le comité de ne pas consulter le plus de gens possible avant de se former une opinion. Si vous craignez que nous ne discutions uniquement avec des «philosophes»,—c'est le terme que vous avez utilisé, je crois—je tiens à vous rassurer, mais il est certain que pour parvenir à une décision nous avons besoin d'une philosophie.

[*Text*]

Dr. deVeber: To be fair, they often speak for a segment of the public that we may not speak for, so I'm not discounting their testimony entirely. I'm disappointed with the CMA. They may have trouble getting a consensus. Although among hospitals and palliative care physicians there is a pretty strong consensus, I have to say that it's not that way in practice. There's a lot of division about it.

The Chairman: With your permission, with about seven minutes left, I'll pursue the same practice I did with our last witnesses. We'll go once around the table. We started with Mr. Boudria last time. He had such a short question, I think I'll go to him again.

Mr. Boudria: Thank you, Mr. Chairman; I have interviews at 5.30 p.m., so I can't stay very long to hear the rest. I'll try to get in this question. I'll quote from the bill: "The purpose of this Bill is to protect a physician from criminal liability". That's the purpose of the bill, doctor.

The Canadian Medical Association has indicated that it doesn't wish even to speak about this bill to us. Think for a moment, doctor, that your name was Don Boudria, MP. You're sitting on this side of the table. The choice to you is whether or not to proceed with this bill, given that the Medical Association, whose members we're supposed to be protecting by this bill, doesn't even want to testify as to whether or not it needs it. What would you do? Would you abandon the bill?

Dr. deVeber: I have to say that I'd abandon it. I can't speak for the CMA, but again, no doctor has ever been prosecuted for any these things. I get nervous when legislation is passed, because someone might be prosecuted. I mean, you could do all kinds of things. So I would prefer to just withdraw it, in spite of all the work that's gone on.

Mr. Boudria: I thank you.

The Chairman: Hi, Doug, how are you? Would you like to question our witnesses?

Mr. Fee (Red Deer): I don't have a question, but a comment on what are excellent statistics and a very good presentation. I think you've illustrated one of the problems our committee has had since we started.

When I was first asked if I wanted to sit on this committee, it was described as a bill that just addressed the common concern. No contentious issue was involved at all. I think you've illustrated that it has developed into more than what Mr. Wenman was trying to initially address. You mentioned that palliative care and hospice physicians are unanimously agreeing—

Dr. deVeber: Well, it's not unanimous, but largely.

[*Translation*]

Dr deVeber: Je dois reconnaître que très souvent les médecins expriment l'opinion d'une partie du public que nous ne pouvons pas toujours représenter, je ne voudrais donc pas minimiser l'importance de leur témoignage. La position de l'AMC m'a déçu. Les médecins ont peut-être du mal à se mettre d'accord. Cela dit, ceux qui travaillent en milieu hospitalier et palliatif sont presque tous d'accord et reconnaissent qu'on ne peut pas travailler de cette façon-là. Il y a de grosses divergences d'opinion.

Le président: Si vous le voulez bien, comme il nous reste environ sept minutes, je vais faire la même chose qu'avec notre dernier témoin, c'est-à-dire un seul et unique tour de table. La dernière fois nous avons commencé par M. Boudria, et il a posé des questions tellement courtes, que je vais lui redonner la parole.

M. Boudria: Merci, monsieur le président, d'autant plus que j'ai des entrevues à 17h30 et que je ne pourrai pas rester très longtemps ensuite. Je vais donc poser une question. Je cite le projet de loi: «Ce projet de loi a pour objet de protéger un médecin de la responsabilité criminelle». Docteur, voilà l'objet du projet de loi.

L'Association médicale canadienne a déclaré qu'elle ne désirait même pas en discuter avec nous. Réfléchissez un instant, docteur; si vous vous appeliez, Don Boudria, député, si vous étiez assis de ce côté-ci de la table, et si vous aviez le choix entre approuver ou rejeter ce projet de loi, qu'est-ce que vous feriez quand l'Association médicale canadienne, dont les membres sont censés être protégés par ce projet de loi, refusent de venir témoigner et de dire si c'est une mesure nécessaire ou pas? Que feriez-vous? abandonneriez-vous le projet de loi?

Dr deVeber: Je dois dire que je l'abandonnerais. Je ne peux pas parler au nom de l'AMC, mais il faut reconnaître qu'aucun médecin n'a jamais été poursuivi en justice pour ce genre de chose. Quand on adopte une loi, cela me rend nerveux, cela soulève tout de suite la possibilité de poursuites. On pourrait faire toutes sortes de choses, je préférerais donc qu'on retire ce projet de loi, en dépit de tout le travail qu'il a fallu pour le préparer.

M. Boudria: Je vous remercie.

Le président: Hello, Doug, comment allez-vous. Vous avez des questions à poser à nos témoins?

M. Fee (Red Deer): Je n'ai pas de question, mais plutôt une observation sur les excellentes statistiques que vous nous avez apportées dans votre très intéressant exposé. Vous avez bien montré un des problèmes auxquels notre comité s'est heurté depuis le début.

La première fois qu'on m'a demandé si je souhaitais siéger à ce comité, on m'a dit que c'était un projet de loi relatif à une question d'intérêt général. Rien ne portait à controverse. Vous avez très bien montré que cela est devenu beaucoup plus que ce que M. Wenman envisageait au départ. Vous dites que tous les médecins travaillant dans les hospices et dans les services palliatifs sont d'accord. . .

Dr deVeber: Pas tous, mais la majorité.

[*Texte*]

Mr. Fee: Over our recent break I talked to as many physicians as I could. I received basically the same message from general duty practitioners. You mentioned that there's a gap between the public and professional concern about the issue. How do you account for that?

• 1730

Dr. deVeber: I think I would have to blame the media. I think the public has this idea that if you get cancer it means you are going to have terrible pain. It is so bad that in England two young men who had 90% curable Hodgkin's disease committed suicide as soon as they heard they had cancer. This is the public image. I guess the medical profession is failing in educating the public. It's simply that. We just have to do better.

Mr. Kilger: On a personal note, I would like to express my respect for Dr. deVeber's work with terminally ill children who have cancer. That is all. Thank you.

Mr. Wenman: I would like you to know that the resolution approved by the delegates to the National Hospice Organization's annual meeting on November 8, the basic conclusions you read, I would support those 100%. In fact, I think that is what the bill does. A lot of your fear seems to be about where the bill might go. Surely you are not referring to this bill as a mercy-killing bill or a euthanasia bill. It has definitely been said again and again and again. This to you is not a euthanasia bill.

Dr. deVeber: If this is passed the way it's worded now, it would give doctors the legal authority to kill patients. I think it is an active mercy-killing bill.

Mr. Wenman: Where does it say that? Where do you think that authority is?

Dr. deVeber: Where is says that—

Mr. Wenman: And how is that different from the very principle, from the same resolution?

Dr. deVeber: The problem is that it says the doctor is excused from prosecution if he does something that is intended to eliminate or relieve the physical suffering of the patient for the sole reason that such care measures will shorten the life of the patient. I wouldn't word it that way. Ethically and morally, it is the principal and double effect. If I am treating a cancer patient for pain, and that is my main intent, and secondarily, they happen to die of an overdose, then I don't think I have done anything wrong.

Mr. Wenman: I don't either. That is what I am trying to say.

Dr. deVeber: To me, that wording means the main reason you are doing this is to end the life of the patient, not to relieve suffering.

[*Traduction*]

M. Fee: Pendant notre récent congé parlementaire, j'ai discuté avec le plus de médecins possible. La plupart des généralistes sont de cet avis. Vous dites que les préoccupations du public et celles des professionnels ne sont pas les mêmes. Comment expliquez-vous cela?

Dr deVeber: Je crois que ce sont les médecins qui en sont responsables. Le public semble persuadé que tous les malades atteints du cancer subissent des douleurs affreuses. C'est à un point tel qu'en Angleterre deux jeunes hommes atteints de la maladie de Hodgkin, maladie dont 90 p. 100 de gens se remettent, se sont suicidés quand ils ont entendu le diagnostic. Voilà la perception du public. À mon avis, les professionnels de la santé ont échoué dans leur tâche d'éducation du public. C'est très simple, et il va falloir faire mieux.

M. Kilger: J'aimerais ajouter une note personnelle et féliciter le Dr deVeber pour le travail qu'il fait avec des enfants atteints d'un cancer incurable. C'est tout ce que je voulais dire, merci.

M. Wenman: Je tiens à vous dire que je suis totalement en faveur de la résolution que vous avez lue et qui a été approuvée par les délégations à la réunion annuelle de l'organisation nationale des hospices le 8 novembre. À mon avis, c'est parfaitement conforme à l'objet de ce projet de loi. Vous semblez surtout craindre ce qui pourrait advenir après le projet de loi. Vous ne pensez tout de même pas qu'il est en faveur du meurtre par compassion ou de l'euthanasie? C'est une chose qu'on a répétée et répétée encore. Pour vous, ce n'est pas un projet de loi sur l'euthanasie.

Dr deVeber: S'il était adopté dans sa forme actuelle, il donnerait aux médecins le pouvoir légal de tuer leurs patients. À mon avis, c'est un projet de loi qui autorise à mettre fin à la vie des patients par compassion.

M. Wenman: Où voyez-vous cela? Où voyez-vous ce pouvoir?

Dr deVeber: Là où...

M. Wenman: Et en quoi cela est-il différent du principe même de la résolution en question?

Dr deVeber: Le problème, c'est que dans ce texte, le médecin échappe à toute poursuite s'il pose un acte destiné à éliminer ou à soulager les souffrances physiques d'un patient dans la mesure où ce traitement raccourcira la vie du patient. Ce n'est pas l'énoncé que je choisirais. Sur le plan éthique et moral, il y a un double effet. Si je traite un patient atteint du cancer dans l'idée de soulager sa douleur, et si cela a pour effet secondaire de le faire mourir parce qu'il a pris une trop forte dose, je n'ai pas l'impression d'avoir fait quelque chose de mal.

M. Wenman: Moi non plus. C'est justement ce que je vous explique.

Dr deVeber: À mon avis, la façon dont l'article est rédigé signifie que l'on agit surtout pour mettre fin à la vie du patient, et non pour soulager sa douleur.

[*Text*]

Mr. Wenman: You said you knew doctors who had actually gone as far as mercy killing and it almost seemed all right sometimes. Shouldn't those doctors have been charged? Shouldn't you be in the process of charging those doctors for doing that?

Dr. deVeber: There are some cases when maybe active mercy killing is the only answer. That is possible. I haven't seen one, but I am saying it might be possible. That's not my concern. My concern is that when you pass a law, a law is a great teacher, and you set the whole standard of medical practice. That is what I don't like about the law.

Mr. Wenman: But if you set the standard—

The Chairman: Mr. Wenman, I know you want to enter into a debate.

Mr. Wenman: This is the benchmark that prevents the mercy killing—

The Chairman: I am going to give the good doctor the last word.

Dr. deVeber: I would just like to thank you for this opportunity. I think I have shot my bolt.

The Chairman: If you will permit the chair a comment, it was a pleasure to have you here. You are quite straightforward. How long have you been practising medicine?

Dr. deVeber: God, 1955. . .it is too long. I don't want to talk about it.

The Chairman: I thank you and I thank your colleague for appearing before this committee.

We are going to hear from our last witness of the day, Barbara O'Connor from the Hospice of All Saints. How would like to be addressed?

Ms Barbara O'Connor (Executive Director, Hospice of All Saints): Barbara will do.

The Chairman: Barbara, we are very glad that you are able to appear before the committee. We are looking forward to your testimony, and afterwards you will be available for our questions.

Ms O'Connor: Thank you. I am glad to be here. I am the executive director of the Hospice of All Saints, which is a home support program for terminally ill people and their families in Ottawa-Carleton. This program has been operating for four years in the region. I am a registered nurse with 21 years of experience, more than 10 of these in the area of palliative care.

• 1735

The Chairman: I would call the committee to order. Any discussion should take place outside. I'm sorry to interrupt you, Barbara.

Ms O'Connor: I am neither an ethicist nor a lawyer. I come as a nurse working with the terminally ill and their families. I have three points to make in reference to Bill C-203.

Although this bill does not mention the term "euthanasia", some of the comments made in the House of Commons during the debate and by journalists and witnesses at this hearing link the bill directly to euthanasia. For

[*Translation*]

M. Wenman: Vous dites que vous avez vu des médecins aller jusqu'au meurtre par compassion et que cela semblait pratiquement justifié. Est-ce qu'il ne faudrait pas les poursuivre lorsqu'ils posent de tels actes? Ne le pensez-vous pas?

Dr deVeber: Dans certains cas, la seule solution est de mettre fin délibérément à la vie d'un patient. C'est possible. Je n'ai jamais vu de cas semblables, mais je vous dis que c'est possible. Ce n'est pas cela qui me préoccupe. Ce qui m'ennuie, c'est que lorsque vous adoptez une loi, la loi prend une influence considérable et finit par colorer toute la pratique médicale. Voilà ce que je n'aime pas dans les lois.

M. Wenman: Mais si vous fixez une norme. . .

Le président: Monsieur Wenman, je sais que vous voulez discuter de cette question.

M. Wenman: C'est la barrière qui empêche le meurtre par compassion. . .

Le président: Je vais donner le dernier mot au médecin.

Dr deVeber: Je vais simplement vous remercier de nous avoir écoutés. Je crois que je me suis bien fait comprendre.

Le président: Si vous me permettez une observation, nous avons eu grand plaisir à vous recevoir. Vous avez été très franc. Depuis combien de temps exercez-vous la médecine?

Dr deVeber: Seigneur, 1955. . . Cela fait trop longtemps. Je préfère ne pas en parler.

Le président: Je vous remercie vous et votre collègue d'être venus.

Nous allons maintenant entendre notre dernier témoin, Barbara O'Connor, de l'hospice of All Saints. Quel titre préferez-vous?

Mme Barbara O'Connor (directrice générale, Hospice of All Saints): Barbara ira très bien.

Le président: Barbara, nous sommes très heureux que vous ayez pu venir. Nous allons écouter avec beaucoup d'intérêt votre témoignage, après quoi vous pourrez répondre à nos questions.

Mme O'Connor: Merci. Je suis heureuse d'être ici. Je suis directrice générale de l'Hospice of All Saints qui applique un programme de soutien des personnes en phase terminale dans leur foyer et leur famille, dans la région d'Ottawa-Carleton. Ce programme existe depuis quatre ans dans la région. Je suis une infirmière diplômée, j'ai 21 ans d'expérience, dont plus de 10 dans le secteur des soins palliatifs.

Le président: Je vous demanderai un peu de discipline. Les discussions privées devraient se dérouler à l'extérieur de la pièce. Excusez-moi de vous interrompre, Barbara.

Mme O'Connor: Je ne suis ni éthicienne ni avocate. Je suis infirmière et je travaille avec des patients en phase terminale et leur famille. J'ai trois choses à dire au sujet du projet de loi C-203.

Même si dans les dispositions du projet de loi, le terme «euthanasie» ne figure pas, certains députés, au cours du débat à la Chambre des communes, et certains journalistes et témoins ont fait un lien direct entre le projet de loi et

[*Texte*]

example, Mr. Svend Robinson said in the House on September 24: "I would go further and support the system in Holland, which allows for active euthanasia." Mr. Stan Wilbee said: "We are talking in this law today about positive euthanasia."

My first point is that good palliative care must precede and be offered as an alternative to the dying person before opening the door to what the public perceives as euthanasia. When I speak of euthanasia, I mean the intentional killing of a person for the purpose of relieving suffering. Palliative care is opposed to such intentional killing. True full-palliative care affirms life and offers the alternative, which is quality of life through the control of pain and symptoms by an interdisciplinary team educated in palliative care.

I must clarify here that I do support the intent of the bill, which I see as allowing patients to make the decision whether to continue or discontinue treatment. If the intent of this bill is not to promote or leave the door open for euthanasia but rather to assist doctors to improve the quality of life for terminally ill people, this is not yet clear in its present form.

I know there have been several proposed amendments to improve the clarity, by Dr. Margaret Scott, Dr. Margaret Somerville, and the Catholic Health Association of Canada. I support all of these. As some of the previous witnesses have said today, I think we are looking for an excellent bill. It's important that the words clearly state the intention of this bill.

My second point is that palliative care does not officially exist in Canada. If we have true palliative care anywhere, it is due to the efforts of small groups who have worked hard to establish this type of care in their own areas, usually with no government funding and with the help of many dedicated volunteers. Only one province, Nova Scotia, has a policy statement on palliative care.

In 1989, the Department of Health and Welfare published a very good document. I have it here; it's entitled *Palliative Care and Services Guidelines*. However, there still is virtually no government funding for palliative care anywhere in Canada. There are no recognized standards and no requirements that palliative care services be established in hospitals and homecare programs. How, then, could we be considering a bill that will supposedly help doctors improve a terminally ill patient's quality of life when we are not even offering true full-palliative care?

[*Traduction*]

l'euthanasie. Par exemple, M. Svend Robinson a dit le 24 septembre à la Chambre: «J'irais même plus loin et j'appuierais le système qu'ils ont en Hollande, qui permet l'euthanasie active.» M. Stan Wilbee a dit: «Dans le projet de loi dont nous sommes saisis aujourd'hui, il est question de l'euthanasie passive.»

Premièrement, je tiens à dire qu'on doit avant tout offrir des soins palliatifs de qualité à toute personne à l'agonie avant de songer à ce que le public considère comme l'euthanasie. Quand je parle d'euthanasie, je parle de donner intentionnellement la mort à une personne dans le but de la soulager de ses souffrances. Les soins palliatifs sont à l'opposé de cette mort intentionnelle. Grâce à des soins palliatifs véritables, on maintient en vie et on offre une solution de rechange, c'est-à-dire une qualité de vie grâce aux soins palliatifs que prodigue une équipe pluridisciplinaire qui s'emploie à appaiser les souffrances.

Je tiens à dire que j'approuve l'intention du projet de loi, qui permet aux patients de prendre la décision d'interrompre ou de poursuivre un traitement. Dans sa forme actuelle, le projet de loi montre pas clairement qu'il ne vise pas à promouvoir l'euthanasie ou à lui ouvrir la porte mais qu'il cherche plutôt à aider les médecins à améliorer la qualité de vie des personnes en phase terminale.

Je sais que vous avez été saisi de nombreux projets d'amendement pour en améliorer la précision, notamment ceux du D[r] Margaret Scott, du D[r] Margaret Somerville et de l'Association catholique canadienne de la santé. J'appuie toutes ces propositions d'amendement. Comme des témoins l'ont déjà dit aujourd'hui, nous voulons que le projet de loi soit le meilleur possible. Il est important que le libellé expose clairement l'intention du projet de loi.

Deuxièmement, je voulais signaler que les soins palliatifs n'existaient pas officiellement au Canada. Là où ils existent sérieusement, c'est grâce aux efforts de petits groupes qui ont travaillé dur pour instaurer ce genre de soins dans leur milieu, d'habitude sans l'aide financière du gouvernement mais grâce au dévouement de biens des bénévoles. Une seule province, la Nouvelle-Écosse, a un énoncé de politique concernant les soins palliatifs.

En 1989, le ministère de la Santé et du Bien-être a publié un très bon document. J'en ai un exemplaire ici; il s'intitule *Services et soins palliatifs—Lignes directrices*. Pourtant, encore aujourd'hui, on ne trouve pratiquement nulle part au Canada d'endroit où les soins palliatifs sont financés par le gouvernement. Il n'existe pas de normes reconnues ni d'exigences pour rendre obligatoires l'instauration de services de soins palliatifs dans les hôpitaux ou dans les foyers. Comment peut-on prétendre alors examiner un projet de loi dont on dit qu'il aidera les médecins à améliorer la qualité de vie des personnes en phase terminale, quand on n'offre même pas toute la gamme des soins palliatifs?

[*Text*]

This leads to the third point, which is that as it stands, this bill will do very little to improve the quality of care for terminally ill people, and neither will it ensure the proper treatment of pain and symptoms that cause suffering. Very few doctors are specifically educated in palliative care and know how to treat the more complex types of pain and symptoms caused by cancers and other terminal illnesses.

I was very saddened to hear the submission here by the Canadian AIDS Society, which told of people with AIDS suffering and dying in pain and anguish. More research into and more availability to good palliative care could alleviate some of this suffering. Bill C-203, as it now stands, will not.

Furthermore, palliative care, as outlined in the palliative care guidelines, does not exist everywhere. Members of the public are not always aware of the choices true palliative care can offer; therefore, they are not given this choice.

I suggest that in amending Bill C-203, the phrase "provided that the terminally ill person is offered the services of a palliative care team" be added to proposed sections 217.1 and 246.1.

I would like to conclude by giving an example of what I've been saying about the value of true palliative care. Recently I was involved in the life of a woman who was dying of cancer at home. She had a devoted husband and sister who cared for her. Just a few days before her death, her sister called and asked if I would visit the dying woman. She was becoming very uncomfortable because of uncontrolled vomiting and was asking to die.

• 1740

After a brief assessment I called her doctor to inform him and request a medication. The woman settled down after being given this medication and had a peaceful night's sleep. The vomiting was controlled. I visited her the next day and we talked about her impending death. She asked to speak separately to her husband and to each of her two sisters. The woman died peacefully the next day, surrounded by her family.

Her death was peaceful only because of palliative care and the response to palliative care. Her husband has since told me that if he had not had that final important conversation with his wife, his grief would be unresolved.

That is the end of my submission. I thank you for the opportunity to address the committee.

The Chairman: Thank you for coming before us.

Mr. Fee: Ms O'Connor, thank you for your presentation. I just realized that there might be a positive offshoot to all of the time this committee has put in and all the presentations that have come before it. If we can alert even a couple of provinces to the importance of hospice care and palliative care, we will probably have accomplished much more than Mr. Wenman initially wanted to.

[*Translation*]

Cela m'amène à mon troisième point. Dans sa forme actuelle, ce projet de loi n'améliorera guère la qualité de vie des personnes en phase terminale et ne permettra pas non plus de soulager comme il se doit la douleur. Peu de médecins sont spécialisés dans les soins palliatifs et savent comment aborder les douleurs causées par le cancer ou d'autres maladies incurables.

J'ai trouvé tout triste l'exposé des représentants de la Société canadienne du sida, qui ont relaté les souffrances et l'agonie douloureuses et angoissantes des gens atteints du sida. On pourrait soulager en partie ces souffrances grâce à plus de recherches et à une multiplication des soins palliatifs de qualité. Le projet de loi C-203, tel quel, ne permettra pas d'y parvenir.

En outre, d'après la description qu'on en donne dans les lignes directrices, les soins palliatifs ne seraient pas offerts partout. Le public ne connaît pas toujours les possibilités qu'offrent les véritables soins palliatifs. Par conséquent, il ne peut pas juger en pleine connaissance de cause.

Je propose un amendement au projet de loi C-203. On devrait ajouter aux articles proposés 217.1 et 246.1 ce qui suit: «dans la mesure où l'on offre à la personne en phase terminale les services d'une équipe de soins palliatifs».

En terminant, permettez-moi de vous donner l'exemple des résultats que peuvent produire les véritables soins palliatifs. Récemment, je me suis occupé d'une dame qui, chez elle, était sur le point de mourir d'un cancer. Elle pouvait compter sur le dévouement de son mari et d'une soeur. Quelques jours avant sa mort, sa soeur m'a téléphoné pour me demander de lui rendre visite. Des vomissements incontrôlables l'incommodaient terriblement et elle voulait mourir.

Après une brève évaluation de la situation, j'ai téléphoné à son médecin en demandant un médicament. Une fois qu'elle eu pris son médicament, cette dame s'est apaisée et elle a pu dormir toute la nuit. Les vomissements s'étaient arrêtés. Je lui ai rendu visite le lendemain et nous avons parlé de sa mort imminente. Elle a demandé à parler à son mari et à chacune de ses deux soeurs en privé. Le lendemain, elle mourait paisiblement, et sa famille était à son chevet.

Elle a connu une mort paisible seulement grâce aux soins palliatifs qui lui convenaient. Par la suite, son mari m'a dit que, sans cette dernière conversation importante avec sa femme, il aurait été inconsolable.

Voilà qui termine mon exposé. Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de vous adresser la parole.

Le président: Merci d'être venue.

M. Fee: Madame O'Connor, merci de votre exposé. Je me rends compte à l'instant que toutes ces heures consacrées aux audiences par les membres du comité et que tous ces exposés pourraient peut-être avoir un résultat positif. Si nous réussissons à sensibiliser quelques provinces à l'importance des soins palliatifs destinés aux personnes en phase terminale, nous aurons sans doute accompli beaucoup plus que ce que M. Wenman s'était proposé de faire.

[*Texte*]

Ms O'Connor: Yes, I agree. I don't think there is enough understanding of good palliative care. Some of the comments made here have shown an ignorance of what palliative care really is and what palliative care is trying to provide. It is sad that a good publication like this is not being used more often, and that palliative care and hospice care are not more accessible to all people across Canada.

Mr. Fee: Are you aware of discussions in other provinces? You mentioned Nova Scotia. Do you know whether there are programs in other provinces that are being promoted?

Ms O'Connor: There are hospice programs in every province. The point is that they happen only because of individuals and groups who are interested in providing good palliative care and hospice care, but they usually start up and carry on with funding that comes from public sources. The other danger is that there are no standards and palliative care is not required anywhere, so patients can't expect that they will receive good palliative care if it hasn't been set up in a particular area.

Mr. Fee: Thank you.

Mr. Wenman: I strongly agree with your request for more palliative care. It is a wonderful kind of care, and where that is available to Canadians they are indeed very fortunate. Your description of your own loving care and the way you described that death—that is the purpose of my bill, to allow those things to occur. What did you do? You gave medication and gave her relief and comfort, but it was really left to God's will at that point. God's will came and natural death occurred in a natural way. In my view that is all that my bill is saying.

You listened to the previous presentation and you heard the judge describe it, as amended, as an excellent bill. Do you think you might support the bill if it were amended as the judge has suggested?

Ms O'Connor: As I have already stated, I support the intent of the bill—with the proper amendments. I think there are problems with it that open the door to euthanasia. Just in the way we have seen public perceptions of it in the press and in some of the witnesses that have come here, it is definitely being linked to euthanasia, and I think that has to be clarified.

Mr. Wenman: Yes, the discussion is, but as was said by the judge and by all of the witnesses here, this is not a euthanasia bill, it is not an assisted suicide bill. It is a bill to support palliative care, without consequences for the health care workers. At least that is my intention.

As we have learned through the process, there are wording errors, but if we accept the words of the Law Reform Commission, which I am willing to do, shouldn't we then proceed with the bill?

[*Traduction*]

Mme O'Connor: En effet, je suis d'accord avec vous. Je ne pense pas que l'on comprenne bien ce qui constitue des soins palliatifs de qualité. Certaines remarques entendues ici témoignent de l'ignorance de ce que sont véritablement les soins palliatifs et de ce que l'on essaie d'accomplir grâce à eux. Il est dommage qu'un document de qualité comme celui-ci ne soit pas utilisé plus souvent et que les soins palliatifs et les soins à l'intention de personnes en phase terminale ne soient pas accessibles plus universellement au Canada.

M. Fee: Savez-vous s'il y a des discussions dans d'autres provinces? Vous avez cité le cas de la Nouvelle-Écosse. Savez-vous si, dans d'autres provinces, on fait la promotion de programmes semblables?

Mme O'Connor: Il y a des programmes de soins à l'intention des personnes incurables dans chacune des provinces. Il faut toutefois signaler qu'ils ont été mis sur pied par des particuliers ou des groupes qui veulent offrir des soins palliatifs de qualité, mais, en général, les projets sont lancés et fonctionnent grâce à des deniers publics. Autre inconvénient: comme il n'existe ni normes ni obligations de fournir des soins palliatifs, les patients ne peuvent pas compter sur des soins palliatifs de qualité si rien n'a été prévu dans un secteur donné.

M. Fee: Merci.

M. Wenman: Je suis tout à fait d'accord avec vous quand vous réclamez plus de soins palliatifs. Ces soins sont tout à fait louables, et les Canadiens à qui on les offre ont beaucoup de chance. Vous avez décrit comment vous-même avez prodigué ce genre de soins à quelqu'un qui était à l'agonie... C'est précisément le but de mon projet de loi, favoriser ce genre de choses. Qu'avez-vous fait? Vous avez donné à la patiente un médicament qui l'a soulagée, mais, à partir de là, Dieu s'est chargé du reste. La volonté de Dieu s'est faite et la mort s'est produite naturellement. À mon avis, c'est précisément ce qui se trouve dans les dispositions de mon projet de loi.

Vous avez entendu les témoins précédents et vous avez entendu le juge dire qu'une fois modifié, le projet de loi serait excellent. Si les modifications proposées par le juge étaient apportées, est-ce que vous pourriez appuyer le projet de loi?

Mme O'Connor: Comme je l'ai dit précédemment, j'approuve l'intention du projet de loi... Avec les modifications qui s'imposent. Je pense que les dispositions, dans leur libellé actuel, ouvrent la porte à l'euthanasie. On a pu voir que c'est ainsi que les journalistes et certains témoins les interprétaient, qu'en effet, on faisait un lien direct avec l'euthanasie, et c'est pourquoi il faut que tout soit bien clair.

M. Wenman: Je vois, mais, comme l'a dit le juge et tous les témoins, il ne s'agit pas d'un projet de loi sur l'euthanasie, il ne s'agit pas d'un projet de loi sur l'aide au suicide. C'est un projet de loi qui appuie les soins palliatifs et qui n'engage pas la responsabilité de ceux qui prodiguent ces soins. Du moins, ce n'est pas mon intention.

Au cours de nos délibérations, nous avons pu constaté des erreurs de libellé, mais si l'on accepte le libellé proposé par la Commission de réforme du droit, ce que je préconise, n'y aurait-il pas lieu d'adopter ce projet de loi?

[*Text*]

Ms O'Connor: Yes, I agree, but along with some of the other amendments that have been put forward by people like Dr. Margaret Scott and Margaret Somerville.

Mr. Wenman: Margaret Scott was an excellent witness. She provided excellent amendments. Those amendments certainly will be under serious consideration by the committee.

• 1745

The Chairman: With that I will thank you very much again, Barbara, for coming before us to give your testimony. I'm sure we'll take your opinions into consideration as we move on through this bill. Thank you.

Ms O'Connor: Thank you very much.

The Chairman: We've come to the end of our witnesses. I'd like to make a suggestion to you. As we have come to the end of the witnesses, might I suggest that next Thursday we meet in committee in camera to decide as a committee where we're going to go from here. If that would be agreeable to you, we could order that the rooms be set aside and all preparations be made. So that's a suggestion. If you'd like it to be put to a motion, I would of course entertain a motion from the floor.

Mr. Wenman: We can't pass a motion, but we can have discussion. I'd like to discuss your suggestion.

The Chairman: All right.

Mr. Wenman: I just wanted to inform the committee that I have spoken further with the Canadian Medical Association and the Royal College of Physicians and Surgeons, particularly Dr. Hurteau, who is the executive director, and Dr. Demers, who is the ethicist. In fact they have prepared some material and comments on the bill at my request, but unfortunately they didn't have time to have them released. So they have distributed the material among physicians and have comments for us. As soon as they gain permission, I would like to be able to append the medical opinions to the meeting, or at least to be able to submit them when we next meet.

The Chairman: I see no problem with submitting a paper. Are we in agreement with that?

Mr. Wenman: Secondly, another thing—

Mr. Fee: I am surprised inasmuch as they are on record as not wanting to make a presentation. Now certain members are wanting to make it.

Mr. Wenman: I'm saying that before Christmas... We are at the position where if we wish to we could have a motion for subpoenaing this kind of thing, but I think that's counterproductive. I don't want to do that, but I do want to get as much evidence as the medical association is willing to give us, becasue I think we need that. We have many doctors' evidence now, but I'd like to be able to receive any additional evidence that may have been prepared but was not quite ready for submission.

Secondly, I'd like to suggest that in general directions it appears obvious from the comments of everyone the bill has to be amended in some format, particularly since we've just received the Law Reform Commission's suggested amendments, which seem to me to be excellent.

[*Translation*]

Mme O'Connor: Oui, vous avez raison. Mais il faudrait aussi adopter les amendements qui ont été proposés par des gens comme le Dr Margaret Scott et le Dr Margaret Somerville.

M. Wenman: Margaret Scott s'est révélée un témoin excellent, et elle a proposé d'excellents amendements. Le comité va certainement les étudier avec sérieux.

Le président: Sur ce, je vous remercie infiniment, Barbara, d'être venue témoigner. Je suis sûr que vos avis vont être pris en compte lors de notre examen de ce projet de loi. Merci.

Mme O'Connor: Merci beaucoup.

Le président: Nous avons épuisé la liste des témoins. Je voudrais vous faire une proposition. À ce stade-ci, je voudrais proposer une réunion à huis clos pour jeudi prochain afin de décider ce que nous allons faire maintenant. Si vous êtes d'accord, nous pourrions réserver une salle et faire les préparatifs nécessaires. Voilà, c'est ma proposition. Si vous voulez qu'une motion soit mise aux voix, il faudrait que l'un d'entre vous la propose.

M. Wenman: Nous ne pouvons adopter de motion mais nous pouvons certainement avoir une discussion. Je voudrais parler de votre proposition.

Le président: Très bien.

M. Wenman: Je voulais tout simplement vous signaler que j'ai parlé encore une fois aux représentants de l'Association médicale canadienne et à ceux du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, notamment au Dr Hurteau, qui en est le directeur exécutif, et au Dr Demers, qui est éthicien. À ma demande, ils ont préparé des documents contenant leur avis sur le projet de loi mais, malheureusement, le temps leur a manqué pour les faire approuver. Les médecins ont reçu ces documents et ils ont préparé des remarques. Une fois qu'on leur aura donné la permission de les rendre publics, je voudrais annexer ces avis médicaux au compte rendu de la séance ou, à défaut, les présenter lors de notre prochaine réunion.

Le président: Je ne vois pas d'inconvénients à ce que vous les présentiez. Êtes-vous d'accord?

M. Wenman: Deuxièmement, autre chose...

M. Fee: Ce que vous dites m'étonne, dans la mesure où, officiellement, ils avaient dit qu'ils ne voulaient pas présenter d'exposés. Il s'avère que certains membres veulent le faire.

M. Wenman: Avant Noël... Nous sommes en mesure, si nous le souhaitons, d'exiger le témoignage de ces gens, par une motion, mais cela ne nous avancerait guère. Je ne veux pas avoir recours à ce moyen, mais je veux bien obtenir toute forme de témoignages que l'Association médicale sera prête à nous fournir, car j'estime que nous en avons besoin. Nous avons le témoignage de bien des médecins, mais je voudrais pouvoir compter sur celui-là encore car on l'a préparé mais il n'est pas encore tout à fait prêt à être diffusé.

Deuxièmement, de façon générale, il semble évident, d'après ce que nous ont dit tous les témoins, qu'il faut modifier le projet de loi surtout quand on constate que la Commission de réforme du droit vient de nous envoyer des propositions d'amendements qui me semblent excellentes.

[*Texte*]

I'm wondering if we shouldn't give our committee a full week to prepare the summary of amendments, particularly those that relate to the Law Reform Commission, and also give them time to get this completed so we could to have it the following week.

The Chairman: The chair has no problem with the first request. I'm putting forth the suggestion we meet in camera so we can discuss just where we want to go and how we want to proceed on this. I think the bill and the committee would be better served if we were able to do that. If you would agree to that, as to the timing—

Mr. Wenman: I just wanted until the following Tuesday instead, one more week; that's all.

The Chairman: I have no problem with that, whether it's next Thursday or the following Thursday—

Mr. Wenman: The following Thursday is fine. I just wanted to get a chance to deal with these amendments myself, to put them in a form we can use and to give the clerk time to do the same.

The Chairman: Then can we agree we will reconvene in camera on the 20th? I see we're running into a few problems, because it's the convention.

Mr. Wenman: What about the Tuesday?

The Chairman: How about the 18th?

Mr. Wenman: A week Tuesday sounds fine.

The Chairman: Then that's what it will be. We'll arrange for the in camera meeting to be on Tuesday, February 18, at 3.30 p.m., and we'll send around a notice.

Is there anything further you'd like to discuss at this time? Then I adjourn the meeting.

[*Traduction*]

Peut-être devrions-nous réserver une semaine entière à la préparation d'un résumé des amendements, surtout ceux de la Commission de réforme du droit, et aussi leur donner le temps de terminer ceci pour la semaine suivante.

Le président: Je ne vois pas d'inconvénients à votre première proposition. Je propose que nous nous réunissions à huis clos pour discuter de ce que nous allons faire maintenant. Dans l'intérêt du projet de loi, dans l'intérêt des membres du comité, nous devrions procéder ainsi. Si vous êtes d'accord, si l'emploi du temps. . .

M. Wenman: Je voulais que nous attendions le mardi suivant, mardi en huit, c'est tout.

Le président: Je n'y vois pas d'inconvénients, que ce soit jeudi prochain ou le jeudi suivant. . .

M. Wenman: Le jeudi suivant me convient. Je voulais avoir le temps de réfléchir moi-même à ces amendements, de les mettre sous une forme utilisable, et je voulais donner du temps au greffier.

Le président: Nous pouvons nous mettre d'accord et nous réunir à huis clos le 20, n'est-ce pas? Il y a certains inconvénients car c'est au moment du congrès.

M. Wenman: Et le mardi?

Le président: Le 18 alors?

M. Wenman: Mardi en huit me semble bien.

Le président: Soit. La réunion à huis clos se tiendra le mardi 18 février à 15h30. Les avis seront envoyés.

Y a-t-il autre chose? La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid / Port payé
Lettermail / Poste-lettre
K1A 0S9
Ottawa

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

At 3:30 p.m.

From the Law Reform Commission:

Gilles Létourneau, President;

Madam Justice Ellen Picard, Vice-President.

At 4:15 p.m.

From the B.C. Civil Liberties Association:

Professor Philip Bryden, Representative;

Dr. Alister Browne, Representative.

At 4:45 p.m.

From the Human Life Research Institute:

Dr. L.L. (Barry) deVeber, M.D., President;

Lorraine McCullum, Executive Director.

At 5:15 p.m.

From the Hospice of All Saints:

Barbara O'Connor, Executive Director.

TÉMOINS

À 15 h 30

De la Commission de réforme du droit:

Gilles Létourneau, président;

Madame la juge Ellen Picard, vice-présidente.

À 16 h 15

De l'Association des libertés civiles de la C.-B.:

Philip Bryden, représentant;

Alister Browne, représentant.

À 16 h 45

De Human Life Research Institute:

Dr L.L. (Barry) deVeber, président;

Lorraine McCullum, directrice.

À 17 h 15

De Hospice of All Saints:

Barbara O'Connor, directrice exécutive.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 10

Tuesday, February 18, 1992

Chairman: Gilbert Parent

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 10

Le mardi 18 février 1992

Président: Gilbert Parent

Minutes of Proceedings and Evidence of Legislative Committee H on

BILL C-203

An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)

Procès-verbaux et témoignages du Comité législatif H sur le

PROJET DE LOI C-203

Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)

RESPECTING:

Order of Reference

CONCERNANT:

Ordre de renvoi

Third Session of the Thirty-fourth Parliament, 1991-92

Troisième session de la trente-quatrième législature, 1991-1992

24582

LEGISLATIVE COMMITTEE H ON BILL C-203

Chairman: Gilbert Parent

Members

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Bill Farrell

Clerk of the Committee

COMITÉ LÉGISLATIF H SUR LE PROJET DE LOI C-203

Président: Gilbert Parent

Membres

Doug Fee
Jim Hawkes
Bob Kilger
Fred Mifflin
Rod Murphy
Nicole Roy-Arcelin
Ross Stevenson
Dave Worthy—(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Bill Farrell

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 18, 1992
(11)

[*Text*]

Legislative Committee H on Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons), met at 3.30 o'clock p.m. this day, in Room 209, West Block, the Chairman, Gilbert Parent, presiding.

Members of the Committee present: Doug Fee, Bob Kilger and Dave Worthy.

Acting Members present: Chris Axworthy for Rod Murphy; Don Boudria for Fred Mifflin; Benno Friesen for Nicole Roy-Arcelin; Robert Wenman for Ross Stevenson and Stan Wilbee for Jim Hawkes.

In attendance: From the Library of Parliament: Susan Alter, Research Officer. *From the Legislative Counsel Office:* Diane L. McMurray and Louis-Philippe Côté, Legislative Counsels.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Tuesday, September 24, 1991, relating to Bill C-203, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons) (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Monday September 30, 1991, Issue No. 1*).

On motion of Stan Wilbee, it was agreed,—That the Chairman be authorized to present a budget to the Board of Internal Economy to cover witness expenses, and miscellaneous expenses in the total amount of $ 23,487.78.

On motion of Doug Fee, it was agreed,—That three copies of the transcript of the meeting be produced for the use of the Committee, and that the copies be destroyed at the conclusion of the Committee's study of its Order of Reference.

On motion of Don Boudria, it was agreed,—That reasonable travelling and living expenses be paid to Dr. L.L. (Barry) deVeber, M.D., President and Lorraine McCullum, Executive Director of the Human Life Research Institute, who appeared before the Committee in relation to Bill C-203.

On motion of Benno Friesen, it was agreed,—That reasonable travelling and living expenses be paid to Professor Philip Bryden and Dr. Alister Browne, Representatives of the B.C. Civil Liberties Association, who appeared before the Committee in relation to Bill C-203.

At 3:45 o'clock p.m., it was agreed,—That the Committee meet *in camera*.

At 4:37 o'clock p.m., it was agreed,—That the Committee in public.

It was agreed,—That the Committee adjourn sine die.

At 4.45 o'clock p.m., the Committee adjourned sine die.

Bill Farrell

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 18 FÉVRIER 1992
(11)

[*Traduction*]

Le Comité législatif H chargé du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), se réunit à 15 h 30, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Gilbert Parent (*président*).

Membres du Comité présents: Doug Fee, Bob Kilger et Dave Worthy.

Membres suppléants présents: Chris Axworthy remplace Rod Murphy; Don Boudria remplace Fred Mifflin; Benno Friesen remplace Nicole Roy-Arcelin; Robert Wenman remplace Ross Stevenson; Stan Wilbee remplace Jim Hawkes.

Aussi présents: De la Bibliothèque du Parlement: Susan Alter, attachée de recherche. *Du Bureau des conseillers législatifs:* Diane L. McMurray et Louis-Philippe Côté, conseillers législatifs.

Conformément à son ordre de renvoi du mardi 24 septembre 1991, le Comité reprend l'étude du projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale) (*voir les Procès-verbaux et témoignages du lundi 30 septembre 1991, fascicule nº 1*).

Sur motion de Stan Wilbee, il est convenu,—Que le président soit autorisé à soumettre un budget au Bureau de régie interne pour couvrir des frais de témoins et divers autres dépenses, au total 23 487,78 $.

Sur motion de Doug Fee, il est convenu,—Que trois copies de la transcription de la réunion soient préparées pour les besoins du Comité et qu'elles soient détruites à la fin de l'étude en cours.

Sur motion de Don Boudria, il est convenu,—Que des frais raisonnables de déplacement et de séjour soient versés au Dr L.L. (Barry) deVeber, président de Human Life Research Institute, ainsi qu'à Lorraine McCullum, directrice, qui ont témoigné à l'occasion de l'étude du projet de loi C-203.

Sur motion de Benno Friesen, il est convenu,—Que des frais raisonnables de déplacement et de séjour soient versés au Pr Philip Bryden et au Dr Alister Browne, représentants du B.C. Civil Liberties Association, qui ont témoigné à l'occasion de l'étude du projet de loi C-203.

À 15 h 45, il est convenu,—Que le Comité déclare le huis clos.

À 16 h 37, il est convenu,—Que le Comité lève le huis clos.

Il est convenu,—Que le Comité lève la séance *sine die*.

À 16 h 45, la séance est suspendue *sine die*.

Le greffier du Comité

Bill Farrell

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Tuesday, February 18, 1992

• 1533

The Chairman: I call the Legislative Committee on Bill C-203 to order.

I see a quorum. A quorum is five and we need five to adopt motions.

As was decided or agreed to in the last meeting, we would go into an in camera meeting, but before we do go in camera I have a couple of housekeeping things which I would like to clear up, with your permission.

Before we go in camera, this is a general meeting and it is, of course, about paying for our witnesses. I would like to bring to the attention of all members a Board of Internal Economy minute, which states that legislative committees must submit a budget if they expect to spend over $10,000 on witness expenses.

• 1535

As of today, we have spent $11,390.26 and we have four outstanding claims of approximately $4,000. The clerk prepared a budget asking for an additional $10,000. So that's what this part is all about.

I'm going to need a motion authorizing me, the chairman, to present a budget to the Board of Internal Economy to cover witness expenses and miscellaneous expenses in the total of $23,487.78.

Mr. Fee (Red Deer): You have $11,390 with four outstanding claims of about $4,000, which takes you up to about $16,000. Are there some more outstanding bills or are we anticipating extending them with hearings?

The Chairman: We have a budget of up to $50,000, and these are the expenses we know of, up to $4,000. We have a couple of other claims coming in so we wanted to ask for enough so that we didn't have to go through it again.

An hon. member: I so move.

Motion agreed to

The Chairman: We'll need a motion that three copies of the transcript of the meeting be produced for the use of the committee and that the copies be destroyed at the conclusion of the committee's study of its order of reference. It's the in camera we're going to be doing.

An hon. member: I so move.

Motion agreed to

The Chairman: I like doing business like this. I need a motion that reasonable travelling and living expenses be paid to Dr. L.L. (Barry) deVeber, President, and Lorraine McCullum, Executive Director of the Human Life Research Institute, who appeared before the committee in relation to Bill C-203.

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le mardi 18 février 1992

Le président: J'ouvre la séance du comité législatif chargé d'étudier le projet de loi C-203.

Je constate que nous avons le quorum. Le quorum s'élève à cinq, et nous avons besoin de cinq députés pour adopter des motions.

Comme il a été convenu lors de la dernière séance, nous allons siéger à huis clos, mais auparavant, je voudrais régler deux ou trois questions d'ordre administratif, si vous me le permettez.

Avant de siéger à huis clos, nous tiendrons donc une réunion générale. Je voudrais vous parler du remboursement des frais de nos témoins. À cet égard, j'attire l'attention de tous les députés sur le règlement du Bureau de régie interne qui stipule que les comités législatifs doivent présenter un budget s'ils s'attendent à dépenser plus de 10,000$ au titre des dépenses des témoins.

Jusqu'à maintenant, nous avons dépensé 11,390.26$, et il nous reste quatre demandes de remboursement en souffrance représentant approximativement 4,000$. Le greffier a préparé un budget dans lequel nous demandons 10,000$ supplémentaires. Voilà donc de quoi il retourne.

J'ai besoin d'une motion m'autorisant, à titre de président, à présenter un budget au Bureau de régie interne afin de couvrir les dépenses des témoins et les frais divers pour un total de 23,487.78$.

M. Fee (Red Deer): Vous avez déjà dépensé 11,390$, auxquels s'ajoutent quatre demandes en souffrance représentant 4,000$, pour un total approximatif de 16,000$. Y a-t-il d'autres factures en souffrance, ou envisage-t-on d'en recevoir d'autres au cours des audiences?

Le président: Nous disposons d'un budget totalisant 50,000$, et je viens de vous préciser les dépenses que nous devrons faire, jusqu'à concurrence de 4,000$. Il y a sans doute quelques autres demandes de remboursement qui nous seront présentées, de sorte que nous voulons demander suffisamment d'argent cette fois-ci pour ne pas avoir à répéter cet exercice.

Une voix: Je le propose.

La motion est adoptée

Le président: J'ai besoin d'une motion portant que l'on préparera trois exemplaires de la transcription de la séance à l'intention du comité, exemplaires qui seront détruits à la fin de l'étude conforme au mandat du comité. Il s'agit de la séance à huis clos que nous allons tenir.

Une voix: Je le propose.

La motion est adoptée

Le président: J'aime bien que les choses se passent ainsi, c'est-à-dire rondement. J'ai besoin d'une motion autorisant le remboursement des dépenses de déplacement et d'hébergement jugées raisonnables de M. L.L. (Barry) deVeber, président, et de M^me^ Lorraine McCullum, directrice du Human Life Research Institute, qui ont comparu devant le comité au sujet du projet de loi C-203.

[*Texte*]

An hon. member: I so move.

Motion agreed to

The Chairman: I'll need a motion that reasonable travelling and living expenses be paid to Professor Philip Bryden and Dr. Alister Browne, Representatives of the B.C. Civil Liberties Association, who appeared before the committee in relation to Bill C-203.

Motion agreed to

That's how my next election's going to go, just like that.

Mr. Fee: You should be so lucky. Provided you don't spend more time in your office, it won't.

Mr. Friesen (Surrey—White Rock—South Langley): I can't wait to use that quote in the next election.

The Chairman: Before we go in camera, you have before you some amendments prepared by our staff. I want to recognize Louis-Philippe Côté and Diane McMurray, our legislative counsel, who are here with us today. They have done most of the preparation of this work. We thank them for their professionalism in drafting the amendments and also their counsel to the members.

I'd like to also thank Susan Alter. Do you know what "alter" means, Benno?

Mr. Friesen: As in alter-ego. . .?

The Chairman: No, "alter" means alderman, elder, right? We guys who are German know all that. Anyhow, I want to thank Susan for all the background work on the briefs and the special assignments asked for by the committee.

• 1540

With your permission, I will take the committee in camera, but I would like this meeting be with recording, transcription, interpretation, and switching. With your agreement, we are going to retain the legislative assistants who have been with the members working on the bill.

Mr. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): I was going to ask, Mr. Chairman, if my assistant—and presumably the same applies for others—and a person I have working for him on this project who has been here for some time could stay, and others. That approach would suit me fine.

The Chairman: Legislative assistants and people working on this bill who are directly connected with the members, and also our counsel, will also remain. Is that agreed?

Some hon. members: Agreed.

Mr. Wenman (Fraser Valley West): And a number of contract employees.

Mr. Fee: Mr. Chairman, before we go in camera, may I have a clarification as to the difference in rules between proceedings in camera and not in camera?

[*Traduction*]

Une voix: Je le propose.

La motion est adoptée

Le président: J'ai besoin d'une motion autorisant le remboursement des frais de déplacement et d'hébergement jugés raisonnables du professeur Philip Bryden et de M. Alister Browne, représentants de l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique, qui ont comparu devant le comité au sujet du projet de loi C-203.

La motion est adoptée

C'est ainsi que va passer ma prochaine élection, comme une lettre à la poste.

M. Fee: Vous aurez besoin de beaucoup de chance. Cela ne se réalisera pas, sauf si vous arrêtez d'aller à votre bureau.

M. Friesen (Surrey—White Rock—South Langley): Je suis impatient de vous citer lors de la prochaine campagne électorale.

Le président: Avant de passer au huis clos, je vous signale que vous avez entre les mains des amendements rédigés par notre personnel. Je tiens à remercier Louis-Philippe Côté et Diane McMurray, nos conseillers législatifs, qui sont avec nous aujourd'hui. Ce sont eux qui se sont chargés de presque tout le travail préparatoire. Nous les remercions du professionnalisme qu'ils ont apporté à la rédaction des amendements, ainsi que des conseils qu'ils ont prodigués aux députés.

J'aimerais aussi remercier Susan Alter. Benno, savez-vous ce que le mot àalterà signifie?

M. Friesen: Comme dans l'expression alterego?

Le président: Non. Le mot «alter» signifie conseiller, ancien, n'est-ce pas? Tous les Allemands d'origine savent cela. Quoi qu'il en soit, je tiens à remercier Susan pour son analyse des mémoires et pour les travaux spéciaux dont elle s'est acquittée pour le comité.

Avec votre permission, nous allons passer au huis clos, mais j'aimerais que cette séance ait lieu avec les services d'enregistrement, de transcription, d'interprétation et de console. Si vous êtes d'accord, nous autoriserons à rester les adjoints législatifs qui collaborent avec les députés au sujet de ce projet de loi.

M. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell): Monsieur le président, je voulais justement savoir si mon adjoint—et je suppose que cette question s'applique à d'autres—et une personne que j'ai embauchée pour l'aider dans ce projet, et qui participe à nos travaux depuis un certain temps, peuvent rester. Cela me conviendrait.

Le président: Les adjoints législatifs, les employés directement liés aux députés qui travaillent à ce projet de loi, ainsi que nos conseillers juridiques, peuvent rester. Est-ce d'accord?

Des voix: D'accord.

M. Wenman (Fraser Valley-Ouest): Ainsi qu'un certain nombre d'employés contractuels.

M. Fee: Monsieur le président, avant de passer à la séance à huis clos, pourrait-on me préciser la différence, sur le plan du règlement, entre une séance ordinaire et une séance à huis clos?

[*Text*]

The Chairman: Holding a meeting in camera means that only three copies of the *Minutes of Proceedings and Evidence* will be made and that, as I understand it, they will be destroyed once we finish our mandate. The rest of the committee's proceedings is for the public record. That's the difference.

You can call and obtain a copy of the in camera *Minutes of Proceedings and Evidence* if you want to look at it. That copy then becomes confidential information to the Member of Parliament, to be treated as such. We deal with these requests all the time.

After we finish the in camera meeting, any motion that is passed during in camera proceedings will be passed when we return to the public meeting, so that we have a record of what we are doing here and it is on the public record.

Mr. Boudria: I was led to believe that a motion that is passed in camera is passed, period, whether or not it was passed during in camera or regular session, and that the effect of that motion stands, regardless. Is that belief correct?

The Chairman: The motion does stand, but when we go into the public meeting, passing the motion will simply be for the public record, Mr. Boudria, and it will show on the record.

The Clerk of the Committee: The record will show no mover, basically, so we have a record of what happened in camera. It is as if we passed all those business motions that we just went through. I would ask permission for the motion to be printed in an issue so that the public would be aware of it.

The Chairman: Does that answer your question now? The passed motion is binding, if that is what you wanted to know.

Mr. Boudria: Yes, actually, binding is a good word. Thank you.

The Chairman: With that then and with those caveats I explained to you, we are now going in camera.

[*Proceedings continue in camera*]

• 1635

The Chairman: The committee decided, in camera, that this committee on Bill C-203 adjourn *sine die*. Now I adjourn this meeting.

[*Translation*]

Le président: Si nous siégeons à huis clos, cela signifie que trois exemplaires seulement des *Procès-verbaux et témoignages* seront publiés et, si je ne m'abuse, qu'ils seront détruits à la fin de notre mandat. Les autres délibérations du comité sont d'ordre public. Voilà la différence.

Si cela vous intéresse, vous pouvez, par un coup de téléphone, obtenir un exemplaire des fascicules des séances tenues à huis clos. Cet exemplaire, qui est remis à titre confidentiel aux députés du Parlement, doit être traité sous le sceau de la confidentialité. Nous recevons constamment ce genre de demandes.

Une fois la séance à huis clos terminée, toute motion adoptée au cours des délibérations à huis clos sera adoptée lorsque la séance redeviendra publique. De cette façon, nous aurons un compte rendu de ce qui s'est fait, et ce compte rendu sera public.

M. Boudria: Je croyais qu'une motion adoptée lors d'une séance à huis clos était adoptée, qu'elle ait été adoptée au cours d'une séance ordinaire ou à huis clos, autrement dit, que cette motion est valable, peu importent ses modalités d'adoption. Est-ce exact?

Le président: La motion est effectivement valable. Lorsque nous reprenons la séance publique, nous l'adoptons uniquement aux fins du compte rendu, monsieur Boudria. Nous le faisons pour qu'elle figure dans le compte rendu.

Le greffier du Comité: En fait, le procès-verbal ne mentionnera pas l'auteur de la motion,mais nous aurons au moins consigné au compte rendu ce qui s'est passé pendant la séance à huis clos. C'est comme si nous avions adopté toutes ces motions d'ordre administratif comme vous venons de le faire. En l'occurrence, je demande l'autorisation que la motion soit imprimée dans un fascicule pour que le public puisse en prendre connaissance.

Le président: Cela répond-il à votre question? La motion adoptée est exécutoire, si c'est ce que vous vouliez savoir.

M. Boudria: Oui. En fait, le terme «exécutoire» est excellent. Merci.

Le président: Cela dit, et compte tenu des réserves que j'ai faites, nous allons maintenant siéger à huis clos.

[*La séance se poursuit à huis clos*]

Le président: Le comité a décidé, à huis clos, que le comité chargé d'étudier le projet de loi C-203 s'ajourne *sine die*. La séance est levée.

CANADA

INDEX

LEGISLATIVE COMMITTEE ON

Bill C–203

Criminal Code (amdt.––terminally ill persons)

HOUSE OF COMMONS

Issues 1–10 • 1991-1993 • 3rd Session • 34th Parliament

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

GUIDE TO THE USER

This index is subject–based and extensively cross–referenced. Each issue is recorded by date; a list of dates may be found on the following page.

The index provides general subject analysis as well as subject breakdown under the names of Members of Parliament indicating those matters discussed by them. The numbers immediately following the entries refer to the appropriate pages indexed. The index also provides lists.

All subject entries in the index are arranged alphabetically, matters pertaining to legislation are arranged chronologically.

A typical entry may consist of a main heading followed by one or more sub–headings.

Income tax
Farmers
Capital gains

Cross–references to a first sub–heading are denoted by a long dash.

Capital gains *see* Income tax—Farmers

The most common abbreviations which could be found in the index are as follows:

1r, 2r, 3r, = first, second, third reading A = Appendix amdt. = amendment Chap = Chapter g.r. = government response M. = Motion o.q. = oral question qu. = question on the *Order Paper* R.A. = Royal Assent r.o. = return ordered S.C. = Statutes of Canada S.O. = Standing Order

Political affiliations:

BQ	Bloc Québécois
Ind	Independent
Ind Cons	Independent Conservative
L	Liberal
NDP	New Democratic Party
PC	Progressive Conservative
Ref	Reform Party of Canada

For further information contact the
Index and Reference Service — (613) 992–8976
FAX (613) 992–9417

INDEX

HOUSE OF COMMONS LEGISLATIVE COMMITTEE

THIRD SESSION — THIRTY-FOURTH PARLIAMENT

DATES AND ISSUES

— 1991 —

September:	30th, 1.
October:	29th, 1; 31st, 2.
November:	5th, 3; 7th, 4; 19th, 5; 21st, 6; 26th, 7; 28th, 8.

— 1992 —

February:	6th, 9; 18th, 10.

Abortion *see* Euthanasia

AIDS
"Epidemic", 7:15, 17
Terminally ill persons, 7:14-5, 20-1
Suicide, 7:15-6, 18-20

Alliance for Life *see* Criminal Code (amdt.—Terminally ill persons)(Bill C-203)—References; Euthanasia; Organizations appearing

Alter, Susan (Committee Researcher)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 8:15

Appendices
Marker, Rita L., brief, 8A:1-19
Smith, M., letter, 5A:1-5
Somerville, Margaret A., article, 7A:1-5

Axworthy, Chris (NDP—Saskatoon—Clark's Crossing)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 1:17-8, 25-8; 3:9-10, 23; 9:15-6
Doctors, 1:28
Euthanasia, 1:26-8; 3:9-10; 9:15-6
Health care directives, 1:17, 26; 3:23
Pain relief, 1:27
Terminally ill persons, 1:18

B.C. Civil Liberties Association
Background, 9:18
See also Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References; Doctors; Euthanasia; Medical treatment—Patients; Organizations appearing

B.C. Hospice/Palliative Care Association *see* Euthanasia

Bergeron, Marilyn (Alliance for Life)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 1:22-32, 34-5

Blackburn, Derek N. (NDP—Brant; resigned May 31, 1993) (Chairman)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 3:16, 28-9
Members of Parliament, 3:28-9
Procedure and Committee business
Organization meeting, 1:6-10
References, appointment as Chairman, 1:6

Blodget, Barbara *see* Medical treatment—Mentally incompetent persons

Boudria, Don (L—Glengarry—Prescott—Russell) (Acting Chairman)
AIDS, 7:18-9
Conscience clauses, 1:15-7; 8:15
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 1:14-7, 21-2, 28-30; 2:4, 9, 17-8, 21-3, 26-7; 3:7-8, 14-5; 5:5-6, 13, 17, 34-5, 45, 48; 6:11-3, 18-20; 7:9-11, 18-9, 28-9, 32-5; 8:10-5, 26, 35; 9:11-4, 23-4, 34; 10:5-6
Doctors, 2:17-8; 5:17, 34; 6:18; 7:10-1
Euthanasia, 1:29; 2:9, 21-3, 27; 3:8; 5:45; 6:19; 7:29; 9:12-3
Health care directives, 1:21-2
House of Commons, 2:4
Living wills, 1:29
Medical practitioners, 7:28

Boudria, Don—*Cont.*
Medical treatment, 1:14-5, 30; 5:13; 6:12-3; 8:11-2
Procedure and Committee business
Bills, 5:34
Documents, M., 5:5-6
In camera meetings, 10:5-6
Witnesses, 7:32, 34
References, Acting Chairman, appointment by Chairman, 8:32

Brightwell, Harry (PC—Perth—Wellington—Waterloo)
Procedure and Committee business
Organization meeting, 1:7-9

Browne, Alister (B.C. Civil Liberties Association)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 9:20-5
References, 9:20, 25

Bryden, Philip (B.C. Civil Liberties Association)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 9:18-20, 24-5

Bureau, Yvon (Fondation Responsable jusqu'à la fin)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 2:15-24

Campagne Québec-Vie *see* Organizations appearing

Campaign for Life Coalition
Background, 2:4
See also Living wills; Medical treatment—Food and drink; Organizations appearing

Campbell, Right Hon. Kim (PC—Vancouver Centre; Minister of Justice and Attorney General of Canada to January 4, 1993; Minister of National Defence and Minister of Veterans Affairs from January 4, 1993 to June 25, 1993; Prime Minister as of June 25, 1993)
References *see* Euthanasia

Canadian AIDS Society
Background, 7:13-4
See also Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References; Organizations appearing

Canadian Cancer Society *see* Organizations appearing; Terminally ill persons

Canadian Medical Association *see* Committee—Witnesses; Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References; Euthanasia; Living wills; Medical treatment—Patients; Terminally ill persons

Canadian Medical Protective Association *see* Doctors

Canadian Nurses for Life
Background, 8:6, 13
See also Conscience clauses; Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References; Euthanasia; Living wills; Medical treatment—Food and drink; Organizations appearing

Canadian Physicians for Life *see* Organizations appearing

Caregivers *see* Euthanasia

Catholic Health Association of Canada *see* Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References; Euthanasia; Organizations appearing; Terminally ill persons

Children *see* Medical treatment

Christian Brethren *see* Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References; Organizations appearing

Christian Medical-Dental Society *see* Euthanasia; Organizations appearing; Terminally ill persons—Judaeo-Christian values

Christianity *see* Terminally ill persons—Judaeo-Christian values

Cockrill, Christopher (Canadian AIDS Society)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 7:13-4, 16-22

Committee
Witnesses
Canadian Medical Association, 7:32-3, 35; 8:4-5; 9:33-4, 40
Hofsess remarks, *Mr. Smith Goes to Washington,* comparison, 4:4-5
Human Life Research Institute, 7:35
Inviting, list, 1:7-8; 7:33-5
Law Reform Commission of Canada, 8:26-7
Marker, R., report filed, 5:5-6
See also Procedure and Committee business

Conscience clauses
Introducing, 1:15-7
Canadian Nurses for Life position, 8:10, 15

Couture, Clément (PC—Saint-Jean)
Procedure and Committee business, organization meeting, 1:6-7

Criminal code
Educational function, 3:8
See also Doctors

Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)
Legislative Committee *see* Committee

Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—Wenman
Consideration, 1:10-36; 2:4-32; 3:4-29; 4:4-27; 5:5-48; 6:4-20; 7:4-36; 8:4-35
References
Abandonment, 9:34
Alliance for Life position, 1:24-5
Amendments, 3:18-9; 7:33; 9:13-5, 39-41
B.C. Civil Liberties Association, 9:22-4
Canadian AIDS Society position, 7:14-9
Canadian Medical Association position, 5:32-3; 7:26-7, 31
Canadian Nurses for Life position, 8:6
Catholic Health Association of Canada position, 3:8, 14-5
Christian Brethren position, 5:12-3, 15-6
Consultation, lack, criticism, 4:15, 21-2, 24-5; 5:32; 9:17
Drafting, terminology not clearly defined, 1:24-5; 5:38, 42-3; 7:6-7; 9:11, 14, 20, 33
Dying with Dignity position, 1:10-1
Justice Department position, 4:25-6; 8:22
Kluge position, 4:7-8; 5:18-26
Law Reform Commission position, 9:6, 9-12

Criminal Code (amdt.—terminally ill...—*Cont.*
References—*Cont.*
Provinces, consultation, 9:15, 17
Right to Die Society of Canada position, 4:7-8, 10
Scott, J., position, 5:35-41, 43
Scott, M., position, 7:31-2
See also Order of Reference

Cruzon, Nancy *see* Euthanasia

Death *see* Euthanasia—Pressure for death; Terminally ill persons

deVeber, L.L. (Barry) (Human Life Research Institute)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 9:25-8, 30-6

Doctors
Criminal liability/threat of prosecution for removal of treatment, 1:23, 28, 31-5; 2:13-9, 22-3, 27-8, 30-2; 3:11-2, 17, 22, 28; 4:9, 16, 18-9, 22-5; 5:11, 15, 17, 19-20, 28-9, 33-5, 37-8, 44-5; 6:5, 11, 18-9; 7:6, 8-12, 16, 30; 8:6, 14-5, 18, 21
B.C. Civil Liberties Association position, 9:19
Canadian Medical Protective Association position, 3:8-9
Human Life Research Institute position, 9:26-8, 35-6
Law Reform Commission of Canada position, 9:5-6, 8-10
Toronto Catholic Doctors' Guild position, 8:27, 29-35
See also Health care directives; Living wills—Review; Medical treatment; Terminally ill persons

Drugs and pharmaceuticals *see* Palliative care/pain relief; Terminally ill persons

Durable power of attorney
Definition, 1:14; 8:24
Importance, 1:21

Dying with Dignity
Background, 1:10-1
See also Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References; Organizations appearing

Education *see* Palliative care/pain relief

Elisabeth-Bruyère Health Centre—Palliative Care Unit *see* Organizations appearing

Emergency situations
Health care directives, impact, 1:25, 31; 3:12-3

Euthanasia
Abortion, comparison, 1:16, 28, 34, 36; 2:26-8; 4:9, 11
Alliance for Life position, 1:22-5
B.C. Civil Liberties Association position, 9:19-20, 22-5
B.C. Hospice/Palliative Care Association position, 7:24
Campbell, K., position, 4:6
Canadian Medical Association position, 3:25; 5:32, 43-4; 7:24
Canadian Nurses for Life position, 8:10
Caregiving team, role, 2:18-9
Catholic Health Association of Canada position, 3:5-6, 9-10
Christian Medical-Dental Society position, 6:13-4, 19
Continuum of euthanasia, 4:9; 5:15-6; 8:23
Cruzan case, 1:35-6; 7A:5; 8:6-7
Definition, 7:4-5; 7A:2-5
Federal-provincial jurisdiction, 4:16-7, 26
Financial aspects, 2:26

Euthanasia—*Cont.*
fondation Responsable jusqu'à la fin position, 2:17
Hemlock Society position, 2:27; 6:19
Law Reform Commission of Canada position, 3:5; 4:14-5, 19-21; 5:26, 32; 5A:1-5; 9:4
Lethal injections, 8:20, 28-9; 9:12-3, 15-7, 29
Medical professionals' opinion, 9:29, 34-5
Nazi Germany, comparison, 6:6-7
Netherlands, comparison, 1:29; 2:9, 21-3; 3:8; 7:24, 27-9; 8:16; 9:23, 31-2, 36-7
Other countries, comparison, 1:29-30
Passive/active euthanasia, 2:11-2; 3:28
Pressure for death, increased by legalization of euthanasia, 1:23-4, 28; 4:11; 5:40-1, 45; 6:7-10; 7:12, 20, 25-6; 8:9, 13-4, 32-3
Public opinion, 1:27-8, 34; 4:5-7, 13; 5:26, 31-2; 7:36; 8:23, 30; 9:30
Referee proposal, 1:23-4
Right-to-die movement position, criticism, 9:33
Royal commission proposal, 4:10, 12
"Slippery-slope argument", 1:23-6, 28-32; 2:5, 25, 27; 3:14, 18, 23, 28; 5:16; 6:9, 19; 7:29-30
Suicide, relationship, 1:23; 2:24; 3:10
Two or more qualified medical practitioners, mandatory, 3:23-4
Voluntary euthanasia declaration, 1:18-9
Washington State, referendum, 3:18; 4:10-1; 5:12
See also Palliative care/pain relief

Family *see* Terminally ill persons

Farrell, Bill (Committee Clerk)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 10:6
Procedure and Committee business, organization meeting, 1:6

Federal-provincial relations *see* Euthanasia

Fee, Doug (PC—Red Deer) (Acting Chairman)
AIDS, 7:19-20
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons) (Bill C-203), 1:20-1, 30-2, 36; 3:12-4, 22, 25-8; 5:5, 16, 33-4, 43, 47-8; 7:5, 12, 19-20, 30-1, 34-6; 9:34-5, 38-40; 10:4-5
Doctors, 1:31; 5:33-4
Emergency situations, 1:31; 3:12
Euthanasia, 1:30-1; 3:25, 28; 5:43; 9:34-5
Health care directives, 1:20-1
Living wills, 1:21
Medical treatment, 3:13-4; 5:16
Members of Parliament, 3:26-7
Palliative care/pain relief, 9:38-9
Procedure and Committee business
Documents, M. (Boudria), 5:5
In camera meetings, 10:5
Organization meeting, 1:9-10
Quorum, 1:9-10
Witnesses, 5:47; 7:33-5; 10:4
References, Acting Chairman, taking Chair, 2:4; 4:4
Terminally ill persons, 7:30-1

fondation Responsable jusqu'à la fin *see* Euthanasia; Health care directives; Organizations appearing

Food *see* Medical treatment

Friesen, Benno (PC—Surrey—White Rock—South Langley; Parliamentary Secretary to Secretary of State for External Affairs from May 8, 1991 to March 11, 1993)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 10:5

Grey, Deborah (Ref—Beaver River)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons) (Bill C-203), 2:11

Grondin, Gilles (Campagne Québec-Vie)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons) (Bill C-203), 2:24-7, 31-2

Hartwick, Don (Christian Brethren)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 5:6-7, 16

Health care directives
Doctor-patient relationship, affecting, 1:25; 4:8
Doctors, legal implications, 2:11
fondation Responsable jusqu'à la fin position, 2:19-21
Heroic measures, including, 1:19-20
Hippocratic oath, relationship, 1:17; 4:8; 6:5-6; 7:25
Manitoba Law Reform Commission report, 1:14
Necessity, 1:17-8, 20-2, 24, 26, 30; 2:8, 31-2; 3:7
See also Durable power of attorney; Emergency situations; Living wills; Voluntary euthanasia declaration

Hemlock Society *see* Euthanasia; Living wills; Right to Die Society of Canada

Hierlihy, Susan (Campaign for Life Coalition)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons) (Bill C-203), 2:4-9, 13-5

Hippocratic oath *see* Health care directives

Hofsess, John (Right to Die Society of Canada)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 4:4-8, 10-2
References *see* Committee—Witnesses

Hospice of All Saints *see* Organizations appearing; Palliative care/pain relief

House of Commons
Committees, scheduling, 2:4

Human Life Research Institute
Background, 9:28
See also Committee—Witnesses; Doctors; Organizations appearing

Human rights *see* Pain relief

Jeffs, Jacqueline (Alliance for Life)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons) (Bill C-203), 1:26-36

Judaism *see* Terminally ill persons

Justice Department *see* Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References; Organizations appearing

Jutra, Claude
References, 4:4

Karpoff, Jim (NDP—Surrey North)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 7:34

Karpoff, Jim—*Cont.*
Procedure and Committee business
Organization meeting, 1:7, 9
Witnesses, 1:7; 7:34

Ketchum, Sister Rose (Catholic Health Association of Canada)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 3:4-7, 16

Kilger, Bob (L—Stormont—Dundas) (Acting Chairman)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 3:14, 20-2; 4:10-1, 13, 18-9; 5:17, 42; 7:20, 31; 8:14-5, 22-3, 30-1, 34-5; 9:17, 35
Doctors, 3:22; 4:18-9; 5:17; 8:14-5, 30-1, 35
Euthanasia, 4:10-1; 7:20; 8:23
Members of Parliament, 3:20-2
Palliative care/pain relief, 8:34
Procedure and Committee business
Organization meeting, 1:7-10
References, Acting Chairman, taking Chair, 2:15

Kluge, Eike-Henner (Individual presentation; University of Victoria)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 5:18-35
References, 5:18, 27
See also Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References

Lafrance, W. André (Campagne Québec-Vie; Canadian Physicians for Life)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons) (Bill C-203), 2:26-31; 6:4-13

LaPlante, Rev. Robert (Catholic Health Association of Canada)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 3:13-5

Law Reform Commission of Canada *see* Committee—Witnesses; Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References; Doctors; Euthanasia; Medical treatment—Patients; Organizations appearing; Palliative care/pain relief

Lethal injections *see* Euthanasia

Létourneau, Gilles (Law Reform Commission of Canada)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 9:4-17

Living wills
Campaign for Life Coalition position, 2:6-7
Canadian Medical Association position, 1:14
Canadian Nurses for Life position, 8:8-9
Definition, 1:14; 7:7; 8:24
Hemlock Society position, 1:29; 2:7
Legal recognition, 1:13, 21
Other countries, comparison, 1:13-4
Review with family physician, 1:19

Logan, Don (Christian Brethren)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 5:6-17

MacNeil, Rev. Everett (Catholic Health Association of Canada)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 3:8-13, 15-6

Manitoba Law Reform Commission *see* Health care directives

Marker, Rita *see* Appendices; Committee—Witnesses

McCullum, Lorraine (Human Life Research Institute)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 9:28-30

McGill Centre for Medicine *see* Organizations appearing

McLunan, Sabina (Campaign for Life Coalition)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons) (Bill C-203), 2:9-12

McPherson, Marilynne (Canadian Nurses for Life)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 8:5-15

Media *see* Terminally ill persons

Medical practitioners
Definition, 7:28; 8:6
See also Medical treatment—"Qualified medical practitioner"

Medical treatment
Children, right to refuse treatment, 4:17
"Clearly request"/"has expressed the wish", definition, 2:16-7, 24-5; 3:6; 4:14, 20; 9:7-8, 26
Doctors, integrity of the conscience aspect, 3:13-4
Food and drink, including, 1:14-5, 24, 30; 2:10-1; 3:25; 5:13
Campaign for Life Coalition position, 2:5-6, 15
Canadian Nurses for Life position, 8:6-8, 11-2
World Federation of the Right to Die Societies position, 2:6
"Heroic measures", 5:11-3, 16-7
"In the best interests of the person", definition, 2:7, 25; 7:7
Informed consent, 7:7-8
"Medically useless" treatment, definition, 2:7; 4:7, 14; 5:20-3, 29-30; 6:11; 7:7, 22-3; 8:19; 9:7-8, 21-2, 26
Mentally incompetent persons, right to request/refuse treatment, 4:16-8; 8:24-6, 29; 9:12
Blodgett, B., case, 8:9
"Not in the best interests of the person", definition, 9:8, 13
Overtreatment, frequency, 8:21-2
Patients, right to self-determination, 5:14, 44; 7:5-6; 8:9, 17-20
B.C. Civil Liberties Association position, 9:22
Canadian Medical Association position, 8:17
Law Reform Commission of Canada position, 9:6
Nancy B. case, 6:12-3; 7:6, 30; 8:11, 15-6, 18, 21; 9:5-6, 10-2, 14, 16
"Qualified medical practitioner", definition, 2:8; 5:23; 9:27-8
Review by independent body, 5:31, 42
Shortening the life of the patient, 2:7-8, 13-4; 4:7-8, 15, 23-4; 5:14, 16, 24-6, 31, 37, 39, 44; 7:22, 27; 8:14
See also Palliative care/pain relief; Palliative care/pain relief

Members of Parliament
Private Members' legislation, importance, 3:16-7, 20-2, 26-9

Mentally incompetent persons *see* Medical treatment

Mills, Bruce (Canadian AIDS Society)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 7:14-7, 19-21

Mosley, Richard G. (Justice Department)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 4:14-7, 19-21, 23-6

Mr. Smith Goes to Washington *see* Committee—Witnesses

Nancy B. *see* Medical treatment—Patients

Nazi Germany *see* Euthanasia

Netherlands *see* Euthanasia

O'Connor, Barbara (Hospice of All Saints)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 7:34-5; 9:36-40

O'Connor, Paul (Toronto Catholic Doctors' Guild)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 8:27, 30-5

Order of Reference, 1:3

Organization meeting *see* Procedure and Committee business

Organizations appearing
Alliance for Life, 1:22-36
B.C. Civil Liberties Association, 9:18-25
Campagne Québec-Vie, 2:24-32
Campaign for Life Coalition, 2:4-15
Canadian AIDS Society, 7:13-22
Canadian Cancer Society, 7:22-32
Canadian Nurses for Life, 8:5-15
Canadian Physicians for Life, 6:4-13
Catholic Health Association of Canada, 3:4-16
Christian Brethren, 5:6-17
Christian Medical-Dental Society, 6:13-20
Dying with Dignity, 1:10-22
Elisabeth-Bruyère Health Centre—Palliative Care Unit, 5:35-45
fondation Responsable jusqu'à la fin, 2:15-24
Hospice of All Saints, 7:34-5; 9:36-40
Human Life Research Institute, 9:25-36
Justice Department, 4:14-9, 19-22, 24
Law Reform Commission of Canada, 9:4-17
McGill Centre for Medicine, 7:4-12
Right to Die Society of Canada, 4:4-13
Toronto Catholic Doctors' Guild, 8:27-35
See also individual witnesses by surname

Palliative care/pain relief
Alternative medical treatment, 5:39; 6:10
Criteria, 7:26
Definition, 3:6-7; 5:36; 7:8, 23-5; 9:13
Drugs and pharmaceuticals, effectiveness, 1:27, 32; 7:20-1; 9:31
Education/training, 9:30
Euthanasia, relationship, 2:11, 25, 28-31; 4:7-8; 5:36, 40; 7:29-30; 8:32-3; 9:37
Hospice of All Saints position, 7:34-5; 9:37-9
Human rights, relationship, 7:6, 25
Other countries, comparison, 5:41; 7:28-9; 8:34
Shortening life expectancy, 8:14; 9:27, 30
Law Reform Commission of Canada position, 9:5, 9-11
Toronto Catholic Doctors' Guild position, 8:27-8

Parent, Gilbert (L—Welland—St. Catharines—Thorold) (Chairman)
AIDS, 7:17
Browne, A., references, 9:25
Committee, 9:33
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 6:18, 20; 7:13-4, 17-8, 32-6; 8:4-5, 15-6, 26-7; 9:10, 24-5, 33, 36, 40-1
Procedure and Committee business
Acting Chairman, 8:26
Bills, 5:46-7; 7:33, 36
Briefs, 5:6-7; 8:21
Chairman, 5:6
In camera meetings, 9:41; 10:4-6
Meetings, 8:26; 10:6
Staff, 10:5
Witnesses, 5:18, 45-8; 7:32-5; 8:4-5, 26; 10:4-5
References, appointment as Chairman, 5:6

Patrick, John (Christian Medical-Dental Society)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 6:13-20

Petrucka, Diane (Canadian Nurses for Life)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 8:12, 14-5

Picard, Madam Justice Ellen (Law Reform Commission of Canada)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 9:10-5, 17

Procedure and Committee business
Acting Chairman
Appointment by Chairman, 4:4; 8:26
Taking Chair, 2:4
Bills, amendments
Beyond scope, 5:34
Clause-by-clause study, scheduling, 7:33, 36
Examination by Committee research staff, 5:46-7
Briefs
Appending to minutes and evidence, 8:27, agreed to, 3
One official language only, 2:4; 4:4; 5:6-7
Translation, criticism, 7:14
Chairman, appointment by Speaker, 1:6; 5:6
Documents, appending to minutes and evidence
M. (Boudria), 5:5-6, agreed to, 3
M. (Wenman), 5:46, agreed to, 4
M. (Wenman), 7:5, agreed to, 3
In camera meetings, 10:6, agreed to, 3
Motions, mover not recorded, 10:6
Scheduling, 9:41
Staff, attending, 10:5
Transcripts, storage and destruction at end of session, 10:5-6
M. (Fee), 10:4, agreed to, 3
Meetings
Adjourning, *sine die,* 10:6, agreed to, 3
Scheduling, 1:8-9; 8:26, agreed to, 3
Member, appearing as witness, 3:16-28
Organization meeting, 1:6-10
Printing, minutes and evidence, M. (Roy-Arcelin), 1:6, agreed to, 4

Procedure and Committee business—*Cont.*
Proceedings, television cameras/tape recording, not allowed, **3**:4
Questioning of witnesses, time limit, M. (Roy-Arcelin), **1**:6-7, agreed to, 4
Quorum
Chairman/government/opposition, representation, **1**:9-10
Meeting and receiving/printing evidence without, M. (Couture), **1**:6, agreed to, 4
Staff
Commendation, **10**:5
Introducing, **1**:6
Secretarial, engaging, M. (Brighwell), **1**:7, agreed to, 4
Witnesses
Appearance, order to appear, 7:32-3; **8**:4-5
Expenses
Budget, increase, M. (Wilbee), **10**:4, agreed to, 3
Committee paying
M. (Wenman), **5**:45-6, agreed to, 3
M. (Wilbee), **5**:46, agreed to, 3
M. (Fee), **5**:46, agreed to, 3
Ms. (Boudria), 7:33, agreed to, 3
M. (Boudria), **10**:4-5, agreed to, 3
M. (Friesen), **10**:5, agreed to, 3
List, **1**:7-8
Opening statement, taken as read, **5**:18, agreed to, 3
Scheduling, **5**:47-8; 7:33-5; **8**:4-5, 26-7

Provinces *see* Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References

Proxies *see* Terminally ill persons

Public opinion *see* Euthanasia

Right-to-die movement *see* Euthanasia

Right to Die Society of Canada
Background, Hemlock Society, relationship, **4**:5
See also Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References; Organizations appearing

Roy-Arcelin, Nicole (PC—Ahuntsic; Parliamentary Secretary to Minister of Communications from May 8, 1991 to September 1, 1993; Parliamentary Secretary to Secretary of State of Canada and Minister of Communications from September 1, 1993 to August 31, 1994)
Procedure and Committee business, organization meeting, **1**:6, 8-9

Royal commissions *see* Euthanasia

Scime, Carmelo (Canadian Physicians for Life)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), **6**:5-6, 11

Scott, John (Elisabeth-Bruyère Health Centre—Palliative Care Unit)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), **5**:35-45
References *see* Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References

Scott, Margaret (Canadian Cancer Society)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 7:22-32

Scott, Margaret—*Cont.*
References *see* Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203)—References

Seguin, Marilynne (Dying with Dignity)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons) (Bill C-203), **1**:10-22

Singer, Peter A. (Individual presentation; University of Toronto, Centre for Bioethics)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), **8**:16-26
References, **8**:16

Smith, Margaret *see* Appendices

Somerville, Margaret (McGill Centre for Medicine)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 7:4-12
References, 7:12-3
See also Appendices

Starkman, Bernard (Justice Department)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), **4**:18-9, 21-2, 24

Suicide *see* AIDS—Terminally ill persons; Euthanasia

Sullivan, William (Toronto Catholic Doctors' Guild)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), **8**:27-35

Terminally ill persons
Canadian Cancer Society position, 7:30-1
Canadian Medical Association position, **8**:4
Case histories, **1**:12-3, 17, 32-3; **5**:11-2
Catholic Health Association of Canada position, **3**:4-5
"Death", definition, **1**:20, 34-5; **2**:12-3
Definition, **1**:11; **3**:6, 19-20; **4**:7, 11-2; **6**:5; 7:23, 26; 7:30-1
Doctor-patient relationship, **3**:16; **4**:8; **5**:10, 19-20, 27-8
Do not resuscitate orders, **2**:10; **3**:9, 11; **5**:41-2; **6**:16
Drugs, use, implications, **1**:18-9, 32
Ethical aspects, **5**:18-9, 26, 28, 32; **6**:6-7, 10
Families, role, **1**:18; **3**:10-1
Judaeo-Christian values, relationship, **3**:15-6; **5**:7-10, 14-7
Christian Medical-Dental Society position, **6**:14-20
Media portayal, **1**:22-3
Mental competency, **5**:38-9; 7:7
Proxies, appointment, **4**:12-3; **5**:23-4, 30-1; **9**:6-7, 32
Right to self-determination, 7:5-6, 15-6, 25
See also AIDS

Toronto Catholic Doctors' Guild *see* Doctors; Organizations appearing; Palliative care/pain relief

Wallace, Scott (Right to Die Society of Canada)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), **4**:4, 8-13
References, **4**:13

Washington State *see* Euthanasia

Wenman, Robert L. (PC—Fraser Valley West)
Committee, **9**:40-1
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons) (Bill C-203), **1**:19-20, 33-6; **2**:12-5, 19-23, 30-2; **3**:15-28; **4**:19-20, 22-6; **5**:5-6, 14-6, 32, 44-8; 7:5, 11-2, 20-1, 26-8, 32-6; **9**:13-5, 24-5, 35-6, 39-41

Wenman, Robert L.—*Cont.*
Doctors, 1:33-5; 2:13-5, 22-3, 30-2; 3:17, 22, 28; 4:22-4; 5:44-5; 7:11-2; 9:35-6
Euthanasia, 1:35-6; 3:18, 23-5, 28; 4:19-20, 26; 5:16; 7:27-8, 36; 9:24-5
Health care directives, 1:19; 2:19-21, 31-2
Medical treatment, 2:15; 3:25; 4:20, 24; 5:44; 7:27
Members of Parliament, 3:16-7, 20-2, 26-7
Palliative care/pain relief, 2:30-1; 7:20-1
Procedure and Committee business
Bills, 5:46-7
Documents, 5:5-6, 46; 7:5
In camera meetings, 10:5
Witnesses, 5:47-8; 7:33-5
References, 1:14
Terminally ill persons, 1:20, 34-5; 2:12-3; 3:15-6, 19-20; 5:14-5; 7:26

Wilbee, Stan (PC—Delta)
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons) (Bill C-203), 1:18-9, 32-3; 2:10-1, 28-9; 3:10-1, 23-4; 4:11-3, 17-8; 5:14-5, 41-2; 6:11, 20; 7:8, 12-3, 29-30, 34; 8:21, 24, 27, 32; 9:10; 10:5

Wilbee, Stan—*Cont.*
Doctors, 1:32; 3:11; 6:11; 7:8; 8:21
Euthanasia, 1:18-9, 32; 3:23-4; 4:11, 13; 7:29; 8:32
Living wills, 1:19
Medical treatment, 2:10-1; 4:17-8; 5:14, 42; 7:30; 8:21, 24
Palliative care/pain relief, 2:28-9; 9:10
Procedure and Committee business, witnesses, 7:34
Terminally ill persons, 1:32-3; 2:10; 3:10-1; 4:12-3
Somerville, references, 7:12-3
Wallace, S., references, 4:13

Witnesses *see* Organizations appearing and *see also individual witnesses by surname*

World Federation of the Right to Die Societies *see* Medical treatment—Food and drink

Worthy, Dave (PC—Cariboo—Chilcotin; Parliamentary Secretary to Minister of Public Works from May 8, 1991 to September 1, 1993; Parliamentary Secretary to Minister for International Trade from September 1, 1993 to August 31, 1994)
Canadian Nurses for Life, 8:13
Criminal Code (amdt.—terminally ill persons)(Bill C-203), 8:13-4, 31, 33

CANADA

INDEX

DU

COMITÉ LÉGISLATIF SUR LE

Projet de loi C-203

Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicules nos 1-10 • 1991-1993 • 3e Session • 34e Législature

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

GUIDE DE L'USAGER

Cet index est un index croisé couvrant des sujets variés. Chaque fascicule est enregistré selon la date et cette référence se trouve à la page suivante.

L'index contient l'analyse des sujets et les noms des participants. Chaque référence apparaît sous les deux rubriques afin de faciliter l'accès par le nom de l'intervenant ou par le sujet. Les chiffres qui suivent les titres ou sous–titres correspondent aux pages indexées. Certains sujets d'importance font aussi l'objet de descripteurs spéciaux.

Les noms des intervenants et les descripteurs sont inscrits dans un ordre alphabétique. Certaines entrées relatives à la législation sont indexées chronologiquement.

Une entrée d'index peut se composer d'un descripteur en caractères gras et d'un ou de plusieurs sous–titres tels que:

Impôt sur le revenu
Agriculteurs
Gains en capital

Les renvois à un premier sous–titre sont indiqués par un long trait.

Gains en capital. *Voir* Impôt sur le revenu—Agriculteurs

Les abréviations et symboles que l'on peut retrouver dans l'index sont les suivants:

1re, 2e, 3e l.=première, deuxième, troisième lecture. A. = appendice. Am.=amendement. Art.=article. Chap.=chapitre. Dd.=ordre de dépôt de documents. Déc.=déclaration. M.=motion. Q.F.=question au *Feuilleton*. Q.o.=question orale. R.g. = réponse du gouvernement. Rés.=résolution. S.C.=Statuts du Canada. S.r.=sanction royale.

Affiliations politiques:

BQ	Bloc Québécois
Cons. Ind.	Conservateur indépendant
Ind.	Indépendant
L	Libéral
NPD	Nouveau parti démocratique
PC	Progressiste conservateur
Réf.	Parti réformiste du Canada

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser au Service de l'index et des références (613) 992–7645. Télécopieur (613) 992–9417

INDEX

COMITÉ LÉGISLATIF DE LA CHAMBRE DES COMMUNES

TROISIÈME SESSION—TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

DATES ET FASCICULES

– 1991

Septembre:	le 30, f.1.
Octobre:	le 29, f.1; le 31, f.2.
Novembre:	le 5, f.3; le 7, f.4; le 19, f.5; le 21, f.6; le 26, f.7; le 28, f.8.

– 1992 –

Février:	le 6, f.9; le 18, f.10.

Affaire *Nancy B.*, Qué.
Allusions, 9:10-1, 14
Capacités, 8:24
Cas, 8:21-2
Rareté, 8:30
Cause devant les tribunaux, nécessité, 9:16
Décision, 9:5-6
Respect, 6:12-3
Opinions, 7:30; 8:11

Affaire *Nancy Beth Cruzan*, États-Unis
Allusions, 8:6-7, 23

Affaire *Perry*, C.-B.
Allusions, 3:17, 22

Alliance pour la vie
Mémoire, 1:22-5
Opinion, morale judéo-chrétienne, 1:34-5
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Alter, Susan (recherchiste pour le Comité)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 8:15

AMC. *Voir* Association médicale canadienne

Appendices
Bibliothèque du Parlement, lettre adressée à Robert Wenman le 19 novembre 1991, 5A:6-9
Centre de médecine de l'Université McGill, document, 7A:6-11
Marker, Rita L., mémoire, 8A:20-43

Association catholique canadienne de la santé
Mémoire, 3:4-7
Voir aussi Témoins

Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Voir* Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.

Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique
Exposé, 9:18-23
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Association médicale canadienne (AMC)
Comité, témoignage, refus, 9:34
Lettres, teneur, 8:4-5
Position, 3:25
Allusions, 5:33, 43-4; 7:27, 31; 9:33-4
Documents, préparation, 9:40
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.

Association médicale du Québec. *Voir* Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.

Axworthy, Chris (NPD—Saskatoon—Clark's Crossing)
Affaire *Nancy B.*, Qué., 9:16
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 1:17-8, 25-8; 3:9-10, 23; 9:15-6
Euthanasie, 3:9-10
Médecins, 1:17, 26, 28
Personnes en phase terminale, 1:18, 27-8
Soins palliatifs, 9:15-6
Traitements médicaux, 1:27

Bergeron, Marilyn (Alliance pour la vie)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 1:22-9, 31-2, 34-5

Bibliothèque du Parlement. *Voir* Appendices

Blackburn, Derek N. (NPD—Brant; démission le 31 mai 1993) (président)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 3:16
Médecins, 3:16
Voir aussi Président du Comité—Nomination

Boudria, Don (L.—Glengarry—Prescott—Russell) (président suppléant)
Affaire *Nancy B.*, Qué., 6:12; 8:11
Association médicale canadienne, 9:34
Code criminel, 2:27; 5:34, 45
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 1:14-7, 21-2, 28-30; 2:9, 17-8, 21-3, 26-7; 3:7-8, 14-5; 5:5-6, 13, 17, 34-5, 45, 48; 6:11-3, 18-20; 7:9-11, 18-9, 28-9, 32-5; 8:10-5, 26; 9:11-4, 23-4, 34; 10:5-6
Comité, 2:4, 9; 3:14; 5:5-6, 48; 7:32-5; 8:26; 10:5-6
Euthanasie, 1:29; 2:9, 21, 23; 3:8; 7:29
Hemlock Society, 2:27
Médecins, 1:17; 2:18; 7:10-1
Personnes en phase terminale, 3:7; 8:11-2
Professionnels de la santé, 1:15-6
Sidatiques, 7:18-9
Soins palliatifs, 9:12-3
Traitements médicaux, 1:14-5, 30; 5:13
Voir aussi Président du Comité—Présidents suppléants

Brightwell, Harry (PC—Perth—Wellington—Waterloo)
Comité, séance d'organisation, 1:7-9

Browne, Alister (Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 9:20-5

Bryden, Philip (Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 9:18-20, 24-5

Bureau, Yvon (Fondation Responsable jusqu'à la fin)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 2:15-24

Campagne Québec-Vie
Mémoire, 2:24-6
Voir aussi Témoins

Centre de médecine de l'Université McGill
Exposé, 7:4-8
Voir aussi Appendices; Témoins

Centre de santé Élisabeth-Bruyère — Unité régionale de soins palliatifs
Réanimation, politique, 5:41-2
Visite, invitation, 5:43

Christian Brethren
Mémoire, 5:6-13
Voir aussi Témoins

Christian Medical-Dental Society
Mémoire, 6:13-8
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Coalition Campagne-vie
Mémoire, 2:4-8
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Cockrill, Christopher (Société canadienne du SIDA)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 7:13-4, 16-22

Code criminel
Ambiguïté, 8:22-3, 30-1
Lacune, 7:31-2
Messages, craintes, 2:27; 5:34-5
Raison d'être, 5:45
Refonte globale, 4:26-7

Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203. Wenman
Adoption, 3:8-9, 15; 9:39-40
Amendements
Acceptation, 3:28
Examen, 3:18-9; 5:46-7; 8:34
Objection de conscience, article, ajout, 8:15
Perception, 7:26; 9:40
Propositions, 3:24-5; 4:23
Répercussions, 9:13-5, 39
Résumé, préparation, 9:41
Tribunaux, répercussions, 9:16-7
Application en fonction du processus naturel, 3:19-20
Consultations, processus
Élargissement, 9:17
Groupes non chrétiens, 3:15-6
Provinces, réponses, 9:15
Définitions, 4:23; 5:42-3; 7:28-9, 31
Droit, rôle, 2:18; 3:7-8
Effet d'entraînement, 1:26-9, 31; 3:14-5, 18, 23, 28; 4:10-1; 5:15-6; 6:19; 7:29-30
Étude, 1:10-36; 2:4-32; 3:4-29; 4:4-27; 5:5-48; 6:4-20; 7:36; 8:4-35; 9:4-41; 10:4-6
Article par article, début, 7:33, 35-6
Information, accessibilité, 4:26
Initiative parlementaire et initiative ministérielle, processus, différence, 3:20-2, 26-9
Libellé, 4:25
Modifications. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Amendements
Nécessité, 1:17-8, 20-2; 2:17-8; 3:16-7; 4:11; 6:18-9; 7:8-9; 8:21; 9:11-2
Objectifs, 2:31-2; 5:15-6
Opposition, 4:10; 6:11; 8:13-5
Principes, 9:23-4
Public, demande, 3:18
Rédacteurs, capacité, 9:14
Rédaction, processus, 4:22
Rejet. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Opposition
Retrait, 9:34
«Vases communicants», argument. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Effet d'entraînement

Comité
Budget, présentation, 10:4
Documents
Annexion au compte-rendu, 5:5-6, 45; 7:5; 8:15, 27
Dépôt, 9:15
Distribution, 1:10; 5:46; 7:13
Du consentement unanime, 4:4; 5:6-7
Mémoire considéré aux fins du compte rendu comme ayant été lu, 5:18
Participation, 2:4
Personnel
Employés supplémentaires, services, recours, 1:7
Présentation, 1:6
Séance d'organisation, 1:6-10
Séances
À huis clos
Adjoints législatifs, présence, 10:5
Différences, 10:5-6
Tenue, 9:40-1; 10:6
Transcription, 10:4
Calendrier, 1:8-9; 3:29; 5:47-8; 8:26
Tenue et impression des témoignages en l'absence de quorum, 1:6, 9-10
Témoins, comparution, convocation, etc., 5:47-8
Alliance pour la vie, 1:7-8
Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1:7-8
Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique, 5:48; 7:33-4
Association médicale canadienne, 1:7-8; 7:32-3, 35; 8:4-5
Association médicale du Québec, 1:8
Christian Medical-Dental Society, 5:46
Coalition Campagne-vie, 1:7-8
Commission de réforme du droit, 8:26-7
Manitoba, 1:7
Corporation des médecins du Québec, 1:8
Église anglicane, 1:7
Église unie, 1:7
Frais de déplacement et de séjour, remboursement, 5:45-6; 7:33; 10:4-5
Hemlock Society, 1:7
Hospice of All Saints, 5:48; 7:33-5
Human Life Research Institute, 7:33, 35
Infirmières canadiennes pour la vie, 7:33
Médecins du Canada pour le respect de la vie, 5:46
Morton, Dr, 1:7
Singer, D[r] Peter A., 7:33
The Right to Die Society of Canada, 1:7-8
Toronto Catholic Doctors' Guild, 7:33
Temps de parole, répartition, 1:6-7; 2:9; 3:7
Voir aussi Association médicale canadienne

Commission de réforme du droit
Exposé, 9:4-10
Manitoba. *Voir aussi* Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.
Recommandations, 4:19-22
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Commission royale d'enquête
Création, suggestion, 4:10, 12

Corporation des médecins du Québec. *Voir* Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.

Couture, Clément (PC—Saint-Jean)
Comité, séance d'organisation, 1:6-7

deVeber, Dr L.L. (Barry) (Human Life Research Institute)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 9:25-8, 30-6
Médecine, pratique, durée, 9:36

Droit. *Voir* Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203

Église anglicane. *Voir* Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.

Église unie. *Voir* Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.

Euthanasie
Encouragement, 8:32
Hollande, situation, 1:29-30; 2:9, 21-3; 3:8; 7:27-9; 8:15
Légalisation, 3:9-10; 7:20
Médicaments, utilisation, 1:18-9
Opposition, 4:13
«Passive» et «active», différence, 2:11-2
Sondages, Washington, État (É.-U.), 4:10-1
Volontaire, instauration, 1:18-9

Fee, Doug (PC—Red Deer) (président suppléant)
Association médicale canadienne, 3:25; 5:33, 43; 7:31
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 1:20-1, 30-2; 3:12-4, 22, 25-8; 5:5, 16, 33-4, 43, 47-8; 7:5, 12, 19-20, 30-1, 33-6; 9:34-5, 38-40; 10:4-5
Comité, 5:5, 47-8; 7:5, 33-6; 10:4-5
Séance d'organisation, 1:9-10
Médecins, 1:21, 31; 3:12-4, 28; 5:33-4
Personnes en phase terminale, 9:35
Scott, Dr John, 5:43
Scott, Dr Margaret, 7:30-1
Sidatiques, 7:19-20
Soins palliatifs, 9:38-9
Testament biologique, 1:21, 31
Traitements médicaux, 5:16
Voir aussi Président du Comité—Présidents

Fondation Responsable jusqu'à la fin
Mémoire, 2:15-7
Voir aussi Témoins

Friesen, Benno (PC—Surrey—White Rock—South Langley; secrétaire parlementaire du secrétaire d'État aux Affaires extérieures du 8 mai 1991 au 11 mars 1993)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 10:5
Comité, 10:5

Greffier du Comité
Comité, 1:6

Grey, Deborah (Réf.—Beaver River)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 2:11
Euthanasie, 2:11
Médecins, 2:11

Grondin, Gilles (Campagne Québec-Vie)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 2:24-7, 31-2

Hartwick, Don (Christian Brethren)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 5:6-7, 16

Hemlock Society
Positions, allusion, 2:27
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.

Hierlihy, Susan (Coalition Campagne-vie)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 2:4-8, 13-5

Histoire
Connaissance, 6:19-20

Hofsess, John (The Right to Die Society of Canada)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 4:4-8, 10-3

Hollande. *Voir* Euthanasie

Hospice of All Saints
Exposé, 9:36-8
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Human Life Research Institute
Exposé, 9:25-33
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Infirmières canadiennes pour la vie
Mémoire, 8:5-10
Appui, 8:13
Représentation, infirmiers et infirmières, nombre, 8:13
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Jeffs, Jacqueline (Alliance pour la vie)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 1:26-36

Justice, ministère
Mémoire, 4:14-7
Voir aussi Témoins

Karpoff, Jim (NPD—Surrey-Nord)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 7:34
Comité, 7:34
Séance d'organisation, 1:7, 9

Ketchum, Soeur Rose (Association catholique canadienne de la santé)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 3:4-7, 16

Kilger, Bob (L—Stormont—Dundas) (président suppléant)
Association médicale canadienne, 7:31
Code criminel, 7:31; 8:22-3, 30
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 3:20-2; 4:10-1, 18-9; 5:17, 42; 7:20, 31; 8:14-5, 22-3, 30-1, 34-5; 9:17, 35
Comité, 3:14
Séance d'organisation, 1:7-10

Kilger, Bob—*Suite*
Euthanasie, **4**:10-1; **7**:20
Médecins, **3**:22; **4**:11, 18-9; **5**:17; **8**:14-5, 31, 35
Professionnels de la santé, **4**:19; **8**:31
Société canadienne du cancer, **7**:31
Soins palliatifs, **5**:42
Voir aussi Président du Comité—Présidents suppléants

Kluge, Eike-Henner (Université Victoria)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **5**:18-35

Lafrance, D^r André (Campagne Québec-Vie; Médecins du Canada pour le respect de la vie)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **2**:26-31; **6**:4-13

LaPlante, Rév. Robert (Association catholique canadienne de la santé)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **3**:13-5

Létourneau, Gilles (Commission de réforme du droit)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **9**:4-17

Logan, Don (Christian Brethren)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **5**:6-17

Loi modifiant le Code criminel (personnel en phase terminale).
Voir plutôt Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203

MacNeil, Rév. Everett (Association catholique canadienne de la santé)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **3**:8-13, 15-6

Marker, Rita L. *Voir* Appendices

McCullum, Lorraine (Human Life Research Institute)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **9**:28-30

McLunan, Sabina (Coalition Campagne-vie)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **2**:9-12

McPherson, Marilynne (Infirmières canadiennes pour la vie)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **8**:5-15

Médecins
Intégrité professionnelle
Et patient, intégrité, primauté, **3**:16, 19
Et position morale, distinctions, **3**:13-4
Intention, **7**:11-2
Liberté, **1**:26-8
Mensonges, **2**:28
Poursuites, **1**:21, 30; **2**:14-5, 18, 22-3, 30-1; **3**:8-9, 28; **4**:18-9, 23-5; **5**:33-4, 44-5; **7**:10-1; **8**:33-5; **9**:34
«Prolonger la vie inutilement», reproche, **3**:11
Protection, **1**:7-8; **2**:11; **3**:12-5, 22; **4**:11; **5**:15-7; **8**:14-5, 31-2
Serment, teneur, **1**:17
Voir aussi Personnes en phase terminale—Public

Médecins du Canada pour le respect de la vie
Mémoire, **6**:4-10

Médecins du Canada pour le respect de la vie—*Suite*
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Mills, Bruce (Société canadienne du SIDA)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **7**:14-7, 19-21

Morton, Dr. *Voir* Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.

Mosley, Richard G. (ministère de la Justice)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **4**:14-7, 19-21, 23-6

Mourir dans la dignité
Point de vue, **1**:10-4
Voir aussi Témoins

O'Connor, Barbara (Hospice of All Saints)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **7**:34-5; **9**:36-40

O'Connor, D^r Paul (Toronto Catholic Doctors' Guild)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **8**:27, 30-5

Ordre de renvoi
Projet de loi C-203 (Code criminel (personnel en phase terminale)), **1**:3

Parent, Gilbert (L—Welland—St. Catharines—Thorold) (président)
Association médicale canadienne, **9**:33
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **7**:17, 32; **9**:33, 36
deVeber, D^r L.L. (Barry), **9**:36
SIDA, **7**:17
Voir aussi Président du Comité—Nomination

Patrick, D^r John (Christian Medical-Dental Society)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **6**:13-20

Personnes en phase terminale
Alimentation et hydratation, refus, **8**:11-2
Choix, **1**:27-8; **5**:43
Décisions
Comité, formation, suggestion, **5**:42
Responsables, identification, **2**:12-4, 18-21; **3**:23-5; **4**:12-3; **8**:24-6
Définition, **3**:7-8, 10
Enfants et adultes mentalement incapables, différence, **4**:18
Équipe soignante, concept, **2**:19-22
Familles, rôle, **1**:18
Fin de la vie, moment, connaissance, **1**:20; **5**:15
Meurtres par compassion, **9**:35-6
Mort
Définition, **2**:12
Naturelle, acceptation, **1**:20
Pratique courante, **3**:17-8; **4**:20-3, 25; **7**:27; **9**:24-5
Public, préoccupations et médecins, différences, **9**:35
«Tuer» et «permettre à quelqu'un de mourir», distinction, **1**:32-3
Vie
Naturelle et vie artificielle, distinction, **2**:10-1
Voir aussi sous le titre susmentionné Fin

Petrucka, Diane (Infirmières canadiennes pour la vie)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 8:12-5

Picard, Madame la juge Ellen (Commission de réforme du droit)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 9:10-5, 17

Président du Comité
Nomination
Blackburn, D., 1:6
Parent, 5:6
Présidents suppléants
Boudria, 8:26
Fee, 2:4; 4:4
Kilger, 2:15

Procès-verbaux et témoignages
Erratum, 9:2
Impression, 1:6

Professionnels de la santé
Cas de conscience, protection, 1:15-7
Craintes, 4:19; 8:31

Projet de loi C-203. *Voir plutôt* Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203

Roy-Arcelin, Nicole (PC—Ahuntsic; secrétaire parlementaire du ministre des Communications du 8 mai 1991 au 1er septembre 1993; secrétaire parlementaire du secrétaire d'État du Canada et ministre des Communications du 1er septembre 1993 au 31 août 1994)
Comité, séance d'organisation, 1:6, 8-9

Scime, Dr Carmelo (Médecins du Canada pour le respect de la vie)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 6:5-6, 11

Scott, Dr John (témoin à titre personnel)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 5:35-45
Mémoire, 5:35-41
Appui, 5:43-4

Scott, Dr Margaret (Société canadienne du cancer)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 7:22-32
Opinion, 7:30-1

Séance d'organisation. *Voir* Comité

Seguin, Marilynne (Mourir dans la dignité)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 1:10-22

SIDA
Cas, nombre, 7:17
Épidémie, 7:17

Sidatiques
Douleurs, soulagement, méthodes, 7:20-1
Mort comme traitement, choix, 7:18-9
Suicides, taux, 7:19-20

Singer, Dr Peter A. (témoin à titre personnel)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 8:16-26
Mémoire, 8:16-20
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.

Société canadienne du cancer
Mémoire, 7:22-6
Opinion, allusion, 7:31
Voir aussi Témoins

Société canadienne du SIDA
Mémoire, 7:13-7
Voir aussi Témoins

Soins palliatifs
Accès, amélioration, 5:42
Décision, prise, responsables, identification, 9:10-1
Dosage, 9:12-3
Dose mortelle, application, patient, demande, 9:15-7
Importance, sensibilisation, 9:38-9
Provinces, réaction, 9:39

Somerville, Dr Margaret (Centre de médecine de l'Université McGill)
Antécédents, 7:12
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 7:4-13

Starkman, Bernard (ministère de la Justice)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 4:18-9, 21-2, 24

Sullivan, Dr B. (Toronto Catholic Doctors' Guild)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 8:27-35

Témoins
Alliance pour la vie, 1:22-36
Association catholique canadienne de la santé, 3:4-16
Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique, 9:18-25
Campagne Québec-Vie, 2:24-32
Centre de médecine de l'Université McGill, 7:4-13
Christian Brethren, 5:6-17
Christian Medical-Dental Society, 6:13-20
Coalition Campagne-vie, 2:4-15
Commission de réforme du droit, 9:4-17
Fondation Responsable jusqu'à la fin, 2:15-24
Hospice of All Saints, 7:34-5; 9:36-40
Human Life Research Institute, 9:25-36
Infirmières canadiennes pour la vie, 8:5-15
Justice, ministère, 4:14-26
Médecins du Canada pour le respect de la vie, 6:4-13
Mourir dans la dignité, 1:10-22
Scott, Dr John, 5:35-45
Singer, Dr Peter A., 8:16-26
Société canadienne du cancer, 7:22-32
Société canadienne du SIDA, 7:13-22
The Right to Die Society of Canada, 4:4-13
Toronto Catholic Doctors' Guild, 8:27-35
Université Victoria, 5:18-35
Wenman, Robert, 3:16-28

Testament biologique
Application, 1:21

Testament biologique—*Suite*
Document juridique, utilisation, répercussions, **2**:19-21; **3**:25
Existence, vérification en cas d'urgence, **1**:31
Options diverses, **1**:19-20
Rédaction, décision, **2**:31
Révision, **1**:19
Sens péjoratif, **2**:32

The Right to Die Society of Canada
Mémoire, **4**:4-10
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Toronto Catholic Doctors' Guild
Mémoire, **8**:27-30
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Traitements médicaux
Acharnement thérapeutique, **5**:16-7
Analgésiques ou sédatifs, utilisation, **2**:28-9
Douleurs, contrôle, **1**:27-8; **2**:11, 30; **8**:32-3
Familles, rôle, **3**:10-1
Fréquence, **8**:21-2
Interruption ou refus de commencer
Décision, **1**:33-6; **4**:11-2; **5**:44-5
Patient, rôle, **5**:14
Pratique courante, **2**:23
Nourriture et eau, inclusion, **1**:14-5, 30; **2**:15; **5**:13
Provinces, pouvoirs, **4**:26
Traitement acceptable, définition, **3**:11

Université Victoria
Déclaration, **5**:18-26
Exposé, **5**:27-32
Voir aussi Témoins

Wallace, Dr Scott (The Right to Die Society of Canada)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **4**:4, 8-13

Washington, État (É.-U.). *Voir* Euthanasie—Sondages

Wenman, Robert L. (PC—Fraser Valley-Ouest) (témoin à titre personnel)
Affaire *Perry*, C.-B., **3**:22
Alliance pour la vie, **1**:34-5

Wenman, Robert L.—*Suite*
Association médicale canadienne, **3**:25; **7**:27; **9**:40
Code criminel, **4**:26
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **1**:19-20, 33-6; **2**:12-5, 19-23, 30-2; **3**:15-28; **4**:19-20, 22-6; **5**:5-6, 14-6, 32, 44-8; **7**:5, 11-2, 20-1, 26-8, 32-6; **9**:13-5, 24-5, 35-6, 39-41; **10**:5
Comité, **5**:5-6, 46-8; **7**:5, 32-6; **10**:5
Commission de réforme du droit, **4**:21-2
Euthanasie, **2**:23; **7**:27-8
Exposé, **3**:16-20
Médecins, **2**:14-5, 22, 30-1; **3**:22, 28; **4**:23-4; **5**:15-6, 44-5; **7**:11-2
Personnes en phase terminale, **1**:20; **2**:12-4; **3**:24-5; **4**:20, 22-4; **7**:27; **9**:24-5, 35-6
Sidatiques, **7**:20-1
Testament biologique, **1**:19; **2**:19-21, 31-2; **3**:25
Traitements médicaux, **1**:33-6; **2**:15, 23, 30; **4**:26; **5**:44
Voir aussi Appendices—Bibliothèque du Parlement

Wilbee, Stan (PC—Delta)
Affaire *Nancy B.*, Qué., **7**:30
Centre de santé Élisabeth-Bruyère — Unité régionale de soins palliatifs, **5**:41
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **1**:18-9, 32-3; **2**:10-1, 28-9; **3**:10-1, 23-4; **4**:11-3, 17-8; **5**:14-5, 41-2; **6**:11, 20; **7**:8, 12-3, 29-30, 34; **8**:21, 24, 27, 32; **9**:10
Comité, **7**:34; **8**:27
Euthanasie, **1**:18-9; **4**:13; **8**:32
Médecins, **3**:11
Personnes en phase terminale, **1**:32-3; **2**:10-1; **3**:23-4; **4**:12-3, 18; **5**:42; **8**:24
Soins palliatifs, **9**:10
Somerville, Dr Margaret, **7**:12
Testament biologique, **1**:19
Traitements médicaux, **2**:28-9; **3**:10-1; **4**:11-2; **5**:14; **8**:21, 32

Worthy, Dave (PC—Cariboo—Chilcotin; secrétaire parlementaire du ministre des Travaux publics du 8 mai 1991 au 1er septembre 1993; secrétaire parlementaire du ministre du Commerce extérieur du 1er septembre 1993 au 31 août 1994)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, **8**:13-4, 31, 33
Infirmières canadiennes pour la vie, **8**:13
Médecins, **8**:33

Testament biologique—Suite
Document juridique, utilisation, répercussions, 2:19-21; 3:25
Existence, vérification en cas d'urgence, 1:31
Opinions diverses, 1:19-23
Rédaction, décision, 2:31
Révision, 1:19
Sens péjoratif, 2:32

The Right to Die Society of Canada
Mémoire, 4:1-10
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Toronto Catholic Doctors' Guild
Mémoire, 8:25-30
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Témoins

Traitements médicaux
Acharnement thérapeutique, 5:16
Analgésiques ou sédatifs, utilisation, 2:28-9
Douleurs, contrôle, 1:27-8; 2:11, 30; 3:32-3
Familles, rôle, 3:10-1
Fréquence, 8:21-2
Interruption ou refus de commencer
Décision, 1:23-6; 4:11-2; 5:44-5
Patient, rôle, 5:14
Pratique courante, 2:23
Nourriture et eau, inclusion, 1:14-5, 30; 2:15; 5:13
Provinces, pouvoirs, 4:26
Traitement acceptable, définition, 5:13

Université Victoria
Déclaration, 5:18-26
Exposé, 5:31-32
Voir aussi Témoins

Wallace, Dr Scott (The Right to Die Society of Canada)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 4:1, 8-13

Washington, État (É.-U.). *Voir* Euthanasie—Sondages

Wenman, Robert L. (PC—Fraser Valley-Ouest (devenu à titre personnel))
Affaire Perry, C.-B., 3:25
Alliance pour la vie, 3:24-6

Wenman, Robert L.—Suite
Association médicale canadienne, 3:25; 5:47; 9:40
Code criminel, 9:26
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 1:19-29, 33-6; 2:12-5, 19-23, 30-2; 3:15-28; 4:19-20, 22-6; 5:3-5, 14-6, 32, 44-8; 7:5, 11-2, 20-1, 26-8, 32-6; 9:13-5, 24-5, 35-6, 39-41; 10:5
Comité, 5:5-6, 46-8; 7:5, 32-6; 10:5
Commission de réforme du droit, 4:21-2
Euthanasie, 2:15; 3:27-8
Exposé, 3:16-20
Médecins, 2:14-5, 22, 30-1; 3:22, 27; 4:22-5; 5:15-6, 44-5; 7:11-2
Personnes en phase terminale, 1:20; 2:12-4; 3:24-5; 4:20, 22-4; 7:27; 9:24-5, 35-6
Sondages, 7:20-1
Testament biologique, 1:19; 2:19-21, 31-2; 3:25
Traitements médicaux, 1:33-6; 2:15, 23, 30; 4:26; 5:44
Voir aussi Appendices—Bibliothèque du Parlement

Wilbee, Stan (PC—Delta)
Affaire Nancy B., Qué., 9:30
Centre de santé Élisabeth-Bruyère—Unité régionale de soins palliatifs, 5:41
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 1:18-9, 32-3; 2:10-1, 28-9; 3:10-1, 23-4; 4:11-3, 17-8; 5:14-5, 41-2; 6:11, 20; 7:8, 12-3, 29-30, 33; 8:21, 24, 27, 32; 9:10
Comité, 7:33; 8:27
Euthanasie, 1:18-9; 4:13; 8:32
Médecins, 3:11
Personnes en phase terminale, 1:32-3; 2:10-1; 3:23-4; 4:12-3, 18; 5:42; 8:21
Soins palliatifs, 9:10
Somerville, Dr Margaret, 7:32
Testament biologique, 1:19
Traitements médicaux, 2:28-9; 3:10-1; 4:11-2; 5:14; 8:21, 32

Worthy, Dave (PC—Cariboo—Chilcotin; secrétaire parlementaire du ministre des Travaux publics du 8 mai 1991 au 1er septembre 1993; secrétaire parlementaire du ministre du Commerce extérieur du 1er septembre 1993 au ... 1993)
Code criminel, Loi (personnes en phase terminale), projet de loi C-203, étude, 8:13-4, 31, 33
Infirmières canadiennes pour la vie, 8:13
Sondages, 8:31

BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT
LIBRARY OF PARLIAMENT
3 2354 00515 224 7

BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT
LIBRARY OF PARLIAMENT
3 2354 00515 226 2