

BACK COVER PAGE OF  
HOUSE OF COMMONS DEBATES  
OFFICIAL REPORT (HANSARD)  
VOL. 144, NUMBER 084  
18 SEPTEMBER 2009



PAGE DE DOS  
DÉBATS DE LA CHAMBRE DES  
COMMUNES  
COMPTE RENDU OFFICIEL (HANSARD)  
VOL. 144, NUMÉRO 084  
18 SEPTEMBRE 2009

If undelivered, return COVER ONLY to:  
Publishing and Depository Services  
Public Works and Government Services Canada  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :  
Les Éditions et Services de dépôt  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

Published under the authority of the Speaker of  
the House of Commons

Publié en conformité de l'autorité  
du Président de la Chambre des communes

#### SPEAKER'S PERMISSION

#### PERMISSION DU PRÉSIDENT

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services  
Public Works and Government Services Canada  
Ottawa, Ontario K1A 0S5  
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943  
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757  
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca  
<http://publications.gc.ca>

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5  
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943  
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757  
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca  
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 8

Tuesday, November 24, 1992

Chairperson: Blaine Thacker

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 8

Le mardi 24 novembre 1992

Président: Blaine Thacker

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Sub-Committee  
on the*

## **Recodification of the General Part of the Criminal Code**

*of the Standing Committee on Justice and the Solicitor  
General*

*Procès-verbaux et témoignages du Sous-comité sur la*

## **Recodification de la Partie générale du Code criminel**

*du Comité permanent de la justice et du Solliciteur général*

---

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(1)(a) and (b) and the Order of Reference of June 13, 1991 of the Standing Committee to the Sub-Committee, consideration of the recodification of the General Part of the *Criminal Code*

Joint Presentation

CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(1)a) et b) du Règlement et de l'Ordre de renvoi du Comité permanent du 13 juin 1991 au Sous-comité, étude de la recodification de la Partie générale du *Code criminel*

Présentation conjointe

---

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

SUB-COMMITTEE ON THE RECODIFICATION OF  
THE GENERAL PART OF THE CRIMINAL CODE OF  
THE STANDING COMMITTEE ON JUSTICE AND THE  
SOLICITOR GENERAL

*Chairperson:* Blaine Thacker

Members

Rod Laporte  
George Rideout—(3)

(Quorum 2)

Richard Dupuis

*Clerk of the Sub-Committee*

SOUS-COMITÉ SUR LA RECODIFICATION DE LA  
PARTIE GÉNÉRALE DU CODE CRIMINEL DU  
COMITÉ PERMANENT DE LA JUSTICE ET DU  
SOLLICITEUR GÉNÉRAL

*Président:* Blaine Thacker

Membres

Rod Laporte  
George Rideout—(3)

(Quorum 2)

*Le greffier du Sous-comité*

Richard Dupuis

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,  
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, NOVEMBER 24, 1992  
(13)

[Text]

The Sub-Committee of the Standing Committee on Justice and the Solicitor General on the Recodification of the General Part of the Criminal Code met at 3:20 o'clock p.m. this day, in Room 308, West Block, the Chairman, Blaine Thacker, presiding.

*Members of the Committee present:* Rod Laporte, George Rideout and Blaine Thacker.

*Other Members present:* Don Boudria, Svend Robinson and Robert Wenman.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Philip Rosen, Senior Analyst and Marilyn Pilon, Research Officer. James W. O'Reilly, Legal Counsel.

*Witnesses: From the Canadian Medical Association:* Dr. Ronald F. Whelan, President; Dr. J. Noel Doig, Chairman, Ethics Committee; Dr. John R. Williams, Ph.D., Director, Ethics and Legal Affairs; Carole Lucock, Assistant Director, Ethics and Legal Affairs. *From The Right to Die Society of Canada:* John Hofsess, Executive Director; Christopher Considine, Barrister & Solicitor. *From Campaign Life Coalition:* Sue Hierlihy, Director, Public Affairs. *From Compassionate Healthcare Network:* Cheryl Eckstein, Chief Executive Officer.

The Sub-Committee resumed consideration of its Order of Reference of June 13, 1991 of the Standing Committee on Justice and the Solicitor General to the Sub-Committee. (See *Minutes of Proceedings and Evidence, dated Wednesday, March 25, 1992, Issue No. 1*).

Dr. Ronald F. Whelan and Dr. J. Noel Doig from the Canadian Medical Association each made an opening statement and with Dr. John R. Williams and Carole Lucock answered questions.

In accordance with an order adopted on Wednesday, March 25, 1992, the Chairman authorized that the brief presented to the Sub-Committee by The Canadian Medical Association be printed as an appendix to this day's Minutes of Proceedings (See *Appendix "CODE-10"*).

John Hofsess and Christopher Considine from The Right to Die Society of Canada made each an opening statement and answered questions.

In accordance with an order adopted on Wednesday, March 25, 1992, the Chairman authorized that the brief presented to the Sub-Committee by The Right to Die Society of Canada be printed as an appendix to this day's Minutes of Proceedings (See *Appendix "CODE-11"*).

In accordance with an order adopted on Wednesday, March 25, 1992, the Chairman authorized that the transcript of a videotaped statement made by Sue Rodriguez (October 28, 1992) presented to the Sub-Committee be printed as an appendix to this day's Minutes of Proceedings (See *Appendix "CODE-12"*).

At 4:55 o'clock p.m., the sitting was suspended.

## PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 24 NOVEMBRE 1992  
(13)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la recodification de la partie générale du Code criminel du Comité permanent de la justice et du solliciteur général, se réunit à 15 h 20, dans la salle 308 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Blaine Thacker (*président*).

*Membres du Sous-comité présents:* Rod Laporte, George Rideout et Blaine Thacker.

*Autres députés présents:* Don Boudria, Svend Robinson et Robert Wenman.

*Aussi présents:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Philip Rosen, analyste principal, et Marilyn Pilon, attachée de recherche. James W. O'Reilly, conseiller juridique.

*Témoins: De l'Association médicale canadienne:* D<sup>r</sup> Ronald F. Whelan, président; D<sup>r</sup> J. Noel Doig, président, Comité d'éthique; D<sup>r</sup> John R. Williams, directeur, Département d'éthique et affaires juridiques; Carole Lucock, directrice adjointe, Département d'éthique et affaires juridiques. *De The Right to Die Society of Canada:* John Hofsess, directeur exécutif; Christopher Considine, avocat. *De Campaign Life Coalition:* Sue Hierlihy, directrice, Affaires publiques. *De Compassionate Healthcare Network:* Cheryl Eckstein, directeur général.

Le Sous-comité reprend les travaux prévus à son ordre de renvoi du jeudi 13 juin 1991 reçu du Comité permanent de la justice et du solliciteur général (*voir les Procès-verbaux et témoignages du mercredi 25 mars 1992, fascicule n° 1*).

D<sup>r</sup> Donald F. Whelan et D<sup>r</sup> J. Noel Doig, de l'Association médicale canadienne, font chacun un exposé puis, avec D<sup>r</sup> John R. Williams et Carole Lucock, répondent aux questions.

Suivant l'ordre adopté le mercredi 25 mars 1992, le président permet que le mémoire présenté par l'Association médicale canadienne, figure en annexe aux Procès-verbaux et témoignages d'aujourd'hui (*voir Appendice «CODE-10»*).

John Hofsess et Christopher Considine, de The Right to Die Society of Canada, font chacun un exposé et répondent aux questions.

Suivant l'ordre adopté le mercredi 25 mars 1992, le président permet que le mémoire présenté par The Right to Die Society of Canada, figure en annexe aux Procès-verbaux et témoignages d'aujourd'hui (*voir Appendice «CODE-11»*).

Suivant l'ordre adopté le mercredi 25 mars 1992, le président permet que la transcription d'une déclaration sur vidéo faite par Sue Rodriguez (28 octobre 1992) figure en annexe aux Procès-verbaux et témoignages d'aujourd'hui (*voir Appendice «CODE-12»*).

À 16 h 55, la séance est suspendue.

At 5:25 o'clock p.m., the sitting resumed.

Sue Hierlihy from Campaign Life Coalition made an opening statement and answered questions.

In accordance with an order adopted on Wednesday, March 25, 1992, the Chairman authorized that the brief presented to the Sub-Committee by Campaign Life Coalition be printed as an appendix to this day's Minutes of Proceedings (*See Appendix "CODE-13"*).

Cheryl Eckstein from Compassionate Healthcare Network made an opening statement and answered questions.

At 6:25 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

À 17 h 25, la séance reprend.

Sue Hierlihy, de Campaign Life Coalition, fait un exposé et répond aux questions.

Suivant l'ordre adopté le mercredi 25 mars 1992, le président permet que le mémoire de Campaign Life Coalition, figure en annexe aux Procès-verbaux et témoignages d'aujourd'hui (*voir Appendice «CODE-13»*).

Cheryl Eckstein, de Compassionate Healthcare Network, fait un exposé et répond aux questions.

À 18 h 25, le Sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Richard Dupuis

*Clerk of the Sub-Committee*

*Le greffier du Sous-Comité*

Richard Dupuis

[Texte]

## EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, November 24, 1992

• 1518

**The Chairman:** I am calling the meeting to order. We're resuming consideration of our reference under Standing Order 108(1)(a) and (b) with respect to the recodification of the General Part of the Criminal Code.

I am privileged, members of Parliament, to introduce to you, from the Canadian Medical Association, Dr. Ronald F. Whelan, who's the president and a diagnostic radiologist.

Dr. Whelan, would you be kind enough to introduce your fellow colleagues who are with you today. Then you can go straight into your presentation.

• 1520

**Dr. Ronald F. Whelan (President, Canadian Medical Association):** Yes, Mr. Chairman. Thank you very much for the invitation. Dr. J. Noel Doig is from Saskatoon. Dr. Doig is the chairman of our CMA ethics committee; he's a general practitioner and our chief spokesperson on this issue. From the CMA Ottawa staff is Dr. Léo-Paul Landry, who is the secretary-general of the CMA; Dr. John Williams, director of ethics and legal affairs; Ms Carole Lucock, our assistant director of ethics and legal affairs.

My colleagues are here to assist me in answering any questions you may have at the conclusion of my presentation. With your permission I will direct the question to the individual I think is most qualified to answer it.

Before I get into the substance of our presentation let me tell you who we are and what we do.

The Canadian Medical Association, the voice of organized medicine in Canada, is a voluntary professional organization, representing approximately 46,000 physicians. Our mission is to provide leadership for physicians and to promote the highest standard of health care for Canadians.

The CMA represents physicians' concerns at the national level, and one of its main functions is to develop policy on a wide range of health and health-related issues.

Major areas of study and policy formulation in recent years have included such diverse issues as the allocation of health care resources, the care of the elderly, AIDS, therapeutic abortion, and physician manpower resources, as well as smoking and health.

As I stated at the outset, we are delighted to be able to share with you our views on the recodification of the general part of the Criminal Code.

The proposed recodification aims to make the code simpler, clearer, and more readily understandable by all Canadians, and to bring it up to date so that it applies to Canadian society today.

[Traduction]

## TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 24 novembre 1992

**Le président:** La séance est ouverte. Conformément aux alinéas 108(1)a) et b) du Règlement, nous reprenons notre étude de la recodification de la Partie générale du Code criminel.

Chers collègues, j'ai le privilège de vous présenter le docteur Ronald F. Whelan, spécialiste en radiologie diagnostique et président de l'Association médicale canadienne.

Docteur Whelan, auriez-vous l'obligeance de nous présenter les collègues qui vous accompagnent aujourd'hui. Puis, vous pourrez tout de suite faire votre exposé.

**Dr Ronald F. Whelan (président, Association médicale canadienne):** Très bien, monsieur le président. Je tiens tout d'abord à vous remercier de nous avoir invités. Le D<sup>r</sup> J. Noel Doig, omnipraticien de Saskatoon, est président du comité de déontologie de l'AMC et notre principal porte-parole sur cette question. Du personnel d'Ottawa de l'AMC, le D<sup>r</sup> Léo-Paul Landry, secrétaire général; M. John Williams, directeur, Déontologie et affaires juridiques; M<sup>me</sup> Carole Lucock, directrice adjointe, Déontologie et affaires juridiques.

Mes collègues sont venus m'aider à répondre aux questions que vous pourriez poser à la fin de mon exposé. Avec votre permission, j'aiguillerais la question vers la personne que je juge la plus qualifiée pour y répondre.

Avant d'aborder le cœur de notre exposé, permettez-moi de vous préciser qui nous sommes et ce que nous faisons.

Porte-parole de la médecine organisée au Canada, l'Association médicale canadienne (AMC) est une organisation professionnelle volontaire qui représente environ 46 000 médecins. Notre mission consiste à jouer un rôle de chef de file auprès des médecins et à promouvoir les normes les plus élevées de santé et de soins de santé pour les Canadiens.

L'AMC représente les préoccupations des médecins sur la scène nationale et un de ses rôles principaux consiste à élaborer des politiques sur toutes sortes de questions qui ont trait à la santé et à la médecine.

Les grandes études effectuées et les politiques élaborées au cours des dernières années ont porté sur des questions aussi variées que l'affectation des ressources du secteur de la santé, le soin des aînés, le SIDA, l'avortement thérapeutique, les effectifs médicaux, le tabac et la santé.

Comme je l'ai dit au début, nous sommes heureux de pouvoir vous faire part de nos vues sur la recodification de la partie générale du Code criminel.

La recodification proposée vise à simplifier, préciser et faciliter la compréhension du Code par tous les Canadiens et à le mettre à jour pour qu'il soit applicable à la société canadienne d'aujourd'hui.

## [Text]

As you know, the science and practice of medicine, not to mention Canadian society, have changed considerably since the introduction of the original code in 1893. While the code has proved remarkably flexible in accommodating many of these changes, there remain theoretical and practical difficulties in applying the principles of the code to the context of medical practice today.

There have been some dramatic advances in medicine over the past 100 years. Invasive surgery, transplantation, transfusion, systematic research, and mechanisms to save, sustain and prolong life are some of the practices that were unheard of when the original code was drafted.

Canadian society has also changed since the code's inception. One significant change is the emphasis on and predominance of individual rights and freedoms. This is reflected in the recent addition of the Canadian Charter of Rights and Freedoms to the Canadian Constitution, in federal and provincial human rights legislation and in court decisions. It is also reflected in the evolving nature of the physician-patient relationship in which decisions are now made jointly between physician and patient, rather than by the physician alone.

These changes have contributed to a tension between the apparent requirements of the criminal law and medical practices that are considered appropriate and desirable. The changes have also raised difficult questions as to what constitutes appropriate conduct in a particular medical context.

In considering the principles and rules that should apply to all offence-creating sections, the CMA is concerned that the new general part of the Criminal Code explicitly recognize medical practice as a legitimate sphere of activity distinct from the wrongs that the criminal law seeks to address; and clarify the ambiguities in the current law, particularly with respect to the obligation of physicians in the initiation and cessation of treatment and address differences in the clinical and criminal law definitions of death.

Mr. Chairman, it is my intention to deal separately with each of these three sections. I might add that we are proposing a series of recommendations in each of these sections.

• 1525

Let me begin by discussing the explicit recognition that medical practice is a legitimate activity. The Criminal Code protects bodily integrity by creating offences that penalize killing, causing bodily harm, or assaulting another person. Only in the case of less serious violations of bodily integrity will the consent of a victim constitute a defence. Consequently, many of the daily activities in which physicians engage could theoretically be offences. Certain of the code's current provisions and an implicit recognition of the legitimacy of a physician's activities ensure that this is not the result. However, the code's provisions are inadequate in scope and unclear as to the obligations imposed upon

## [Translation]

Comme vous le savez, la science et la pratique de la médecine et la société canadienne ont changé considérablement depuis l'adoption du premier Code en 1893. Bien que le Code se soit révélé remarquablement souple par son adaptation à de nombreux changements, des difficultés théoriques et pratiques demeurent dans l'application des principes du Code au contexte de la pratique médicale d'aujourd'hui.

Depuis un siècle, la médecine a fait des progrès scientifiques énormes. La chirurgie éffractive, les transplantations, les transfusions, la recherche systématique et les mécanismes pour sauver, maintenir et prolonger la vie sont quelques-unes des pratiques modernes à lesquelles on ne songeait pas au moment de la rédaction du premier Code.

La société canadienne a aussi changé depuis les débuts du Code. L'insistance sur les droits et libertés de la personne et la prédominance de ceux-ci constituent un changement important. Cela se reflète dans la Constitution canadienne par l'ajout récent de la Charte canadienne des droits et libertés aux lois fédérales et provinciales et aux décisions judiciaires sur les droits de la personne; ce changement se reflète aussi par la nature modifiée de la relation médecin-patient où les décisions sont maintenant prises conjointement par le médecin et le patient plutôt que par le médecin seulement.

Ces changements ont favorisé une tension entre les exigences apparentes du droit criminel et les pratiques médicales perçues comme appropriées et souhaitables. Ces changements ont également suscité des questions difficiles à l'égard de ce qui constitue une conduite appropriée dans un contexte médical en particulier.

En examinant les principes et les règles qui devraient être applicables à tous les articles qui donnent lieu à des infractions, l'AMC se préoccupe que la nouvelle Partie générale du Code criminel reconnaisse explicitement l'exercice de la médecine comme un domaine d'activité légitime, distinct des torts que le droit criminel cherche à redresser; dissipe les ambiguïtés de la loi actuelle particulièrement en ce qui a trait aux obligations des médecins relativement au début et à l'arrêt du traitement et reconnaisse les différences entre la définition clinique de la mort et la définition de celle-ci selon le droit criminel.

J'ai l'intention, monsieur le président, de traiter chacune de ces trois sections séparément. Je dois préciser que nous proposons une série de recommandations pour chacune d'entre elles.

Je traiterai, en premier lieu, de la reconnaissance explicite que l'exercice de la médecine est une activité légitime. Le Code criminel protège l'intégrité corporelle en créant des infractions qui pénalisent l'homicide, le fait de causer une lésion corporelle ou des voies de fait à une autre personne. Le consentement d'une victime ne constituera une défense que dans le cas d'atteintes moins graves de l'intégrité corporelle. Par conséquent, de nombreuses activités à lesquelles les médecins s'adonnent quotidiennement pourraient, en théorie, constituer des infractions. Certaines des dispositions actuelles du Code et une reconnaissance implicite de la légitimité des activités du médecin font en

## [Texte]

physicians by the criminal law. The CMA therefore recommends that any revision of the general part of the Criminal Code contain the following:

With respect to the legality of medical treatment, a provision that legitimizes the provision of medical treatment.

With respect to the definition of medical treatment, that the definition be sufficiently broad and dynamic and incorporate those practices that are generally accepted as within the scope of practice of a qualified physician including the provision of care and public health measures.

With respect to patient consent, that any exemption provision make a distinction between patient consent in the criminal law context and patient consent in the civil law context; that the civil duty to disclose not be introduced into the criminal law as a precondition to the legality of treatment; that any provision with respect to consent take into account those patients who are incompetent; that the wishes of the patient made when competent be applicable when the patient is incompetent unless there are reasonable grounds for not following these wishes; that any provision with respect to consent take into account the emergency situation.

With respect to the standard of conduct, that any provision that imposes a standard of conduct make a distinction between the standard in the criminal law context and the standard in the civil law context.

With respect to non-therapeutic interventions, that express provisions be made to recognize as legitimate live organ and tissue donation and medical experimentation.

Let us turn our attention to the obligation of the physician when initiating and ceasing treatment. The current Criminal Code does not adequately address a physician's obligation with respect to initiating and ceasing treatment. The code appears to require providing treatment against a patient's will or when it would not be in the patient's interest. The code also appears to circumscribe a physician's provision of appropriate pain relief to terminally ill patients.

Consequently the CMA recommends that the general part of the Criminal Code clarify that a physician has no obligation to initiate and should cease treatments to which a competent patient does not consent; recognize that a competent patient's wishes will be applicable upon his or her incompetency and should be followed unless there are reasonable grounds for not doing so; recognize that a physician's responsibility is to advocate for the best interests of an incompetent patient; recognize that physicians have no obligation to initiate and may cease treatments that are or have become therapeutically futile, and that such a provision apply to competent and incompetent patients; ensure that

## [Traduction]

sorte que le résultat est tout autre. Cependant, les dispositions du Code ont une portée insuffisante, et elles font place à l'incertitude quant aux obligations imposées aux médecins par le droit criminel. L'AMC recommande donc que toute révision de la Partie générale du Code criminel contienne ce qui suit:

À l'égard de la légalité du traitement médical: que la Partie générale du Code criminel contienne une disposition qui légitime l'administration du traitement médical.

À l'égard de la définition du traitement médical: que le traitement médical soit défini de façon assez large pour être dynamique et tenir compte des pratiques que l'on situe généralement dans le champ de pratique d'un médecin compétent, notamment la prestation de soins et de mesures d'hygiène publique.

À l'égard du consentement des patients: que toute mesure d'exception distingue le consentement du patient dans le contexte du droit criminel du consentement du patient dans le contexte du droit civil; que l'obligation civile de divulgation ne soit pas adoptée en droit criminel comme préalable de la légalité du traitement; que toute mesure relative au consentement tienne compte des patients incapables; que la volonté exprimée par un patient lorsqu'il est capable soit applicable lorsque le patient est incapable, à moins de motifs raisonnables pour ne pas respecter cette volonté; que toute mesure relative au consentement tienne compte de la situation d'urgence.

À l'égard de la norme de conduite: que toute disposition qui impose une norme de conduite distingue la norme dans le contexte du droit criminel et dans le contexte du droit civil.

À l'égard des interventions non thérapeutiques: que des dispositions expresses soient adoptées dans la Partie générale du Code criminel afin de reconnaître la légitimité du don d'organes et de tissus vivants et de l'expérimentation médicale.

Examinons maintenant l'obligation du médecin lorsqu'il entreprend ou interrompt le traitement. Le Code criminel actuel ne traite pas adéquatement de l'obligation du médecin quand il s'agit d'entreprendre ou d'interrompre les traitements. Le Code semble exiger qu'on administre les traitements contre la volonté d'un patient ou lorsque le traitement n'est pas dans le meilleur intérêt du patient. Le Code semble aussi limiter l'administration par le médecin d'un soulagement approprié de la douleur aux patients en phase terminale.

L'AMC recommande donc que la Partie générale du Code criminel précise qu'un médecin n'a aucune obligation d'entreprendre ou de poursuivre des traitements auxquels un patient capable ne donne pas son consentement; reconnaisse que la volonté d'un patient capable sera applicable au moment de son incapacité et qu'on devrait s'y conformer à moins de motifs raisonnables pour agir autrement; reconnaisse la responsabilité du médecin de défendre le meilleur intérêt d'un patient incapable; reconnaisse que les médecins n'ont aucune obligation d'administrer des traitements et qu'ils peuvent les interrompre s'ils sont ou sont devenus thérapeutiquement futiles et qu'une telle

## [Text]

palliative measures are not denied patients on the grounds that administering these measures may entail a risk of hastening the patient's death.

Finally, I would like to briefly talk about the definition of death. The current Criminal Code is silent on the definition of death. Case law, however, generally recognizes the irreversible cessation of cardio-pulmonary function as the determinant of death in the criminal law context. The law's definition of death creates a practical problem for physicians, who generally accept that death may be defined in terms of cessation of brain function.

## • 1530

The differences between these definitions can lead to practical problems, particularly in the context of organ and tissue donation, and in determining the appropriate time to cease artificial life-support systems. Thus the CMA recommends that death be defined in terms of the irreversible cessation of brain function, and/or in terms of the prolonged absence of cardiac and respiratory functions.

Mr. Chairman and members of the committee, this concludes the CMA's presentation. I would like to thank you for having taken the time to hear the medical profession's views on this important matter, and to assure you that we will answer any questions you have to the best of our ability.

**The Chairman:** Thank you, Dr. Whelan.

Members, is it agreed that the larger brief of the CMA be appended to today's *Minutes of Proceedings and Evidence*?

**Some hon. members:** Agreed.

**Dr. J. Noel Doig (Chairman, Canadian Medical Association Ethics Committee):** Mr. Chairman, I would like to draw the committee's attention to five errata within the brief.

**The Chairman:** We have received them, Dr. Doig, so I'm not sure you need to put them on the record. We have a written record of the errata.

**Dr. Doig:** Fine.

**The Chairman:** We'll ensure that they are part of the record, although if you want to quickly elaborate, that's okay too.

**Dr. Doig:** The most important one, Mr. Chairman, is the one on page 9 of the brief, in which the omission of the word "not" at the seventh bullet entirely changes the meaning of that sentence. It quotes from working report number 26 of the Law Reform Commission. It says treatment "shall be administered" but it should read treatment "shall not be administered."

**The Chairman:** Thank you. I can assure you that Parliament is forever being corrected by the courts when we do those types of things, so it's not unusual for us to see that.

**Dr. Doig:** It was quite disconcerting when we found it, Mr. Chairman.

## [Translation]

disposition soit applicable aux patientx capables et incapables; veuille à ce qu'on ne refuse pas des mesures palliatives aux patients pour des motifs selon lesquels l'administration de ces mesures peut donner lieu à un risque de hâter la mort du patient.

Je parlerai enfin, brièvement, de la définition de la mort. Le Code criminel actuel s'abstient de définir la mort. Cependant, la jurisprudence reconnaît généralement l'arrêt irréversible des fonctions pulmonaires et respiratoires comme le facteur déterminant dans le contexte du droit criminel. La définition de la mort selon le droit pose un problème pratique aux médecins qui acceptent généralement que la mort peut être définie par l'arrêt de la fonction cérébrale.

Les différences entre ces définitions peuvent aboutir à des problèmes pratiques, en particulier dans le contexte du don d'organes et de tissus et dans la détermination du moment approprié pour débrancher les appareils de réanimation artificielle. L'AMC recommande donc que la mort soit définie par l'arrêt irréversible de la fonction cérébrale et (ou) par l'absence prolongée des fonctions cardiaque et respiratoire.

Monsieur le président, membres du comité, ceci termine la présentation de l'AMC. J'aimerais vous remercier d'avoir pris le temps d'écouter les vues de la profession médicale relativement à cette question et vous assurer que nous ferons de notre mieux pour répondre à vos questions.

**Le président:** Merci, monsieur Whelan.

Chers collègues, êtes-vous d'accord pour que le mémoire complet de l'AMC soit annexé aux *Procès-verbaux et témoignages* de ce jour?

**Des voix:** D'accord.

**Dr. J. Noel Doig (président, Comité de déontologie de l'Association médicale canadienne):** Monsieur le président, j'aimerais attirer l'attention du comité sur cinq errata dans le mémoire.

**Le président:** Monsieur Doig, nous en avons reçu la liste. Je ne pense donc pas qu'il soit nécessaire de les mentionner. Nous en avons une liste écrite.

**Dr Doig:** Parfait.

**Le président:** Nous allons veiller à ce que les errata figurent au procès-verbal. Mais si vous voulez en parler brièvement, allez-y.

**Dr Doig:** Merci monsieur le président. La plus importante figure à la page 9 de la version anglaise du mémoire, où l'omission du mot «not» au septième point change entièrement le sens de la phrase. Il s'agit d'une citation tirée du rapport de travail numéro 26 de la Commission de réforme du droit. Au lieu de «shall be administered», il faut lire «shall not be administered».

**Le président:** Merci. Je peux vous assurer que les tribunaux corrigent constamment le Parlement lorsque nous faisons ce genre de choses. Nous y sommes donc habitués.

**Dr Doig:** Cette omission nous a assez déconcertés, monsieur le président.

[Texte]

The Chairman: I'm sure it was.

Mr. Rideout (Moncton): I have a few questions. The bulk of your presentation deals with consent, and I'm not sure I understand fully why you want the distinction between consent in a criminal situation— in relation to a civil situation. Consent is consent, is it not?

Ms Carole Lucock (Assistant Director, Ethics and Legal Affairs, Canadian Medical Association): It was fairly difficult for us to make recommendations with respect to this. We don't have legislation to work from, so we don't really know what recommendations you expected to come forward. However, what we did notice was that in the works of the Law Reform Commission, in many instances the recommendations used the term "informed consent." In the civil law context this term really addresses the duty of disclosure, as opposed to issues of consent. Consent really should be separated into the issue of consent and the duty of disclosure. The term "informed consent" tends to collapse those two concepts, so we felt that in the criminal law context it was more appropriate to use the term "consent", but not introduce the concept of the duty of disclosure.

Mr. Rideout: By having a lower threshold for consent in criminal matters, it seems as if you're going in a direction which is the reverse of the circumstances.

Ms Lucock: It depends on how our recommendations are implemented in practice. If they were implemented, for example, in an exemption section or in a *prima facie* legal section—we don't really know how they would be implemented—you would have a section that would state that under certain circumstances, the activities of a physician are legitimate. One of those circumstances would be "provided informed consent has been given".

In the civil law context, you're probably aware that when you have an action in what is termed "informed consent/the duty of disclosure", there are a number of steps that a plaintiff has to go through before the issue is proven. If you put that into the criminal law context, what will happen is that if there hasn't been a full disclosure, the physician loses the ability to rely on that exemption section. Then you might return to exactly the same problem you're currently in, which in certain cases is where a physician would need to rely on the exemption section to attest to the legality of a particular conduct.

• 1535

Mr. Rideout: What would worry me, and maybe you can dispel my concern, is that in a case in which a person is talking about say cessation of life support systems, either consenting to that beforehand or not, if the argument was that person hadn't really been given fully informed options that were available other than cessation of that equipment, then I wonder whether the physician has committed a criminal act or not.

[Traduction]

Le président: Je n'en doute pas.

M. Rideout (Moncton): J'ai quelques questions à poser. L'essentiel de votre témoignage porte sur le consentement, et je ne comprends pas très bien pourquoi vous voulez établir une distinction entre le consentement dans une situation criminelle et dans une situation civile. Pourquoi cette différence?

Mme Carole Lucock (directrice adjointe, Déontologie et affaires juridiques, Association médicale canadienne): Il a été difficile pour nous de formuler des recommandations à ce sujet. Il n'existe pas de loi en la matière, et nous ne savons vraiment pas à quelle recommandation vous vous attendiez. Cependant, nous avons remarqué que dans les travaux de la Commission de réforme de droit, on a utilisé à maintes reprises le terme «consentement éclairé» dans les recommandations. En droit civil, ce terme se rapporte au devoir de divulgation, par opposition aux questions de consentement. En réalité, la notion de consentement comporte deux volets: la question du consentement et le devoir de divulgation. Le terme «consentement éclairé» tente d'englober deux concepts; par conséquent, nous avons estimé qu'en droit criminel, il était plus approprié d'utiliser le terme «consentement», en faisant abstraction du devoir de divulgation.

M. Rideout: En réduisant le seuil du consentement en matière criminelle, vous semblez tourner le dos à la réalité.

Mme Lucock: Tout dépend de la manière dont nos recommandations seront appliquées. Par exemple, si on les applique dans un article d'exemption ou dans un article *prima facie*—nous ne savons pas vraiment comment elles seraient appliquées—on aurait un article qui stipulerait que, dans certaines circonstances, les activités d'un médecin sont légitimes. L'une de ces circonstances serait «à condition qu'un consentement éclairé ait été donné».

En droit civil, comme vous le savez probablement, lorsqu'on a un procès portant sur ce qu'on appelle «le consentement éclairé ou le devoir de divulgation», il existe un certain nombre d'étapes que le plaignant doit franchir pour justifier sa plainte. En droit pénal, s'il n'y a pas eu une divulgation totale, le médecin perd la capacité d'invoquer l'article relatif à l'exemption. Vous pourriez vous voir confrontés à nouveau à votre problème actuel: dans certaines situations, le médecin doit pouvoir s'appuyer sur les dispositions d'exemption pour confirmer la légalité de certains gestes.

M. Rideout: Vous êtes peut-être en mesure de dissiper mes inquiétudes au sujet du cas d'une personne qui aurait abordé la question de l'interruption des systèmes de soutien des fonctions vitales et qui aurait accordé ou non son consentement. Si on pouvait soutenir que cette personne n'avait pas été pleinement informée au sujet des choix possibles autres que celui de l'interruption de l'équipement de vie, je me demande si le médecin aurait commis un acte criminel dans ce genre de cas.

[Text]

**Ms Lucock:** I think in the criminal law context it would still be open to the courts always to determine whether there had been a valid consent in the circumstances. Usually that wouldn't introduce the civil notion of informed consent but it may go to, for example, whether there had been fraud perpetrated and so forth. If there's been a total lack of information it may be within the criminal law context too that the consent was not freely given. Therefore it would be invalid.

**Mr. Rideout:** One of the other recommendations to us has been to get rid of the argument of criminal negligence and deal with the issue of recklessness. Is the CMA concerned about a situation in which a doctor goes ahead and performs some medical procedure knowing the risk of death, and whether that would constitute recklessness?

**Ms Lucock:** That's why we're making recommendations that would essentially exempt or recognize as legitimate the broad sphere of physicians' activities. If that were done there would be fewer problems with respect to what might constitute a criminal offence in the specific sections. What we're basically saying is that, generally speaking, but also within the context of the brief, conduct should be measured against a criminal standard as opposed to a civil standard, and recklessness really meets that test.

**Mr. Rideout:** Is the CMA aware of any prosecution or any charges having been laid with respect to these types of circumstances? There are always lots of civil suits involved, but has the criminal law been invoked?

**Ms Lucock:** I think the Law Reform Commission mentions one, and I know to my knowledge there were two recent cases in Great Britain where physicians have been charged and actually found guilty of manslaughter in a sort of a—they have different tests—in a criminal negligence type of situation where it would possibly have been civil negligence. But that has not happened recently in Canada.

**Mr. Rideout:** Do you know the names of the cases in Great Britain?

**Ms Lucock:** I have them in my office. I can certainly make them available to you.

**Mr. Rideout:** That would be helpful just so that we could take a look at them.

**The Chairman:** If you would just be kind enough to send those to our clerk, then we will distribute copies to each member.

**Mr. Rideout:** The other issue is the terminology. Can you help us with a definition of "therapeutically futile"? What falls into that definition?

**Dr. Whelan:** I would ask Dr. Doig to address that.

**Dr. Doig:** We had a lot of difficulty in arriving at a term for treatment that is inappropriate in the circumstances that the patient is in at that time. We understand clearly that the term "futile" is possibly not the best term one could have, but we feel it is the best under the circumstances, as applying to treatment that under certain circumstances is totally inappropriate.

[Translation]

**Mme Lucock:** J'estime que, dans le contexte du droit criminel, il reviendra toujours aux tribunaux de déterminer s'il y a eu consentement valide dans les circonstances. Normalement, la notion de consentement éclairé du droit civil n'entrerait pas en jeu mais on tenterait peut-être d'établir s'il y a eu fraude et ainsi de suite. En cas d'absence totale d'information, il serait peut-être également établi dans le contexte du droit criminel que le patient n'avait pas accordé son consentement en toute liberté. Le consentement serait donc jugé non valide.

**M. Rideout:** On nous a également recommandé de laisser tomber l'argument de négligence criminelle et de régler la question en faisant appel à la notion d'imprudence L'AMC se préoccupe-t-elle du fait qu'un médecin peut effectuer une intervention médicale en sachant qu'il y a un risque de mort et estime-t-elle qu'il y a imprudence dans un tel cas?

**Mme Lucock:** Voilà pourquoi nous recommandons que, pour l'essentiel, toute la gamme des activités des médecins soit exemptée ou reconnue comme étant légitime. De la sorte, il serait plus facile de déterminer ce qui constitue un délit criminel selon les divers articles. Nous disons donc essentiellement, d'une manière générale mais également dans le cadre de notre mémoire, qu'il faut évaluer la conduite en fonction du droit criminel ou du droit civil, et la notion d'imprudence permet de le faire.

**M. Rideout:** L'AMC est-elle au courant de poursuites ou d'accusations liées à ce genre de situation? Les poursuites civiles sont nombreuses mais a-t-on invoqué le droit pénal?

**Mme Lucock:** Je crois que la Commission de réforme du droit mentionne un cas. Pour ma part, je suis au courant de deux affaires récentes au Royaume-Uni où des médecins ont été accusés et même reconnus coupables d'homocide volontaire coupable dans des contextes qui s'apparentent—les normes ne sont pas les mêmes là-bas—à la négligence criminelle et où il aurait pu s'agir de négligence civile. Cependant, rien du genre ne s'est produit récemment au Canada.

**M. Rideout:** Avez-vous les noms des affaires dont il est question au Royaume-Uni?

**Mme Lucock:** Je les ai à mon bureau et je suis certainement disposée à vous les communiquer.

**M. Rideout:** Il nous serait utile en effet d'en prendre connaissance.

**Le président:** Je vous prie donc d'avoir l'amabilité de transmettre l'information à notre greffier pour qu'il puisse en transmettre copie à chaque membre.

**M. Rideout:** L'autre question est d'ordre terminologique. Pouvez-vous nous aider à définir la notion de «futile d'un point de vue thérapeutique»? A quoi correspond cette définition?

**Dr Whelan:** Je vais demander au docteur Doig de répondre.

**Dr Doig:** Nous avons eu de la difficulté à trouver une expression qui décrirait le cas d'un traitement qui ne convient pas à l'état du patient. Nous sommes les premiers à reconnaître que le qualificatif «futile» n'est peut-être pas le meilleur, mais c'est celui qui convient le mieux dans les circonstances pour décrire un traitement qui n'est pas du tout pertinent dans certaines circonstances.

[Texte]

**Mr. Rideout:** Going back to the consent problem, I'm concerned about the circumstances. We just had a case in New Brunswick in which a doctor was found by the college in New Brunswick to have been responsible for I think 32 sexual assaults against women. Then the matter proceeded to a criminal trial, and the judge ruled that the case couldn't proceed, on the basis that the women had consented to the sexual advances of the physician, which was a bizarre result, in my opinion—

**Ms Lucock:** When was that case heard?

**Mr. Rideout:** It was just about a month ago.

**Ms Lucock:** There's a recent decision in the Supreme Court of Canada, I think *Norberg v. Wynrib*. In that particular case it was a physician who was basically asking to have sex with his patient in return for giving drugs to a person who was actually an addict. That went right up to the Supreme Court of Canada. Ultimately, the physician's conduct— That wasn't a criminal situation, but—

• 1540

**Mr. Rideout:** The case in New Brunswick was more in the area that the physician was providing some health remedies, if I could use the term loosely, and the case was thrown out against the physician in the criminal prosecution that proceeded.

I think my concern is in that threshold of what constitutes consent, because that's what the judge decided the case on, that these women went back for further medical treatment so they must have consented to the sexual relations that had occurred in their previous visit. That consent becomes a critical thing in trying to decide consent for a criminal case of assault.

**Ms Lucock:** I don't think it was our intent. Our intent was to capture the legitimate sphere of activity proposition, which we would not consider obviously to be sexual abuse of patients. So from our perspective that would not be caught by any exemption, and it was never our intention that it should be.

**Mr. Rideout:** Okay.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Rideout. Mr. Laporte.

**Mr. Laporte (Moose Jaw—Lake Centre):** I wonder if I can discuss this area of continuing or ceasing treatment. If I understand your brief, what it basically says is that the physician should not be liable in any situation where a patient voluntarily asks for a cessation of treatment. In other words, passive euthanasia is something you're saying should be clearly legalized in the Criminal Code. Is that what you're saying?

**Dr. Doig:** We don't consider that the cessation of treatment under those circumstances should be equated with passive euthanasia. We have decided to use the term "euthanasia" to apply only to active voluntary euthanasia and assisted suicide.

The cessation of treatment at the direct request of the patient has never been a problem for physicians, who accept the patient's right to decide for themselves as to whether or not they have treatment. Cessation of treatment at the request of the patient we consider to be a perfectly proper thing, and no sanction should be present for the physician who in fact ceases giving that treatment.

[Traduction]

**M. Rideout:** Pour revenir à la question du consentement, je m'interroge sur l'aspect circonstanciel. Dans une affaire récente au Nouveau-Brunswick, un médecin a été jugé responsable par le collège de la province de quelque 32 agressions sexuelles contre des femmes. L'affaire a été portée devant un tribunal au criminel et le juge a décidé qu'elle ne pouvait avoir de suite puisque les femmes avaient consenti aux avances à caractère sexuel du médecin, ce qui constitue un résultat plutôt bizarre, à mon avis.

**Mme Lucock:** Quand cette affaire a-t-elle été entendue?

**M. Rideout:** Il y a à peu près un mois.

**Mme Lucock:** J'ai à l'esprit un jugement récent de la Cour suprême du Canada, *Norberg c. Wynrib*, je crois. Il s'agissait dans cette affaire d'un médecin qui proposait à un patient toxicomane des relations sexuelles en échange de stupéfiants. On est allé jusqu'en Cour suprême du Canada. Finalement, le comportement du médecin... Ce n'était pas une situation criminelle, mais...

**M. Rideout:** Pour le cas au Nouveau-Brunswick, le médecin dispensait des thérapies, si je peux utiliser ce mot dans le sens large, et on a utilisé ces faits contre lui dans la poursuite criminelle qui a suivi.

Je suis préoccupé par ce qu'on définira comme étant le seuil du consentement. C'est là-dessus que le juge a fondé sa décision. Ces femmes sont retournées voir le médecin pour des traitements médicaux. Elles devaient donc avoir consenti aux relations sexuelles qui s'étaient produites lors des visites antérieures. Ce type de consentement est crucial lorsqu'il faut déterminer s'il y a eu consentement ou non dans un cas d'agression sexuelle.

**Mme Lucock:** Je ne pense pas que c'était là notre intention. Nous voulions définir une sphère d'activité légitime, dans laquelle n'entrerait certainement pas l'agression sexuelle des patients. À nos yeux, cela ne saurait faire l'objet d'aucune exemption, et nous ne l'avons jamais souhaité.

**M. Rideout:** Bien.

**Le président:** Merci, monsieur Rideout. Monsieur Laporte.

**M. Laporte (Moose Jaw—Lake Centre):** J'aimerais revenir sur la question du maintien ou de l'interruption du traitement. Si j'ai bien compris votre mémoire, vous dites en gros que le médecin ne doit pas être tenu responsable lorsqu'un patient demande de son plein gré qu'un traitement soit interrompu. Autrement dit, vous affirmez que l'euthanasie passive doit être clairement légalisée par le Code criminel. Ai-je bien compris?

**Dr. Doig:** Nous ne pensons pas que dans de telles circonstances, l'interruption du traitement doive être considérée comme une euthanasie passive. Nous avons délibérément utilisé le terme «euthanasie» uniquement dans les cas d'euthanasie active volontaire et de suicide assisté.

L'interruption du traitement à la demande expresse du patient n'a jamais posé de problème pour les médecins, qui reconnaissent aux patients le droit de décider eux-mêmes s'ils veulent ou non recevoir un traitement. L'interruption de traitement à la demande du patient est à notre avis tout à fait convenable et aucune sanction ne devrait être imposée aux médecins qui dans ce cas cessent un traitement.

[Text]

**Mr. Laporte:** With the advances in medical technology and drugs and so on, there are often situations, which you run across all the time, where there's a debate on what should be done with this particular patient. Certainly situations where there are "do not resuscitate" orders technically I would think would be a violation of the code, would it not? Yet that happens all the time. I'm just wondering whether there are any prosecutions in that area. That is a common practice, is it not?

**Dr. Doig:** I'm not aware of any prosecutions in that area. I don't see it as technically in violation of our code of ethics either, the "do not resuscitate" order. If you look at section 18 of the code of ethics of the profession, it says "will allow death to occur with dignity and comfort when death of the body appears to be inevitable". The code also says that we protect the best interests of the patients at all times.

The "do not resuscitate" order, which is an order that is written at the direct request of a competent patient, is one we comply with. Obviously this can be withdrawn at any time by the patient, and there are certain safeguards in the question of writing a "do not resuscitate" order. But we do not feel that's in any way in violation of the code.

**The Chairman:** I think Mr. Laporte's question was whether that omission to resuscitate would constitute a violation of the Criminal Code. Isn't that what you asked?

**Mr. Laporte:** Yes. I'm talking about the Criminal Code.

**Dr. Doig:** Oh, I beg your pardon. I thought you were talking about our code of ethics.

**Dr. John R. Williams (Director, Ethics and Legal Affairs, Canadian Medical Association):** I think you're quite right there. This is one of the reasons why we think the Criminal Code does need to be revised. The code was written, as was alluded to earlier, at a time when medical technology, and especially resuscitative technology, was either totally undeveloped or else at a very rudimentary stage. It has not kept up with advances in medical technology. So, yes, this is one of the main points we think needs to be addressed in any revision of the Criminal Code.

• 1545

**Mr. Laporte:** I'm not sure how you can answer this one. Someone who is perhaps elderly and in a hospital or in a home, who is on some kind of painkillers, who is suffering and continues to suffering, and lingers on and lingers on and lingers on, there are always rumours that in practice today doctors are in fact practising active euthanasia, and that it has been happening for a long time. Nobody really talks about it; it just sort of happens. You know, Uncle Joe just sort of disappears one day. Is that in fact happening? And what kind of problem is the medical professional faced with in these situations?

**Dr. Doig:** You are perfectly correct in that there are always rumours of this sort around, and there are rumours that it is very difficult to counter. One can only speak on a purely anecdotal basis of one's own experience. In my own

[Translation]

**M. Laporte:** Avec les progrès de la technologie de la médecine et de la pharmacologie, on se retrouve souvent dans des situations, que vous connaissez sans doute, où l'on peut se demander ce qu'on doit faire d'un patient donné. Dans les situations où il y a une directive sur le refus de réanimation, j'imagine que techniquement, il y a infraction au Code, non? Pourtant, on en voit souvent. Je me demande s'il y a déjà eu des poursuites à ce sujet. C'est une pratique courante, non?

**Dr. Doig:** Que je sache, il n'y a pas eu de poursuite à ce sujet. Je ne pense pas que la directive de refus de réanimation soit une infraction à notre code d'éthique. À l'article 18 du code d'éthique de notre profession, nous disons: «Lorsque la mort paraît inévitable, la laisser venir dignement tout en donnant à la personne mourante tout le bien-être possible». D'après le code, il faut également protéger l'intérêt du patient en tout temps.

La directive de refus de réanimation, rédigée à la demande expresse d'un patient capable, est suivie. Le patient peut en tout temps revenir sur sa décision et il y a des mises en garde se rapportant à la rédaction d'une telle directive. Mais nous ne pensons pas qu'il s'agit là d'une infraction au code.

**Le président:** Je pense que M. Laporte voulait savoir si la non-réanimation représentait une infraction au Code criminel. N'est-ce pas, monsieur Laporte?

**M. Laporte:** Oui. Je parlais bien du Code criminel.

**Dr. Doig:** Oh, pardon. Je pensais que vous parliez de notre code d'éthique.

**Dr. John R. Williams (directeur, Département d'éthique et affaires juridiques, Association médicale canadienne):** Je pense que vous avez tout à fait raison. C'est une des raisons pour lesquelles nous pensons que le code criminel doit être remanié. Comme nous l'avons dit plus tôt, le code a été rédigé à une époque où la technologie médicale, particulièrement en matière de réanimation, était inexistante, ou rudimentaire. Le Code n'a pas suivi le progrès dans le domaine de la médecine. Alors, oui, c'est l'un des points principaux qui doit être pris en compte dans toute révision du Code criminel.

**M. Laporte:** Je ne sais pas ce que vous pourrez répondre à ceci. Prenez l'exemple d'une personne âgée qui se trouve dans un hôpital ou un centre d'hébergement: sa vie ne tient qu'à un fil et on lui administre des analgésiques, mais elle souffre et continue de souffrir sans cesse. Il y a toujours des rumeurs selon lesquelles les médecins pratiquent en réalité une forme d'euthanasie active, et cela depuis fort longtemps. Personne n'en parle ouvertement; ça se produit, c'est tout. Un beau jour, l'oncle Edmond s'éteint tout simplement. Est-ce que cela se produit réellement? Quels sont les problèmes qui se posent aux professionnels de la médecine dans pareils cas?

**Dr. Doig:** Vous avez tout à fait raison de dire que des rumeurs de ce genre circulent toujours et se sont des rumeurs qu'il est très difficile de faire taire. Une personne ne peut parler que de sa propre expérience. Sur la foi de ma

[Texte]

experience, an experience of the last 40 years, it is not happening. If I may respectfully say, asking that question is rather like asking if one believes it is true that 50% of murders are undetected. If these things are going on and being hidden, they haven't been found. But I don't believe it is a large problem, in the sense I don't believe it is a practice that is occurring frequently.

**Mr. Laporte:** The question would be should the Criminal Code or some other body of law direct their attention to this problem. Is it a problem that doctors are concerned with; and is there some way there could be some alleviation of this problem?

**Dr. Doig:** We have said in the recommendations in our brief that palliation is important in the terminally ill. If a side-effect of that, an unintended side-effect, is shortening of life, then that is not, in our view, a criminal act.

**Mr. Laporte:** What would be your position with respect to section 14 of the code? Should it be removed? Should there be a situation where a terminally ill patient can request a doctor to terminate life? What is your view on that?

**Dr. Doig:** This, of course, is the assisted suicide section. At the present time the profession does not have a policy on either active voluntary euthanasia or assisted suicide. Under the direction of the general council, which is the parliament of the profession, a series of discussion and educational papers on the whole question of active voluntary euthanasia and assisted suicide is underway. There are five of them. They are nearly ready for publication and dissemination to the profession. And if the profession as a whole then wishes for a policy to be developed, then the committee on ethics will go ahead and develop one. But at the present time there is no policy for the CMA on the question of assisted suicide.

**Ms. Lucock:** Section 14 is the section that states essentially that the person is not entitled to consent to their own death. With respect to our recommendations, that section as it currently stands creates problems or potential problems when you're contemplating activities such as the cessation of treatment and even the non-initiation of treatment. But particularly cessation of treatment is problematic. Interestingly enough, in the Nancy B. decision, which to some extent tried to look at a number of these areas, this particular section wasn't looked at. In our view, whether or not this should be removed as a general policy, it certainly creates some difficulties for physicians at the moment.

**Dr. Williams:** This raises the larger issue we struggled with in formulating this brief; namely, the relationship of the general part to the special part. Questions about euthanasia and assisted suicide would presumably go in the section under homicide. I guess we would be interested in hearing from the members of the subcommittee how you view your work, especially in terms of your recommendations about the general part and what ramifications they might have for the special part.

[Traduction]

propre expérience ces 40 dernières années, cela ne se produit pas. D'ailleurs, je me permettrai respectueusement de dire que cette question vaut celle où l'on demande s'il est vrai que la moitié des meurtres ne sont jamais révélés. Si de tels agissements existent et restent indécélés, c'est que personne ne les a constatés. Je ne crois pas que ce soit un problème répandu, en ce sens que je ne crois pas que cela se fasse fréquemment.

**M. Laporte:** Je devrais peut-être demander plutôt si le Code criminel ou une autre loi devrait souligner l'existence du danger. Est-ce un problème qui préoccupe les médecins et y a-t-il une façon d'atténuer ce problème?

**Dr. Doig:** Nous disons dans les recommandations que vous trouverez dans notre mémoire qu'il est important d'assurer des soins palliatifs aux malades en phase terminale. Si l'un des effets fortuits de ces soins palliatifs est un abrègement de la vie, alors cela ne constitue pas, à notre avis, un acte criminel.

**M. Laporte:** Quelle est votre position à l'égard de l'article 14 du Code? Devrait-il être abrogé? Doit-on permettre dans certains cas qu'un malade en phase terminale demande à un médecin de mettre fin à sa vie? Qu'en pensez-vous?

**Dr. Doig:** Il s'agit, bien entendu, de l'article sur l'aide au suicide. À l'heure actuelle, la profession médicale n'a aucune politique sur l'euthanasie active délibérée ou l'aide au suicide. À l'initiative du conseil général, qui est l'organe délibérant de la profession médicale, nous procédons à une série de discussions et à la préparation de documents éducatifs sur toute cette question de l'euthanasie active volontaire et de l'aide au suicide. Il y aura cinq documents. Ils sont presque tous prêts à être publiés et diffusés aux médecins. Si l'ensemble des médecins souhaite qu'une politique soit élaborée, alors le comité des questions éthiques s'en chargera. À l'heure actuelle, l'AMC n'a aucune politique relative à l'aide au suicide.

**Mme Lucock:** L'article 14 dit essentiellement que nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée. Pour ce qui est de nos recommandations, nous précisons que cet article, tel qu'il est libellé, crée des problèmes ou pourrait en créer lorsqu'un médecin envisage d'interrompre le traitement ou même de ne pas initier de traitement. Toutefois, ce qui fait particulièrement problème c'est la cessation du traitement. Fait assez intéressant, dans l'affaire Nancy B. où la cour était appelée à prendre en délibéré nombre de ces questions, on n'a pas tenu compte de cet article en particulier dans la décision. À notre avis, cet article crée certainement des problèmes aux médecins à l'heure actuelle, indépendamment de la question de savoir s'il devrait ou non être abrogé.

**Dr. Williams:** Cela soulève une question plus fondamentale qui nous a particulièrement tourmentés au moment de la rédaction du mémoire, à savoir le rapport entre la partie générale et les dispositions spéciales. On peut présumer que les articles relatifs à l'euthanasie et à l'aide au suicide seraient insérés parmi les articles sur l'homicide. Nous souhaiterions savoir comment les membres du sous-comité perçoivent leur mandat, particulièrement pour ce qui est de la formulation de recommandations sur la partie générale et les répercussions que cela pourrait avoir sur les dispositions spéciales.

[Text]

[Translation]

• 1550

**The Chairman:** We're not sure if that line can be drawn or any distinction made, but we're certainly going to try. If nothing else, we'll have a document that will help the minister come up with a bill that will then go out into the public and create further discussion. The fact of the matter is, we just don't know whether you can do a general part without doing some substantive parts, and then which ones do you have to do?

Mr. Robinson, you had a brief question.

**Mr. Robinson (Burnaby—Kingsway):** I would like to just follow up on my colleague's question, because what I'm hearing from you is that you're still studying this issue. You're consulting with your membership and sending out discussion papers and so on, and yet this is by no means a new issue. The Law Reform Commission has looked at the issue and doctors have struggled with this issue. The royal commission on health care in British Columbia looked at this issue and came up with a unanimous recommendation in support of physician-assisted suicide.

So with respect, I have to ask where the leadership of the Canadian Medical Association is on this issue. On an issue this fundamental, it is unacceptable to be told at this stage, after many years of people wrestling with this and you people on the front lines seeing the agony and suffering, that you're still studying it and sending out discussion papers. It is an abdication of your role to speak on behalf of the profession.

Why has it taken you so long to finally attempt to come up with a position on this issue, which involves human suffering, life and death? Do you have any response to the specific recommendation of the B.C. royal commission on health care and costs, with respect to amendments to section 241.(b) of the Criminal Code on physician-assisted suicide, or are you going to continue to tell us you're studying this issue as well?

**Dr. Doig:** First of all, I realize many medical associations have studied the question of euthanasia. With the exception of one, the Royal Netherlands Medical Association, all have come out against active voluntary euthanasia and physician-assisted suicide as legitimate medical activities.

The CMA has not yet come out with a policy. It has this polarization of opinion within its membership, as there is within society at large. It has this apparent conflict between medical associations and other groups, such as the one you quoted. It thinks there is still a need for research and investigation on this subject before it formulates a policy, if in fact the profession wishes to formulate a policy.

**Mr. Robinson:** How much time are you talking about before the CMA does take a position on this issue? You say it may not want to take a position on this issue, but quite frankly, the Canadian Medical Association is the body that

**Le président:** Nous ne savons si une telle distinction peut être faite, mais nous allons certainement tenter de le faire. Nous produirons à tout le moins un document qui aidera la ministre à préparer un avant-projet de loi qui sera alors diffusé au grand public pour discussion. Le fait est que nous ne savons pas si nous pouvons apporter des modifications à la partie générale sans proposer de modifications de fond, ni lesquelles, le cas échéant.

Monsieur Robinson, vous aviez une courte question.

**M. Robinson (Burnaby—Kingsway):** J'aimerais revenir à la question de mon collègue puisque vous semblez dire que vous n'avez pas terminé votre examen de cette question. Vous consultez vos membres, vous diffusez des documents de consultation, etc, et pourtant ce n'est pas une question qui date d'hier. La Commission de réforme du droit s'est penchée sur cette question comme d'ailleurs les médecins. La Commission royale sur les soins de santé en Colombie-Britannique a aussi examiné la question et s'est prononcée à l'unanimité en faveur du suicide aidé par un médecin.

Ainsi, sauf le respect que je vous dois, j'aimerais savoir en quoi l'Association médicale canadienne manifeste son leadership dans cette affaire. C'est une question tout à fait fondamentale et il est inacceptable que vous nous disiez que vous poursuivez votre examen de la question et que vous diffusez des documents de consultation alors que depuis tant d'années les gens se débattent avec cette question lancinante et que vous assistez de première main à l'agonie et à la souffrance des gens. Vous abdiquez vos responsabilités de porte-parole de la profession médicale.

Pourquoi avez-vous mis tant de temps à vous décider enfin d'adopter une position sur cette question qui touche la vie, la mort et la souffrance humaines? Avez-vous une réponse à faire à la recommandation précise de la Commission royale sur les services et les coûts de santé en Colombie-Britannique, notamment pour ce qui est de la modification de l'alinéa 241.b) du Code criminel sur le suicide aidé par un médecin, ou allez-vous vous contenter de nous dire que vous examinez aussi cette question?

**Dr. Doig:** D'abord, je sais fort bien que de nombreuses associations médicales se sont penchées sur la question de l'euthanasie. À l'exception d'une seule, la Royal Netherlands Medical Association, toutes se sont prononcées contre l'euthanasie active volontaire et le suicide aidé par un médecin comme activité médicale légitime.

L'AMC n'a pas encore formulé de politique. Les avis sont tout aussi partagés parmi ses membres qu'ils ne le sont au sein de la société dans son ensemble. Il existe des divergences apparentes entre les associations médicales et d'autres groupes, notamment celui que vous avez cité. Nous estimons qu'il faut poursuivre la recherche sur cette question avant de formuler une politique, si la profession médicale souhaite qu'une telle politique soit adoptée.

**M. Robinson:** Combien de temps faudra-t-il attendre pour que l'AMC prenne position sur cette question? Vous dites que vous déciderez peut-être de ne pas prendre position mais, il faut le dire franchement, l'Association médicale

[Texte]

represents physicians across Canada. It has taken a position with respect to palliative care, even when that may accelerate death. It has taken a position on the cessation of treatment. When it has to really grapple with one of the more fundamental and admittedly difficult issues, why do its members say, well, maybe we won't say anything at all?

Again I have to ask, where is the leadership of the medical association? What is the timeframe? Who is responsible within the medical association for co-ordinating this particular study, and when can we expect a decision whether or not it's even going to say anything about this?

**Dr. Doig:** The polarity within the profession is no different from the polarity within your own organization, Parliament. There is the same polarity with people on either end of the spectrum and we have the same polarity in the profession.

**Mr. Robinson:** Mr. Chairman, I'm sorry, but on that, there is polarity on the issue—

**The Chairman:** Mr. Robinson, I would appreciate Dr. Doig being able to finish his answer. Thank you.

• 1555

**Dr. Doig:** Because of that polarity, we feel we are not in a position, even though we are the elected body of the profession, to dictate policy to the profession as a whole.

**Mr. Robinson:** How does that differ from the issue of abortion? There is polarity within the CMA on abortion and yet the CMA has taken a stand on freedom of choice in abortion.

**Dr. Doig:** The policy on the question of abortion is that abortion should be a private decision.

**Mr. Robinson:** And there is polarity on that.

**Dr. Doig:** There is polarity about whether or not people wish to perform abortion or not. The law is quite clear on this.

I would like to come back to the question of euthanasia and your question of the timeframe involved. Documents will have gone out for discussion probably by the end of March or beginning of April. We then have to see what response there is, and what movement there is within the profession to produce a policy. I can't give you a timeframe. We're hoping to have a report for the general council, which will be next August, saying either we have developed a policy or it is not possible to develop a policy, or we wish for more time to develop a policy. I can't give you more than that.

**The Chairman:** Dr. Williams, you had something to add?

**Dr. Williams:** Yes. I would like to add that, although the association has no explicit policy on euthanasia, it does have an implicit one, which is that euthanasia should not be practised. There are two reasons for that. One is it's illegal—

**Mr. Robinson:** That's a rather circular argument if we're talking about changes in the law.

[Traduction]

canadienne est l'organisme qui représente les médecins de tout le pays. Elle a pris position sur les soins palliatifs, même lorsqu'ils peuvent hâter la mort. Elle a pris position sur l'interruption de traitement. Quand vient le temps de s'attaquer à une question beaucoup plus fondamentale et certes beaucoup plus épineuse, pourquoi ses membres disent-ils qu'ils ne prendront peut-être pas position?

Je me dois de demander encore une fois, où est le leadership que l'Association médicale est censée exercer? Combien de temps faudra-t-il attendre? Qui, au sein de l'Association médicale, est responsable de la coordination de cette étude en particulier et quand pouvons-nous espérer savoir si elle se prononcera?

**Dr. Doig:** Les avis sont tout aussi polarisés au sein de la profession médicale qu'ils le sont au sein de votre propre organisme, le Parlement. Il existe des positions diamétralement opposées dans l'ensemble de la population aussi bien qu'au sein de la profession médicale.

**M. Robinson:** Monsieur le président, je suis désolé, mais si les avis sont polarisés sur cette question. . .

**Le président:** Monsieur Robinson, je vous saurais gré de permettre au D<sup>r</sup> Doig de terminer sa réponse.

**Dr. Doig:** À cause de cette polarisation, même si nous sommes la corporation de la profession, nous estimons ne pas être en mesure d'imposer une directive.

**M. Robinson:** En quoi cette question est-elle différente de celle de l'avortement? Il n'y a pas d'unanimité au sein de l'AMC au sujet de l'avortement; pourtant l'association a pris position en faveur de la liberté de choix.

**Dr. Doig:** La règle en matière de l'avortement est qu'il s'agit d'une décision de nature privée.

**M. Robinson:** Et il y a dissension là-dessus.

**Dr. Doig:** Il y a dissension au sujet du droit de refuser de pratiquer l'avortement. La loi est très claire là-dessus.

J'aimerais revenir sur la question de l'euthanasie et du temps qu'il faudra. Les documents de discussion auront probablement été envoyés d'ici à la fin du mois de mars ou au début du mois d'avril. Il faudra voir quelle est la réaction et déterminer si les membres veulent rédiger une règle de conduite. Je n'ai pas d'idée du temps qu'il faudra. Nous espérons avoir un rapport à l'intention du conseil général, qui se tiendra en août prochain, qui répondra à la question de savoir si nous avons élaboré une règle de conduite, s'il n'est pas possible d'en élaborer une ou si nous souhaitons davantage de temps pour le faire. Je ne peux pas être plus précis.

**Le président:** Docteur Williams, vous aviez quelque chose à ajouter?

**Dr. Williams:** Oui. Même si l'association n'a pas de règle explicite au sujet de l'euthanasie, elle a une règle implicite: l'euthanasie ne devrait pas être pratiquée. Il y a deux raisons à cela. La première, c'est qu'il s'agit d'un acte illégal. . .

**M. Robinson:** L'argument est spécieux lorsqu'il s'agit de modifier la loi.

[Text]

**Dr. Williams:** Yes, of course, but that's one of the reasons the current implicit policy is the one it is. The second is there's a strong feeling within the medical profession, not just in Canada but elsewhere, that euthanasia is contrary to traditional medical ethics. Now, neither of those reasons is strong enough to say there shouldn't be a change in policy, but it would require a basic fundamental change, as it would in society. Just as in your work it would require a change in legislation to permit euthanasia, so also it would require a change in the traditional understanding of medical ethics on this point.

The association realizes there are interests in society and within the profession in that direction and so we are looking at the issue, but I don't think we can say, and I'm not sure you people can say, that either the medical profession or society is ready for that change. It would be a fairly momentous change both in terms of medical practice and in terms of social practice. It's something that would have to be considered fairly carefully.

I think your analogy with abortion is very good, but there was a fairly long lead-up to the change in the abortion law and to the change in medical attitudes towards abortion, and the lead time in the public and professional discussion on euthanasia has been a fair bit shorter. We are therefore trying to take this one step at a time. Our timetable, in a sense, depends on your timetable. If you were proposing legislation to change the law on euthanasia and you invited us to respond, we would probably have to accelerate our process to come up with a position. We might not succeed, but we would certainly try.

On the other hand, it seems there is a more, if I can use the expression, leisurely timetable for both society in general, as represented by yourselves, and our profession. We're taking advantage of this time to try to do it fairly thoroughly, to get our members up to speed on all of the issues involved in the debate, to encourage widespread discussion and feedback, and then to be able at the proper time to formulate a policy that really represents the informed opinion of our membership.

**Mr. Robinson:** Thanks very much, Mr. Chairman. I might just note on this issue it would seem the public is perhaps ahead of the profession. Certainly the most recent polls have indicated 75% of the people support this.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Robinson. Mr. Rideout, would you close this off.

**Mr. Rideout:** After Svend, I don't know whether that's possible or not.

Do you have any position with respect to the use of experimental drugs and the perhaps criminal connotations that can be associated with it?

**Dr. Doig:** We have recommendations that therapeutic or non-therapeutic medical experimentation should in fact be exempt from criminal sanction. We have various parameters that should be followed in that exemption.

[Translation]

**Dr Williams:** Oui, bien sûr, mais cela reste une des raisons qui expliquent pourquoi la règle implicite actuelle est ce qu'elle est. La deuxième, c'est qu'il y a dans la profession médicale, au Canada et ailleurs, un courant très fort qui juge l'euthanasie contraire à la déontologie médicale. Ni l'une ni l'autre raison ne justifie à elle seule l'immobilisme, mais il faudrait néanmoins un revirement d'opinion complet là et dans le reste de la société, tout comme il en faudrait un chez vous pour modifier la loi.

L'association n'ignore pas qu'il y a dans la société et la profession un courant en ce sens. Nous étudions le dossier. Mais ni nous ni vous probablement ne pouvons affirmer que la médecine ou la société sont prêts pour ce changement, un changement d'envergure pour la pratique médicale et pour la société. C'est un sujet qu'il faudra étudier très soigneusement.

Le parallèle que vous avez fait avec l'avortement est très juste. Toutefois, il y a eu une longue période de préparation avant que la loi et les attitudes médicales ne changent, tandis que la période a été beaucoup plus courte dans la population et chez les médecins au sujet de l'euthanasie. Nous procédons donc graduellement. Notre échéancier dépend en quelque sorte du vôtre. Si vous proposiez une loi modifiant les dispositions sur l'euthanasie et si vous nous invitiez à y réagir, nous devrions probablement accélérer notre processus de réflexion pour aboutir à une position. Nous n'y réussirions peut-être pas, mais nous essaierions.

Par contre, il me semble que la société en général, que vous représentez, et notre profession disposent de plus de temps. Nous en profitons pour procéder à un examen minutieux, amener nos membres à se familiariser avec les éléments du débat, et encourager les échanges pour être en mesure le moment venu de formuler une politique qui représente l'opinion éclairée de nos membres.

**M. Robinson:** Merci beaucoup, monsieur le président. J'ajouterai seulement qu'en la matière la population semble plus progressiste que la profession médicale. Les sondages les plus récents révèlent que 75 p. 100 de la population est en faveur de cette idée.

**Le président:** Merci, monsieur Robinson. Monsieur Rideout, à vous le dernier mot.

**M. Rideout:** Après Svend, je ne sais pas si c'est possible.

Avez-vous une position au sujet des médicaments expérimentaux et leurs éventuelles connotations criminelles?

**Dr Doig:** Nous recommandons que les expériences médicales thérapeutiques ou non thérapeutiques ne soient pas assujetties à la sanction pénale. Nous avons divers critères concernant cette exemption.

[Texte]

[Traduction]

• 1600

**Mr. Rideout:** We see in the area of consent, in criminal consent, a lot of things moving it out of the Criminal Code. The Nancy B. decision was not a criminal action, as I understand the procedure, and the powers of the criminal law did not intrude on that process in any way. You see things such as transplant situations and post-mortem gifts, if you want, in legislation. So we're getting a lot of legislation outside the Criminal Code to deal with these types of issues. In the area of euthanasia and that sort of thing, have you gone to the extent of considering separate legislation to deal with it and to map out the process, or are you that far along yet?

**Dr. Doig:** No, we haven't considered the question of separate legislation on the whole question of euthanasia.

**The Chairman:** I want to thank you. Your briefs are superb. We will go through them very carefully, and more importantly, our experts will go through them, and departmental officials. It's our goal to have a report to the Minister of Justice later on this year, or perhaps early next year. We're hoping that will lead to a bill, which will then, as Dr. Williams says, force everybody to focus their minds on a specific piece of legislation; and that includes parliamentarians, society at large, and the medical community. Thank you very much. We appreciate your effort.

Now, colleagues, I would like to introduce to you, from the Right to Die Society, Mr. John Hofsess, executive director, and Mr. Christopher Considine, a barrister and solicitor.

Gentlemen, I gather there's a video we will watch first. I want to assure you you don't need to read, although you could presumably take up your full time reading your brief. We will append your brief to today's minutes. If you could give a verbal executive summary directed to the specific points, it would be much wiser, I believe.

Is there unanimous agreement that the report be appended to today's minutes?

**Some hon. members:** Agreed.

**The Chairman:** Mr. Hofsess.

**Mr. John Hofsess (Executive Director, The Right to Die Society of Canada):** We will begin with the video, Mr. Chairman, if you don't mind.

• 1605

**Videotaped Statement by Sue Rodriguez (The Right to Die Society of Canada):** Mr. Chairman and members of the Standing Committee on Justice and the Solicitor General, my name is Sue Rodriguez, and I suffer from a terminal illness named ALS, or Lou Gehrig's disease.

A year ago, when I was first diagnosed, I was quite agile. Today I can barely walk. I had full control of my hands except for some occasional twitching. Today, as you can see, my hands are misshapen, and it's all I can do to sign my name legibly.

**M. Rideout:** En ce qui concerne le consentement au sens pénal, on s'aperçoit que beaucoup d'éléments sont en train d'être exclus du Code criminel. Le jugement dans l'affaire Nancy B. ne relevait pas du Code criminel, si j'ai bien compris, et il n'a donc pas été question de droit pénal. Les textes de loi, eux, parlent de transplantation et de don d'organes. Il y a donc quantité de lois, hors du cadre du Code criminel, qui statuent sur ces questions. Dans le cas de l'euthanasie, pensez-vous qu'il faudrait avoir une loi distincte pour traiter de ces questions ou n'en êtes-vous pas encore là?

**Dr Doig:** Non, nous n'avons pas envisagé l'éventualité d'une loi distincte au sujet de l'euthanasie.

**Le président:** Je tiens à vous remercier. Vos mémoires sont excellents. Ils feront l'objet d'un examen minutieux par nous et surtout par les spécialistes et les fonctionnaires du ministère. Nous espérons remettre un rapport au ministre de la Justice d'ici la fin de l'année, ou au début de l'an prochain. Nous espérons qu'il aboutira à un projet de loi qui, comme l'a dit le D<sup>r</sup> Williams, forcera tous les intéressés à se pencher sur un texte bien précis. Cela concerne aussi bien les parlementaires que l'ensemble de la société et les milieux médicaux. Merci beaucoup d'être venus.

Je voudrais maintenant vous présenter M. John Hofsess, directeur exécutif de la *Right to Die Society*, ainsi que M. Christopher Considine, avocat.

Messieurs, je crois savoir que vous allez d'abord nous présenter un vidéo. Sachez que vous pouvez consacrer tout le temps mis à votre disposition à la lecture de votre mémoire, mais, comme nous allons l'annexer au procès-verbal, il vaudrait peut-être mieux nous en faire simplement la synthèse.

Y a-t-il unanimité pour que le mémoire soit annexé au procès-verbal?

**Des voix:** Adopté.

**Le président:** Monsieur Hofsess.

**M. John Hofsess (directeur exécutif, The Right to Die Society of Canada):** Nous allons commencer par la vidéo, monsieur le président, si vous le voulez bien.

**Déclaration magnétoscopique de Sue Rodriguez (The Right to Die Society of Canada):** Monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité permanent de la justice et du Solliciteur général, je m'appelle Sue Rodriguez et je souffre d'une maladie en phase terminale appelée SLA, ou maladie de Charcot.

Il y a un an, quand on m'a donné mon diagnostic, j'avais toute mon agilité. Aujourd'hui, je peux à peine marcher. Je maîtrisais entièrement mes mains, sauf pour quelques spasmes à l'occasion. Aujourd'hui, comme vous le voyez, mes mains sont difformes et c'est à peine si je peux signer mon nom visiblement.

## [Text]

There is much worse to come. ALS is a motor neuron disease that affects nearly all bodily functions. Soon I will be unable to walk. I will be unable to breathe without a respirator, and I'll be unable to eat or swallow or move without assistance.

The deterioration I'm undergoing is acceptable to me up to a point. Beyond that point my life will have degenerated to a mere biological existence. I will become a helpless victim of my illness and have to endure prolonged suffering, lasting many months or even years.

This is not acceptable to me, but when I sought out legal advice as to my options I was told it was legal for someone to commit suicide in Canada but it was not legal for someone like myself, who lacks the motor skills to terminate my own life, to ask for or receive any assistance in ending my life.

Why it is illegal for someone to assist me to do something legal is a paradox I will never understand, but more to the point, it is a paradox that forces me to suffer greatly, both mentally and physically.

If my suffering was being inflicted upon me in any other context it would be called an abuse of human rights and might well be called a crime, but because it happens in the name of modern medicine, I'm supposed to accept whatever indignities my illness inflicts upon me and keep quiet.

If my doctors refuse to relieve me of my suffering, I'm not supposed to say anything. If politicians won't change the law, I'm supposed to be helpless and powerless and not make my suffering known, to die in quiet desperation the way most terminally ill patients do.

There is a section in the Criminal Code of Canada that states that no person is entitled to give consent to have death inflicted upon himself or herself and that such consent does not affect the criminal responsibility of any person who inflicts death. I want to ask you gentlemen, if I cannot give consent to my own death whose body is this? Who owns my life?

I want to ask something else. When you consider me in drafting this section of the code, as I hope you will, please remember the human reality that lies beyond those words.

I do not speak to you as a rare and isolated case of human suffering due to illness. In the latest Gallup poll for which we have figures, November 7, 1991, 75% of Canadians, 80% in Quebec, said they favour a change in the law whereby terminally ill individuals who are suffering should have the legal right to have a doctor assist them in ending their lives.

A law that states or implies that Canadians are not masters of their own fate but belong somehow to the state or some hypothetical authority simply won't be tolerated much longer. In the mean time, I will continue to seek what justice I can under Canadian law, and I can only hope that somewhere I will find recognition for my rights as a person.

Thank you for listening.

## [Translation]

Le pire est encore à venir. La maladie de Charcot est une affection neuro-musculaire qui provoque la dégénérescence de toutes les fonctions physiques. Bientôt, je serai incapable de marcher. Je serai incapable de respirer sans l'aide d'un appareil, et il me sera impossible de manger ou d'avaler ou même de bouger sans aide.

La dégénérescence qui m'afflige, je peux l'accepter jusqu'à un certain point. Passé ce point, ma vie sera réduite à une existence biologique. Je deviendrai la victime impuissante de ma maladie et je devrai endurer des souffrances prolongées qui dureront des mois ou peut-être des années.

Cela, je ne l'accepte pas. Mais quand j'ai demandé à un avocat quelles étaient mes options, on m'a dit qu'au Canada il est légal de se suicider mais qu'il n'est pas légal pour quelqu'un comme moi, qui n'a plus les facultés motrices lui permettant de mettre fin à sa vie, de demander pour cela l'aide de quelqu'un d'autre ou de la recevoir.

Qu'il soit illégal pour quelqu'un de m'aider à faire un acte légal est un paradoxe que je ne comprendrai jamais, mais surtout c'est un paradoxe qui me cause de grandes souffrances aussi bien mentales que physiques.

Si ces souffrances m'étaient infligées dans toute autre situation, on y verrait une violation de mes droits, peut-être même un crime. Mais parce qu'elles sont infligées au nom de la médecine moderne, je suis censée accepter sans broncher les indignités que m'inflige ma maladie.

Si mes médecins refusent d'apaiser mes souffrances, je ne suis pas censée dire quoi que ce soit. Si les hommes et les femmes politiques refusent de changer la loi, je suis censée rester impuissante et taire ma douleur et mourir dans le désespoir muet, comme le font la plupart des malades en phase terminale.

Un article du Code criminel du Canada stipule que nul n'a le droit à consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement. Je vous pose la question. Si je ne peux pas consentir à ma propre mort, à qui appartient ce corps? À qui appartient ma vie?

Je vous demande autre chose. Quand vous penserez à moi en rédigeant cet article du Code, comme vous le ferez j'espère, souvenez-vous de la réalité humaine qui se trouve derrière ces paroles.

Les propos que je vous tiens ne sont pas ceux d'un cas rare et isolé de souffrances causées par la maladie. Dans le dernier sondage Gallup dont nous disposons, celui du 7 novembre 1991, 75 p. 100 des Canadiens et 80 p. 100 des Québécois se disent en faveur d'un changement de la loi donnant aux malades en phase terminale et en proie à la souffrance le droit de recevoir l'aide d'un médecin pour mettre fin à leur vie.

On ne tolérera plus guère longtemps une loi qui interdit aux Canadiens d'être les maîtres de leur destinée et qui confie cette responsabilité à l'État ou à une quelconque autorité hypothétique. En attendant ce jour, je continuerai de réclamer le peu de justice dont est possible le droit canadien, et j'espère qu'un jour on m'accordera la reconnaissance de mes droits comme personne.

Je vous remercie de m'avoir écoutée.

[Texte]

[Traduction]

• 1610

**Mr. Hofsess:** Mr. Chairman, Sue Rodriguez appreciates being able to attend in this form, because videotape is the only way she could attend. Her doctor has told her even in the last week that were she to fly in a commercial airliner she would suffer respiratory problems over 30,000 feet. This is the only way she can be heard.

Sue Rodriguez is essentially a private person. She has not entered the public arena because she has an insatiable need for attention. She has sacrificed much of what would otherwise be a quite, reflective time for her. She has more than enough to deal with, coping with her illness and facing the fact that her life has suddenly been cut short, without adding the stress and the strain of becoming part of a major court battle and social controversy. Yet existing Canadian law gives her no acceptable alternative.

There are those who dismiss Sue Rodriguez as a hard case. On her first appearance on national television on CBC's *The Journal* on September 18, medical ethicist Barry Hoffmaster, from the University of Western Ontario, said he sympathized with the poor woman but took refuge in the old cliché that hard cases make bad laws, and said that Sue Rodriguez was a very hard case. Shortly thereafter, following Sue's appearance on CTV's *Canada AM* on September 29, Dr. Margaret Somerville, from McGill University's Centre of Medicine, Ethics and Law, put forth the argument there's no such thing as a right to die. In legal theory a right to die means that someone has a duty to kill you, and I don't think doctors are prepared to kill their patients.

Those who occupy ivory towers in academe seem uncomfortable when dealing with the realities of Sue Rodriguez's plight. They act surprised that anyone with ALS or any other form of catastrophic illness isn't willing to suffer their afflictions with the patience of Job, but I can assure you, as one who dwells down in the trenches of human suffering, that Sue Rodriguez is not a statistical rarity. The truth is that Canada is filled with so-called hard cases. Each one taken in isolation may allow Mr. Hoffmaster and Dr. Somerville, among other apologists for the status quo, to dismiss them, but each one added to another forms in the aggregate a serious social problem. Sue only appears to be a singular case because she is the first to speak out publicly, but listen to a couple of examples of the mail I currently receive.

From a 38-year-old man in Toronto:

**M. Hofsess:** Monsieur le président, M<sup>me</sup> Sue Rodriguez vous est très reconnaissante de lui avoir permis de recourir à une bande magnétoscopique, car c'est pour elle la seule façon de se présenter devant vous. Son médecin en effet lui a dit, et c'était la semaine dernière, qu'elle souffrirait de difficultés respiratoires à une altitude supérieure à 30 000 pieds si elle décidait d'utiliser un vol commercial. Cet enregistrement est donc le seul moyen à sa disposition de se faire entendre.

Essentiellement, M<sup>me</sup> Rodriguez préfère protéger sa vie privée. Elle ne s'est pas lancée dans l'arène publique pour satisfaire un besoin insatiable d'attention. Elle a sacrifié une bonne partie de ce qui aurait pu être pour elle une période de réflexion dans le calme. Sa maladie et le fait que sa vie a été brutalement abrégée lui apportent déjà suffisamment de soucis pour qu'elle ne souhaite pas y ajouter le stress et la fatigue associés à une participation à un débat important devant les tribunaux et dans la société. Malheureusement, le droit canadien actuel ne lui offre aucune autre option acceptable.

Pour certains, le cas de Sue Rodriguez n'est qu'une exception épineuse. Quand elle a participé pour la première fois à l'émission *The Journal* de Radio-Canada, diffusée à l'échelle nationale le 18 septembre, le spécialiste de la déontologie médicale, M. Barry Hoffmaster, de l'Université Western Ontario, a déclaré qu'il accordait toute sa sympathie à cette pauvre femme, mais il s'est réfugié ensuite derrière la vieille banalité disant que les cas d'exception donnent de mauvaises lois; il a ajouté que le cas de Sue Rodriguez était vraiment un cas d'exception. Un peu de temps après, à la suite de la participation de Sue à l'émission *Canada AM* de CTV, le 29 septembre, la D<sup>r</sup> Margaret Somerville du Centre de médecine, de déontologie et de droit de l'Université McGill a défendu la thèse que le droit à la mort n'existe pas. En doctrine juridique, revendiquer le droit à la mort signifie que quelqu'un a l'obligation de tuer celui qui revendique ce droit et je ne pense pas que les médecins soient disposés à tuer leurs patients.

Ceux qui vivent dans des tours d'ivoire dans le monde universitaire semblent mal à l'aise quand il leur faut traiter des réalités du quotidien de Sue Rodriguez. Ils semblent surpris de voir qu'une personne atteinte de la maladie de Charcot, ou de toute autre maladie grave invalidante, n'est pas nécessairement disposée à souffrir et à tolérer sa détresse avec la patience de Job; je peux toutefois vous assurer, car je travaille dans les tranchées de la souffrance humaine, que le cas de Sue Rodriguez n'est pas une anomalie statistique. Le fait est que ces prétendus cas d'exception sont très nombreux au Canada. Chaque cas considéré isolément peut permettre à M. Hoffmaster et au D<sup>r</sup> Somerville, et aux autres défenseurs du statu quo, de les écarter, mais quand on les considère dans leur ensemble il faut reconnaître qu'il s'agit d'un problème social grave. Si Sue semble être un cas unique, c'est parce qu'elle est la première à avoir pris la parole publiquement, mais je peux vous donner quelques autres exemples que j'ai pris dans le courrier que je reçois actuellement.

Voici ce que dit un homme de 38 ans, de Toronto:

## [Text]

I was diagnosed with ALS in December, 1991. I am now starting to deteriorate more rapidly and am getting worried about my future. I want to live as long as I can but do not want to be a vegetable. My speech is now failing as is my ability to walk, grasp and eat solid food. I feel as if my future will be a living hell if I don't take the situation into my own hands very soon. I am aware of the Sue Rodriguez case and I would like to know if you can help me achieve a peaceful end. Please call soon.

## [Translation]

En décembre 1991, j'ai appris que j'étais atteint de la maladie de Charcot. Mon état commence maintenant à s'aggraver plus rapidement et je m'inquiète de mon avenir. Je veux vivre le plus longtemps possible, mais je ne veux pas devenir un mort vivant. Il me devient plus difficile de parler, de marcher, de saisir et de manger des aliments solides. Il me semble que l'avenir me réserve un véritable enfer si je ne décide pas d'agir moi-même très prochainement. Je connais la situation de Sue Rodriguez et j'aimerais savoir si vous pouvez m'aider à mourir dans la paix. Appelez-moi le plus tôt possible.

## • 1615

This from a man in Calgary:

My dad is also suffering from ALS and is unable to talk or eat now, although he is still ambulatory. The course of the disease has been rampant and swift, having begun in mid-1991. Theoretically, hospitals can provide enough pain relief to comfort terminally ill persons, but a prolonged course of death is really also a dignity issue.

There will always be many courageous people who will fight disease processes to the very end, and my dad may well be one of them. They are to be supported and commended. However, it is not just nor honourable to require by law that all terminally ill people expire in this way, gradually, by the disease process only.

I could read dozens of such letters by the hour to this or any parliamentary committee that wants to know more about the way things actually are for countless Canadians facing the process of dying.

These people who contact me don't write to the Hoffmasters or Somervilles of this world, apparently. They don't write to high-bound politicians or grandstanding moralists either. They know they will not be paid much attention by anyone with a doctrinaire position on suicide and euthanasia. Nevertheless, they exist by the thousands, resigned to their fates with quiet desperation, and they look to Sue Rodriguez to give them hope. And she looks to you, ladies and gentlemen, and prays that she is not naive.

The law prohibiting assisted suicide has been unrevised for 100 years and has not been evoked once in the past 29 years. What kind of law is that? A law which doesn't appear to serve any purpose, except to intimidate and oppress the terminally ill, their families, and their friends.

You have heard from the heart and now it's time to hear more incisive legal analysis. The core of our presentation today is provided by lawyer, Chris Considine, who will defend Sue Rodriguez's rights in court in the hope that she may obtain a wise and merciful judgment and will not be driven out of her country in her quest for a death with dignity.

Dans cette autre lettre qui vient de Calgary, mon correspondant écrit:

Mon père souffre également de la maladie de Charcot et ne peut ni parler ni manger, bien qu'il soit encore capable de se déplacer. La maladie s'est déclarée au cours de l'été 1991 et ses progrès ont été rapides et foudroyants. En théorie, les hôpitaux peuvent donner suffisamment d'analgésiques pour soulager la douleur des patients en phase terminale, mais la longue attente de la mort est également une question de dignité.

Il y aura toujours bien des gens courageux qui lutteront contre la maladie jusqu'au bout, et il est fort possible que mon père soit de leur nombre. Il faut leur assurer notre appui et les féliciter. Toutefois, il n'est ni juste ni honorable d'exiger, de par la loi, que tous les individus en phase terminale doivent mourir de cette façon, graduellement, laissant la maladie suivre son cours.

Je pourrais vous lire des douzaines de lettres similaires, pendant des heures, devant ce comité parlementaire ou tout autre comité désireux de mieux connaître la situation réelle d'une multitude de Canadiens confrontés à la mort.

Apparemment, ceux qui m'écrivent ne s'adressent aux Hoffmasters ou Somervilles de ce monde. Ils n'écrivent pas non plus aux politiciens aux vues étroites, ni aux moralisateurs avides d'applaudissements. Ils savent qu'ils ne retiendront pas l'attention de ceux qui ont pris une position doctrinaire sur le suicide et l'euthanasie. Et pourtant, ils existent par milliers, résignés à leur sort dans un désespoir silencieux, et ils se tournent vers Sue Rodriguez pour gagner un peu d'espoir. Et elle s'adresse à vous, mesdames et messieurs, espérant qu'elle ne le fait pas naïvement.

La loi interdisant l'aide au suicide est demeurée inchangée depuis cent ans, et elle n'a pas été invoquée une seule fois au cours des 29 dernières années. Que peut-on dire d'une telle loi? C'est une loi qui ne semble servir aucun but, si ce n'est d'intimider et d'opprimer les malades en phase terminale, leurs familles et leurs amis.

Vous avez entendu le cri du coeur, et il est maintenant temps de se livrer à une analyse juridique acérée. L'essentiel de notre argument sera présenté aujourd'hui par M. Considine, avocat, qui défendra les droits de Sue Rodriguez devant les tribunaux dans l'espoir qu'elle obtiendra une décision sage et compatissante répondant à son désir de pouvoir mourir dignement.

[Texte]

Mr. Christopher Considine (The Right to Die Society of Canada): Mr. Chairman, thank you. I have been retained by Sue Rodriguez to act on her behalf to advise as to the current state of the law today, to make representations before you as a committee on behalf of herself and her view, as she has indicated, and that of many other people like her, and also to advise her as to the status in respect to this law in relation to the Canadian Charter of Rights and Freedoms.

First of all, with respect to the law, suicide and attempted suicide are no longer illegal in this country. They haven't been illegal since 1972. However, section 241 of the Criminal Code makes it an offence for a person to aid or abet another in the commission of suicide. Section 14 may also have some bearing upon this issue.

Physician-assisted suicide clearly ought to be distinguished from active euthanasia. The former allows a patient to determine if he or she wishes to die and when, under certain circumstances, as we define them. It is a safeguard for the patient. The major concern with active euthanasia is that patients will be persuaded to consent to their death by friends, family, or doctors when they are not really ready or do not wish to die.

Therefore, Sue Rodriguez wishes you to change the law insofar as it relates to physician-assisted suicide. She does not make representations to you with respect to the issue of active euthanasia, except peripherally, and that of palliative care, which I will come to shortly.

I have also placed in our brief a short quotation from Dr. Timothy Quill with respect to assisted suicide and why it is something that ought to be available. When writing in *The New England Journal of Medicine* in November of this year, he said:

In assisted suicide, the final act is solely the patient's, and the risk of subtle coercion from doctors, family members, institutions, or other social forces is greatly reduced. The balance of power between doctor and patient is more nearly equal in physician-assisted suicide than in euthanasia. The physician is counsellor and witness and makes the means available, but ultimately the patient must be the one to act or not act. In voluntary euthanasia, the physician both provides the means and carries out the final act, with greatly amplified power over the patient and increased risk of error, coercion, or abuse.

• 1620

Therefore, Mr. Chairman, since suicide is no longer an offence in this country, those who assist the patient, such as the physician who prescribes an overdose of barbiturates, which can be taken orally or intravenously by the patient, ought to be protected. It does happen in our society today and it's something we ought to recognize. We ought to provide protection to both the physician and the patient. Similarly, it ought to be the patient who commits the final act of suicide by swallowing the medication or activating the intravenous device.

[Traduction]

M. Christopher Considine (The Right to Die Society of Canada): Merci, monsieur le président. M<sup>me</sup> Sue Rodriguez a retenu mes services pour la conseiller quant à l'état actuel du droit en la matière, pour soumettre mes commentaires au comité en son nom et présenter son point de vue, comme elle l'a précisé, et celui de bien d'autres personnes qui se trouvent dans une situation similaire; je dois également la conseiller sur le droit dans le cadre de la Charte canadienne des droits et libertés.

Tout d'abord, eu égard à la loi, le suicide et la tentative de suicide ne sont plus des actes illégaux dans notre pays, et ceci depuis 1972. Toutefois, l'article 241 du Code criminel précise qu'est coupable d'un acte criminel quiconque aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort. L'article 14 pourrait aussi avoir une certaine pertinence à ce sujet.

L'aide au suicide accordée par un médecin ne doit pas être confondue avec l'euthanasie active. Dans le premier cas, le malade décide s'il désire mourir et quand, une fois que certaines conditions, définies, sont remplies. Cela protège le malade. La question la plus préoccupante dans un cas d'euthanasie active est que le malade peut être poussé par ses amis, sa famille ou ses médecins à consentir à la mort alors qu'il n'est pas vraiment prêt à le faire ou ne désire pas mourir.

Par conséquent, Sue Rodriguez désire que vous modifiez la loi au sujet de l'aide au suicide donnée par un médecin. Elle ne veut pas soulever la question de l'euthanasie active, tout au moins pas directement, ni de celle des soins palliatifs, sur lesquels je reviendrai.

J'ai également incorporé dans notre mémoire une brève citation du docteur Timothy Quill au sujet de l'aide au suicide mentionnant les raisons justifiant cette aide. Dans un article publié dans le *The New England Journal of Medicine*, en novembre de cette année, ce docteur écrivait:

Dans le cas d'aide au suicide, c'est le patient qui fait l'acte final et le risque de coercition de la part de médecins, de membres de la famille, d'institutions ou d'autres forces sociales est considérablement réduit. L'équilibre entre le pouvoir du médecin et celui du patient est beaucoup mieux réalisé dans le cas de l'aide au suicide apportée par un médecin que dans celui de l'euthanasie. Le médecin est à la fois conseiller et témoin et fournit les moyens, mais, ultimement, c'est le patient qui doit décider d'agir ou de ne pas agir. S'il s'agit d'euthanasie volontaire, le médecin d'une part fournit les moyens et d'autre part exécute aussi l'acte final, ce qui augmente considérablement le pouvoir qu'il peut exercer sur le malade et fait croître le risque d'erreurs, de coercition, d'abus.

Donc, monsieur le président, étant donné que le suicide n'est plus un acte criminel dans notre pays, ceux qui aident un patient, comme par exemple un physicien qui établit une ordonnance pour une surdose de barbituriques pouvant être administrés par voie buccale ou intraveineuse par le malade, devraient être protégés. De tels cas se produisent de nos jours dans notre société et nous devons le reconnaître. Nous devons protéger tant le médecin que son patient. De même, c'est le malade qui devrait commettre l'acte final de suicide en avalant le médicament ou en déclenchant le dispositif d'injection intraveineuse.

## [Text]

I have also advised Sue Rodriguez with respect to some of the issues that are presented by section 241 and section 14 in relation to the Charter of Rights. As I know you're very aware of the Morgentaler decision that's been referred to earlier in the proceedings this afternoon, it is quite clear from what has been said by the court in that particular case that the liberty and security of the person under section 7 is of paramount importance.

Madam Justice Wilson said that the idea of human dignity finds expression in almost every right and freedom guaranteed in the charter. She further stated that an aspect of respect for human dignity on which the charter is founded is a right to make fundamental personal decisions without interference from the state. I cannot think of a more fundamental and personal decision than the one of taking your own life, and having a physician assist you in that regard.

She is faced with a personal moral decision. It is a decision she alone must make, and a decision which as a matter of conscience she must be free to make. To deprive her of the right to make such a choice concerning her life deprives her of her dignity. The charter speaks of the right to life, not the duty to continue living whatever the consequences. Surely a concern for the dignity of the individual must allow Sue Rodriguez the option of having a physician put an end to her suffering.

Because she won't be able to swallow those barbiturates that I referred to earlier, she of course requires the assistance of a physician. We're proposing that should she wish to commit suicide, and this is an option she seeks to have available to her, that she then be able to have a physician use intravenous therapy or some other form of therapy, but she would do the final activation.

The difficulty that many physicians face at the moment, and it may have been somewhat alluded to by the CMA presentation, is that if she's able to find a caring physician who is willing, as a matter of conscience, to assist her to end her suffering, those physicians are placed in an invidious position at the moment. They believe it's proper to assist her by providing her with the means for her to end her own life, yet by doing that they themselves are potentially committing a criminal offence for which they may receive 14 years imprisonment. That's another reason you ought to consider amending section 14 and section 241.

I've referred to section 12, which is "cruel and unusual treatment". I suggest to you under the case law that it is cruel to be indifferent to her suffering and to force her to endure the prolonged indignity of living through the progressive disintegration of her bodily functions. It cannot be anything other than cruel to be so merciless as to punish her further by depriving her of her dignity in this manner.

I have suggested that under section 15 there's a discrimination against her. She will be disabled from committing suicide by virtue of the balling of the tissue in her throat, which will prevent her from swallowing. Consequently, she will not be able to carry out an act that is able to be carried out by other people. It's clear that she ought not to be discriminated against, I suggest, in those circumstances based on the case law that I've set out for you.

## [Translation]

J'ai également informé M<sup>me</sup> Rodriguez au sujet des questions soulevées par l'article 241 et par l'article 14 dans le cadre de la Charte des droits. Vous êtes certainement très au courant de la décision rendue dans l'affaire Morgentaler, décision qui a déjà été mentionnée au cours de cet après-midi. La décision de la cour dans cette affaire souligne clairement l'importance primordiale du droit de quiconque à la liberté et à la sécurité de sa personne, garanti par l'article 7 de la Charte.

M<sup>me</sup> le juge Wilson a déclaré que la notion de dignité humaine se retrouve dans presque chaque droit et liberté garantis dans la Charte. Elle a ajouté que l'un des aspects du respect de la dignité humaine sur lequel la Charte se fonde est le droit de procéder à des décisions personnelles fondamentales sans intervention de l'État. Il me semble que rien ne peut être plus fondamental et personnel que la décision de mettre un terme à sa propre vie et d'avoir l'aide d'un médecin à cette fin.

M<sup>me</sup> Rodriguez doit prendre une décision morale personnelle. Elle seule peut la prendre, en toute liberté et selon sa conscience. Lui enlever le droit de prendre cette décision concernant sa propre vie lui enlève sa dignité. La Charte parle du droit à la vie, et non pas de l'obligation de continuer à vivre quelles que soient les circonstances. Certainement, si l'on se préoccupe de la dignité de l'individu, il faut accorder à Sue Rodriguez la possibilité d'obtenir qu'un médecin mette fin à ses souffrances.

Comme elle sera incapable d'avaler elle-même les barbituriques que j'ai mentionnés, il lui faudra obtenir l'aide d'un médecin. Nous proposons que si elle désire se suicider, et c'est l'option qu'elle désire se voir accorder, il lui sera alors possible d'obtenir qu'un médecin procède à une injection intraveineuse, ou à tout autre procédure, mais c'est elle qui fera le déclenchement final.

La difficulté à laquelle bien des médecins se heurtent actuellement, et l'exposé que l'AMC y a peut-être fait allusion, c'est que si elle peut trouver un médecin compatissant qui accepte, guidé par sa conscience, de l'aider à mettre un terme à ses souffrances, ce médecin se placerait dans une situation peu enviable. Les médecins estiment qu'il serait approprié de l'aider en lui fournissant les moyens requis pour mettre fin à sa vie, mais en faisant cela, ils sont potentiellement coupables d'un acte criminel qui pourrait entraîner une peine de 14 ans de prison. C'est une raison de plus pour que vous songiez à modifier les articles 14 et de 241.

J'ai déjà mentionné l'article 12 qui parle d'«un traitement cruel et inusité». En me référant à la jurisprudence, je vous dirais qu'il est cruel de demeurer indifférent à ses souffrances et de la contraindre à subir l'indignité prolongée résultant de la dégradation progressive de ses fonctions corporelles. C'est bien en effet de la cruauté que d'être impitoyable au point de la punir encore davantage en lui ôtant ainsi sa dignité.

J'ai avancé le fait qu'elle se trouve victime de discrimination au titre de l'article 15. Il lui sera impossible de se suicider en se bourrant la bouche de mouchoirs de papier, ce qui l'empêcherait d'avaler. Il lui sera donc impossible d'exécuter un acte que d'autres peuvent faire. Il est clair qu'elle ne devrait pas être victime de discrimination dans ces circonstances, compte tenu de la jurisprudence que je vous ai présentée.

## [Texte]

The next issue for you to grapple with, I suggest, is the solution. What solutions do you place within the Criminal Code and recommend perhaps to the CMA to consider for dealing with this specific issue of physician-assisted suicide? Doctor Quill's article I commend to you, because he, together with a number of colleagues from very reputable and leading medical institutions in the United States, has carefully considered the issue. They have set out an eight-point protocol. In essence, they have said that there ought to be at least two physicians who find that the patient has a terminal illness that is incurable, that the patient is frequently asking for the opportunity to have assistance to end his or her own life—the physician being the person to provide that assistance—but they make it very clear that it ought to be the patient who makes the final decision and does the final act.

## [Traduction]

Finalement, nous devons aborder la question d'une solution. Quelles seraient les solutions que l'on pourrait apporter dans le cadre du Code criminel et peut-être soumettre à l'Association médicale canadienne qui pourrait les examiner afin de régler la question de l'aide au suicide apportée par un médecin? Je vous recommande la lecture de l'article du Dr Quill, car il a attentivement examiné cette question, ainsi que bon nombre de ses collègues travaillant dans des institutions jouissant d'une bonne réputation et dont les travaux font autorité. Ils ont élaboré un protocole en huit points. En un mot, selon eux, il faut qu'au moins deux médecins déterminent que le patient est atteint d'une maladie incurable dans sa phase terminale, que celui-ci demande souvent de pouvoir obtenir de l'aide pour mettre fin à sa vie—le médecin étant la personne appelée à fournir cette aide—mais ils stipulent clairement que c'est le patient qui doit prendre la décision finale et faire le geste final.

• 1625

I suggest that in terms of revisions to the code you have two choices: one is to enact protocol that is very similar to that protocol, but it would be lengthy, could be complicated, and subject to many interpretations. In the alternative I have looked at a recommendation that was made by Mr. Justice Peter Seaton, who is a very well regarded judge, as he then was, of the British Columbia Court of Appeal, a very bright and intelligent man. He, together with his commissioners, looked at health care in the province of British Columbia.

Lorsqu'on envisage de modifier le Code criminel, de deux choses l'une: d'une part, on promulgue un protocole semblable à celui-ci, mais cela prendrait du temps, et le processus risque d'être complexe et sujet à de nombreuses interprétations. La solution de rechange que j'ai examinée est une recommandation formulée par M. le juge Peter Seaton, un juge d'excellente réputation de la cour d'appel de la Colombie-Britannique, un homme brillant et très intelligent. De concert avec ses commissaires, ce juge a examiné la question de la santé dans la province de Colombie-Britannique.

One of their recommendations, which was unanimously made, as referred to by Mr. Svend Robinson earlier this afternoon, was that the provincial government agreed that there is a right to commit suicide, and that under appropriate circumstances a physician should be allowed to assist a person who chooses to exercise that right. They recommended that the Government of British Columbia request that the federal government amend section 241(b) of the Criminal Code so it does not apply where the person who commits or attempts to commit suicide is terminally ill and where a health care worker who helps that person commit or attempt to commit suicide does so in accordance with the ethical standards of his or her profession.

Ce groupe a formulé à l'unanimité une recommandation, dont a parlé M. Svend Robinson en début d'après-midi, selon laquelle le gouvernement provincial reconnaissait le droit de se suicider et que, dans certaines conditions bien précises, un médecin devait être autorisé à aider une personne qui décide d'exercer ce droit. Ils ont recommandé que le gouvernement de la Colombie-Britannique demande au gouvernement fédéral de modifier l'alinéa 241.b) du Code criminel de façon à exempter de son application une personne atteinte d'une maladie incurable en phase terminale qui se suicide ou essaie de se suicider et un professionnel de la santé qui aide cette personne à se suicider ou à essayer de le faire conformément aux normes morales de sa profession.

To that end, at page 17 I have put forward a recommendation to you as to the type of amendment you might make to section 241 and then to section 14. I've suggested to you that you allow the amendment to go forward. The recommendation states:

À cette fin, j'ai proposé à la page 17 de notre mémoire une recommandation quant au genre d'amendement que vous pourriez apporter à l'article 241 et ensuite à l'article 14 du Code. Je vous ai demandé d'adopter la modification proposée. Voici la recommandation:

Provisions of this section do not apply to a physician who is a member in good standing of a College of Physicians and Surgeons in Canada who, acting in good faith and with the approval of at least one other physician who is also a physician in good standing with a College of Physicians and Surgeons in Canada, and at the request of and with the voluntary consent of the terminally ill patient, aids that person to commit suicide.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas à un médecin membre en règle d'un collège de médecins et de chirurgiens du Canada qui, de bonne foi et avec l'approbation d'un autre médecin également membre en règle d'un collège de médecins et de chirurgiens du Canada et à la demande et avec le consentement volontaire du patient en phase terminale, aide cette personne à se suicider.

## [Text]

If you enact this legislation, it provides fundamental safeguards of at least two qualified physicians, initiation or request from the patient, voluntary consent of the patient, a terminally ill patient, and the patient committing the final act.

I also want to comment very briefly in passing on these points because of something raised by the Canadian Medical Association with which I disagree, and it was raised by the hon. member over here. The Canadian Medical Association seemed to suggest that the level or standard for consent in criminal law should be somewhat less than civil. I totally disagree with that. I think the standard for full disclosure and what consent means in terms of full disclosure should be as high as the civil law, if not higher, because we are talking about the assisting of somebody in taking their life.

In addition, section 14 ought to be amended. It's a very simple amendment that you would put, I suggest. If you decide to keep section 14 in, it is subject to section 241.

These are amendments that could be made fairly quickly and I suspect are not that controversial when one looks at the Gallup polls, when one reads the Seaton commission or *The New England Journal of Medicine*.

It is other areas, which are controversial, that you may need further time to consider, but they can be done at a later date. This provision, if you enact it now, will help countless thousands of people in this country, and I'm not talking just about people who have ALS. I'm thinking of people who have cancer, people who have AIDS, people who have other types of terminal illnesses, where they wish to have an option to exercise.

In my conclusion I have outlined to you briefly concerns about the practice of palliative care as presently administered by the medical profession and some safeguards you may wish to consider in that regard. Also I've talked about active euthanasia. I again caution you about that, unless you're very satisfied that you're protecting the interests of the patient.

Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you very much. Mr. Rideout, would you start us off again, please.

• 1630

**Mr. Rideout:** Thank you, Mr. Chairman. I could ask a few questions and just hopscotch around a bit.

We referred to the Nancy B. case before. I'm sure you're familiar with it. It deals with a situation in which the court permitted a doctor to discontinue treatment that had already commenced. What's the distinction between that circumstance and what you're proposing?

**Mr. Considine:** I'm not convinced there really is a distinction in that circumstance because she was fully competent. There were at least two physicians in that case who were advising her with respect to the matter and dealing with the treatment. There was also a judge who heard the issue very carefully and his judgment has to be commended. He reviewed the issues extraordinarily well. I think there's really no difference in essence between the two.

## [Translation]

Si vous adoptez une telle disposition, certaines garanties fondamentales existeront: la présence d'au moins deux médecins compétents, la demande émanant du patient, le consentement volontaire de ce dernier, le fait que le patient doit être en phase terminale et que c'est lui qui doit commettre le geste final.

Je tiens également à dire quelques mots en passant sur ces questions car les représentants de l'Association médicale canadienne ont fait certaines remarques que je désapprouve, en réponse à une question du député de ce côté-ci. L'Association médicale canadienne estime apparemment que la norme relative au consentement, en droit criminel, devrait être moins élevée qu'en droit civil. Je ne suis absolument pas du même avis. Selon moi, la norme relative à la pleine divulgation et au sens du consentement dans ce contexte devrait être aussi élevée qu'en droit civil, sinon plus, car il s'agit ici d'aider quelqu'un à s'ôter la vie.

En outre, il faut modifier l'article 14. Il suffirait de proposer une modification très simple. Si vous décidez de conserver l'article 14, il faut l'assujettir à l'article 241.

Ces modifications pourraient être apportées assez rapidement et je pense qu'elles ne susciteraient guère de controverses, à en croire les résultats des sondages Gallup, le rapport de la Commission Seaton ou *The New England Journal of Medicine*.

Il y a d'autres secteurs plus controversés où il vous faudra peut-être pousser davantage votre étude, mais cela pourra se faire à une date ultérieure. Cette disposition, si vous l'adoptez dès maintenant, aidera des milliers de personnes au Canada, et je ne parle pas simplement de celles qui sont atteintes de la maladie de Charcot. Je pense aux personnes atteintes de cancer, aux sidéens, aux gens qui ont d'autres maladies incurables, et qui désirent avoir le choix.

En conclusion, j'ai énuméré brièvement certaines préoccupations découlant de la pratique des soins palliatifs appliqués actuellement par le corps médical et des garanties qu'il conviendrait de prévoir à cet égard. J'ai également parlé de l'euthanasie active. Là encore, je fais une mise en garde car vous devez être intimement convaincu de protéger les intérêts du patient.

Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci beaucoup. Monsieur Rideout, je vous demanderais encore une fois de lancer la discussion.

**M. Rideout:** Merci, monsieur le président. Je voudrais poser quelques questions et parler ensuite de choses et d'autres.

Nous avons déjà parlé de l'affaire Nancy B. Je suis sûr que vous connaissez bien ce dossier. Dans cette affaire, le tribunal a autorisé un médecin à interrompre le traitement qui avait déjà commencé. Quelle différence y a-t-il entre cette situation et ce que vous proposez?

**M. Considine:** Je ne suis pas convaincu qu'il y ait une différence dans cette situation car cette personne était en pleine possession de ses moyens. Il y avait au moins deux médecins présents qui la conseillaient et qui s'occupaient du traitement. Il y avait aussi un juge qui a instruit l'affaire très attentivement et sa décision est fort louable. Il a examiné à fond toutes les questions en jeu. En fait, il n'y a aucune différence fondamentale entre les deux.

[Texte]

**Mr. Rideout:** Therefore, is there any need for an amendment to the Criminal Code in light of the Nancy B. decision?

**Mr. Considine:** Unfortunately, yes, because the judge was dealing with the issue of civil law which says that you may not apply medical treatment to a patient without that patient's consent. If the patient withdraws the consent or withholds the consent, then the treatment is not applied or must be withdrawn immediately.

It's not the same situation here, unfortunately, although logically it ought to be.

**Mr. Rideout:** Maybe I'm just reading media accounts and don't know it accurately, but I believe in the Nancy B. case they went so far as to allow an injection to ease the death.

**Mr. Hofsess:** That's correct. Valium was used.

**Mr. Considine:** Yes.

**Mr. Rideout:** In those circumstances, again, as I carry on to where you would like us to be with Ms Rodriguez, could she not fall into exactly the same situation as Nancy B. and be dealt with in precisely the same fashion without an amendment to the Criminal Code?

**Mr. Considine:** I have written to the Attorney General of British Columbia for clarification of his position. As the law stands and as Mr. Justice Seaton very correctly points out in his report, the difficulty is that a physician could well be subject to prosecution where he aids in the commission of suicide by a patient. That's somewhat distinct from withholding the treatment from a patient which the patient would require in order to live. I have it at tab number four for you. It's a legal distinction, but unfortunately it is one Sue Rodriguez and many others like her.

**Mr. Rideout:** It seems to be almost the same thing as when you're dealing with a mentally incompetent person and you apply to the court for a committee and follow almost the same procedure. The Nancy B. case seemed to do that. It sets up a mechanism to allow your client to do what she wants to do without us doing anything.

**Mr. Considine:** Unfortunately, it doesn't. We've reviewed that case extensively. We've also discussed it with other people who have been in the field and reviewing it. It's that legal distinction which says that if you withhold consent or you do not consent to treatment, it can't be given to you. This is opposed to you wanting somebody to help you commit suicide.

Philosophically, you're quite correct, but legally there's a distinction, unfortunately, as the Criminal Code reads at the moment.

**Mr. Rideout:** Okay, just to—

**Mr. Hofsess:** If I may add something, in the court judgment it does say this is neither assisted suicide nor euthanasia in the Nancy B. case.

[Traduction]

**M. Rideout:** En conséquence, est-il nécessaire de modifier le Code criminel compte tenu de la décision relative à l'affaire Nancy B.?

**M. Considine:** Malheureusement oui, parce que le juge s'est penché sur la question de droit civil selon laquelle on ne peut pas appliquer de traitement médical à un patient ou une patiente sans son consentement. Si le patient retire ou refuse ce consentement, le traitement n'est pas appliqué ou doit être interrompu immédiatement.

Ce n'est pas la même chose en l'occurrence, malheureusement, même si cela devrait l'être en toute logique.

**M. Rideout:** Je me contente peut-être de la lecture des journaux et ne connais peut-être pas tous les détails de l'affaire, mais si je ne m'abuse, pour Nancy B., le tribunal a même autorisé qu'on lui fasse une injection pour faciliter la mort.

**M. Hofsess:** C'est exact. On a utilisé du Valium.

**M. Considine:** En effet.

**M. Rideout:** Dans ces circonstances, encore une fois, lorsque j'examine ce que vous nous demandez de faire relativement à M<sup>me</sup> Rodriguez, ne pourrait-elle pas se trouver exactement dans la même situation que Nancy B. et son cas ne pourrait-il pas se régler précisément de la même façon, sans pour autant modifier le Code criminel?

**M. Considine:** J'ai écrit au procureur général de la Colombie-Britannique en lui demandant de préciser sa position. En vertu des lois en vigueur et comme le signale très pertinemment le juge Seaton dans son rapport, il peut arriver qu'un médecin fasse l'objet de poursuites s'il aide un patient à se suicider, d'où le problème. Ce n'est pas la même chose que lorsqu'on décide d'interrompre le traitement dont le patient a besoin pour continuer à vivre. Les explications se trouvent au chapitre 4 de notre pochette. Il s'agit d'une distinction d'ordre juridique mais, malheureusement, cela concerne Sue Rodriguez et bien d'autres comme elle.

**M. Rideout:** C'est presque la même chose que lorsqu'on a affaire à une personne atteinte d'incapacité mentale et que l'on saisi le tribunal pour confier l'affaire à un comité en suivant pratiquement la même procédure. C'est ce qui s'est passé dans l'affaire Nancy B. Cette décision a mis en place un mécanisme qui permet à l'intéressé de faire ce qu'il veut sans notre intervention.

**M. Considine:** Ce n'est malheureusement pas le cas. Nous avons examiné la question à fond. Nous en avons également discuté avec d'autres personnes qui travaillent dans ce domaine et ont examiné le dossier. Il existe cette distinction d'ordre juridique en vertu de laquelle, si l'on refuse son consentement ou si l'on refuse le traitement, celui-ci ne peut pas être imposé à une personne. Ce n'est pas la même chose que de demander à quelqu'un de vous aider à vous suicider.

Sur le plan philosophique, vous avez parfaitement raison mais, du point de vue juridique, il y a malheureusement une distinction, en vertu du texte actuel du Code criminel.

**M. Rideout:** Très bien, simplement...

**M. Hofsess:** Si vous me permettez d'ajouter quelque chose. Dans l'arrêt du tribunal, il est bien précisé qu'il ne s'agit ni d'une aide au suicide ni d'euthanasie, dans l'affaire Nancy B.

[Text]

**Mr. Rideout:** I appreciate that. I read the judgment. However, just because the judge says that it's not, does not in all instances make it thus. As I looked at that case and looked at the circumstances of this one, the potential for similarities is there. It seemed that offered a solution.

**Mr. Hofsess:** One difference, however, in Sue Rodriguez's case has to do with this specific nature of her illness as opposed to Nancy B.'s. She would have to be in very bad shape. She'll never go on a respirator, in fact. Those are her instructions.

**Mr. Rideout:** Okay, just a couple of other questions to get a general understanding rather than dealing with a specific case. Should there be any restrictions on who can assist in a suicide and what are the parameters or the boundary lines?

**Mr. Considine:** Do you want to respond first or shall I?

**Mr. Hofsess:** I'd rather you did.

• 1635

**Mr. Considine:** I think from my review of it, in terms of looking at the literature, physicians are probably the best people to assist. If you lay down a protocol they are guided by a code of ethics and by the criminal law. The chances of abuse occurring are far less, and hopefully the patient's wishes are properly regarded.

**Mr. Rideout:** I would presume that you would want the same requirements as you mentioned as far as informed consent, with an even higher test than what was suggested by the CMA.

**Mr. Considine:** Absolutely.

**Mr. Rideout:** I know we are jammed for time with the vote, and I don't want to take anybody else's time.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Rideout. I will recognize Mr. Laporte, but three of our colleagues from the House of Commons who aren't members of our subcommittee are here and each would like to ask a question. I would just ask them if they would concentrate their minds to probably one question, because the bells will start to ring at 4:45 and I think we can leave here at about 4:45. So we'll go as long as we can. Our witnesses then will have to fly back to Vancouver, so we'll come back after the vote and hear the next delegation.

**Mr. Rideout:** It's a 15-minute bell too.

**The Chairman:** It's a 15-minute bell, but I believe if we break at five to we can make it.

**Mr. Laporte:**

**Mr. Laporte:** In dealing with this issue, there's a tremendous responsibility in enacting legislation that you do what you want to do and don't open up other doors to other things you really don't want to accomplish. There are a number of states in the U.S., I understand, that have invoked right-to-die legislation. The Netherlands, I believe, has invoked some right-to-die legislation. I am wondering if have you looked at those very states and those various legislatures. What can you tell us about their codes?

[Translation]

**M. Rideout:** Je comprends bien. J'ai lu la décision. Toutefois, le simple fait que le juge fasse cette précision n'exclut pas les autres possibilités. J'ai examiné attentivement les deux dossiers, et j'y trouve une certaine similitude. Cela me paraît une solution possible.

**M. Hofsess:** Il y a toutefois une différence dans le cas de Sue Rodriguez, à savoir la nature même de sa maladie par rapport à celle de Nancy B. Il faudra que sa santé se soit vraiment détériorée. Elle ne sera jamais branchée sur un respirateur artificiel, en fait. Ce sont ses instructions.

**M. Rideout:** Très bien, j'aimerais poser encore deux questions de portée générale plutôt que sur un cas précis. Faut-il fixer des limites quant aux personnes susceptibles d'aider une autre à se suicider et quels sont les critères ou les limites à appliquer?

**M. Considine:** Voulez-vous répondre en premier ou dois-je le faire?

**M. Hofsess:** Je préfère que vous répondiez d'abord.

**M. Considine:** D'après mon interprétation de toute la documentation que j'ai lue, je pense que les médecins sont sans doute les mieux placés pour aider leur patient. Si l'on adopte un protocole, ils seront guidés par un code déontologique et le droit criminel. Les risques d'abus seront bien moindre, et l'on pourra ainsi combler les désirs du patient, du moins nous l'espérons.

**M. Rideout:** Je suppose que les conditions seront les mêmes que celles dont vous avez parlé en ce qui a trait au consentement en pleine connaissance de cause, outre un critère encore plus élevé que celui proposé par l'AMC.

**M. Considine:** Parfaitement.

**M. Rideout:** Je sais que nous sommes pressés à cause du vote, et je ne voudrais pas empiéter sur le temps de mes collègues.

**Le président:** Merci, monsieur Rideout. Je vais donner la parole à M. Laporte, mais trois de nos collègues de la Chambre des communes qui ne font pas partie du sous-comité sont ici et chacun d'entre eux aimerait vous poser une question. Je leur demanderais de s'en tenir à une seule question chacun, car la cloche va commencer à sonner à 16h45 et je pense que nous pourrions quitter la salle vers cette heure-là. Nous poursuivrons notre discussion jusqu'à la dernière minute. Nos témoins devront ensuite retourner à Vancouver, et, lorsque nous reviendrons du vote, nous entendrons donc le prochain groupe de témoins.

**M. Rideout:** La cloche sonne pendant 15 minutes.

**Le président:** Oui, la cloche sonne pendant 15 minutes, mais si nous partons à moins cinq, cela suffira.

Monsieur Laporte, vous avez la parole.

**M. Laporte:** Lorsqu'on examine cette question, nous avons une énorme responsabilité car il faut promulguer une loi qui nous permette d'atteindre nos objectifs sans ouvrir la porte à d'autres possibilités que nous voudrions éviter. Aux États-Unis, sauf erreur, un certain nombre d'États ont déjà invoqué la loi sur le droit de mourir. La Hollande, je crois, l'a fait également. Je me demande si vous avez examiné l'expérience de ces États et des divers pays. Que pouvez-vous nous dire au sujet de leurs codes?

[Texte]

**Mr. Considine:** My understanding is, first of all, that in certain states assisting somebody to commit suicide is not necessarily illegal, and therefore some prosecutions do not occur if we are just focusing on physician-assisted suicide.

In the Netherlands, the law, as I understand it, is still on the books, but there has been an agreement between the medical profession and the prosecutor's office in the Netherlands that they will not prosecute; they have a certain protocol that they've set out. However, the way that protocol has been presently administered is very controversial because they go much further than is being advocated before you by us today. Their doctors, as I understand it, are permitted to actually inject the patient with lethal overdoses of medication. We do not go that far because we feel that it should be the patient who makes the final decision.

There are certain other jurisdictions, such as Switzerland and I believe one other in Europe, that have the law on the books, but they're not really prosecuting at the moment so long as the patient consents and there is some form of written consent.

**Mr. Laporte:** One of the concerns and one of the arguments against this legislation would be in the area of palliative care, where it has been argued— England had no legislation, but they have a very strong and vibrant and developing area with respect to palliative care, whereas in places like the Netherlands it is very minimal. How would you respond to that argument?

**Mr. Considine:** My feeling with respect to palliative care is that again it is something that will have to be looked at and examined as to how it is administered.

At the present time palliative care is defined, as I understand, as medication given to relieve a patient of pain, which may have a secondary effect of shortening life. In other words, it will kill them. I am not convinced that the patient is always fully informed as to that medication being given to them and the circumstances. I am somewhat reinforced in that by what I heard what the CMA say today, but I think if palliative care is to be something that is considered proper in our society and not to be illegal—because I think some changes need to be made to allow palliative care under the code if you're going to do it—you have to allow for informed consent. You have to have proper protocols in place with two physicians.

I have suggested in my brief that if you move toward palliative care you adopt the same sort of legislation and/or policy that I have recommended or Dr. Quill has recommended to give protection to the patient.

**Mr. Laporte:** I guess the question would be, some would argue, that if you allow so-called right-to-die legislation, those people who do not wish to end their life, who wish to continue to their natural death, would be prejudiced against, because, as in the Netherlands, palliative care has not been developed to the extent it has in England. So if you're going to stay the course, you're better off in England than you would be in the Netherlands.

[Traduction]

**M. Considine:** Tout d'abord, le fait d'aider quelqu'un à se suicider n'est pas automatiquement illégal dans certains États, et l'aide au suicide offerte par un médecin ne fait donc pas l'objet de poursuites judiciaires.

Au Pays-Bas, d'après mes renseignements, la loi est toujours en vigueur mais, en vertu d'une entente conclue entre le corps médical et le bureau du procureur de ce pays, on n'intente pas de poursuite dans ces cas-là; la Hollande a adopté un certain protocole. Toutefois, la façon dont ce protocole est appliqué suscite de vives controverses car on va beaucoup plus loin que ce que nous vous recommandons aujourd'hui. Leurs médecins, d'après mes renseignements, ont le droit d'injecter au patient une dose massive et mortelle de médicaments. Nous n'allons pas aussi loin car, selon nous, c'est au patient de prendre la décision finale.

Dans certains autres pays, comme la Suisse et un autre pays d'Europe, je crois, une loi a été promulguée mais à l'heure actuelle, les médecins ne sont pas traduits devant les tribunaux à condition que le patient soit consentant et qu'il ait signé un consentement écrit.

**M. Laporte:** L'une des préoccupations et l'un des arguments invoqués par les détracteurs de cette mesure législative touchent aux soins palliatifs, au sujet desquels certains soutiennent... L'Angleterre n'appliquait aucune loi mais dans ce pays, le secteur des soins palliatifs occupe une place croissante, contrairement à des pays comme la Hollande. Que pensez-vous de cet argument?

**M. Considine:** En ce qui a trait aux soins palliatifs, là encore, je pense qu'il faudra se pencher sur la question et examiner la façon dont ces soins doivent être appliqués.

À l'heure actuelle, on définit les soins palliatifs comme un traitement qui est offert pour alléger la douleur d'un patient mais qui risque d'avoir des effets secondaires ou d'abréger sa vie. Autrement dit, ce traitement finira par le tuer. Je ne suis pas convaincu que le patient sera toujours pleinement informé quant au traitement qu'il reçoit et au risque que cela présente. Le témoignage de l'AMC ne fait que confirmer mon sentiment à cet égard, mais je pense que si les soins palliatifs doivent être considérés comme acceptables dans notre société et ne pas être illégaux—car, selon moi, certains changements s'imposent pour autoriser les soins palliatifs en vertu du Code criminel—il faudra prévoir le consentement en pleine connaissance de cause. Il faudra adopter les protocoles adéquats avec deux médecins.

Je dis dans mon mémoire que si l'on s'oriente vers les soins palliatifs, il faut adopter le même genre de loi ou de politique que celles recommandées par le Dr. Quill ou moi-même en vue de protéger le patient.

**M. Laporte:** Certains soutiendront que si l'on adopte la fameuse loi sur le droit de mourir, cela sera injuste pour les personnes qui ne désirent pas mettre fin à leur vie et qui souhaitent continuer jusqu'à leur mort naturelle, puisqu'en Hollande, par exemple, les soins palliatifs ne sont pas aussi avancés qu'en Angleterre. Si vous voulez tenir jusqu'au bout, il vaut mieux se trouver en Angleterre qu'aux Pays-Bas.

[Text]

[Translation]

• 1640

**Mr. Hofsess:** I think there's an eloquent section in Dr. Quill's article where he says there must not be any reduction in our concern to provide the maximum of comfort care for patients. Physician-assisted suicide becomes an option when all other avenues have been exhausted.

**Mr. Considine:** It's basically the last resort, as he outlined. I think palliative care should be viewed cautiously as well.

**Mr. Laporte:** So would your position be that the patient has to give consent to this? What about a situation where the patient will become comatose and says, when I reach this stage I won't be able to give consent, but I want you to do such and such?

**Mr. Considine:** You've raised a very good point. I think it falls within a different category than the category we've put forward here. The one I've put forward is where the patient is competent, knows what's going on, and freely and voluntarily consents. There are concerns and dangers when a patient consents in advance of becoming comatose. I can think of many examples where the patient becomes comatose, and they've signed a living will asking that a lethal overdose be administered in such a situation.

However, it might be that something happens so that they no longer need that lethal overdose, or perhaps somebody jumps the gun to give them the lethal overdose. It takes away the individual freedom of choice. I have some concerns about that. That's why I say that it's in a different category from freely given consent at the actual time and the actual act being carried out by the patient themselves.

**Mr. Laporte:** This would be the difference between using physician-assisted euthanasia and active euthanasia. Would I be correct in that?

**Mr. Considine:** I'm saying physician-assisted suicide.

**Mr. Laporte:** Okay. Finally, from a practical point of view, this committee is set up to deal with the general part of the Criminal Code, not the specific part. Your recommendation deals with the specific part. It appears to put the committee in a bit of a problem, because our recommendations are to make reference to the general part only.

**Mr. Considine:** I raised this because I don't think you can deal with section 14 adequately unless you also deal with section 241. That's why I've suggested in my amendment that you amend section 14 to make it subject to the amended section 241—so that you're covering the problem as it relates to physician-assisted suicide.

**M. Hofsess:** Il y a un passage éloquent dans l'article du Dr Quill où il déclare qu'il ne faut pas que les soins traditionnellement apportés pour soulager les patients ne soient plus jugés comme prioritaires. L'aide au suicide devient une option pour le médecin une fois que toutes les autres possibilités ont été épuisées.

**M. Considine:** Il s'agit au fond d'un dernier recours, comme il l'a mentionné. Et je pense que les soins palliatifs doivent également être envisagés avec réserve.

**M. Laporte:** Êtes-vous d'avis alors que le patient doit donner son consentement? Qu'en est-il d'une situation où le patient entrevoit la perspective d'entrer dans un état comateux et dit que lorsqu'il en sera à cette phase, il ne sera pas en mesure de donner son consentement, mais qu'il souhaite que vous fassiez ceci ou cela?

**M. Considine:** Vous avez soulevé une question très intéressante. Je pense qu'elle appartient à une catégorie différente de celle qui nous occupe ici. Nous avons parlé du cas où le patient est capable, est conscient de ce qui se passe, et donne son consentement librement et volontairement. Le fait qu'un patient donne son consentement avant d'entrer dans un état comateux soulève certaines préoccupations et certains dangers. Je peux penser à beaucoup d'exemples où le patient devient comateux, après avoir signé un testament euthanasique dans lequel il demande qu'une surdose mortelle lui soit administrée dans une telle situation.

Toutefois, il se peut que les circonstances fassent qu'une telle surdose ne soit plus nécessaire ou que quelqu'un agisse précipitamment et administre la surdose fatale. Cela enlève à l'individu sa liberté de choix, et j'éprouve certaines inquiétudes à cet égard. C'est pourquoi je dis qu'il ne s'agit pas de la même chose qu'un consentement donné librement sur le moment et lorsque c'est le patient lui-même qui commet l'acte.

**M. Laporte:** Cela serait la différence entre le recours à l'euthanasie avec l'aide du médecin et l'euthanasie active. Ai-je raison?

**M. Considine:** Je parle du suicide avec l'aide du médecin.

**M. Laporte:** Je comprends. En fait, sur le plan pratique, le comité a été établi pour traiter de la partie générale du Code criminel plutôt que des dispositions particulières de celui-ci. Votre recommandation se rapporte à une disposition particulière et cela place le comité dans une situation un peu difficile du fait que nos recommandations ne peuvent se rapporter qu'à la partie générale.

**M. Considine:** J'ai soulevé la question parce que je ne pense pas qu'il soit possible de traiter adéquatement de l'article 14 à moins de tenir compte également de l'article 241. C'est la raison pour laquelle j'ai proposé dans mon amendement que vous modifiez l'article 14 afin qu'il soit assujéti à l'article 241 modifié—de façon à ce que vous envisagiez le problème dans la perspective du suicide avec aide du médecin.

## [Texte]

**Mr. Wenman (Fraser Valley West):** I would like to express my appreciation to the committee for hearing this subject-matter. I also wanted to bring to the committee's attention the fact that the House has for the first time begun to deal with this issue in Bill C-203. This bill addresses section 217 of the Criminal Code and suggests the right of an individual to withdraw from treatment if he is terminally ill.

This bill had 24 hearings before it was sidetracked by a technical amendment of adjournment in the legislative committee, which under different rules could not then proceed. However, the justice committee could in fact proceed, and if you're opening this area I would refer you to the research done by the Library of Parliament on this subject, including information from witnesses before you today.

There were 24 hearings, and it would be a shame for you not to take that material into account. As well, the bill itself is one potential solution. With amendments that were suggested by the 24 presentations made to us in the meetings, that bill had considerable merit, and this was stated by many of the witnesses who appeared before us.

I was hoping that you would allow me or someone else who is a formal member to table with your committee a list of witnesses, the bill and other research materials from the library. You may want to study these further, depending on your deliberations.

**The Chairman:** Fine, Mr. Wenman. Our clerk has already received instructions to obtain copies of the transcript so that they become part of our record.

**Mr. Wenman:** Thank you. I would like to file these then.

Do you have a comment on Bill C-203, if in fact you are aware of it?

• 1645

**Mr. Hofsess:** I'm well aware of it. There were two pages at least in my commentary, which I did not read for reasons of brevity and time, outlining our comments, our experiences with that committee and our support for this bill. It was a scandal how it was treated at the time.

**The Chairman:** Am I correct, Mr. Hofsess, that in your submission to Mr. Wenman's committee on Bill C-203 you opposed amendments that would have exempted physicians from criminal liability for administering palliative care that could shorten a patient's life? Would you tell us why you took that position?

**Mr. Hofsess:** As it explains, unfortunately in the part that I didn't read, we did support the laudable aims of Bill C-203, but we did question its wording and we arranged for Eike-Henner Kluge, who was the director of ethics and legal

## [Traduction]

**M. Wenman (Fraser Valley-Ouest):** Je voudrais exprimer ma reconnaissance au comité qui a bien voulu aborder cette question. Je souhaite également attirer l'attention du comité sur le fait que la Chambre a entrepris pour la première fois, dans le cadre du projet de loi C-203, de se pencher sur la question. Le projet de loi traite de l'article 217 du Code criminel et envisage la possibilité pour un malade en phase terminale de renoncer à un traitement.

Ce projet de loi avait fait l'objet de 24 audiences avant d'être mis sur une voie de garage au moyen d'un amendement de la procédure d'ajournement du comité législatif, qui en vertu de règlements différents a dû suspendre ses travaux. Toutefois, le Comité de la justice est en mesure de donner suite à cette question et si vous voulez l'aborder, je me permettrai de vous renvoyer à la recherche qui a été faite par la Bibliothèque du Parlement, et à l'information des témoins qui ont comparu devant vous aujourd'hui.

Il y a eu 24 audiences, et il serait malheureux que vous ne teniez pas compte de cette documentation. De plus, le projet de loi constitue lui-même une solution possible. À cause de tous les amendements qui ont été proposés au cours des 24 exposés que nous avons entendus à nos réunions, le projet de loi avait une grande valeur et cela a été reconnu par un grand nombre des témoins qui ont comparu devant nous.

J'espérais que vous me permettriez ou que vous permettriez à un membre du comité de déposer une liste des témoins, le projet de loi et les divers documents de recherche provenant de la bibliothèque. Vous pourrez peut-être vous y intéresser, selon l'évolution de vos délibérations.

**Le président:** Très bien monsieur Wenman. On a déjà demandé au greffier de se procurer des copies des comptes rendus qui feront partie de nos dossiers.

**M. Wenman:** Merci. J'aimerais donc déposer cette documentation.

Avez-vous un commentaire à faire au sujet du projet de loi C-203, si en fait vous le connaissez?

**M. Hofsess:** Je le connais bien. Par souci de brièveté je ne vous ai pas lu au moins deux pages de mon exposé qui décrivaient comment nous avons été reçus devant le comité et l'appui que nous apportions au projet de loi en question. Il a été traité de façon absolument scandaleuse.

**Le président:** Ai-je raison, monsieur Hofsess, de dire que dans l'exposé que vous avez présenté au comité de M. Wenman sur le projet de loi C-203, vous vous opposiez aux amendements qui auraient exempté les médecins d'une responsabilité criminelle quand ils administrent des soins palliatifs susceptibles d'écourter la vie d'un malade? Pourriez-vous nous expliquer pourquoi vous aviez pris cette position?

**M. Hofsess:** Comme il est expliqué dans la partie de mon exposé que je ne vous ai malheureusement pas lue, nous appuyions les objectifs louables du projet de loi C-203, mais nous avions des réserves concernant la façon dont il était

## [Text]

affairs of the CMA in 1989-91, to appear with a detailed analysis and recommendations. That would come from him, not us. Then his wording was "was further supported", as you will read in the whole document, "by the Law Reform Commission" a few weeks later. What it said had our full support.

**The Chairman:** Mr. Wenman, thank you for thinking of us in that way, because I don't believe this information is ever lost. It's helping the public to understand both sides of this question.

**Mr. Wenman:** The minister had recommended the study that you are making to us. It suggested that there's another alternative route. If the material is received and studied by you and your clerks, certainly I or anyone else who sat on the committee would be pleased to discuss the matter in more detail, which we don't have time to do, but I thank you for receiving the material.

**Mr. Robinson:** Mr. Chairman, again I would like to thank the committee for permitting me to ask a question. Just to comment as well, as Mr. Wenman would know, my colleague for Saskatoon—Clark's Crossing also has a bill before the House on this question, and I think that is another one the committee might want to examine.

I wanted to take this opportunity to thank the Right to Die Society and John Hofsess for the leadership they have shown on this issue, and in particular, although she is not here in person, to ask John to convey to Sue Rodriguez my appreciation, my respect for the tremendous courage and dignity with which she is living her life, and in speaking out not only on her own behalf, but on behalf of all of those who are in the tragic plight she is in. It's a plight that has been documented in Dr. Quill's study very powerfully. I want to thank you for having brought her words to us, even if they are only through video.

This is an issue I have been involved with for some time, which was brought to me most powerfully about five years ago when a friend of mine was dying, desparately ill and in terrible agony of AIDS at the Elizabeth Bruyère Centre on Sussex Drive. He was in terrible pain. He begged me and he pleaded with me to help end his suffering. He said "Svend, I can't do this myself, I'm too weak to do it myself. If I'd known it was going to be like this, I would have ended it before now". I felt helpless when I asked his doctor if there was something we could do to stop this. The doctor said he could not, the criminal law forbids that. He died about two months later, after two months of hell, of enormous tragedy and suffering.

I'm pleased that this committee is looking seriously at what steps we might take through amendments to the Criminal Code, and I appreciate that it might involve both specific provisions in 241 and the general part, so that others will not have to go through this kind of suffering, least of all Sue Rodriguez.

## [Translation]

rédigé et nous avons pris des dispositions pour que Eike Henner-Kluge, qui était directeur de la Déontologie et des Affaires juridiques de l'AMC de 1989 à 1991, compare afin de présenter une analyse détaillée des recommandations. Il aurait parlé en son nom. Son libellé a été également appuyé quelques semaines plus tard, comme vous pouvez le lire dans le document complet, par la Commission de réforme du droit du Canada. Nous appuyons sans réserve ce qu'elle a dit.

**Le président:** Monsieur Wenman, merci de penser à nous de cette façon, parce que je ne pense pas que ce genre d'information se perde jamais. Elle aide le public à comprendre les deux côtés de la question.

**M. Wenman:** Le ministre nous avait recommandé l'étude que vous effectuez. On y voit qu'il existe une autre façon de procéder. Si vous recevez la documentation et que vous et vos greffiers l'étudiez, je me ferai un plaisir, comme tous ceux qui ont siégé au comité, de discuter de la question plus à fond, ce que nous n'avons pas le temps de faire ici. Je vous remercie toutefois d'accepter la documentation.

**M. Robinson:** Monsieur le président, j'aimerais à nouveau remercier le comité de m'avoir permis de poser une question. Permettez-moi de faire remarquer par ailleurs que comme le sait M. Wenman, mon collègue de Saskatoon—Clark's Crossing a lui aussi déposé un projet de loi en Chambre sur la même question, et je pense que le comité pourrait peut-être s'y intéresser.

Je profite de l'occasion pour remercier la Right to Die Society et John Hofsess du leadership qu'ils ont démontré, et plus particulièrement pour demander à John de transmettre à Sue Rodriguez mon appréciation et le respect que m'inspirent son exceptionnel courage et la dignité dont elle fait montre en s'exprimant non seulement en son nom personnel mais aussi au nom de tous ceux qui vivent la même tragédie. C'est une situation affligeante qui a été très éloquemment décrite par le D<sup>r</sup> Quill dans son étude. Je tiens à vous remercier de nous avoir permis de l'entendre même s'il s'agissait seulement d'un enregistrement vidéo.

C'est un problème auquel je m'intéresse depuis quelque temps et dont j'ai pris conscience d'une façon douloureuse il y a environ cinq ans lorsque l'un de mes amis malade du sida agonisait au Centre Elizabeth Bruyère de la promenade Sussex. Il souffrait terriblement. Il me suppliait et m'implorait de l'aider à mettre fin à sa souffrance. Il me disait: «Svend, je ne peux pas le faire moi-même, je suis trop faible pour le faire moi-même. Si j'avais su que ça serait comme ça, j'aurais mis fin à ma vie plus tôt». Je me suis senti démuni quand j'ai demandé à son médecin s'il y avait quelque chose qui pouvait être fait pour mettre fin à tout cela. Il m'a répondu que non, que le Code criminel l'interdisait. Mon ami est mort deux mois plus tard, deux mois d'enfer, de tragédie et de souffrance.

Je suis heureux que ce comité examine sérieusement les amendements qui peuvent être apportés au Code criminel, et j'ose espérer qu'ils peuvent porter à la fois sur les dispositions particulières de l'article 241 et sur la partie générale pour que personne d'autre n'ait à souffrir de la sorte, et surtout pas Sue Rodriguez.

[Texte]

[Traduction]

• 1650

I just have one question, and that is to either Mr. Considine or to John Hofsess. I take it that what you're saying is that the law in force, at least the practice in force, in the Netherlands that permits active euthanasia is not something you are advocating at this stage of this committee's deliberations. What you're suggesting is that a man or woman who is not able to end their own suffering would be able to direct a doctor, who would then have to get support from another doctor to do that. As I understand it, that is not the position currently in force in the Netherlands; that is more the position that is advocated by Dr. Quill and by the British Columbia royal commission. Is that correct, and in fact how do you respond to those who say that doesn't go far enough? As my colleague said, if you're comatose, for example, then you're not in a position to make that request.

**Mr. Considine:** We think you should take a conservative approach, and that's why we're taking a conservative approach: that it must be the patient who makes the request, it must be the patient who is protected and the patient who actually takes his or her own life. It's too risky at this stage. I don't think it's right. You can't guarantee protection of the patient by advocating the Netherlands approach. I think this approach is a conservative and good approach.

**Mr. Wappel (Scarborough West):** I'd like to focus on section 14 of the Criminal Code, which begins with a blanket statement: "No person is entitled to consent to have death inflicted on him." That is the current position of society as expressed in section 14 of the Criminal Code. Is it my understanding that you do not agree with that statement?

**Mr. Considine:** What we are saying is that it is not necessarily somebody inflicting death on the patient. It is the patient saying, I want to commit suicide; I want a physician to assist me; I will be the person who will do the ultimate act, but I need the assistance of a physician.

That's why I'm saying, just for the sake of certainty, so there is no misunderstanding by a judge or by a prosecutor, that section 14 should be clarified to make it subject to the amendment to section 241 that I've suggested before you.

**Mr. Wappel:** Well, do you agree with the statement contained in section 14, "No person is entitled to consent to have death inflicted on him"?

**Mr. Considine:** I think it depends completely on the circumstances you're talking about, because, as we've heard--

**Mr. Wappel:** It's a general statement.

**Mr. Considine:** Well, I think the circumstances--

**Mr. Hofsess:** The current assisted suicide law could be misinterpreted to be a violation, that a physician did in fact inflict death when he did something else.

**Mr. Wappel:** You're not listening. In your view, can a person consent or should the person have the right to consent to have death inflicted on them? Yes or no?

J'ai juste une question, qui s'adresse soit à M. Considine, soit à John Hofsess. Si je vous comprends bien, vous dites que la loi ou du moins la pratique en vigueur aux Pays-Bas qui autorise l'euthanasie active n'est pas ce que vous recommandez à ce stade des travaux du comité. Vous suggérez plutôt qu'un homme ou une femme qui n'est pas en mesure de mettre fin à ses propres souffrances puisse dire à un médecin quoi faire, lequel devrait obtenir l'appui d'un collègue avant d'agir. Si je comprends bien, il ne s'agit pas de la pratique actuellement en vigueur aux Pays-Bas; cela ressemble plus à la solution avancée par le D<sup>r</sup> Quill et par la commission royale de la Colombie-Britannique. Est-ce exact? Et que répondez-vous à ceux qui prétendent que cela ne va pas assez loin? Comme l'a rappelé mon collègue, quand on est par exemple dans un état comateux, on n'est pas en mesure de formuler une telle demande.

**M. Considine:** Nous pensons que la prudence s'impose: il faut que ce soit le malade qui fasse la demande, le malade est celui qui doit être protégé et qui décide ou non de mettre fin à ses jours. Ce serait trop risqué à ce stade d'aller plus loin. Et je ne pense pas que ce serait bien. On ne peut pas garantir la protection du malade quand on défend la pratique en vigueur aux Pays-Bas. Je trouve que c'est prudent d'agir ainsi.

**M. Wappel (Scarborough-Ouest):** J'aimerais me pencher sur l'article 14 du Code criminel qui commence par déclarer de façon générale: «Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée.» Telle est la position actuelle de la société exprimée à l'article 14 du Code criminel. Dois-je comprendre que vous n'êtes pas d'accord avec cette déclaration?

**M. Considine:** Nous disons qu'il ne s'agit pas nécessairement d'une situation où quelqu'un inflige la mort à un malade. C'est le malade qui déclare, je veux me suicider; je veux qu'un médecin m'aide; c'est moi qui commettrais l'acte final, mais j'ai besoin de l'aide d'un médecin.

C'est pourquoi je dis, pour que tout soit parfaitement clair, de manière qu'aucun juge ou procureur ne puisse se méprendre, que l'article 14 devrait être modifié de façon à bien tenir compte de l'amendement visant l'article 241 que nous avons déposé devant le comité.

**M. Wappel:** Êtes-vous d'accord sur ce que dit la disposition énoncée à l'article 14, à savoir: «Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée»?

**M. Considine:** Je pense que cela dépend en dernier lieu des circonstances auxquelles on se réfère, parce que, comme nous l'avons entendu...

**M. Wappel:** C'est une déclaration de portée générale.

**M. Considine:** Eh bien, je pense que les circonstances...

**M. Hofsess:** La loi actuelle sur l'aide au suicide pourrait être interprétée à tort comme une violation, de sorte qu'on pourrait dire d'un médecin qu'il a infligé la mort, alors qu'en réalité ce n'était pas le cas.

**M. Wappel:** Vous n'écoutez pas. Selon vous, une personne peut-elle consentir ou une personne devrait-elle avoir le droit de consentir à ce qu'on lui inflige la mort? Oui ou non?

## [Text]

**Mr. Considine:** We saw it with Susan B.

**Mr. Wappel:** What's your answer?

**Mr. Considine:** Nancy B., I'm sorry. We saw it with Nancy B.'s case. Yes. If they wish—

**Mr. Wappel:** So your position is that this statement in section 14 should no longer be society's position.

**Mr. Considine:** No, my position is that in certain circumstances that section doesn't apply.

**Mr. Wappel:** Well, I want to know specifically if you agree that society should not permit anyone to consent to being killed.

**Mr. Considine:** I can't agree with that based on the way the law is structured at this time. We've seen that from the Nancy B. case.

**Mr. Wappel:** Your society is called the Right to Die Society. Everyone who is born will die. Surely what you mean is the right to be killed or the right to commit suicide.

**Mr. Hofsess:** No, the title of our paper today is "The Right to Choose to Die"—on your own terms.

**Mr. Wappel:** Whether that's suicide or someone killing you.

**Mr. Hofsess:** Whether it's a physician-assisted suicide or something—

**Mr. Wappel:** Would you go as far as having someone kill you?

**Mr. Hofsess:** We're not talking about that.

**Mr. Considine:** We're not talking about that at all. We're talking about physician-assisted suicide. The patient takes that final act. That's the whole thrust of our paper, the thrust of the Seaton commission in British Columbia, by Mr. Justice Seaton in the Court of Appeal there, and by Dr. Timothy Quill and the other members of his team in the United States.

**Mr. Wappel:** And what happens in the case of the comatose patient who cannot take that final act?

**Mr. Considine:** That we're not dealing with whatsoever. It's a totally separate issue.

**Mr. Wappel:** Well, do you have an opinion on it?

**Mr. Considine:** At this time I'm not advocating that they should be killed.

**Mr. Wappel:** Do you have an opinion on it?

**Mr. Considine:** Yes. I've just stated it. You will see that in my paper as well.

**The Chairman:** With that, we will recess and come back afterwards to hear from the Campaign Life Coalition and from the Compassionate Healthcare Network.

Thank you, gentlemen. Your case is very clear. You put it well.

## [Translation]

**M. Considine:** Nous l'avons vu dans le cas de Susan B.

**M. Wappel:** Que répondez-vous?

**M. Considine:** Nancy B., je m'excuse. Nous l'avons constaté dans le cas de Nancy B. Oui. S'ils veulent. . .

**M. Wappel:** Donc votre proposition est que cette déclaration qui figure à l'article 14 ne devrait plus représenter la position de la société en général.

**M. Considine:** Non; ma position est que dans certaines circonstances l'article ne s'applique pas.

**M. Wappel:** Je veux savoir précisément si vous êtes d'accord que la société ne doit autoriser personne à consentir à ce qu'on lui donne la mort.

**M. Considine:** Je ne peux pas être d'accord avec cela compte tenu de la façon dont la loi actuelle est structurée. On s'en est rendu compte avec l'affaire Nancy B.

**M. Wappel:** Votre association s'appelle la Right to Die Society. Quiconque naît mourra un jour. Manifestement, vous vous référez au droit d'être tué ou au droit de se suicider.

**M. Hofsess:** Non. Le titre de notre exposé aujourd'hui parle du droit de choisir la mort en toute connaissance de cause.

**M. Wappel:** Qu'il s'agisse d'un suicide ou que la mort vous soit infligée par quelqu'un d'autre.

**M. Hofsess:** Qu'il s'agisse d'un suicide avec l'aide d'un médecin ou de. . .

**M. Wappel:** Iriez-vous jusqu'à demander la mort aux moins de quelqu'un.

**M. Hofsess:** Là n'est pas la question.

**M. Considine:** Nous ne parlons pas du tout de cela. Nous parlons du suicide avec l'aide d'un médecin. C'est le malade qui commet l'acte final. C'est l'idée maîtresse de notre mémoire, l'idée maîtresse de la commission Seaton en Colombie-Britannique, du juge Seaton à la cour d'appel de la province, et celle du D<sup>r</sup> Timothy Quill et des autres membres de son équipe aux États-Unis.

**M. Wappel:** Et qu'arrive-t-il dans le cas du malade comateux qui n'est pas capable de commettre l'acte final?

**M. Considine:** Nous n'abordons pas du tout cette éventualité. Il s'agit d'un problème complètement différent.

**M. Wappel:** Avez-vous quand même une opinion à ce sujet?

**M. Considine:** À l'heure actuelle, je ne propose pas qu'il soit mis fin à leurs jours.

**M. Wappel:** Avez-vous une opinion?

**M. Considine:** Oui. Je viens de vous la faire connaître. Et vous la retrouverez également dans mon mémoire.

**Le président:** Cela dit, nous allons faire une pause et nous reviendrons plus tard pour entendre les représentants de Campaign Life Coalition et de Compassionate Healthcare Network.

Merci messieurs. Votre point de vue est très clair et vous l'avez très bien présenté.

[Texte]

**Mr. Hofsess:** Thank you very much.

• 1655

• 1725

**The Chairman:** I call our meeting to order again.

I'll introduce our witnesses from two groups. From Campaign Life Coalition we are privileged to have Ms Sabina McLuhan. Welcome, Ms McLuhan. We are glad you have taken the time to put a brief together and taken time out of your life to give us your evidence this morning. From Compassionate Healthcare Network we have Ms Cheryl Eckstein. Welcome as well, Ms Eckstein. Feel free to commence.

**Ms Sabina McLuhan (Campaign Life Coalition):** Good afternoon. Thank you for inviting us. We asked to come at the very last moment, and it was very kind of you to fit us in.

I am a policy adviser on the euthanasia issue for the Campaign Life Coalition. Earlier this month our group mailed a brief to this committee offering our observations on sections 45, 217, and 14 of the Criminal Code.

Our position with regard to section 45 and 217, dealing with the medical treatment exception, is to leave these sections alone. Competent patients already have a right to refuse medical treatment. In such cases, treatment without consent constitutes assault. Unconscious patients or those who are unable to consent to treatment are also protected through the principles of ethical medical practice. Such patients receive appropriate medical treatment, and the conscientious physician need not fear criminal liability.

Campaign Life Coalition opposes the Law Reform recommendation that the general part of the Criminal Code should be amended to contain a provision that no one has a duty to continue medical treatment that is therapeutically useless. Under the present law there is no requirement for a physician to provide therapeutically useless treatment. Medical ethics prevent a doctor from applying treatment to a patient that does not benefit the patient. If such a provision were included in the Criminal Code there is a very real danger. For example, it opens the door for the courts to interpret therapeutically useless treatment as meaning assisted nutrition and hydration. It would therefore become legally permissible for a patient to be starved to death.

Section 14 of the Criminal Code provides that no person is entitled to consent to have death inflicted on him or her and that such consent does not affect the criminal responsibility of the person who inflicted death. Campaign Life Coalition believes that this statement must remain intact. Removing section 14 would authorize so-called assisted suicide or mercy killing, also known as active euthanasia.

25175-2

[Traduction]

**M. Hofsess:** Merci beaucoup.

**Le président:** La séance est de nouveau ouverte.

Je vous présente les témoins qui représentent deux groupes. Nous sommes heureux d'accueillir M<sup>me</sup> Sabina McLuhan de la Campaign Life Coalition. Bienvenue, madame McLuhan. Nous sommes heureux que vous ayez préparé un mémoire à notre intention et que vous ayez pris le temps qui vous est précieux pour venir témoigner ce matin. Du réseau Compassionate Healthcare Network, nous recevons M<sup>me</sup> Cheryl Eckstein. Je vous souhaite également la bienvenue, madame Eckstein. Je vous passe la parole.

**Mme Sabina McLuhan (Campaign Life Coalition):** Bonjour. Je vous remercie de nous avoir invités. Nous avons demandé à comparaître au dernier moment, et c'est très aimable à vous de nous avoir accommodés.

Je suis conseillère en politique sur la question de l'euthanasie pour la Campaign Life Coalition. Plus tôt ce mois-ci, notre groupe a envoyé au comité un mémoire avec nos commentaires sur les articles 45, 217 et 14 du Code criminel.

Nous sommes d'avis que les articles 45 et 217, qui portent sur des exceptions en matière de traitements médicaux, ne devraient pas être modifiés. Un patient responsable peut déjà se prévaloir du droit de refuser des soins médicaux. Dans une telle situation, des traitements qui seraient donnés sans consentement constitueraient une voie de fait. Les patients inconscients ou ceux qui sont incapables de consentir à un traitement bénéficient également de la protection d'accordée par les principes sur lesquels repose la déontologie médicale. Ils reçoivent un traitement médical approprié, et un médecin consciencieux n'a pas à craindre de responsabilité pénale.

La Campaign Life Coalition s'oppose à la recommandation de la Commission de réforme du droit qui souhaite que le Code criminel soit modifié de façon à renfermer une disposition voulant que personne ne soit dans l'obligation de poursuivre un traitement médical qui est thérapeutiquement inutile. En vertu de la loi actuelle, rien n'exige qu'un médecin donne des soins thérapeutiquement inutiles. La déontologie médicale empêche un médecin de prescrire un traitement qui ne serait pas bénéfique au patient. L'inclusion dans le Code criminel d'une telle disposition présenterait un danger réel. Cela ouvrirait la porte à une interprétation par les tribunaux que l'alimentation ou l'hydratation assistée constituent des traitements thérapeutiquement inutiles. Il serait par conséquent légalement possible de laisser un patient mourir de faim.

L'article 14 du Code criminel prévoit que nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée et qu'un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée. La Campaign Life Coalition est d'avis que cet énoncé ne doit pas être modifié. La suppression de l'article 14 autoriserait ce qu'on appelle l'aide au suicide, l'euthanasie ou encore l'euthanasie active.

## [Text]

I would like to point out to you that mercy killing, assisted suicide, and active euthanasia are all very polite ways of disguising what is actually a very ugly concept. Euthanasia is the deliberate medicalized killing of the terminally ill and vulnerable. There is no conflict between the fact that although the Criminal Code does not address suicide, it prohibits assisted suicide. It would, after all, be rather difficult to prosecute the person who is successful in committing suicide. A civilized society understands that an unsuccessful attempt at suicide is a plea for help. It is our duty to reach out compassionately to such persons, to give them the help they need to overcome their desire for death. It is not our duty to criminalize them or prosecute them for their failure in killing themselves.

Criminal sanctions against the person who aids and abets a suicide are, on the other hand, vital to our society. It is not a matter of the state interfering in the personal autonomy of the individual. It is more a matter of the state saying that it is one thing for the individual to act successfully and kill himself or herself. It is quite another thing for the state to sanction the involvement of a second party.

## • 1730

If sanctions against assisted suicide were removed from the Criminal Code we only have to look at the situation in Holland to forecast the future in Canada. While euthanasia is technically illegal in Holland, various court cases over the years have given guidelines so that doctors who practise euthanasia can avoid prosecution. These guidelines are supposed to restrict euthanasia to those who specifically request it—in other words, voluntary euthanasia.

However, according to a 1991 inquiry sponsored by the Dutch government—by the way, the population of Holland is 14 million and the inquiry was known as the Rummelink report—there are approximately 2,300 deaths per year due to euthanasia. In addition to that 2,300, there are 400 cases of physician-assisted suicide, and 1,000 cases of active, involuntary euthanasia. In other words, 1,000 people died through euthanasia without being consulted as to whether or not they wished to die in this way.

In addition to cases of active euthanasia, the Dutch inquiry found 5,800 cases in which life-prolonging treatment was withdrawn or withheld at the request of the patient, and at least 25,000 cases where treatment was withdrawn or withheld without the explicit consent of the patient. It is likely that these figures are merely the tip of the iceberg since the inquiry also found that a high percentage of doctors fail to report accurately the instances of deaths through euthanasia.

Once the euthanasia door has been opened in response to highly publicized cases of articulate, terminally ill or disabled people arguing persuasively that they have a so-called right to die, it will prove to be impossible to close.

## [Translation]

J'aimerais vous faire remarquer que l'euthanasie, l'aide au suicide et l'euthanasie active sont en réalité des euphémismes destinés à dissimuler un concept répugnant. L'euthanasie n'est rien d'autre que le meurtre médical délibéré des malades qui sont en phase terminale et vulnérables. Il n'y a pas de contradiction entre le fait que bien que le Code criminel ne parle pas du suicide, il interdit l'aide au suicide. Il serait après tout plutôt difficile de poursuivre une personne qui se serait suicidée. Une société civilisée comprend qu'une tentative échouée de suicide constitue un appel à l'aide. Il est de notre devoir de manifester de la compassion à l'égard de ces personnes, de leur fournir l'aide dont elles ont besoin pour surmonter le désir de mourir. Il ne nous incombe pas de les criminaliser ou de les poursuivre parce qu'elles ont échoué dans leur tentative de mettre fin à leurs jours.

En revanche, les sanctions pénales dirigées contre les personnes qui aident ou encouragent le suicide sont fondamentales dans notre société. Il ne s'agit pas d'une intervention de l'État dans l'autonomie de l'individu. Il s'agit plutôt du fait que l'État reconnaît que c'est une chose pour une personne de réussir à mettre fin à ses jours, et une autre chose pour l'État de sanctionner l'assistance fournie par une autre personne.

Si les sanctions contre l'aide au suicide étaient supprimées du Code criminel, il nous suffit de regarder la situation en Hollande pour prédire l'avenir au Canada. Même si l'euthanasie est techniquement illégale en Hollande, plusieurs jugements prononcés par les tribunaux au fil des ans constituent des directives qui permettent aux médecins qui pratiquent l'euthanasie d'éviter d'être poursuivis. Ces directives sont censées limiter l'euthanasie au cas des personnes qui en font spécifiquement la demande—en d'autres termes, à l'euthanasie volontaire.

Toutefois, selon une enquête de 1991 parrainée par le gouvernement des Pays-Bas—soit dit en passant, la Hollande a 14 millions d'habitants et il s'agissait de l'enquête connue sous le nom de rapport Rummelink—en Hollande donc, on enregistre environ 2 300 morts par euthanasie chaque année. S'ajoutent à ces 2 300 morts, 400 cas d'aide au suicide fournie par des médecins, et 1 000 cas d'euthanasie active, c'est-à-dire involontaire. Autrement dit, 1 000 personnes sont mortes par euthanasie sans avoir été consultées pour savoir si elles souhaitaient ou non finir de cette façon.

En plus des cas d'euthanasie active, l'enquête hollandaise a relevé 5 800 cas où les traitements destinés à prolonger la vie ont été interrompus ou n'ont pas été donnés à la demande du patient, et au moins 25 000 cas où le traitement était interrompu ou non prescrit sans le consentement explicite du malade. On peut penser que ces chiffres ne constituent que la partie émergée de l'iceberg, étant donné que l'enquête a également permis d'établir qu'un fort pourcentage de médecins ne signalaient pas adéquatement les cas de décès par euthanasie.

Une fois qu'on aura sanctionné l'euthanasie en réponse à des cas très médiatisés de personnes qui s'exprimaient bien, de malades en phase terminale ou d'invalides qui faisaient valoir de façon convaincante leur pseudo-droit à mourir, il sera impossible de faire marche arrière.

[Texte]

Canada is experiencing an aging population with its added costs for health care and pension benefits, without the benefit of a growing, younger generation to pay for these needs through taxation. Canada is experiencing a health care crisis with escalating demands on the system and reduced funding. How long will it be before euthanasia termination of the elderly and the disabled becomes a popularly, socially sanctioned measure for solving the deficit?

Campaign Life Coalition recommends that the Criminal Code remain unchanged in prohibiting assisted suicide and other forms of euthanasia. A civilized response to the concerns and fears of the terminally ill, the elderly and the disabled, should become a high priority of this government. A higher priority must be given to funding the palliative care movement and to informing the public on the principles of this movement, as well as giving them information on modern pain control management.

What people fear in dying is suffering pain, or being abandoned, or becoming a burden on their family. None of these fears need become a reality, with an increased emphasis on compassionate care for the dying. Campaign Life Coalition urges the government to show active leadership in this area and not abandon its responsibility to care for the terminally ill, the dying, and the disabled.

Finally, since the presenters before us referred at some length to the Morgentaler decision, I'd just like to draw your attention to how I viewed their presentation. If you will remember, the abortion law was brought into this country in 1969, and it was brought in for supposedly very narrow circumstances. It was to protect the life, or the health for a serious reason, of a mother. We all know what happened to that over the years. We all know what has happened since that law has gone down; we have a rise in abortions. We now have free-standing abortion clinics set up outside hospitals.

If we allow physician-assisted suicide in Canada for what we see today as the hard cases, the distressing cases, the cases we all feel great compassion for, if we weaken our views because of these terrible cases, how long will it be before there are free-standing euthanasia clinics across Canada?

Thank you.

The Chairman: Thank you very much. Ms Eckstein, please.

Ms Cheryl Eckstein (Chief Executive Officer, Compassionate Healthcare Network): Thank you, gentlemen. It is really my pleasure to be here. I'll just outline who we are. My name is Cheryl Eckstein. I am the chief executive

[Traduction]

Le Canada possède une population vieillissante qui entraîne des coûts grandissants en matière de soins de santé et de prestations de retraite, sans bénéficier d'une génération plus jeune et grandissante qui pourrait assumer ces coûts. Le Canada connaît une crise dans le domaine des soins de santé du fait de l'augmentation des demandes qui sont imposées au système et de la réduction des ressources financières. Combien de temps faudra-t-il avant que l'euthanasie pratiquée auprès des personnes âgées et des invalides devienne une mesure populaire approuvée par la société pour régler le déficit?

La Campaign Life Coalition recommande que les articles du Code criminel qui interdisent l'aide au suicide et les autres formes d'euthanasie ne soient pas modifiés. Le gouvernement devrait s'attacher en priorité à répondre de manière civilisée aux inquiétudes et aux craintes des malades en phase terminale, des personnes âgées et des invalides. Une plus grande priorité doit être accordée au financement des soins palliatifs et à la diffusion de renseignements à la population sur les principes en vertu desquels ces soins sont offerts. On devrait également mieux informer le public sur les méthodes contemporaines de maîtrise de la douleur.

Ce dont les gens ont peur lorsqu'ils meurent est de souffrir, d'être abandonnés ou de constituer un fardeau pour leur famille. Aucune de ces craintes n'a besoin de se matérialiser si l'on accorde une plus grande importance aux soins appropriés pour les mourants. La Campaign Life Coalition exhorte le gouvernement à prendre l'initiative dans ce domaine plutôt que d'abandonner ses responsabilités en matière de soins aux malades en phase terminale, aux mourants et aux invalides.

En terminant, étant donné que les témoins qui nous ont précédés ont parlé assez longuement du jugement Morgentaler, j'aimerais attirer votre attention sur la façon dont je perçois leur présentation. Comme vous vous rappellerez, la Loi sur l'avortement a été passée en 1969 et devait ne s'appliquer qu'à des cas très particuliers. Il s'agissait de protéger la vie ou la santé d'une mère pour des raisons sérieuses. Nous savons tous ce qu'il en est advenu au cours des ans. Nous savons tous ce qui s'est passé depuis que la loi est en vigueur; les avortements ont augmenté. Il y a maintenant des cliniques d'avortement autonomes en dehors des hôpitaux.

Si nous autorisons au Canada l'aide au suicide médicalisée pour ce que l'on considère aujourd'hui comme des cas tragiques, pénibles, des cas pour lesquels nous compatissons tous, si nous jetons du lest à cause de ces cas terribles, combien de temps faudra-t-il avant que des cliniques d'euthanasie autonomes soient ouvertes partout au Canada?

Merci.

Le président: Merci beaucoup. Madame Eckstein, s'il vous plaît.

Mme Cheryl Eckstein (directrice générale, Compassionate Healthcare Network): Merci, messieurs. Je suis très heureuse d'être ici aujourd'hui. Permettez-moi de vous expliquer qui nous sommes. Je m'appelle Cheryl

## [Text]

officer of Compassionate Healthcare Network, which was formed in 1992. It consists of both professional and lay people who care about the crisis medicine and health care is experiencing, and we are doing something about it.

## • 1735

CHN opposes euthanasia by actively defending the inherent value of all human life. We are a network of people that provides speakers, workshops and research data pertaining to euthanasia, assisted suicide, advance directives, living wills, protected medical documents, videos, literature, library resource lists to professionals, churches, lay organizations and individuals. We work together with others internationally to counter programs, policies and perspectives, which threaten and weaken the existence of any who are sick, disabled, dying or otherwise medically at risk.

I don't have a video of the gentleman I interviewed. He has ALS and his name is Roy Slater. I'm only going to read excerpts from an interview I had with him last week. The committee members have this in full and I will share it with you today.

Mr. Roy Slater is not just a file, he is a real person, and I just want to point that out. Roy Slater lives at home with his wife of 45 years. Her name is Wendy. He is 66 years old and has had sporadic ALS since 1981. It is the same disease Sue Rodriguez has. I asked him this question: "Mr. Slater, how do you feel about Sue Rodriguez wanting the current laws to be changed so she could have someone inject her with a lethal drug that would kill her?" Mr. Slater answered:

I feel very strong that we must uphold and maintain the current legislation. I believe you can take your own life, but not without hurting your family, your spouse, children and colleagues. It is not a solution to our problem nor for any other people afflicted with the same illness. Researchers could find a cure and that is the hope of everyone, because they never will know what a day will bring forth.

I asked him when he was diagnosed with ALS and he told me a neurologist told him he had 15 months to live in 1981. He said "So you see, a doctor cannot tell you with any degree of certainty how long you have to live." He speaks about other friends he has made, people like George Barringer, who was diagnosed over 20 years ago. George lives in Burnaby, B.C. Then there is May Dang in Burnaby, who is starting her 21st year in ALS.

I asked him about Miss Rodriguez speaking of her "quality of life". According to Mr. Hofsess on page 10 of *Last Rites*, she wants to be "given an injection when she finally decides that her quality of life has deteriorated beyond an acceptable degree".

## [Translation]

Eckstein, et je suis directeur général du Compassionate Healthcare Network qui a été formé en 1992. Il comprend à la fois des professionnels et des non spécialistes préoccupés par la crise que nous connaissons dans le domaine de la médecine et des soins de santé, et nous tentons de faire quelque chose pour améliorer la situation.

Le CHN s'oppose à l'euthanasie en défendant activement la valeur inhérente de toute vie humaine. Nous constituons un réseau de personnes qui proposent des conférenciers, des ateliers, des travaux de recherche sur l'euthanasie, l'aide au suicide, les directives préalables, les testaments euthanasiques, les renseignements médicaux protégés, nous fournissons des vidéos, de la documentation, des listes de renseignements documentaires aux gens de la profession, aux églises, aux organisations profanes ainsi qu'aux particuliers. Nous collaborons avec d'autres organismes étrangers pour contrer les programmes, les politiques et les initiatives qui menacent ou affaiblissent l'existence de tous ceux qui sont malades, invalides, mourants ou qui sont menacés médicalement d'une façon ou d'une autre.

Je n'ai pas apporté le vidéo de l'entrevue que j'ai fait avec Roy Slater, un malade atteint de sclérose latérale amyotrophique. Je ne ferai que vous lire des extraits de l'entrevue qui remonte à la semaine dernière. Les membres du comité disposent du texte complet.

M. Roy Slater ne constitue pas simplement un dossier médical; c'est une personne authentique et je tiens à souligner ce point. Il vit à son domicile avec sa femme Wendy. Ils sont mariés depuis 45 ans. M. Slater a 66 ans et souffre de SLA sporadique depuis 1981. C'est la même maladie que celle qui afflige Sue Rodriguez. Je lui ai posé les questions suivantes: «Monsieur Slater, que pensez-vous de la proposition de Sue Rodriguez qui voudrait que l'on change les lois actuelles afin que quelqu'un puisse lui injecter une drogue létale qui l'emporterait?» M. Slater a répondu:

Je suis fermement convaincu que nous devons nous défendre et conserver la législation actuelle. Je crois qu'il est possible de s'enlever la vie, mais non sans infliger de la peine à sa famille, à son épouse, à ses enfants et à ses collègues. Ce n'est pas une solution à notre problème, ni pour les personnes qui sont affligées de la même maladie. Les chercheurs peuvent trouver un remède et c'est ce que tout le monde souhaite parce qu'on ne sait jamais ce que nous apportera le jour suivant.

Je lui ai demandé quand on a diagnostiqué qu'il souffrait de la SLA; il m'a répondu que le neurologue lui avait dit en 1981 qu'il n'avait que 15 mois à vivre. «Vous voyez, m'a-t-il dit, un docteur ne peut pas vous dire avec certitude combien de jours il vous reste à vivre.» M. Slater parle des amis qu'il s'est fait, de gens comme George Barringer, dont la maladie a été diagnostiquée il y a plus de 20 ans. George habite à Burnaby en Colombie-Britannique. Et puis il y a aussi May Dang à Burnaby, qui entame sa vingt et unième année avec la SLA.

Je lui ai parlé de M<sup>lle</sup> Rodriguez qui parle de sa «qualité de vie». Selon M. Hofsess, page 10 de *Last Rites*, elle voudrait qu'on lui «donne une injection lorsqu'elle décidera que sa qualité de vie s'est détériorée au point de n'être plus supportable».

## [Texte]

Roy Slater answered:

Quality of life—if doctors treat the symptoms then the quality of life can be improved, but you have to maintain a positive attitude. For example, I'm on a ventilator and I have a gastrostomy tube. I've not had a bite to eat in over a year and a half and I'm gaining weight.

He talked about the care worker sitting with him, helping him with the exercises. She makes him work so he'll feel better. He says:

I do not support anybody who takes their own life. I don't see any difference between killing yourself or somebody else. If a doctor is treating the symptoms, there is always something to relieve the pressure. If you are in excruciating pain, the doctor can give you something.

If you don't want to go on life support, then he thinks that is opting for an early demise. He spoke about a ventilator aiding his breathing. He spoke about the co-founder who has lived on a ventilator for the past 18 years and he said he went to work every day of his life. According to *Last Rites*, I mentioned to Mr. Slater, on page 6 Mr. Hofsess said Sue Rodriguez is appalled to think she too will become a helpless, drooling, physically atrophied captive of this disease. Mr. Slater mentioned that drooling is a symptom of ALS. Doctors can cut down the drooling. He said "I reduce the amount of drooling by watching my intake. I have all kinds of tissues to help."

• 1740

He stressed the following:

I think it is normal to want to live. It is not normal to want to die. I don't know why Sue Rodriguez wants to take this route. If she doesn't want to go on life support, she can say no. She can refuse a ventilator. She can say no to a G-tube and starve and it can be game over very soon. The doctor can only help her if she wants help, but he should not help her to die.

He said:

Listen, I have a video of Larry Carlson, who also has ALS. He has a purpose in living. He was on *20/20* and they were amazed at how useful his life is. He can't speak, but uses a computer with a voice built in. That is how he appeared on *20/20*. He's an outdoorsman. He has a pontoon boat and he has a computerized fishing pole.

Mr. Slater said:

I met him in Kansas, attending an ALS conference. He was attended by his whole family. They had a van designed to fit his special needs. He had a bed designed like a contoured chair with wheels on it. He rode in great comfort. He said he is well looked after. This is a man who over 14 years ago was told he only had a couple of years to live.

## [Traduction]

Roy Slater a répondu:

La qualité de la vie—si les docteurs traitent les symptômes, la qualité de la vie peut être améliorée; vous devez toutefois conserver une attitude positive. Par exemple, je survis grâce à un ventilateur et à la gastrostomie. Je n'ai pas mangé une bouchée depuis plus d'un an et demi et je prends du poids.

Il a parlé des soins que lui donnait la personne assise à côté de lui, des exercices qu'on lui faisait faire. Elle le fait travailler et il se sent mieux. Il dit lui-même:

Je n'approuve pas ceux qui s'enlèvent la vie. Je ne vois pas de différence entre se tuer ou tuer quelqu'un d'autre. Si un docteur traite les symptômes, il y a toujours la possibilité de soulager la pression. Si les douleurs sont épouvantables, le docteur peut vous donner quelque chose.

Si vous ne voulez pas continuer d'être branché sur un équipement de survie, il pense que vous optez pour une mort précoce. Il a parlé du ventilateur qui l'aide à respirer. Il a parlé du cofondateur qui vit avec un ventilateur depuis 18 ans et qui a continué d'aller travailler chaque jour. J'ai parlé à M. Slater de *Last Rites*, du passage où M. Hofsess déclare à la page 6 que Sue Rodriguez est épouvantée par la perspective qu'un jour elle risque d'être impotente, de baver, de se sentir complètement captive d'une maladie qu'il l'aura physiquement atrophiée. M. Slater a déclaré que la bave était un symptôme associé à la SLA, mais que les médecins pouvaient aider à contrôler la situation. Il a ajouté: «Je réduis la quantité de bave en faisant attention à ce que je prends. J'utilise tout un tas de mouchoirs.»

Il a insisté sur ce qui suit:

Je pense qu'il est normal de vouloir vivre. Il n'est pas normal de vouloir mourir. J'ignore pourquoi Sue Rodriguez opte pour cette voie. Et si elle ne veut pas être branchée sur le matériel de survie, elle peut le dire. Elle peut refuser d'être branchée sur un ventilateur. Elle peut refuser la gastrostomie et mourir de faim; et le cas sera réglé rapidement. Le docteur ne peut l'aider que si elle souhaite être aidée, mais il ne devrait pas l'aider à mourir.

Il a déclaré:

Écoutez, j'ai un vidéo de Larry Carlson qui souffre aussi de la SLA. Il a un but dans la vie. Il a participé à une émission *20/20* où on a été stupéfait de constater combien sa vie est utile. Il ne peut pas parler, mais il utilise l'ordinateur avec une voix intégrée et c'est comme cela qu'il a participé à l'émission. C'est un amateur de plein air, qui possède un bateau-ponton et une canne à pêche informatisée.

M. Slater a déclaré:

Je l'ai rencontré au Kansas, à une conférence sur la SAL. Toute sa famille s'occupait de lui: Elle a fait construire une fourgonnette adaptée à ses besoins. Il y a un lit dessiné comme une chaise moulante avec des roues. Il voyage dans le plus grand confort. Il m'a dit que l'on s'occupait bien de lui. Il s'agit d'un homme auquel on avait prédit il y a plus de 14 ans qu'il n'avait que deux ans à vivre.

## [Text]

Even David Skinner, who died two months ago, was on a ventilator for 12 years. He made contributions; he met the Duchess of York and had a wonderful conversation with her right here in Ottawa.

*The Vancouver Sun* recently ran a story on Roy Slater on June 8, with the byline "One Stubborn Fighter". Indeed he is. They featured a photo of Wendy standing behind him with her arms wrapped around his shoulders. She has a wide and beautiful smile on her face and the caption under the photo reads "ALS victim Roy Slater with wife Wendy chooses to help rather than 'hide and die'".

Speaking with Roy Slater was a profound joy. He has an intense love for life, his life and others'. He offers a compassionate response to others who have the same disease. He transfers that same compassion to others who are not afflicted with ALS but need to have their minds and hearts unveiled to the truth. Who would dare to judge his quality of life? Who would dare to speak of Roy Slater as one whose life is devoid of value? Although he is not cured, he has won a major personal victory over ALS.

If the laws were changed, we can be sure his and others' survival would naturally be highly at risk, legally. Euthanasia, as it is defined today, would undoubtedly become a family decision. When a family member becomes a financial and emotional burden too heavy to bear, it will become too easy to kill, but with much support from professional health care workers and with palliative care, we affirm life.

We regret to read such articles as the following one.

Mr. Hofsess said that Sue Rodriguez was acutely disappointed that proposition 161 in California failed, because that is "where she was hoping to end her life". A journalist added, "Sue has only one option left this morning. Rodriguez does not want to suffer through that humiliating decline".

This is a most indifferent, unfeeling, undignified, disrespectful statement. The lack of compassion for Miss Rodriguez is evident. How can her decline be humiliating? What has she done to deserve to have her serious illness called "humiliating"? Humiliation is a term reserved for those who suffer disgrace, dishonour, embarrassment, shame, as a result of something they have done. What has Rodriguez done to deserve this statement in regards to her failing health? Hofsess has placed Rodriguez in an emotional casket of hopelessness his chase for her premature death.

I recently heard a story about some rats that were placed in a jar of water. The room was blackened so no light could get in. The rats were dead within three minutes. Then another group of rats were placed in the same jar. This time the researchers allowed a mere pinhole of light to enter the room. The rats swam towards the light and survived for 36 hours. Even the researchers had noted the express need for hope.

## [Translation]

Même David Skinner, qui est mort il y a deux mois, a vécu branché sur un ventilateur pendant 12 ans. Il a apporté sa contribution. Il a rencontré la duchesse de York avec laquelle il a eu une merveilleuse conversation ici à Ottawa.

*The Vancouver Sun* a publié un article sur Roy Slater le 8 juin, intitulé «Un combattant entêté». Et c'est ce qu'il est. Ils ont montré une photo de Wendy debout derrière lui avec ses bras autour de ses épaules. Elle a un merveilleux sourire et la légende sur la photo était la suivante: «Roy Slater qui souffre de SLA avec sa femme Wendy, a choisi d'aider plutôt que d'aller se cacher pour mourir.»

J'ai éprouvé une profonde joie à parler avec Roy Slater. Il aime la vie intensément, la sienne et celle des autres. Il compatit avec ceux qui souffrent de la même maladie que lui. Il communique cette même compassion à ceux qui ne sont pas victimes de la SLA mais dont les têtes et les coeurs doivent être exposés à la vérité. Qui oserait porter un jugement sur la qualité de sa vie? Qui oserait parler de Roy Slater comme d'une personne dont la vie est sans valeur? Bien qu'il ne soit pas guéri, il a remporté une grande victoire personnelle sur la SLA.

Si les lois étaient changées, nous pouvons être sûrs que sa survie et celle des autres seraient naturellement exposées à de grands risques, légalement parlant. Telle qu'elle est définie aujourd'hui, l'euthanasie ferait inévitablement l'objet d'une décision familiale. Lorsqu'un membre de la famille devient un fardeau financier et émotif trop difficile à supporter, il sera trop facile de s'en débarrasser, mais comme beaucoup de professionnels de la santé et des soins palliatifs, nous sommes du côté de la vie.

Nous regrettons que des articles comme le suivant paraissent dans la presse.

M. Hofsess déclare que Sue Rodriguez a été profondément déçue que la proposition 161 n'ait pas été adoptée en Californie parce qu'elle «espérait pouvoir aller y finir ses jours». Une journaliste a ajouté: «Sue n'a plus qu'une seule option ce matin. Elle ne veut pas dépérir de façon humiliante».

Il s'agit de la déclaration la plus indifférente, la plus froide, la plus indigne et la moins respectueuse que l'on puisse imaginer. L'absence de compassion pour M<sup>lle</sup> Rodriguez est évidente. Comment sa décadence peut-elle être humiliante? Qu'a-t-elle fait pour mériter que l'on qualifie sa grave maladie d'«humiliante»? L'humiliation est une expression réservée à ceux qui connaissent la disgrâce, le déshonneur, l'embarras, la honte à cause d'un acte qu'ils ont commis. Qu'a fait M<sup>lle</sup> Rodriguez pour mériter que l'on parle ainsi de sa santé défaillante? Hofsess a enfermé M<sup>lle</sup> Rodriguez dans un désespoir émotif qui l'entraîne vers sa mort prématurée.

On m'a récemment raconté l'histoire de rats qui avaient été enfermés dans une jarre d'eau dans une pièce totalement noire. Les rats sont morts dans les trois minutes qui ont suivi. Un autre groupe de rats a été placé dans une jarre identique, mais cette fois les chercheurs avaient laissé la lumière pénétrer dans la pièce par une toute petite ouverture. Les rats ont nagé en direction de la lumière et ont survécu 36 heures. Les chercheurs ont noté l'expression du besoin, d'avoir un espoir.

## [Texte]

We at Compassionate Healthcare Network, along with countless others, wish for Sue Rodriguez to know her life is of infinite value. Our wish for her is that she be surrounded with love and compassion. She deserves to be surrounded with people who will continue to affirm her life.

• 1745

In closing, I wish to point out that this committee may have been or may be told to not fear abuse of proposed changes in the law. I submit the following quote from *The Vancouver Sun*:

Four months after the Dutch Parliament effectively decriminalized euthanasia for adults, pediatricians in Holland are seeking similar permission for the mercy killing of handicapped newborn babies. Such examples should alarm even the most apathetic individual.

We must uphold and maintain the current legislation, remembering Mr. Slater's words, "it is not a solution to our problem to kill or to be killed", not for him or any others afflicted with the same illness.

We oppose any changes to the existing Criminal Code that would allow for any person to kill a human being. We're opposed to any change in the Criminal Code that would allow for consent to be killed.

I have a second part, something I'd like to read for the video. There is just cause in reminding the public that in 1941 a unique film that dealt specifically with assisted suicide won wide acclaim. It achieved the purpose it set out to. That purpose was to impact the viewers to favourably accept killing of the handicapped and incurably ill. The film *I Accuse, Ich klinge an*, characterized a musically gifted woman stricken with multiple sclerosis. She asked to be relieved of her suffering and pain. Her husband, who is a physician, yields to her request. He kills his wife by injecting her with a lethal dose. Later he is brought to trial and accuses the state of not having compassion. The subliminal message won sympathetic favour from the jury, bolstered public support, and with such endorsement the German euthanasia program was launched.

Jay Lifton, author of the timely book, *The Nazi Doctors*, had this to say about *I Accuse*, and I quote:

But *I Accuse* is of respectable artistic quality, and after viewing portions of it I could understand why doctors I interviewed still felt its impact and remembered the extensive discussion it stimulated among their colleagues and fellow students about the morality of doctors aiding incurable patients to achieve the death they longed for.

Lifton noted that the film had aroused great interest and had been favourably received and discussed by medical doctors. The majority of the German population accepted its argument in principle, with some reservations concerning possible abuse and questions of consent. However, these reservations could generally be overcome by the convening of a medical committee.

## [Traduction]

Nous, du Compassionate Healthcare Network, souhaitons avec beaucoup d'autres que Sue Rodriguez sache que sa vie a une valeur infinie. Nous souhaitons qu'elle soit entourée d'amour et de compassion. Elle mérite d'être entourée de gens qui continueront de défendre sa vie.

En terminant, je tiens à ajouter que d'aucuns ont peut-être dit ou diront peut-être au comité qu'il n'a pas à craindre qu'on abuse des modifications proposées à la loi. C'est pourquoi j'attire votre attention sur l'extrait suivant du journal *The Vancouver Sun*:

Il y a quatre mois à peine que le Parlement de la Hollande a décriminalisé l'euthanasie pour les adultes et voilà que les pédiatres hollandais demandent la permission de mettre fin aux jours des nouveaux-nés handicapés. De tels exemples devraient alarmer les plus indifférents.

Nous devons maintenir la loi actuelle en nous rappelant les propos de M. Slater selon qui l'euthanasie n'est pas une solution, ni pour lui ni pour tous ceux qui souffrent de la même maladie.

Nous nous opposons à toute modification au Code criminel actuel qui autoriserait une personne à tuer un être humain. Nous nous opposons à toute modification qui autoriserait quiconque à consentir qu'on mette fin à ses jours.

J'ai ici un autre extrait que j'aimerais lire pendant qu'on regarde la vidéo. Il y a lieu de rappeler au public qu'en 1941, un film unique portant précisément sur l'aide au suicide a été fort bien accueilli. Il a atteint l'objectif fixé, c'est-à-dire inciter les spectateurs à accepter qu'on mette fin aux jours des personnes handicapées et souffrant d'une maladie incurable. Ce film ayant pour titre *I Accuse, Ich klinge an*, mettait en scène une talentueuse musicienne atteinte de la sclérose en plaques. Elle voulait qu'on abrège ses souffrances. Son mari, qui est médecin, accède à sa demande. Il met fin aux jours de sa femme en lui injectant une substance mortelle. Il est par la suite poursuivi en justice et accuse l'État de manque de compassion. Le message subliminal lui a attiré les bonnes grâces du jury et l'accueil réservé par le public a été tel que le programme allemand d'euthanasie a été lancé.

Jay Lifton, auteur du livre *The Nazi Doctors*, avait ceci à dire à propos de *I Accuse*, et je cite:

Mais *I Accuse* est d'une qualité artistique respectable et après en avoir vu des passages, j'ai pu comprendre pourquoi des médecins que j'ai interviewés en ont gardé une forte impression et se souviennent des discussions animées qu'il a suscitées parmi leurs collègues et leurs camarades d'étude au sujet de la moralité des médecins qui aident des incurables à franchir le seuil d'une mort tant souhaitée.

Lifton a fait observer que le film avait suscité énormément d'intérêt et avait été favorablement accueilli par les médecins qui en ont abondamment discuté. La majorité des Allemands ont accepté en principe l'argument avancé, sauf que certaines réserves ont été formulées à propos des abus possibles et des questions de consentement. Toutefois, pour faire taire les doutes, il suffisait de créer un comité médical.

[Text]

The Compassionate Healthcare Network submits that the film *I Accuse* achieved its purpose. It persuaded the German public to tolerate and accept euthanasia. How many human beings died involuntarily because one man wanted to legalize so-called mercy, compassionate killing? How many viewers of *I Accuse* became victims themselves?

**The Chairman:** Mr. Clerk, please start the video.

[Video presentation]

• 1750

**The Chairman:** Do you have a concluding remark, Ms Eckstein, on that?

**Ms Eckstein:** I would just like to repeat that the film *I Accuse* achieved its purpose. It did persuade the German public to tolerate and accept euthanasia.

One remark I have here is that I find it just almost unbelievable that the people who fought against euthanasia in Holland are some of the very people who are being euthanized today.

Thank you for listening to me.

**Mr. Rideout:** Mr. Wappell apologized for not being here, but because of the time and the vote it was impossible. He told me that you were both very capable of defending yourself without his assistance.

I have just a few questions. The Canadian Medical Association has recommended that the general part of the Criminal Code contain a provision dealing with palliative care measures. Those measures may in fact hasten a person's death. They want, in effect, some provision within the general part to allow that to happen with the view that it's going to enhance the life, but perhaps shorten it. Do you have any thoughts or recommendations with respect to that?

**Ms McLuhan:** If medication is given to a patient to prevent pain or to bring pain down to a lower level that's the primary object of giving the medication. The primary object is not to give enough of a drug to kill the patient. To me that sounds like ethical medical practice. I don't see that as a problem.

**Mr. Rideout:** One other question, if I may. We have seen in the Nancy B. case that she exerted her right to refuse consent to treatment. I take it from your submission, but I just want to be clear, that you have no objection in that regard as well. In other words, if the individual chooses not to have specific treatment or any treatment at all or not to go on any sort of life-support systems, this is acceptable.

**Ms McLuhan:** I think we have to uphold the right of a competent patient to have a say in their own medical care. In the case of Nancy B., I think it was tragic that Nancy was not given more counselling and more help, because she felt absolutely confined to her hospital bed. There were women from across the country who were willing to fly to see her. There were women with the same disease who prepared videos to show Nancy that they were leading more productive

[Translation]

Le Compassionate Healthcare Network est d'avis que le film *I Accuse* a atteint son objectif. Il a persuadé le public allemand de tolérer et d'accepter l'euthanasie. Combien d'êtres humains sont morts involontairement parce qu'un homme a voulu légaliser la mort pour des raisons humanitaires? Combien de personnes qui avaient vu *I Accuse* sont-elles elles-mêmes devenues des victimes?

**Le président:** Monsieur le greffier, veuillez actionner le magnétoscope.

[Présentation audiovisuelle]

**Le président:** Madame Eckstein, auriez-vous une autre observation à faire en guise de conclusion?

**Mme Eckstein:** Je voudrais tout simplement vous rappeler que le film *I Accuse* a atteint son but. Il a persuadé la population allemande de tolérer et d'accepter l'euthanasie.

La seule autre remarque que j'aurais à faire est que je trouve presque incroyable que des gens qui se sont battus contre l'euthanasie en Hollande se retrouvent aujourd'hui parmi ceux-là même qui sont euthanasiés.

Je vous remercie de votre attention.

**M. Rideout:** M. Wappell s'excuse de ne pas pouvoir être parmi nous, cela à cause de l'heure de la séance et du vote. Il m'a dit que vous étiez toutes les deux très capables de vous débrouiller seules.

Je n'ai que quelques questions. L'Association médicale canadienne a recommandé que la partie générale du Code criminel contienne une disposition concernant les mesures palliatives. Ces mesures peuvent en fait hâter la mort d'une personne. L'association voudrait en réalité qu'il y ait dans la partie générale une disposition autorisant la prise de telles mesures qui, à son avis, amélioreraient la vie, au risque peut-être de l'abréger. Qu'en pensez-vous?

**Mme McLuhan:** Si des médicaments sont administrés à un patient pour l'empêcher de souffrir ou atténuer ses souffrances, c'est là leur objet premier. L'objet premier n'est pas d'administrer suffisamment de médicaments à un patient pour qu'il en meure. C'est ce que veut selon moi le code déontologique des médecins. Je n'y vois aucun problème.

**M. Rideout:** J'aurais une autre question à poser, si vous me le permettez. Nous avons vu dans l'affaire Nancy B. que la patiente a exercé son droit de refuser son consentement au traitement. Je crois comprendre, d'après votre mémoire, mais je ne voudrais pas me tromper, que vous ne trouvez rien à redire à cela non plus. Autrement dit, si une personne choisit de ne pas recevoir un traitement en particulier ou de ne pas être traitée du tout ou encore de ne pas être maintenue en vie artificiellement, vous trouvez cela acceptable?

**Mme McLuhan:** Je pense que nous devons préserver le droit d'un patient qui a tous ses esprits d'avoir son mot à dire sur les soins médicaux reçus. Ce que je trouve tragique dans cette affaire, c'est que Nancy n'ait pas reçu plus de services de counselling et d'aide, parce qu'elle se sentait confinée à son lit d'hôpital, situation qu'elle jugeait sans issue. Il y avait partout au Canada des femmes qui auraient été prêtes à sauter dans l'avion pour aller la voir. Il y a des

[Texte]

outgoing lives and they were not just staring at four hospital walls. I find it tragic that Nancy wasn't aware that this was available to her. She had the right to refuse the treatment.

• 1755

**Mr. Rideout:** Right, so there is nothing that we should be doing with respect to the Criminal Code to deal with that situation.

**Ms McLuhan:** I don't think so.

**Ms Eckstein:** It showed how the law worked.

**Mr. Rideout:** Right, and that's what I am trying to establish, whether you have any problems with that.

**Ms Eckstein:** The current law worked very well for Nancy.

**Mr. Rideout:** Right. That was kind of my conclusion as well in looking at the Rodriguez case.

**Ms McLuhan:** I think they are two different cases. I don't think that the situation that Nancy was in and the situation that Sue Rodriguez is in are the same. Sue Rodriguez seems to be going another step. She seems to be saying "I'm not prepared just to ask treatment to be refused; I want to have this assurance that somebody can kill me."

**Mr. Rideout:** I appreciate that there is a distinction between the two, but the result could conceivably be the same. Even if we had a situation in which assisted death were not allowed, she could do the same thing as Nancy B. did at a certain stage in the course of her disease that would have the same effect as Nancy B.

**Ms McLuhan:** She could if at some point she refused treatment, yes.

**Mr. Rideout:** Would you go so far as to allow her now to set up that situation so that she could in effect give instructions to deal with that situation as her disease progresses to the stage that if medical support were terminated that would be acceptable to you?

**Ms McLuhan:** If she is a competent patient making decisions on her own treatment, I don't see that it is any of our business how she decides. Again, as with Nancy B., I would hope that Mrs. Rodriguez is given all the counselling and all the help from fellow sufferers of ALS to show her that it does not have to be a terrible life all the way through.

**Mr. Rideout:** I agree with the comments that were made earlier today that in any type of situation like this an informed consent is far better. I am not sure if I fully understand where the Canadian Medical Association was going with its view on consent in that a higher level would be required in that decision.

Those are all the questions I have.

[Traduction]

femmes souffrant de la même maladie qui ont fait des vidéos pour lui montrer qu'elles menaient une vie plus productive, qu'elles n'étaient pas confinées aux quatre murs d'une chambre d'hôpital. Je trouve tragique que Nancy n'ait pas pu se rendre compte qu'elle aurait elle aussi pu mener une vie différente. Il reste qu'elle avait le droit de refuser tout traitement.

**M. Rideout:** Donc, il n'y a rien à modifier dans le Code criminel dans ce cas-là.

**Mme McLuhan:** Je ne le pense pas.

**Mme Eckstein:** Cette situation n'a fait que démontrer comment la loi fonctionne.

**M. Rideout:** C'est exact, et ce que je veux savoir, c'est si elle vous convient.

**Mme Eckstein:** La loi actuelle a très bien fonctionné pour Nancy.

**M. Rideout:** Oui. C'est aussi la conclusion à laquelle j'en suis arrivé en ce qui concerne l'affaire Rodriguez.

**Mme McLuhan:** Je pense que ce sont deux affaires différentes. Je ne pense pas qu'on puisse comparer la situation dans laquelle se trouvait Nancy à celle que vit aujourd'hui Sue Rodriguez. Sue Rodriguez semble aller un peu plus loin encore. À mon avis, elle essaie de nous dire ceci : «Je voudrais non seulement qu'on m'autorise à refuser tout traitement, mais aussi qu'on me garantisse que quelqu'un pourra mettre fin à mes jours.»

**M. Rideout:** Je conçois qu'il y a une distinction à faire, mais le résultat pourrait être le même dans les deux cas. Même si on refusait de l'aider à mourir, elle pourrait faire la même chose que Nancy B. à une certaine étape de sa maladie, ce qui aurait sur elle le même effet que sur Nancy B.

**Mme McLuhan:** Oui, si à un moment donné elle refusait d'être traitée.

**M. Rideout:** Iriez-vous jusqu'à dire qu'on devrait dès maintenant l'autoriser à faire en sorte que des instructions précises soient données au moment où sa maladie aura tellement empiré que vous n'auriez aucune objection à ce que toute aide médicale lui soit alors retirée?

**Mme McLuhan:** Si c'est une patiente compétente qui décidait même du traitement qu'elle recevra, je ne vois pas en quoi sa décision nous regarde. Contrairement à Nancy B., j'ose espérer que M<sup>me</sup> Rodriguez recevra tout le counselling et toute l'aide nécessaires des gens qui souffrent comme elle de SLA pour qu'elle puisse s'apercevoir que la vie pourrait quand même avoir de bons côtés pour elle.

**M. Rideout:** On a dit plus tôt aujourd'hui qu'il est préférable dans toute situation de ce genre qu'il y ait consentement informé, et je suis d'accord. Je ne sais pas si je comprends bien à quoi veut en venir l'Association médicale canadienne lorsqu'elle dit qu'il devrait y avoir consentement à un niveau plus élevé dans le cas de cette décision-ci.

Ce sont là les questions que je me pose.

[Text]

**Mr. Laporte:** Mr. Chairman, I am trying to understand the parameters on where you would go with respect to this area. Do you have a problem with the fact that in the Criminal Code it is not an offence to attempt suicide? It used to be at one time and now it is not. Do you have any difficulty with that position?

**Ms McLuhan:** As I pointed out, it is rather futile to try to prosecute someone who has successfully killed themselves. Maybe that was slightly flippant, but I also think anybody who attempts suicide is obviously crying out for help. All the psychiatrists who are familiar with this kind of thing tell you that. These people want help, they don't necessarily want to die. I think the cruelest thing is to have somebody in that depth of despair prosecuted rather than sent through the proper psychiatric care and counselling. That to me is not the right way to go, so I can understand why there is no law against suicide.

**Mr. Laporte:** You would find no problem—I'm not sure if these terms are helpful but I'm going to use them—with voluntary passive euthanasia, if I could say that? I think this would cover the area for the Nancy B. situation.

**Ms McLuhan:** Are you calling withdrawing or withholding treatment passive euthanasia?

**Mr. Laporte:** Yes.

**Ms McLuhan:** I don't call that passive euthanasia.

**Mr. Laporte:** What do you call it?

• 1800

**Ms McLuhan:** I call it appropriate medical treatment, given the specific circumstances of the individual. I think we've gone on far too long trying to call things passive, active and so on. To me, there's no distinction in euthanasia. Whether you have an act or an omission which causes death, the purpose is to cause death. That's euthanasia. If you're withdrawing or withholding medical treatment which is no longer of any therapeutic use to the patient, then that is not euthanasia.

**Mr. Laporte:** What about the situation the Canadian Medical Association was talking about earlier. There are "do not resuscitate" orders where people, I would suggest, could be charged under the Criminal Code. I believe it would be generally agreed, but doctors, time and time again, put "do not resuscitate" orders on patients' charts and patients are not resuscitated where they could be revived. In fact, that's a practice now in medical circles.

**Ms McLuhan:** Yes, but I understand you can also have the case where you have a very frail, 85-year-old lady who is literally skin and bones and very close to death and the order is to resuscitate. When these people try to resuscitate her, they break most of the bones in her body during the process. How much longer is her life going on for under those circumstances? It seems to me there's a valid case where you say okay, the person is dying; let the person die.

**Mr. Laporte:** That would be euthanasia then, under your definition.

[Translation]

**M. Laporte:** Monsieur le président, j'essaie de me situer. Est-ce que le fait que la tentative de suicide ne constitue pas une infraction au sens du Code criminel vous pose un problème? C'en était une à une époque, mais ce n'est plus le cas. Avez-vous de la difficulté avec cela?

**Mme McLuhan:** Comme je l'ai dit, il serait futile d'essayer de poursuivre en justice quelqu'un qui a réussi à se suicider. Cette remarque peut vous paraître désinvolte, mais je pense aussi que quelqu'un qui essaie de se suicider appelle en réalité à l'aide. Tous les psychiatres qui s'y connaissent vous le diront. Ces gens veulent de l'aide; ils ne veulent pas nécessairement mourir. Je pense que la chose la plus cruelle à faire est de poursuivre en justice des gens aussi désespérés au lieu de leur offrir les soins psychiatriques et le counselling dont ils ont besoin. Ce ne serait pas la chose à faire et je peux donc comprendre pourquoi il n'y a aucune loi contre le suicide.

**M. Laporte:** L'euthanasie volontaire passive, si je peux m'exprimer ainsi, ne pose donc aucun problème pour vous? Je dirais que c'est ce dont il s'agissait dans l'affaire Nancy B.

**Mme McLuhan:** Entendez-vous par euthanasie passive l'interruption ou l'absence de traitement?

**M. Laporte:** Oui.

**Mme McLuhan:** Ce n'est pas ce que j'appellerais l'euthanasie passive.

**M. Laporte:** Quel terme utiliseriez-vous?

**Mme McLuhan:** Je parlerais de traitement médical approprié étant donné les circonstances propres au patient. Je pense qu'on cherche depuis trop longtemps à qualifier l'euthanasie de passive ou d'active. Pour moi, il n'y a pas de distinction. Que la mort soit causée par un acte ou une omission, le but est de la procurer. C'est ça l'euthanasie. Lorsqu'il s'agit d'interrompre ou de ne pas offrir un traitement médical qui n'est plus d'aucune utilité thérapeutique au patient, je ne pense pas qu'on puisse parler d'euthanasie.

**M. Laporte:** Qu'en est-il de la situation dont a parlé tout à l'heure l'Association médicale canadienne? Certains médecins qui donnent l'ordre de «ne pas ressusciter» pourraient, à mon avis, être poursuivis en vertu du Code criminel. Je suis loin d'être le seul à le penser, mais il arrive souvent que les médecins donnent dans les dossiers des patients l'ordre de «ne pas ressusciter», et ils ne le sont pas même s'ils pourraient l'être. En fait, c'est la pratique qui a cours dans le milieu.

**Mme McLuhan:** Oui, mais je crois comprendre que l'instruction de ne pas réanimer pourrait être donnée dans le cas d'une vieille dame de 85 ans qui n'a plus que la peau et les os et qui est sur le point de mourir. En essayant de la réanimer, on risquerait de lui casser presque tous les os. Combien de temps lui resterait-il à vivre dans ces conditions? Je pense qu'on aurait raison dans certains cas de laisser mourir des personnes qui sont mourantes.

**M. Laporte:** Ce serait de l'euthanasie, selon votre définition?

[Texte]

**Ms McLuhan:** No, I don't think so, because it would just be withholding therapeutically useless treatment.

**Mr. Laporte:** Let's say someone can be resuscitated and maintained. I don't know if it's always about breaking bones. The law would say you're breaking the law, which you are, but you're not being charged with it. If your definition of euthanasia is the withholding of any treatment that's going to amount of death, then when you're not resuscitating someone to keep him alive, that's euthanasia under your definition.

**Ms McLuhan:** No, because under my definition resuscitation would become therapeutically useless treatment because the patient is dying anyway and all you're doing is prolonging the dying process.

**Mr. Laporte:** Okay, then let's go to Sue Rodriguez's situation, where *Right to Die* was asking for an amendment. It wasn't a right-to-die legislation, such as in the Netherlands, it was simply where a doctor would set up a situation where Sue Rodriguez could take her own life by moving a switch or pressing a button or something that would put into motion a set of reactions that would result in her death.

**Ms McLuhan:** What they said here today and what they've said in published articles by Mr. Hofsess in the papers, are two different things.

**Mr. Laporte:** Okay, but let's just deal with what happened today because that's what I'm questioning.

**Ms McLuhan:** I don't understand the distinction there. If they're setting it up for her to commit suicide and she is unable to set up her own circumstances for committing suicide, then surely they are aiding and assisting a suicide.

**Mr. Laporte:** Sure they are, of course they are, but they are not killing her. She's going to end her own life. They're talking about situations where the patient is competent and makes a rational decision to end his or her life. In a situation where the patient cannot, himself or herself, end their own lives, a physician, under some very strict regulations, would assist his patients so that, if they decided to, they could take some action that would end their own lives.

**Ms McLuhan:** I think that's very semantic and it's a kind of Pontius Pilate "washing his hands" sort of situation.

**Mr. Laporte:** Oh, but that's exactly what they're saying. Their recommendations to the Criminal Code would suggest just that. I'm wondering if you have difficulty with that.

**Ms McLuhan:** What do I think about their recommendations to the Criminal Code?

**Mr. Laporte:** Yes.

**Ms McLuhan:** I have difficulty with their recommendations to the Criminal Code because they don't want any kind of restrictions against helping a suicide.

**Mr. Laporte:** Yes, they do. Theirs are very strict in that they want legislation—if I understand them rightly—that it would not be a so-called right to die in which a doctor could inject something into them. It would be a situation where, first of all, the patient had to be competent. If the patient was comatose or not mentally sound, then there could be no euthanasia.

[Traduction]

**Mme McLuhan:** Non, je ne le crois pas, parce qu'on se contenterait simplement de ne pas offrir un traitement inutile sur le plan thérapeutique.

**M. Laporte:** Supposons que quelqu'un puisse être réanimé et maintenu en vie. Je ne sais pas si on casse toujours des os, mais en ne prodiguant pas les soins nécessaires, on viole la loi, mais sans être accusé de l'avoir fait. Si, selon votre définition, l'euthanasie correspond au refus de tout traitement pouvant entraîner la mort, alors le fait de ne pas réanimer un patient pour le maintenir en vie serait une forme d'euthanasie.

**Mme McLuhan:** Non, parce que selon ma définition, la réanimation serait un traitement inutile sur le plan thérapeutique, parce que le patient se meurt de toute façon et que tout ce qu'on réussira à faire, c'est de prolonger son agonie.

**M. Laporte:** Revenons-en donc à la situation de Sue Rodriguez dans le cas de laquelle *Right to Die* a demandé une modification. Ce groupement ne préconise pas l'adoption d'une loi conférant le droit de mourir, comme aux Pays-Bas, il voudrait tout simplement que le médecin place Sue Rodriguez dans une situation où elle pourrait s'enlever la vie en pressant sur un bouton ou en déclenchant une série de réactions qui entraîneraient sa mort.

**Mme McLuhan:** Ce que ce groupe a dit ici aujourd'hui ne correspond pas à ce qu'il a dit dans les articles publiés par M. Hofsess dans les journaux.

**M. Laporte:** D'accord, mais tenons-nous en à ce qui s'est passé aujourd'hui parce que c'est ce sur quoi portent mes questions.

**Mme McLuhan:** Je ne comprends pas la distinction. En la plaçant dans une situation où elle pourrait se suicider alors qu'elle ne peut pas elle-même choisir les circonstances de son suicide, on l'aide sans contredit à se suicider.

**M. Laporte:** Oui, mais on ne la tue pas. Elle va elle-même mettre fin à ses jours. Les témoins ont fait allusion à des cas où le patient est compétent et peut décider rationnellement de mettre fin à ses jours. S'il ne le peut pas, un médecin, sous réserve de l'application de règlements très stricts, pourrait venir en aide à son patient afin qu'il puisse, si telle était sa décision, se procurer lui-même la mort.

**Mme McLuhan:** Je pense qu'on joue avec les mots et qu'on cherche, comme Ponce Pilate, à se laver les mains.

**M. Laporte:** Oui, mais c'est exactement ce qu'ils disent. C'est ce que donnent à entendre leurs recommandations au sujet du Code criminel. Je me demande si cela vous pose un problème.

**Mme McLuhan:** Vous voulez savoir ce que je pense de leurs recommandations concernant le Code criminel?

**M. Laporte:** Oui.

**Mme McLuhan:** Leurs recommandations posent pour moi un problème, parce qu'ils voudraient qu'on puisse sans restrictions aider quelqu'un à se suicider.

**M. Laporte:** Ils souhaitent, au contraire, que soit adoptée une loi très stricte—si je comprends bien—qui ne conférerait pas un prétendu droit de mourir autorisant un médecin à injecter une substance mortelle. Il faudrait tout d'abord que le patient soit compétent. S'il était dans le coma ou n'avait pas toutes ses facultés, alors il ne pourrait pas y avoir euthanasie.

[Text]

[Translation]

• 1805

So the person has to be mentally sound, be a competent individual. That's one requirement. Secondly, the patient—him or herself—would have to use some mechanism by which they would end their own life. The doctor could not actually inject something into them. There would be something set up so that they could press a button or do something else to end their own life.

They're saying they want to be very careful in their recommendation of changes to the law because it is opening up a new area. They're saying that this is as far as change should go—it should go to here.

**Ms McLuhan:** But isn't this the same as Mr. Kervorkian in the U.S. and his suicide machine? I really think this is splitting hairs. The purpose is to help somebody commit suicide. I'm not a lawyer, so I can't put it in the right legal terms.

**Mr. Laporte:** I'm not trying to block us in or anything, I'm just trying to find your parameters because that—what I heard this afternoon was a different approach from a right-to-die legislation, such as exists in the United States and is practiced in the Netherlands, I think. I'm wondering if you have difficulties with that approach.

**Ms McLuhan:** Yes, I have great difficulties because I'm very skeptical about what all that would mean in practice.

**Mr. Laporte:** I don't see a real big difference between—and in some ways I think it would be more criminal for someone who does not resuscitate a patient who has never given consent to die and if someone does not resuscitate that person because they're going to die anyway, as opposed to a person who is saying they're still competent, they're dying, and they've decided the time is now.

**Ms McLuhan:** The doctors don't put orders to not resuscitate on a patient's chart unless the patient or the patient's family, in consultation with the doctors, has requested that, because it's kinder not to do so.

**Mr. Laporte:** But the patient himself might not have done that. Perhaps if the patient was competent they might have said that. In fact, perhaps she would have—

**Ms McLuhan:** If the patient is competent and wants a "do not resuscitate" order, then the doctors follow that request. If the patient is incompetent and the doctor and the family together decide that it is inappropriate to resuscitate granny, who's now really dying and should be left to die in peace, then that's what happens.

It's not a case of doctors deciding that a person should not be resuscitated and another person should. Perhaps I wasn't very clear when I talked about that subject.

**Mr. Laporte:** I know. It would seem to me that a patient who is incompetent—you're saying that in that case a family should be able to decide to not resuscitate this person, which I would suggest is euthanasia, that's acceptable. But someone

Donc, la personne doit être saine d'esprit. C'est la première condition. Ensuite, il faudrait que le patient lui-même ou la patiente elle-même utilise le mécanisme à sa disposition pour mettre fin à ses jours. Le médecin ne pourrait pas lui faire une piqûre. Il y aurait un bouton à presser ou quelque chose d'autre à faire pour s'enlever la vie.

Ce groupe s'est montré très prudent dans ses recommandations parce que de telles modifications ouvriraient un champ tout à fait nouveau. Selon lui, il ne faudrait pas aller plus loin.

**Mme McLuhan:** Mais est-ce que ce n'est pas la même chose que M. Kervorkian aux États-Unis avec sa machine à suicide? Il ne faudrait pas couper les cheveux en quatre. Le but est d'aider quelqu'un à se suicider. Je ne suis pas avocat, et je ne peux donc pas vous exposer mes vues en des termes juridiques.

**M. Laporte:** Je ne cherche pas à vous imposer mes vues. Tout ce que j'essaie de faire, c'est de définir vos paramètres, car l'approche qui nous a été proposée cet après-midi est différente de la législation concernant le droit de mourir, telle qu'elle existe aux États-Unis et aux Pays-Bas, je pense. Je voudrais savoir ce que vous pensez de cette approche.

**Mme McLuhan:** Elle pose pour moi un problème parce que j'ai énormément de doutes à propos de ce qui arriverait dans les faits.

**M. Laporte:** Je ne vois pas de différence énorme entre le fait de ne pas réanimer un patient qui n'a jamais consenti à mourir—et je trouve même que c'est à certains égards beaucoup plus criminel—sous prétexte qu'il va mourir de toute façon, et le fait d'aider quelqu'un qui dit avoir encore toute sa tête, vouloir mourir et avoir décidé que le temps est venu de mourir.

**Mme McLuhan:** Un médecin n'inscrit dans le dossier d'un patient qu'il ne faut pas le réanimer que si ce dernier ou sa famille, en consultation avec le médecin, a demandé qu'il en soit ainsi et ce, par compassion.

**M. Laporte:** Il se pourrait que le patient lui-même n'ait pas eu son mot à dire. Il aurait pu le faire s'il avait été compétent. En fait, le patient aurait peut-être...

**Mme McLuhan:** Si le patient est en pleine possession de ses facultés et tient à ce qu'on ne le réanime pas, alors le médecin accède à sa demande. Si le patient est incompetent et que le médecin et la famille décident ensemble qu'il ne servirait à rien de réanimer grand-mère, par exemple, qui est vraiment mourante et qui devrait mourir en paix, alors c'est ce qui se passe.

La question n'est pas de savoir qui les médecins devraient choisir de réanimer ou de ne pas réanimer. Je n'ai peut-être pas été très claire lorsque j'en ai parlé.

**M. Laporte:** Je sais. Selon vous, donc, une famille pourrait décider, dans le cas d'un patient qui ne peut pas le faire, de ne pas le réanimer, ce qui pour moi équivaut à de l'euthanasie. Quelqu'un par contre qui serait compétent et

[Texte]

who is competent and says they don't like the quality of their life—and people would agree that, yes, it's a poor quality of life—make the mental decision to end their own life. I would suggest that's a lower standard than you're putting forth with the "do not resuscitate" order.

**Ms McLuhan:** I'm suggesting that— I'm becoming confused now with where you are on this issue. I'm not suggesting that "do not resuscitate" orders constitute euthanasia. I'm suggesting that if the individual circumstances, as discussed between the patient and the patient's doctor or between the patient's doctor and the patient's family when the patient cannot follow the discussion, bring about a decision that to resuscitate this patient again would merely prolong the dying process and therefore the patient is not resuscitated, that is not euthanasia, to me; it's just allowing somebody to die naturally.

**Mr. Laporte:** From the point of view of the Campaign Life Coalition, would your position be based on or develop from Christian values and is that where the Campaign Life position is drawn from?

**Ms McLuhan:** Our position is based on all sorts of values. There are Christians, Catholics, Protestants, Jews, and people who have no religious faith whatsoever, and all those people have input into our philosophy and our platforms.

**Mr. Laporte:** Why then would you want to deny someone like Sue Rodriguez that right, who has obviously thought about this matter and has decided she wants to end her life at a certain point because of her illness, but won't be able to do so? Why would you want to deny her that right?

• 1810

**Ms McLuhan:** I don't believe she has a right in that sense, and if she is wanting to involve a second party in her suicide then I think that's extremely wrong and dangerous and we should not allow that.

**Mr. Laporte:** Why shouldn't she have that right?

**Ms McLuhan:** Everybody is going to die, so in essence I suppose everybody does have a right to die, but it has never before come up to the stage where we've suddenly decided that we now have the right to decide the time of our death. Certainly somebody who is as competent as Mrs. Rodriguez will probably find a way to die in the way she wishes.

However, as was said earlier, hard cases make very bad law, and I think it would be extremely dangerous for Canada to change the Criminal Code and all the laws surrounding assisted suicide in response to this one highly publicized and very emotional case.

**Mr. Laporte:** When we are putting in a criminal code, or any statute, there has to be some logic and some foundation in developing it. I guess I'm finding some inconsistency in your testimony regarding do not resuscitate orders, suicide, and Sue Rodriguez's case. With due respect I don't find it consistent. I'm having some difficulties in understanding exactly where you're coming from, and I don't think it flows logically.

[Traduction]

qui ne serait pas satisfait de sa qualité de vie—et les gens seraient d'accord pour dire que, oui, la qualité de sa vie laisse à désirer—pourrait donc en toute connaissance de cause décider d'en finir avec ses jours. Ce n'est pas tout à fait la même chose que ce que vous proposez en ce qui concerne l'ordre de «ne pas réanimer».

**Mme McLuhan:** Ce que je veux dire... Je commence à avoir de la difficulté à vous suivre. Je ne veux pas dire que l'ordre de «ne pas réanimer» constitue de l'euthanasie. Ce que je veux dire, en fait, c'est que si les circonstances particulières au patient, de la façon dont les voit le patient et son médecin ou le médecin du patient et sa famille si ce dernier ne peut pas suivre la conversation, justifient la décision de ne pas le réanimer parce que cela ne ferait que prolonger son agonie, et que le patient ne soit donc pas réanimé, ce n'est pas de l'euthanasie; on ne fait que lui permettre de mourir naturellement.

**M. Laporte:** Du point de vue de la *Campaign Life Coalition*, votre position serait-elle fondée sur des valeurs chrétiennes et n'est-ce d'ailleurs pas là le fondement de la position de la Coalition?

**Mme McLuhan:** Notre position s'inspire de toutes sortes de valeurs. Des chrétiens, des catholiques, des protestants, des Juifs et des agnostiques nous ont aidés à élaborer notre philosophie.

**M. Laporte:** Pourquoi donc voudriez-vous dénier ce droit à quelqu'un comme Sue Rodriguez qui, de toute évidence, a beaucoup songé à la question et décidé qu'elle voulait mettre un terme à sa vie à un moment donné à cause de sa maladie, mais ne pourra pas le faire? Pourquoi lui refuseriez-vous ce droit?

**Mme McLuhan:** Je ne pense pas que ce droit lui revienne, et elle aurait tort de vouloir impliquer un tiers dans son suicide. Ce serait extrêmement dangereux et nous ne devrions pas le permettre.

**M. Laporte:** Pourquoi ce droit ne devrait-il pas lui être conféré?

**Mme McLuhan:** Tout le monde meurt un jour et je suppose donc que chacun a le droit de mourir, mais personne n'a jusqu'à maintenant revendiqué le droit de décider du moment de sa mort. Je suis certaine que quelqu'un d'aussi compétent que Mme Rodriguez trouvera probablement un moyen de mourir de la façon dont elle le souhaite.

Cependant, comme on l'a dit tout à l'heure, les causes difficiles donnent lieu à de mauvaises lois, et je pense qu'il serait extrêmement dangereux pour le Canada de modifier le Code criminel et toutes les lois entourant les cas d'aide au suicide en réponse à cette sale affaire dont les médias se sont emparés et qui est très émotionnelle.

**M. Laporte:** Lorsque l'on se propose d'ajouter une nouvelle disposition au Code criminel ou d'adopter une nouvelle loi, il faut procéder avec logique. Je trouve un peu contradictoire votre témoignage au sujet des ordres de ne pas réanimer, du suicide et de l'affaire Sue Rodriguez. Soit dit sans vouloir vous offenser, je trouve que vos arguments ne se tiennent pas. J'ai de la difficulté à comprendre ce que vous voulez dire au juste et je ne vois pas la logique de tout cela.

[Text]

**Ms McLuhan:** I'm sorry. I guess we'll just have to agree to disagree because I can't find any inconsistencies.

Do you have anything to add to that, Cheryl?

**Ms Eckstein:** Which question were we addressing here? It went into several.

**Ms McLuhan:** Do you find the position inconsistent on "do not resuscitate" orders, and so forth.

**Ms Eckstein:** From what I understand, from the doctors I have consulted with, for instance you're not going to resuscitate somebody who is in their obvious last hours of life. You're not going to force-feed them when they are in their last hours. You have to watch this very carefully. You're not going to—

**Mr. Laporte:** That's euthanasia.

**Ms Eckstein:** That is not euthanasia. Euthanasia is making someone die; it is not allowing someone to die.

**Mr. Laporte:** Is the Nancy B. situation euthanasia?

**Ms McLuhan:** The Nancy B. situation was a case of a competent person exercising her right to have treatment withdrawn.

**Mr. Laporte:** Is that euthanasia?

**Ms McLuhan:** Not under those terms, no.

**Ms Eckstein:** Euthanasia in Greek means "good death". Today, from the Right to Die Society, it is help with a good death. It is certainly not that in Greek.

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

**Mr. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell):** Mr. Chairman, I've listened with interest to the recent line of questioning. I apologize that I wasn't here immediately after the vote. There's another committee going on right now, or several of them going on today in particular.

First of all, in terms of someone receiving treatment against their will, that's illegal right now, isn't it? I, if I were a doctor, could not inflict treatment on someone who doesn't want it.

**Ms Eckstein:** That is true.

**Mr. Boudria:** It's a criminal conviction to even attempt to that, is it not?

**Ms Eckstein:** That's true.

**Mr. Boudria:** There's no question as to whether or not someone will be forced to receive a treatment that they don't want, or that they have expressly said that they don't want. Am I correct?

**Ms McLuhan:** Correct.

**Mr. Boudria:** All right. So that debate is really is a non issue. It's just not there; it doesn't exist right now. That is already taken care of in the Criminal Code.

• 1815

I want to get into this whole business of what people, particularly those in the medical profession, can or can't do and what effect that could have on trust. I think that's an important issue.

[Translation]

**Mme McLuhan:** Je suis désolée, mais je pense que nous devrions nous contenter de ne pas être d'accord, parce que je ne vois aucune contradiction dans ce que je viens de dire.

Auriez-vous quelque chose à ajouter, Cheryl?

**Mme Eckstein:** De quoi parlions-nous au sujet? On a posé plusieurs questions.

**Mme McLuhan:** Pensez-vous que nous manquons de cohérence au sujet des ordres de «ne pas ressusciter» et ainsi de suite?

**Mme Eckstein:** D'après ce que je crois savoir, d'après les médecins que j'ai consultés, par exemple, on ne va pas réanimer quelqu'un qui de toute évidence en est aux dernières heures de sa vie. On ne va pas nourrir un mourant de force. Il faut faire preuve de grande prudence. On ne va pas...

**M. Laporte:** C'est de l'euthanasie.

**Mme Eckstein:** Non, ce n'en est pas. L'euthanasie consiste à procurer la mort à quelqu'un, à lui permettre de mourir.

**M. Laporte:** Est-ce que c'était de l'euthanasie dans le cas de Nancy B.?

**Mme McLuhan:** Nancy B. était une personne compétente qui a exercé le droit qui lui revenait de ne plus être traitée.

**M. Laporte:** Est-ce de l'euthanasie?

**Mme McLuhan:** Non, pas en ce sens.

**Mme Eckstein:** Euthanasie, en grec, veut dire «bonne mort». Aujourd'hui, la Right to Die Society y voit une aide à bien mourir. Ce n'est certainement pas ce que veut dire le mot en grec.

**Le président:** Merci infiniment.

**M. Boudria (Glengarry—Prescott—Russell):** Monsieur le président, j'ai écouté avec intérêt les dernières questions qui ont été posées. Je regrette de ne pas avoir pu venir immédiatement après le vote. Il y a un autre comité qui siège actuellement. En fait, plusieurs d'entre eux siègent aujourd'hui.

Tout d'abord, il serait illégal aujourd'hui de traiter quelqu'un contre son gré, n'est-ce pas? Si j'étais médecin, je ne pourrais pas infliger à un patient des soins dont il ne veut pas.

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

**M. Boudria:** Je pourrais même être accusé d'un acte criminel si j'essayais de le faire, n'est-ce pas?

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

**M. Boudria:** Donc, aucune personne ne pourrait être forcée de recevoir des soins dont elle ne veut pas ou dont elle a dit expressément qu'elle ne voulait pas. Ai-je raison?

**Mme McLuhan:** Oui.

**M. Boudria:** Parfait. Ce débat n'a donc pas sa raison d'être. Il n'y aurait donc pas lieu d'ajouter quoi que ce soit au Code criminel.

Je voudrais en venir à la question de savoir ce que les gens, notamment les médecins, peuvent ou ne peuvent pas faire et j'aimerais que nous parlions de l'incidence de tout cela sur la confiance. Je pense que c'est une question importante.

[Texte]

Holland, which I happen to think is a very fine country, has taken on an issue here which is certainly very bad in my opinion. Several reports have been written in Holland. I have one here by a Dr. Richard Fenigsen saying many elderly people will inquire and obtain assurance euthanasia is not practised before they enter a treatment facility there. They are afraid of what will happen to them if they go to a particular facility. So I see it has had an effect on trust, at least from these reports.

**Ms McLuhan:** Yes— widespread.

**Mr. Boudria:** Would you comment on that please?

**Ms McLuhan:** Well, I think it's obvious in a sense. You go to a doctor who you hope will heal you. When you have been advised you really cannot be healed and you are dying, you hope that doctor will care for you compassionately, keep you as pain free as possible, make sure your other emotional needs are met and your family's around you.

Then you have a situation where, instead of having all this happening for dying people, the whole emphasis is turned around. The doctor's a healer as long as you're healthy, but as soon as you're unhealthy and the option is euthanasia or killing, you've turned that healer into a killer. No wonder people are skeptical about going to doctors.

**Ms Eckstein:** The doctors do not want to be killers.

**Mr. Boudria:** I'm sure that's largely the case.

**Ms Eckstein:** We're very fortunate in Canada where the thinking is more toward palliative care. We're very fortunate to have someone like Dr. John Scott from the palliative medicine right here in the University of Ottawa. These are important people to consult with.

I regretted hearing about this push toward making a decision here and now. Let's deal with Sue Rodriguez and then we'll deal with the legal issues afterwards. Where do you get such a big eraser to take this out of the books and change it once it's in there? Then we have to think about the competency of Sue Rodriguez right now, emotionally as well as physically.

**Mr. Boudria:** You just mentioned something about palliative care. There seems to be a rather interesting correlation between the absence of good palliative care and the propensity of a particular society to avail itself of this so called device, namely, euthanasia.

**Ms McLuhan:** The palliative care situation in Holland is pretty non-existent, and the attention to pain control is very poor also. Under those circumstances, somebody who is suffering great pain is obviously going to be looking toward euthanasia as an option. Who would blame them? So it seems from the Dutch experience, when euthanasia is up front for anybody who wants it, and certainly for some people who don't want it, they pay very little attention to caring for dying people.

**Mr. Boudria:** That's exactly the point I was going to make. From the information I received England, for instance, is the exact opposite. It probably has some of the best palliative care anywhere in the world and, in fact, the whole euthanasia debate is virtually non-existent.

[Traduction]

La Hollande, dont je pense le plus grand bien, a adopté une position qui selon moi est très néfaste. Plusieurs rapports ont été rédigés dans ce pays. J'en ai un ici dans lequel le D<sup>r</sup> Richard Fenigsen dit que de nombreuses personnes âgées veulent obtenir l'assurance avant d'entrer dans un établissement de soins que l'euthanasie n'y est pas pratiquée. Elles ont peur de ce qui pourrait leur arriver dans certains établissements. Cette politique a donc eu une incidence sur la confiance, à en juger du moins par ces rapports.

**Mme McLuhan:** Oui... très profonde.

**M. Boudria:** Auriez-vous des commentaires à faire?

**Mme McLuhan:** Je pense qu'en un sens, les choses se passent d'explications. Vous allez voir un docteur dans l'espoir qu'il vous guérisse. Lorsqu'on vous apprend que vous souffrez d'une maladie incurable et que vous allez mourir, vous espérez que le médecin vous traitera avec compassion, fera tout ce qu'il peut pour que vous souffriez le moins possible, veillera à ce qu'on réponde à vos autres besoins émotionnels et s'assurera que vous êtes entouré de votre famille.

Puis, imaginez l'inverse. Le médecin est un guérisseur tant que vous êtes en santé, mais dès que votre santé se détériore et que la seule solution qui reste soit l'euthanasie, le guérisseur se transforme en un tueur. Il n'est donc pas surprenant que les gens hésitent à consulter un médecin.

**Mme Eckstein:** Les médecins répugnent à tuer.

**M. Boudria:** Je suis certain que c'est le cas la plupart du temps.

**Mme Eckstein:** Nous avons l'immense chance au Canada de pouvoir compter sur des soins palliatifs. Nous pouvons nous compter chanceux d'avoir quelqu'un comme le D<sup>r</sup> John Scott qui pratique la médecine palliative ici même à l'Université d'Ottawa. Ce sont des gens importants à consulter.

J'ai été désolée de voir qu'on voulait qu'une décision soit prise sur-le-champ. Occupons-nous de Sue Rodriguez, puis nous passerons aux questions juridiques. Où allez-vous trouver une gomme assez grosse pour effacer un texte juridique aussi important? Par ailleurs, il faut songer à la compétence de Sue Rodriguez à l'heure actuelle, sur le plan émotif et physique.

**M. Boudria:** Vous venez de mentionner quelque chose au sujet des soins palliatifs. Il semble y avoir un lien plutôt intéressant entre l'absence de bons soins palliatifs et la propension d'une société donnée à se prévaloir de ce qu'on appelle l'euthanasie.

**Mme McLuhan:** Les soins palliatifs existent à peine en Hollande, et très peu de recherches sont faites sur la maîtrise de la douleur. Dans ces circonstances, il va de soi qu'une personne souffrant énormément se tourne vers l'euthanasie. Qui pourrait l'en blâmer? À en juger par l'expérience des Hollandais, lorsque l'euthanasie est offerte à tous ceux qui la souhaitent, et même à certaines personnes qui n'en veulent pas, on se préoccupe très peu du sort des mourants.

**M. Boudria:** C'est exactement ce que je voulais faire ressortir. D'après les renseignements que j'ai obtenus, la situation est tout à fait l'inverse en Angleterre par exemple. C'est probablement dans ce pays que sont offerts les meilleurs soins palliatifs au monde et, en fait, il n'y est presque jamais question d'euthanasie.

[Text]

[Translation]

• 1820

**Ms McLuhan:** Yes, I gather.

**Ms Eckstein:** Could I interject here for a moment? Because we're talking about palliative care, I would really appreciate to quote Dr. John F. Scott, and I would recommend to this committee before they go any further to get a copy of "Lamentation and Euthanasia" by John F. Scott. It's in *Humane Medicine*, page 116 and following, volume 8, No. 2, April 1992.

**Mr. Boudria:** Excuse me. Do you have that document there?

**Ms Eckstein:** I have a fairly marked-up one, but I could get a clean copy.

**Mr. Boudria:** Thank you.

**Ms Eckstein:** Let me quote him very quickly. This is Dr. John F. Scott:

Canadians must not believe the lie that they are faced with a choice between a quick good death and a slow painful death. Hospice and palliative care have demonstrated to the world that the pain and other symptoms of advanced disease can be relieved. Certainly Canada still has much unrelieved suffering, but most of this springs from lack of provincial government policy and funding for palliative care. The pain and other symptoms of terminal illness can be relieved through a strategy of education, research, and increased bedside services.

**Mr. Boudria:** He runs the largest palliative health care centre in the country, doesn't he?

**Ms Eckstein:** That's correct. What we're talking about is on-hands care, compassionate care. Compassion is helping the person to live and to affirm his or her life. Compassion does not mean helping to die by killing.

**Mr. Boudria:** Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** On behalf of all the members, I want to thank you for putting your brief together and taking the time to come out and present it to us. I've heard many witnesses, over many years, and there is none who has done any better than you have today. Thank you ever so much.

**Ms McLuhan:** Thank you.

**Ms Eckstein:** Thank you.

**The Chairman:** We stand adjourned.

**Mme McLuhan:** C'est l'impression que j'ai moi aussi.

**Mme Eckstein:** Me permettez-vous de vous interrompre un instant? Parce que nous parlons de soins palliatifs, j'aimerais beaucoup vous citer le D<sup>r</sup> John F. Scott, et je recommanderais d'ailleurs au comité de se procurer une copie de son article intitulé «Lamentation and Euthanasia» avant d'aller plus loin. Il a été publié dans *Humane Medicine*, xxx pages 116 et suivantes, volume 8, numéro 2, en avril 1992.

**M. Boudria:** Excusez-moi. Avez-vous ce document ici?

**Mme Eckstein:** J'en ai une copie que j'ai beaucoup annotée, mais je pourrais vous en procurer une plus propre.

**M. Boudria:** Merci.

**Mme Eckstein:** Permettez-moi de le citer très brièvement. Voici donc ce qu'a à dire le D<sup>r</sup> John F. Scott:

Les Canadiens ne doivent pas croire ceux qui leur affirment qu'ils ont le choix entre une bonne mort rapide et une mort lente et douloureuse. Les soins palliatifs auront permis de démontrer au monde qu'il est possible de soulager la douleur et d'autres symptômes associés à une maladie avancée. Certes, bien des Canadiens continuent à souffrir, mais cela est en grande partie attribuable à l'absence d'une politique provinciale et de fonds pour les soins palliatifs. L'éducation, la recherche et des services personnalisés permettraient de soulager la douleur et d'autres symptômes associés à une maladie sans issue.

**M. Boudria:** Il administre le plus grand établissement de soins palliatifs au Canada, n'est-ce pas?

**Mme Eckstein:** C'est exact. Ce dont il est question ici, c'est de soins personnalisés et humanitaires. La compassion aide la personne à vivre et à s'affirmer. Compassion ne veut pas dire aider quelqu'un à mourir.

**M. Boudria:** Merci, monsieur le président.

**Le président:** Au nom de tous les membres du comité, je vous remercie d'avoir rédigé un mémoire et d'avoir pris le temps de venir nous le présenter. Nous avons entendu de nombreux témoins au cours des ans et je pense que jamais jusqu'à maintenant personne ne s'en était tiré aussi bien que vous. Merci infiniment.

**Mme McLuhan:** C'est moi qui vous remercie.

**Mme Eckstein:** Merci.

**Le président:** 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***From the Canadian Medical Association:*

Dr. Ronald F. Whelan, President;  
Dr. J. Noel Doig, Chairman, Ethics Committee;  
Dr. John R. Williams, Ph.D., Director, Ethics and Legal  
Affairs;  
Carole Lucock, Assistant Director, Ethics and Legal Affairs.

*From The Right to Die Society of Canada:*

John Hofsess, Executive Director;  
Christopher Considine, Barrister & Solicitor.

*From the Campaign Life Coalition:*

Sue Hierlihy, Director, Public Affairs.

*From Compassionate Healthcare Network:*

Cheryl Eckstein, Chief Executive Officer.

**TÉMOINS***De l'Association médicale canadienne:*

D<sup>r</sup> Ronald F. Whelan, président;  
D<sup>r</sup> J. Noel Doig, président, Comité d'éthique;  
D<sup>r</sup> John R. Williams, directeur, Département d'éthique et  
affaires juridiques;  
Carole Lucock, Directrice adjointe, Département d'éthique et  
affaires juridiques.

*De The Right to Die Society of Canada:*

John Hofsess, directeur exécutif;  
Christopher Considine, avocat.

*De Campaign Life Coalition:*

Sue Hierlihy, directrice, Affaires publiques.

*De Compassionate Healthcare Network:*

Cheryl Eckstein, directeur général.