



AQDMD

Association québécoise
pour le droit de mourir
dans la dignité

**Consultations particulières et auditions publiques
sur le projet de loi n° 38,
Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie
et d'autres dispositions législatives –**

Assemblée nationale du Québec

**MÉMOIRE DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
POUR LE DROIT
DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ
(AQDMD)**

31 mai 2022

Présenté au nom du conseil d'administration
par le docteur Georges L'Espérance, neurochirurgien,
Président de l'AQDMD et praticien de l'aide médicale à mourir.

Montréal, le 31 mai 2022

Mesdames, messieurs les député/es de l'Assemblée nationale,

L'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD) tient d'abord à vous remercier pour l'invitation à cette commission d'étude du projet de loi 38.

Mon nom est Georges L'Espérance, président de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD), association citoyenne dont la mission est de:

(d'œuvrer) pour assurer que les lois permettent à chaque citoyen de choisir et d'obtenir des soins de fin de vie, dont l'aide médicale à mourir, conformes à sa conception personnelle de dignité. (<https://aqdmd.org/>)

L'AQDMD est d'ailleurs subventionnée depuis maintenant deux ans par une généreuse contribution du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale via le Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales (SACAIS)¹.

Au nom de tout le conseil d'administration de l'association, le présent mémoire vous est remis pour fins de discussion sur quelques aspects précis du projet de loi.

À titre de président qui représente notre conseil d'administration, mon propos sera marqué par trois sources :

1 - toutes les questions du public et des patients que je reçois quotidiennement à titre de président et répondant de l'association;

2 – les questionnements des médecins prestataires qui sont soulevées dans notre forum internet fondé par le Dr Pierre Viens, espace strictement confidentiel de discussions médicales;

3- ma propre expérience comme neurochirurgien et médecin prestataire de l'aide médicale à mourir;

En guise d'introduction, je tiens à souligner le remarquable travail du groupe transpartisan qui a produit le rapport sur l'évolution de la loi et à remercier du fond du cœur le ministre Dubé et son équipe d'avoir rapidement proposé ce projet de loi. Je remercie aussi tous les députés qui ont accepté de siéger sur cette commission et de faire un travail législatif de fond pour que l'élargissement de la loi devienne réalité.

N'étant ni législateur ni juriste, je ne m'attarderai pas sur les aspects juridiques du projet de loi, mais j'insisterai sur les aspects médicaux et pratiques.

¹ Dans le cadre du Programme de soutien financier aux orientations gouvernementales en action communautaire et en action bénévole.

I. Les notes explicatives du projet de loi.

A. Nous sommes totalement en accord avec l'exclusion temporaire des problématiques de **santé mentale** bien que les troubles de santé mentale représentent une maladie réelle et qui amènent des souffrances réelles, parfois intolérables et résistantes à tout traitement.

Toutefois, exclure la santé mentale indéfiniment ne peut que conduire à des contestations juridiques, processus lourd et inacceptable pour les patients touchés. Par contre, le gouvernement fédéral a introduit l'exclusion de la santé mentale par C-7 dans le code criminel, une clause dite crépusculaire qui prend fin au 18 mars 2023 et il faudra y revenir dans les prochains mois.

- Il faudra élaborer avec les experts, les patients et les familles, les critères médicaux nécessaires pour l'AMM chez les personnes aux prises avec un problème de santé mentale grave, récidivant et résistant à toute thérapie.
- Ces personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont tout aussi souffrantes que celles avec des pathologies physiques, quoique cela soit moins facilement objectivable. C'est pourquoi il faut se donner le temps de bien faire les choses : opinions d'experts (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, intervenants de la rue en itinérance), revue des données probantes (déjà faite au niveau fédéral), consultation des groupes communautaires.

J'ajoute qu'il est essentiel de garder un interdit absolu et définitif sur les personnes vivant avec un déficit intellectuel qui ne leur permet pas d'exercer leur libre arbitre.

B. Inclusion des Infirmières praticiennes spécialisées (IPS)

Nous nous réjouissons au plus haut point de cette modification qui haussera les québécois au même niveau d'accessibilité que tous les Canadiens, non seulement en région éloignée mais aussi en plein centre-ville de Montréal.

C. Inclusion des maisons de soins palliatifs.

Nous sommes très heureux de cette précision du ministre qui corrige ainsi une anomalie de la loi 2 introduite en 2014 pour faciliter l'adoption de la loi et sous l'influence du lobby catholique. Plusieurs maisons de soins palliatifs ont depuis révisé leur position et c'est heureux. L'AMM est un acte médical qui fait partie des soins de fin de vie et doit être reconnu comme tel par les maisons de soins palliatifs dont la plupart, sinon la totalité, bénéficient d'un financement public qui est de l'ordre de 70%, selon les données disponibles, ce qui de facto, les classe comme établissements publics.

Comme plusieurs de mes collègues, j'ai eu à évaluer des patients en maisons de soins palliatifs et j'ai dû expliquer au demandeur et à sa famille que nous devions le sortir le jour ou la veille du soin, mourant ou très détérioré, souvent en hiver, et le transporter en ambulance à l'hôpital, loin des soignants qui l'avaient soutenu pendant des semaines. Je vous laisse le soin d'apprécier la qualité de cette charité chrétienne...

II. Les articles du projet de loi

Mes commentaires seront en référence à la numérotation des articles du projet de loi 38. Il est implicite que ne sont pas mentionnés les articles avec lesquels nous sommes en accord complet.

Article 9 : maisons de soins palliatifs.

- Donner 6 mois de délai aux administrateurs et au personnel soignant pour actualiser .

Article 13 : modifications aux articles 26 et 27 de la loi 2.

- 26, 3^e. L'inclusion du terme « *handicap neurolocomoteur* » : j'y reviendrai à la fin.
- 27 et 27.1. Le tiers signataire. « *Ne peut avoir un intérêt financier dans le patrimoine* ».

Nous avons parfois affaire à des personnes seules ou des couples seuls, sans enfants ni famille. Rares sont les personnes qui ont un patrimoine très important. Et souvent le demandeur n'a qu'une personne qui hérite de ses biens, la plupart du temps modeste, tel un appartement, une petite maison ou un chalet et un restant de bilan financier. Je ne suis pas juriste, mais pourquoi ne pas ajouter le terme « *intérêt financier significatif* » ? Tout clinicien et juriste pourra comprendre ce que signifie le terme « *significatif* ».

Article 15 : Modification de l'article 29 de la loi 2 (Qc)

- 15. c) handicap : je reviendrai sur ce sujet.

Article 16 : Ajout à l'article 29 de la loi 2 (Qc)

Nous suggérons, si cela est possible sur les plans législatif et légal, de faire deux sections distinctes afin de clarifier l'énoncé de la loi, tant pour les médecins que pour les demandeurs :

- A- Dispositions en regard de la formulation de demande anticipée. Articles 29.1 à 29.10
- B- Dispositions en regard de la mise en œuvre de la demande anticipée : les autres articles.

Par ailleurs, quelques commentaires sur les articles de cette section.

- **29.2 – 2^e alinéa.** Nous sommes d'accord avec cette formulation. Certains ont émis l'idée, qui se défend, d'inclure une liste de symptômes ou signes ou conditions que le demandeur pourrait cocher. Je crois qu'il s'agit ici d'une bonne proposition, mais qui doit relever, non pas de la loi, mais d'un « guide de pratique » à élaborer par un comité ad hoc de médecins, IPS, travailleurs sociaux, représentants de demandeurs. Ce guide ne devrait servir que de feuille de route en quelque sorte afin d'aider nos patients.
- Je me permets d'ajouter que le reste de **29.2** est impeccable au plan clinique et facilement gérable.
- Je comprends de **29.4** que le ministre se veut moins catégorique que le rapport du comité transpartisan et n'oblige pas à la nomination d'un tiers de confiance. Je dois dire que cela répond à des objections qui m'ont été faites par des membres de l'AQDMD même si, en ce qui me concerne, cet intermédiaire me paraît souhaitable et ce afin de veiller aux intérêts exprimés du demandeur.
- **29.6.** Si cet article signifie qu'il n'y a pas d'obligation d'acte notarié, mais seulement une déclaration devant témoins, je suis d'accord car la question des coûts d'un notaire revient régulièrement dans les renseignements qu'on me demande.

Et la même remarque que je faisais plus haut sur les tiers avec intérêt financier significatif s'applique ici aussi.

- **29.15, 2^o.** Afin d'éviter toute ambiguïté, plusieurs membres du CA suggèrent d'ajouter la précision suivante:

« **Dans le cas d'une personne encore apte**, tout refus de recevoir ... etc.. »
- Tout le reste de cet ajout de **29** apparaît très pertinent et satisfaisant. À une seule interrogation près : je comprends que le tiers de confiance avertit l'équipe soignante et c'est très bien.

- Par contre, s'il n'y a pas de tiers de confiance, le mandat de vérification revient au professionnel de la santé, ce qui revient à placer dans les mains d'un seul intervenant une décision éminemment personnelle. Il y a ici un risque d'aveuglement volontaire.
- Afin de protéger les droits du demandeur, je suggère que la demande anticipée d'AMM versée au registre soit obligatoirement revisitée aux 6 mois par deux professionnels de la santé, indépendants l'un de l'autre.

Article 17 : Substitution de l'article 30 de L-2 (Qc)

- 30.1. Nous suggérons de clarifier ce point en ajoutant à la fin : «...du refus de recevoir cette aide manifesté par la personne **encore apte.** ».

Ne pas indiquer cette précision reviendrait dans certains cas à nier la demande anticipée.

- 30.2. Faire une précision s'il s'agit d'un refus chez une personne encore apte et l'autre situation d'une personne devenue inapte auquel cas la modification suggérée ci-dessous viendrait s'ajouter.
- 30.2. Nous suggérons ici l'ajout d'un équivalent de l'article 241.2 (3.3) du code criminel canadien sur le renoncement au consentement final :

(3.3) Précision :

Il est entendu que des paroles, des sons ou des gestes involontaires en réponse à un contact ne constituent pas une manifestation de refus ou de résistance pour l'application.

Article 23 : Modification de l'article 39 (qui porte sur la CSFV)

- Qu'est ce qui justifie l'ajout de 2 membres et des coûts ainsi impliqués?
- Pourquoi ne pas plutôt réduire la CSFV à des cliniciens actifs en AMM ou qui l'ont été (médecins et IPS), et à du personnel administratif compétent en statistiques ?

Les articles 24 à 36 du PL 38 ne sont pas de notre ressort.

III. Dernier point, même s'il a été retiré du projet de loi.

La question de « maladie, handicap ou affection. »

Je tiens ici à remercier sincèrement le ministre d'avoir été à l'écoute des demandes de l'ensemble des médecins prestataires d'AMM. À l'instar de mes collègues prestataires et aussi de quelques appels que j'ai reçus du public, je ne peux que déplorer le retrait de cette modification dans le projet de loi.

Même si le Collège des médecins a réaffirmé son appui aux médecins prestataires s'ils suivent les critères du code criminel, la situation actuelle crée un malaise chez certains en particulier en raison de l'interprétation étroite que fait de ce critère la Commission des soins de fin de vie et la menace qu'elle fait indûment et faussement peser sur ces mêmes médecins, diminuant ainsi une accessibilité par ailleurs reconnue dans le reste du Canada.

La maladie, handicap ou affection

Selon le Petit Robert, 2012, une maladie est une « *altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme une entité définissable.* »

Selon le Larousse, une maladie est une « *altération de la santé, des fonctions des êtres vivants (animaux et végétaux), en particulier quand la cause est connue (par opposition à syndrome).* »

Ici, le soussigné se prononce comme médecin : un handicap, par exemple une lésion médullaire est une maladie au sens strict et qui génère bien évidemment une situation de handicap. De priver des patients d'un droit reconnu en raison d'une objection sémantique nous paraît très éloigné de la compassion et la compréhension que doit nous inspirer notre ouverture sociale et notre devoir d'altérité.

L'argument avancé que la question du « *handicap* » n'a pas été discutée au Québec ne correspond pas à la réalité. En tout respect et avec égards, je m'inscris en faux contre cette affirmation pour les raisons factuelles suivantes et comme neurochirurgien dont c'est le domaine de pratique en bonne partie, je me dois de réagir au nom de la majorité de mes collègues prestataires, sinon la totalité, et par le fait même de nos patients.

A – Définitions.

Handicap : *Limitation d'activité ou restriction de la participation à la vie en société subie par une personne en raison d'une altération d'une fonction ou d'un trouble de santé invalidant.*
(Le Robert)

Toute maladie peut conduire à un handicap, temporaire ou permanent.

Mais à l'inverse : tout handicap provient d'une maladie, que ce soit in utero, à l'accouchement, pendant l'enfance, suite à un traumatisme, etc.

- M. Truchon souffrait d'une triplégie secondaire à une encéphalopathie néonatale, donc une anoxie in utero.
- Mme Gladu souffrait d'un handicap secondaire à une poliomyélite et à sa réactivation par syndrome post-poliomyélitique.
- Toute personne atteinte d'un déficit neuromoteur à la naissance a souffert d'une encéphalopathie anoxique néonatale ou in utero ou encore d'une malformation encéphalique d'étiologie génétique.

- Un blessé médullaire (quadriplégie ou paraplégie) a souffert par définition d'un traumatisme ostéo/médullaire avec compression de la moelle et ischémie subséquente, souvent hémorragique et contusionnelle, donc une maladie ischémique, tout comme un infarctus.
 - ✓ Un exemple d'incongruité que cela génère : un patient quadriplégique par syringomyélie sera admissible, mais pas celui qui le serait devenu par traumatisme.
- Tout traumatisé crânien sévère avec séquelles sévères et handicaps a souffert par définition de contusions cérébrales le plus souvent hémorragiques, parfois ischémiques, et toujours compressives par œdème.

J'ajoute qu'aucun médecin ne répondrait à une demande d'AMM d'un adulte blessé médullaire avant une période reconnue de réadaptation qui s'échelonne sur plusieurs années.

Je pourrais multiplier les exemples longtemps mais ce serait redondant.

Pour quelles raisons devriez-vous faire dès maintenant cette modification ?

1 – On comprend tous que la loi 2 du Québec, adoptée en juin 2014, était pionnière et devait faire face au code criminel (fédéral) article 241, donc devait rester dans les limites étroites de ses compétences en santé. À ce titre, se limiter à « une maladie » et à « la fin de vie » s'avérait une stratégie intelligente et d'avant-garde à ce moment.

2- Par contre, et ultérieurement, les termes employés dans la décision Carter/Taylor de la Cour suprême, datée du 6 mai 2015 sont plus inclusifs. On doit prendre note que la Cour suprême n'a jamais limité sa décision au terme de « *maladie* » mais a toujours parlé de « *problème de santé* » et dans sa conclusion de « *maladie, handicap ou affection.* » Pas plus d'ailleurs que la Cour suprême n'a fait de catalogue de conditions qui donnerait ouverture à l'AMM.

Signalons que dans les parties défenderesses se trouvait, outre le gouvernement du Canada et celui de Colombie-Britannique, le **Conseil des Canadiens avec déficiences**, parmi 25 autres intervenants. (Nos soulignés)

[66] (...) La réaction d'une personne à des problèmes de santé graves et irrémédiables est primordiale pour sa dignité et son autonomie. La loi permet aux personnes se trouvant dans cette situation de demander une sédation palliative, de refuser une alimentation et une hydratation artificielles ou de réclamer le retrait d'un équipement médical de maintien de la vie, mais leur nie le droit de demander l'aide d'un médecin pour mourir. (...) Et en laissant des personnes comme M^{me} Taylor subir des souffrances intolérables, elle empiète sur la sécurité de leur personne.

[86] (...) Comme nous l'avons vu, l'objet de la loi est d'empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse. (...) Il s'ensuit que la restriction de leurs droits n'a, dans certains cas du moins, aucun lien avec l'objectif de protéger les personnes *vulnérables*. (...)

[115] (...) D'un point de vue logique, il n'y a aucune raison de croire que les blessés, les malades et les handicapés qui peuvent refuser un traitement vital ou un traitement de maintien de la vie, demander le retrait de l'un ou l'autre traitement, ou encore réclamer une sédation palliative, sont moins vulnérables ou moins susceptibles de prendre une décision faussée que ceux qui pourraient demander une assistance plus active pour mourir. Les risques dont parle le Canada font déjà partie intégrante de notre régime médical.

Conclusion de la Cour suprême du Canada

(Rappelons que cette décision est à l'unanimité et signée « La Cour ».)

(147) Le pourvoi est accueilli. Nous sommes d'avis de prononcer le jugement déclaratoire suivant, dont la prise d'effet est suspendue pendant 12 mois :

L'alinéa 241 b et l'art. 14 du Code criminel portent atteinte de manière injustifiée à l'art. 7 de la Charte et sont inopérants dans la mesure où ils prohibent l'aide d'un médecin pour mourir à une personne adulte capable qui (1) consent clairement à mettre fin à sa vie; et qui (2) est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition.

3 – Comme tous le savent, suite à cette décision, le fédéral a donc modifié l'article 241 du code criminel le 17 juin 2016. Les termes sont très clairs et sont ceux de la Cour suprême :

Critères d'admissibilité relatifs à l'aide médicale à mourir

241.2 (1) c) *elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;*

Problèmes de santé graves et irrémédiables

(2) *Une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères suivants :*

a) *elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables;*

b) *sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;*

c) *sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;*

Le Canada hors-Québec, médecins, IPS et patients, fonctionne avec cette définition de 2016 à 2021.

Et surtout, nous constatons tous que ni la Cour suprême, ni le fédéral n'ont fait une liste de maladies, de handicaps ou de conditions de santé. Les termes sont très clairs, universels et ont permis aux médecins du Canada hors-Québec d'éviter les discussions byzantines au détriment des demandeurs.

4 - Décision de Madame la Juge Christine Baudouin du 11 septembre 2019 (Cause Gladu/Truchon, demandeurs, contre La Reine, Cour supérieure du Québec)

Encore une fois, vous le savez tous, cette cause a porté sur les notions de fin de vie et de mort naturelle raisonnablement prévisible. Mais les gouvernements du Canada et du Québec, défenseurs dans cette cause, ont fait témoigner des représentants des groupes de personnes handicapées, groupes qui étaient aussi représentés à titre de groupes présents comme « parties intervenantes » : *Vivre dans la dignité, l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, le Conseil des canadiens avec déficiences.*

Dans son jugement, Madame la Juge Baudouin rappelle que :

[17] M. Truchon, aujourd'hui âgé de 51 ans, est atteint depuis sa naissance d'une paralysie cérébrale spastique avec triparésie. Cette condition le laisse complètement paralysé, à l'exception de son bras gauche qui est fonctionnel et qui lui permet jusqu'en 2012 de vaquer à certaines tâches de la vie quotidienne et de se déplacer en fauteuil roulant.

[241] Le Tribunal retient que le procureur général considère qu'une personne âgée, malade ou handicapée est vulnérable, ainsi que toute personne qui pourrait être incitée à mettre fin à ses jours dans un moment de faiblesse, qui est suicidaire ou qui ne peut exercer un choix libre et éclairé concernant les décisions à prendre quant à sa santé. (...)

[243] La question de la vulnérabilité a été abordée par plusieurs experts du procureur général de manière plus ou moins précise. (...) Le procureur général aborde cette notion en trois catégories distinctes : les personnes vulnérables en lien avec leur handicap physique ou leur déficience intellectuelle, les personnes vulnérables au suicide et, finalement, celles qui souffrent d'une condition psychiatrique.

[245] Les experts des demandeurs abordent la question des personnes vulnérables de manière plus générale et soutiennent que ce concept demeure très difficile, voire impossible à cerner, puisque la vulnérabilité peut se définir de plusieurs façons en fonction de différents facteurs physiques, psychologiques, socio-économiques ou autres.

[249] Bien que cela puisse paraître relever du truisme, le Tribunal retient essentiellement que chaque être humain, peu importe ses caractéristiques propres, a le potentiel d'être ou de devenir vulnérable à un moment donné ou un autre dans sa vie.

[250] (...) Toutefois, même si certaines de ces personnes apparaissent très vulnérables en raison de leur condition de santé, elles peuvent néanmoins se révéler tout à fait aptes à consentir à recevoir l'aide médicale à mourir. La faiblesse de la position des procureurs généraux se situe à ce niveau.

[252] Le Tribunal ne peut adhérer à la notion de vulnérabilité collective proposée par le procureur général, puisqu'elle vise une protection diffuse qui relève d'une application trop générale d'un principe de précaution. (...) Autrement dit, ce n'est pas son identification à un groupe qualifié de vulnérable comme les personnes handicapées, les autochtones ou les vétérans qui doit sous-tendre le besoin de protection d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir, mais bien sa capacité individuelle de comprendre et de consentir de manière libre et éclairée à une telle procédure en fonction de ses caractéristiques propres.

[306] La condition physique ou mentale des personnes handicapées ne constitue en effet qu'un élément parmi d'autres qui pourra éventuellement les rendre admissibles à l'aide médicale à mourir. Leur aptitude à consentir, les souffrances ressenties et objectivées, le déclin avancé de leurs capacités constituent tous des éléments pertinents dans l'évaluation globale de la demande. Même s'il faut rester vigilant, il est loin d'être évident qu'une personne pourra ou voudra recevoir l'aide médicale à mourir uniquement en raison de son handicap.

[307] Le cas de M. Truchon en constitue d'ailleurs la parfaite illustration. Sa condition physique n'est qu'un des éléments qui justifient de faire droit à sa demande. Sa capacité de comprendre, d'expliquer sa démarche et de consentir a aussi fait l'objet d'un examen, tout comme le déclin avancé et irréversible de ses capacités et sa grande souffrance qu'on ne peut soulager, malgré tous les efforts consacrés.

[310] M. Truchon et Mme Gladu, qui appartiennent à cette catégorie de personnes, désirent qu'on leur reconnaisse leur choix de décider pour eux-mêmes. Le Tribunal en convient. Agir autrement peut conduire à discriminer les personnes handicapées compte tenu de leur seul handicap. Ces personnes, citoyens à part entière, possèdent par conséquent les mêmes droits que tout autre citoyen, surtout ceux qui consistent à prendre des décisions de première importance quant à leur intégrité corporelle et à leur dignité en tant qu'être humain. Le respect de leur liberté individuelle mûrement, librement et clairement exprimée participe aussi à l'affirmation de la valeur inhérente de leur vie.

Comme on peut le constater, la question du handicap a été largement abordée dans cette décision et a permis d'affirmer ce qui était déjà inscrit dans le jugement de la Cour suprême et dans la loi fédérale, à savoir que les personnes avec un handicap ont les mêmes droits que les personnes sans handicaps physiques visibles. (Retenons que l'on parle bien ici de handicap physique et non de handicap intellectuel qui porte atteinte à l'aptitude.)

En tout état de cause, remettre à plus tard la question de l'harmonisation de la loi au sujet de ces termes ne fera que retarder l'inéluctable, étant donné les décisions déjà disponibles et les discussions sur les personnes handicapées. De plus, cette différence entre les deux lois continuera inutilement de diminuer l'accessibilité en raison de la confusion et des craintes entretenues par la CSFV chez les prestataires d'AMM.

Nous demandons donc au ministre et aux parlementaires de procéder dès maintenant à cette harmonisation et ainsi éviter un autre potentiel cheminement de courageux patients qui devraient se plier à un exercice judiciaire dont l'issue est déjà évidente.



Georges L'Espérance,
Neurochirurgien
Président de l'AQDMD
Pour le conseil d'administration de l'AQDMD

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

À propos de l'AQDMD

Fondée en 2007 par Madame Hélène Bolduc, l'Association Québécoise pour le Droit de Mourir dans la Dignité vise à faire reconnaître l'autonomie pour chaque personne majeure apte et ayant rédigé ses directives médicales anticipées d'avoir une fin de vie conforme à ses valeurs de dignité et de liberté.

Pour en savoir plus : <https://aqdmd.org/>