

Mémoire soumis à la Commission spéciale
sur la question de mourir dans la dignité
de l'Assemblée nationale du Québec

par
ChristianGovernance
www.ChristianGovernance.ca

Directeur général : Tim Bloedow

C.P. 7 • 81 Mill Street • Russell • ON K4R 1C7
613-496-0091 • tim.bloedow@rogers.com

Ce mémoire a été soumis, pour le compte de *ChristianGovernance*, par les résidents du Québec suivants :

M. Robert Lindeman, Rigaud

Mme Lia Lindeman, Rigaud

M. Philip Choinière-Shields, St-Laurent

Mme. Hélène Choinière-Shields, St-Laurent

La raison d'être de *ChristianGovernance* [gouvernance chrétienne] est de proclamer la seigneurie de Jésus-Christ à travers le Canada, surtout dans le domaine de la politique. Nous aidons des chrétiens à bien comprendre leurs croyances et valeurs et à les communiquer de façon efficace dans le domaine de la politique ainsi que d'autres domaines de la vie publique canadienne. En tant que groupe de réflexion, *ChristianGovernance* propose l'adoption, par les différents gouvernements au Canada, de politiques basées sur le système de croyances judéo-chrétiennes.

Sommaire

Notre mémoire note qu'il faut d'abord définir la dignité humaine avant de parler de la mort dans la dignité. Nous présentons donc la définition chrétienne de la dignité humaine et nous soutenons que c'est le christianisme qui est la seule source d'une explication cohérente de la dignité humaine. Nous constatons une érosion évidente de la dignité humaine dans la société canadienne au fur et à mesure que le pays abandonne le christianisme.

Nous soutenons que le suicide assisté et l'euthanasie soient incompatibles avec une vision correcte de la dignité humaine. Nous affirmons que tout engagement en faveur de la dignité humaine nécessite des soins de compassion avec, en priorité, des stratégies de palliation pour les aînés et invalides au seuil de la mort ou qui font face à la souffrance.

Nous examinons les différents facteurs motivant ceux qui favorisent l'accès au suicide assisté et à l'euthanasie.

Nous réfutons l'affirmation que la politique publique peut favoriser l'amélioration des soins palliatifs tout en légalisant l'euthanasie et le suicide assisté. Nous démontrons, à partir de l'expérience réelle d'autres juridictions et de la logique, comment la légalisation de ces formes de meurtre mène à l'érosion des soins palliatifs.

Nous discutons des abus qui ont eu lieu dans d'autres juridictions, malgré des lois censées de prévenir l'exploitation. Nous notons aussi le lien entre, d'une part, la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie et, d'autre part, les abus envers les aînés.

Finalement, nous démontrons que la légalisation, dans les faits, du suicide assisté et de l'euthanasie au Québec par la décision d'ordonner au Procureur général de ne plus porter d'accusations ou d'engager de poursuites dans ces cas est une violation des principes de la règle du droit et d'égalité devant la loi.

Mourir dans la dignité

Introduction

Ce mémoire examine la question de la mort dans la dignité. Il a été soumis en réponse à une invitation, de la part de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité de l'Assemblée nationale du Québec, au public de s'exprimer sur ce sujet afin d'éclaircir ses enjeux.

La mort est un enjeu très émotif. La dignité est un concept foncièrement éthique. Donc, chez les Québécois, il faut s'attendre à une diversité d'opinions sur ce sujet, car il y a peu d'endroits aussi grands que le Québec où la population partage une même moralité et les mêmes croyances.

J'ai soumis ce mémoire de la part d'un organisme nommé *ChristianGovernance*. Notre position et nos recommandations par rapport à ce sujet proviennent d'une perspective biblique judéo-chrétienne classique.

En conclusion, nous disons que mourir dans la dignité est un véritable défi. Il faut un soutien familial et communautaire. Il faut un système de santé orienté vers les soins à domicile. Il faut également prévoir et faciliter l'accès aux soins palliatifs, y compris aux centres de soins palliatifs.

Nous rejetons l'euthanasie et le suicide assisté, car ils vont à l'encontre de la définition véritable de la dignité humaine. Nous nions que l'opposition à l'euthanasie et au suicide assisté rend l'adoption de mesures extrêmes nécessaire. À notre avis, si le financement du système de santé dépendait moins de l'État comme source illimitée de fonds, la question des mesures extrêmes serait bien moins importante, car beaucoup moins de gens pourraient se prévaloir de ces mesures extrêmes.

Qu'est-ce que la dignité?

Avant de discuter de mourir dans la dignité, nous devons définir ce que le terme « dignité » signifie pour nous.

La dignité humaine reflète le caractère unique de l'homme.

La définition de la dignité humaine qui prévaut au Canada est historiquement celle de la théologie judéo-chrétienne. En effet, l'idée la plus robuste de la dignité humaine est ancrée dans la Bible. L'homme a été créé par Dieu.¹ L'homme a été créé à l'image de Dieu.² L'homme a été créé en tant qu'être raisonnable, capable de penser, juger, rappeler et planifier.

C'est ce fait — que l'homme fût créé par Dieu, à l'image de Dieu, pour vivre en relation avec Dieu³ et pour dominer sur la terre pour le compte de Dieu⁴ — qui donne à l'homme sa dignité.

Nous constatons actuellement, et à bien des égards, une érosion tragique de la dignité humaine au Canada. Depuis bien des années, l'enseignement dominant concernant la nature de l'homme est qu'il n'est qu'un animal. Plus que cette vision évolutionnaire se répand, plus que les actions de notre société la reflètent. Nous la constatons dans le nombre croissant de comportements dégradants. Nous la constatons dans les comportements des jeunes envers leurs pairs. Nous la constatons dans les comportements des hommes envers les femmes et vice-versa.

Nous la constatons dans nos propres comportements envers les personnes invalides, surtout les enfants invalides qui ne sont pas encore nées. Nous la constatons dans nos comportements envers les pauvres. Nous la constatons dans nos comportements envers les enfants. Finalement, nous la constatons dans l'appel de plus en plus fort pour l'euthanasie et le suicide assisté afin qu'on puisse « mettre un terme à la misère » des aînés et des personnes invalides comme nous le faisons pour nos animaux domestiques blessés ou mourants. En effet, certaines personnes sont tellement dévouées à leurs animaux domestiques qu'ils sont prêts à prendre même des « mesures extrêmes » pour tenter de sauver leurs animaux, alors que d'autres se déclarent en faveur du suicide assisté pour les humains.

C'est une moralité à l'envers et un rejet de la dignité humaine.

Avec une telle moralité inversée, il n'est pas surprenant qu'ils soient de plus en plus nombreux aujourd'hui à se déclarer en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté.

Malgré cela, le langage de la dignité demeure important pour les gens aujourd'hui. À cause de cela, ceux qui préconisent l'euthanasie et le suicide assisté ressentent le besoin de redéfinir ce terme et de l'incorporer dans leurs propositions. Il s'agit ici d'escamotage, car la plupart des citoyens typiques — qui ne sont ni philosophes, ni théologiens, ni éthiciens médicaux — ne se rendent pas compte que ces termes ont été redéfinis et ne portent plus leurs significations habituelles.

L'homme a été créé avec une dignité fondamentale, donc notre approche à la mort devrait refléter un engagement pour la dignité humaine. Vu que Dieu nous a donné ce statut et nous rend conscient de notre dignité, c'est aussi à Lui qu'il faut nous tourner pour savoir comment honorer cette dignité dans nos comportements les uns envers les autres⁵, et envers soi-même.⁶ Cela reste vrai pour notre approche à la mort comme pour tout autre aspect de notre vie.

Ce que la dignité humaine implique pour notre comportement face à la mort

Vu notre perspective sur la dignité humaine, les soins palliatifs sont au cœur de l'approche que nous envisageons pour adresser la souffrance humaine, la maladie et les soins de fin de vie.

Certaines gens prétendent démontrer qu'il est possible, au niveau de la culture et des politiques publiques, de promouvoir les soins palliatifs et, en même temps, de

décriminaliser le suicide assisté et l'euthanasie. Le contraire est plutôt démontré dans les juridictions ayant déjà décriminalisé le suicide assisté et l'euthanasie. De tels résultats ne surprennent pas ceux qui comprennent la logique et la nature humaine. On ne peut pas tirer des gens en deux sens contraires sans les déchirer. Il est également impossible, sur le plan philosophique, d'adopter simultanément deux directions différentes. Nous en discuterons plus tard dans ce mémoire. Pour l'instant, parlons d'abord des soins palliatifs et des soins de fin de vie.

L'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) et Santé Canada nous offrent des définitions utiles de ce que sont les soins palliatifs.

L'ACSP définit les soins palliatifs comme suit⁷ :

Les soins palliatifs visent à soulager la souffrance, à améliorer la qualité de vie et à accompagner vers le décès.

Les soins palliatifs sont prodigués pour aider les patients et leurs proches à :

- faire face aux problèmes physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et pratiques de la maladie, ainsi qu'aux attentes, besoins, espoirs et craintes qui y sont associés;
- se préparer à accomplir les tâches de fin de vie définies par le patient et à affronter l'étape de la mort;
- surmonter les pertes et la peine pendant la maladie et le deuil.

Les soins palliatifs peuvent être associés au traitement de la maladie, ou devenir le pôle unique des soins.

Les soins palliatifs sont prodigués de façon optimale par une équipe interdisciplinaire constituée d'intervenants possédant les connaissances et les compétences reliées à tous les aspects du processus de soins propre à leur champ de pratique.

Santé Canada définit les soins palliatifs et de fin de vie comme suit⁸ :

Les soins palliatifs représentent une approche pour soigner les personnes atteintes d'une maladie qui met leur vie en danger, peu importe leur âge. Ces soins visent à assurer le confort et la dignité des personnes au seuil de la mort, tout en maximisant la qualité de vie des patients, de leur famille et de leurs proches.

Les soins palliatifs correspondent aux divers aspects des soins prodigués en fin de vie, c'est-à-dire :

- la gestion du soulagement de la douleur et des autres symptômes;
- l'apport d'un soutien social, psychologique, culturel, émotif, spirituel et pratique;
- la prestation d'une aide aux personnes soignantes;
- l'offre d'un soutien en période de deuil.

Les soins palliatifs sont parfois appelés soins terminaux ou soins de fin de vie. Dans certains cas, ces termes sont interchangeables ou combinés. Dans d'autres cas, ils font référence à différents types de services ou de fournisseurs de services. Pour obtenir des exemples de définitions et d'appellations différentes, nous vous invitons à visiter le site Web de [l'Association canadienne de soins palliatifs](#) et celui de [l'Organisation mondiale de la santé \(OMS\) \(disponible en anglais seulement\)](#).

La portée des soins palliatifs et de fin de vie s'étend à la prestation directe de soins auprès des patients, de leur famille et de leurs proches. Ces soins comprennent également l'éducation et la formation des personnes soignantes, la recherche, la surveillance et la défense d'intérêts. Rappelons que les personnes, les familles, les collectivités, le secteur privé et les gouvernements jouent tous un rôle important dans le domaine des soins palliatifs et de fin de vie.

Ces définitions des soins palliatifs et de fin de vie sont des sommaires utiles pour savoir comment traiter des gens avec dignité. Elles décrivent les différents éléments d'une relation remplie de compassion, de grâce, de sacrifice et de générosité envers ceux qui souffrent. Elles nous enseignent comment aider ceux qui sont vieux et qui souffrent à se sentir appréciés, dignes et respectés, même lorsqu'ils s'affaiblissent et dépendent de plus en plus d'autrui. Ces définitions reconnaissent les besoins et dynamiques professionnels et humains touchant l'efficacité des soins palliatifs pour ceux qui en ont besoin.

Enfin, ces définitions reconnaissent l'importance de discuter des questions spirituelles entourant la mort de même que des enjeux d'ordre physique, psychologique, social et pratique. Pour la plupart des Canadiens, la spiritualité demeure une dimension très importante de la réalité, malgré le fait que beaucoup de politiciens ignorent comment aborder ce sujet dans notre monde sécularisé d'aujourd'hui.

Pour le chrétien, la souffrance est la matière première que Dieu transforme en gloire.⁹ Cela signifie que la souffrance n'a pas nécessairement le dernier mot à dire sur la vie d'une personne. Cela veut dire aussi que la souffrance n'est pas un destin cruel sans signification ou sens. La souffrance peut avoir un but, un sens et un résultat positif. Il est bien trop facile pour des gens de devenir égocentrique, de penser qu'il n'y a rien en dehors de leurs propres intérêts et du monde matériel. Une telle mentalité débilite et détruit la vie et déshonore Dieu. Dieu se sert parfois de la souffrance afin de nous réorienter pour notre bien, tout en se glorifiant. Ceci n'est pas nécessairement un point de vue partagé par tous les Québécois, mais puisque la décision du gouvernement du Québec sera fondée sur une vision du monde quelconque, nous suggérons que c'est la perspective judéo-chrétienne qui est la bonne. Les politiciens qui tiennent à une vision authentique de la dignité humaine devraient opter pour ce système éthique.

Justification du suicide assisté et de l'euthanasie par ses adhérents

Il est important de noter les raisons pour lesquelles bon nombre de gens sont pour l'euthanasie et le suicide assisté. La raison principale est généralement la crainte des

douleurs physiques. Parmi les autres raisons, mentionnons la perte de dignité, le désir de ne pas accabler les autres de ses problèmes, la dépression et les embarras financiers. Les attitudes des soignants jouent un rôle déterminant pour ceux préoccupés par la perte de dignité. Les soignants peuvent encourager les aînés et les personnes invalides soit à se voir comme un fardeau, soit à reconnaître leur valeur et leur vie encore porteuse de sens. Il est irresponsable de tenir compte de ces opinions purement et seulement en tant que votes pour la légalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie.

La crainte de douleurs physiques ne devrait pas servir de motif pour la légalisation du meurtre. Les professionnels de la santé sont déjà capables d'apaiser la douleur. Il est maintenant possible de gérer et de réduire substantiellement la douleur de presque tous les affligés.

« De grands pas en avant dans le traitement de la douleur, y compris nouveaux médicaments, injections, perfusions, dispositifs implantables, radiothérapies et techniques chirurgicales, permettent de mieux gérer bon nombre de douleurs graves et d'assurer un niveau de confort acceptable. On estime que près de 98 % de toutes les douleurs peuvent être soulagées ou réduites. La réussite du soulagement de la douleur dépend de la disponibilité de spécialistes en douleur, d'équipes de gestion de la douleur ou de professionnels de la santé disposés à travailler avec des personnes souffrantes. »¹⁰

De nos jours, la plupart des personnes atteintes de douleurs physiques souffrent inutilement, soit parce que les professionnels de la santé ne connaissent pas l'éventail d'options disponibles pour apaiser la douleur, soit parce qu'on manque de ressources pour financer des outils de gestion de la douleur. Tenter de justifier le suicide assisté et l'euthanasie en misant sur la crainte de la douleur des gens équivaut à de l'exploitation et, dans le cas des politiciens, des fonctionnaires et des fournisseurs de services de santé, à l'adoption d'une solution de facilité.

Peut-on promouvoir les soins palliatifs et permettre le suicide assisté en même temps?

Les particularités et l'attitude de ce genre d'approche envers les gens, c'est-à-dire des soins palliatifs, sont tout à fait autres que la manière dans laquelle on traite quelqu'un que nous proposons de tuer ou d'assister dans leur démarche de suicide.

Le fait de porter notre attention sur la mort ou bien de rendre l'euthanasie ou le suicide assisté plus accessible nuit aux efforts de développement d'options favorisant l'amélioration ou le maintien de la vie. Il se peut que le rejet d'une telle affirmation — pour des motifs d'intérêt personnel ou des présupposés philosophiques — soit un sujet de débat. Il s'agit néanmoins d'une implication logique d'une perspective judéo-chrétienne.

Cependant, notre affirmation n'est pas simplement théorique ou philosophique. Des chercheurs ont réussi à démontrer que les ressources et l'intérêt pour la recherche et les

technologies qui maintiennent ou améliorent la vie, dont la palliation, diminuent dans les juridictions où l'euthanasie et le suicide assisté sont légaux. Après tout, il coûte beaucoup moins cher de les tuer tout simplement. Nous savons que l'utilisation du système de santé au cours d'une vie augmente considérablement durant le troisième âge. Donc, il devient possible de faire de grosses économies en tuant les malades au lieu de les guérir, fortifier ou reconforter en temps de maladie. Cela est vrai, qu'importe la provenance des fonds consacrés au système de santé.

Dans l'Oregon, le régime public d'assurance-maladie — « *Medicaid* » — couvre le coût du suicide assisté, mais n'assure pas les coûts de traitements curatifs ou locaux pour des patients atteints de cancer ayant une espérance de survie sur cinq ans en deçà de 5 %, même si ces traitements peuvent prolonger des vies précieuses.¹¹

Cette pression est ressentie encore plus par les systèmes de santé socialistes dont le financement est limité sévèrement par des lois excluant des investissements privés dans bon nombre de secteurs. Vu que les aînés utilisent proportionnellement plus de services de santé et que les fonds disponibles pour la santé sont limités, la façon la plus logique et efficace de restreindre les coûts de la santé seraient donc d'encourager les aînés à mourir plus rapidement. À cet égard, les Canadiens devraient craindre beaucoup que la pression exercée par ces motifs pervers ne contraigne les professionnels de la santé à pousser leurs patients vers le suicide assisté ou l'euthanasie. Des pressions financières énormes pèsent sur les systèmes de santé provinciaux à travers le Canada à cause de l'opposition idéologique stridente contre l'investissement du secteur privé dans une grande partie du système, y compris la prestation de services aux patients.

Les dernières statistiques pour l'euthanasie aux Pays-Bas viennent d'être publiées. En 2003, la Hollande est devenue le tout premier pays, depuis la chute de l'Allemagne nazie, à autoriser cette pratique. Le « *National Post* » a rapporté le 21 juin 2010 que « le nombre de cas d'euthanasie en Hollande a augmenté de 13 % l'année dernière. » Cela s'élève à 2 636 cas en 2009 par rapport à 1 815 cas pour la première année suivant la légalisation de l'euthanasie. Selon l'article, ces chiffres ont amené « le ministère de la Santé des Pays-Bas à ouvrir une enquête sur cette loi. » Un autre commentaire, émis par des « regroupements anti-euthanasie » et cité dans l'article, affirmait que « cette croissance marquée est vraisemblablement due à l'effondrement du système de soins palliatifs aux Pays-Bas. » Phyllis Bowman, du groupe de pression « *Right to Life* » [droit à la vie], a dit ceci : « Je suis convaincu que la croissance du nombre de gens optant pour l'euthanasie résulte en grande partie d'une gestion inadéquate de la douleur. » Le D^r Els Borst, l'ancienne vice-première ministre qui a fait adopter ce projet de loi au parlement néerlandais, regrettait en décembre 2009 que l'euthanasie était effectivement en train de détruire les soins palliatifs ». ¹²

L'Oregon a vécu cette même dynamique :

L'arrivée de « la mort dans la dignité » n'a pas transformé l'Oregon en paradis de la santé. L'organisme national « *Last Acts* » [derniers actes] a émis un « bulletin » en novembre 2002 sur les soins de fin de vie aux

États-Unis. L'Oregon a reçu un « D » pour ses soins de fin de vie et un « E » pour ses programmes de soins palliatifs. On s'inquiète de la gestion de la douleur dans l'Oregon. Après quatre ans de suicide assisté, une étude menée par une université médicale de l'Oregon a trouvé que presque deux fois plus de patients sont morts en douleur ou détresse modérée ou grave qu'avant le changement à la loi.

Une fois qu'un patient dispose des moyens de prendre sa vie, on est moins enclin à s'occuper de ses symptômes et besoins. Un rapport détaillé publié dans le « *American Journal of Psychiatry* » [journal américain de psychiatrie] en 2005 raconte le cas dans l'Oregon d'un patient dépressif atteint de cancer du poumon et admis dans une unité d'un hôpital psychiatrique. En planifiant son congé, un consultant en soins palliatifs a écrit qu'il aurait probablement besoin de l'assistance d'un soignant à domicile, mais que la question de soins supplémentaires serait probablement « non pertinente » car il avait déjà « des médicaments pour terminer sa vie » chez lui. Le médecin présent à son suicide assisté n'a rien fait pour sa douleur ou ses besoins pour des soins palliatifs; il a offert seulement de s'asseoir à côté du patient pendant qu'il s'administrait la surdose. Physiquement et mentalement dans un état grave, la consultation et les « soins » reçus par ce patient malade étaient de qualité médiocre, car on lui avait prescrit des drogues mortelles.¹³

Ces raisons et bien d'autres expliquent le déclin de l'intérêt apporté à la recherche et aux technologies pour la vie — dont les soins palliatifs — là où l'euthanasie et le suicide assisté sont décriminalisés. Ils s'accordent avec ce que nous savons de la nature humaine. Les données recueillies sur le terrain correspondent avec celles qu'on pouvait attendre d'une analyse judéo-chrétienne. Puisque la vision chrétienne du monde prédit ce que nous voyons dans la réalité de façon précise et consistante, il serait prudent de porter plus d'attention dans les politiques publiques aux analyses judéo-chrétiennes ainsi qu'aux recommandations et avertissements qui découlent de la perspective biblique.

Abus du cadre légal de l'euthanasie lui-même

En légalisant l'euthanasie et le suicide assisté, on introduit non seulement des motifs pervers dans les domaines de la santé et des rapports humains, mais on établit aussi un système où il serait impossible de combattre les abus par des règlements.

Dans d'autres juridictions où le suicide assisté ou l'euthanasie est légal, des conditions ont été mises en place pour éviter ce que même les partisans de ces pratiques considèrent comme étant abusif. Un patient doit demander sa mort. Il faut que la requête soit volontaire et que le patient ait toute sa raison, donc toutes ses facultés. L'assentiment de plus qu'un médecin est nécessaire pour accéder à la requête de mort. Le patient doit formuler la requête plus qu'une fois, avec un intervalle minimal entre les différentes requêtes. La loi doit empêcher le suicide assisté ou l'euthanasie d'une personne si la requête a été formulée en raison de la dépression.

Malgré ces conditions et encore d'autres sur la pratique du suicide assisté et de l'euthanasie, des chercheurs ont démontré à plusieurs reprises que ces protocoles sont ignorés ou contournés et que les auteurs de ces actes illégaux sont rarement ou jamais poursuivis en justice.

Le D^r Kenneth R. Stevens a écrit ceci par rapport à l'Oregon en 2007 :

« Des rapports ont été publiés concernant un psychiatre qui a diagnostiqué la démence chez un patient qui a quand même reçu une ordonnance pour des drogues mortelles. Le patient devrait administrer et ingérer la drogue lui-même, mais il y a eu des rapports dans les médias d'échecs où les patients étaient incapables de le faire. D'autres rapports concernent un médicament mortel introduit dans les corps de deux patients par des sondes d'alimentation, dont une sonde mise en place par gastrostomie endoscopique percutanée (GEP) dans le seul but d'introduire le médicament mortel (directement dans l'estomac). D'après certaines informations, plusieurs personnes en phase terminale déménagent d'autres États en l'Oregon à cause de sa loi sur le suicide assisté.

Beaucoup de médecins prescrivent des médicaments mortels pour des patients qu'ils n'ont pas suivis auparavant, et certains médecins semblent en faire leur spécialité. Le D^r Peter Rasmussen a indiqué que 75 pour cent des patients qui le consultent concernant un suicide assisté sont des personnes qu'il n'a jamais rencontrées auparavant. Au cours des quatre dernières années, un médecin a écrit en moyenne entre six et huit ordonnances par année. »

Ceux qui souffrent de la dépression sont considérés comme étant vulnérables et les libéraux modernes affirment défendre les droits de ce genre de personnes. Néanmoins, ces personnes vulnérables ne sont pas protégées du meurtre lorsque le suicide assisté et l'euthanasie sont légaux.

Un rapport publié en 2008 sur le régime d'euthanasie dans l'Oregon note que 26 % des demandeurs du suicide assisté souffraient de dépression.

L'étude par Linda Ganzini, Elizabeth R. Goy et Steven K Dobscha conclut comme suit : « Notre étude suggère que la plupart des patients qui demandent de l'aide pour mourir n'ont pas de désordre dépressif. Cependant, il paraît que l'application actuelle de la Loi sur la mort dans la dignité [*Death with Dignity Act*] dans l'Oregon ne protège pas tous les patients souffrant de troubles mentaux, ce qui nécessite plus de vigilance et des contrôles systématiques pour la dépression chez les patients susceptibles de recourir à l'assistance légalisée avec leur mort. Les outils de dépistage de la dépression, dont ceux utilisés pour notre étude, sont faciles à utiliser et pourraient aider à identifier les patients ayant encore besoin d'évaluation par un professionnel de la santé mentale. D'autres études s'imposent

pour déterminer l'effet du traitement de la dépression sur le choix de précipiter la mort. »¹⁴

Pour l'acte très grave de tuer une personne, il est choquant de constater que les exigences sur le plan de la responsabilisation et de la production de rapports sur l'euthanasie et le suicide assisté soient si déficientes dans les juridictions où ces pratiques sont illégales. Dans l'Oregon, par exemple, lors de la publication en 2009 des statistiques pour l'année 2008, Alex Schadenberg, directeur général de la « *Euthanasia Prevention Coalition* » [coalition pour la prévention de l'euthanasie], a dit ceci :

« Le rapport annuel manque encore les informations essentielles à la détermination du contexte social de ces décisions. Le système de soumission de rapports continue de ne pas avoir de mesures de protection pour les personnes qui meurent par suicide assisté, car le médecin ayant prescrit les médicaments mortels est celui qui complète un rapport, et ce médecin n'était présent que 11 fois lors de l'ingestion des médicaments mortels, soit 18,3 % du temps. De plus, il n'y a pas de rapports ou d'enquêtes par des tiers pour s'assurer que ces cas satisfont aux exigences de la loi ou que les rapports soumis sont exacts. Il n'y a pas non plus d'enquêtes pour s'assurer que des rapports ont été soumis pour tout cas de suicide assisté. Autrement dit, nous ignorons non seulement s'il y a eu d'autres morts par suicide assisté, mais également si ces derniers ont subi des pressions sociales ou ne sont pas morts selon les normes de la loi. Cela arrive dans l'Oregon parce que sa loi sur la mort dans la dignité oblige les médecins de soumettre des rapports basés sur leurs propres actions. Il est peu probable qu'un médecin soumettrait un rapport dans lequel il reconnaît des décisions ou des gestes qui contreviennent à la loi. »¹⁵

Le fait qu'il y a eu des abus qu'on n'a pas réussi à prévenir, malgré les mesures de prévention dans les protocoles pour le suicide assisté et l'euthanasie, témoigne d'une certaine logique fondamentale. Les partisans de la légalisation invoquent le sens de compassion de la population pour des cas de souffrance difficiles dans le contexte d'un soi-disant droit d'autonomie personnelle absolue. Pourtant, il est possible de gérer la quasi-totalité de ces « cas difficiles » au moyen de soins palliatifs. Si l'autonomie personnelle est une raison adéquate en soi pour légaliser le suicide assisté et l'euthanasie, la logique dicte qu'une telle autonomie soit sans restrictions, pour n'importe qui, pour n'importe quelle raison, à n'importe quel temps et sans tenir compte de leur santé, de leur état mental ou de n'importe quelle autre condition. Il est possible que ceci soit bel et bien l'objectif des partisans de l'euthanasie, mais ils poursuivent une stratégie incrémentale parce qu'ils savent que la population ne pourrait pas tolérer une politique aussi ouverte. Élus en tant que représentants populaires, les politiciens ne doivent jamais s'associer à une telle tromperie.

Abus envers les personnes âgées

Le fait que les soins palliatifs sont en manque de ressources suite à la légalisation du suicide assisté et l'euthanasie n'est qu'un de plusieurs problèmes soulevés par un tel changement. La légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie contribue également à la hausse des incidents d'abus envers les personnes âgées. Ceci arrive à cause du déclin

marqué de la valeur que nous attachons à la vie humaine en légalisant ces formes de meurtre et en raison des motifs pervers qui entrent en jeu lorsque le meurtre des aînés et des personnes invalides est légalisé.

Après tout, et une fois qu'ils arrivent à se désensibiliser au meurtre, les soignants constatent que leur fardeau — en terme d'énergie et de santé mentale — pourrait être beaucoup moins lourd s'ils optent pour la facilité du suicide assisté et de l'euthanasie. Il est généralement très épuisant de soigner quelqu'un atteint d'une maladie chronique, de moins en moins mobile ou qui perd progressivement le contrôle de ses fonctions physiologiques normales. Voilà pourquoi bien de gens placent les aînés de leurs familles en des établissements ayant des professionnels capables de les soigner. Voilà pourquoi, même dans un contexte professionnel, les abus envers les aînés sont un problème constant qu'il faut adresser par la surveillance et des pénalités criminelles. Être soignant, c'est physiquement épuisant. Être soignant, c'est aussi émotionnellement épuisant et peut causer beaucoup de tourments pour ceux qui ne sont pas prêts à s'adapter mentalement et émotionnellement à la gestion de ces situations. Il est beaucoup plus facile à encourager nos aînés ou des patients à quitter cette vie un peu plus tôt.

Alex Schadenberg, directeur général de la « *Euthanasia Prevention Coalition* », a illustré ce problème dernièrement en citant l'exemple de deux États américains, soit Washington et le New Hampshire :

« Les abus envers les aînés, surtout d'ordre financier, sont épidémiques... Par exemple, dans l'État de Washington, la loi permet à un héritier, donc quelqu'un qui profitera de la mort d'une personne, d'aider cette même personne à demander une dose mortelle. » Voir par ex. <http://wsba.org/media/publications/barnews/jul-09+deathwithdignity.htm> (disponible en anglais seulement).

« Au New Hampshire, les membres de la Chambre des Représentants ont récemment rejeté un projet de loi sur la mort dans la dignité, semblable à celui d'Oregon, par 232 votes contre 113 (soit presque 70 %). La raison principale : les abus envers les aînés. La représentante Nancy Elliott a dit ceci : « Au New Hampshire, beaucoup de législateurs qui étaient initialement pour la loi sont devenus mal à l'aise après l'avoir étudié de plus près... Ces lois auraient permis aux héritiers et à d'autres personnes de faire pression sur les aînés et de les abuser afin d'écourter leur vie... Il n'y a pas de projet de loi sur le suicide assisté qu'on peut écrire pour corriger ce gros problème. »¹⁶

Maintien du respect pour la loi

L'euthanasie et le suicide assisté sont interdits par le Code criminel fédéral [du Canada], alors nous savons que le Québec à lui seul ne peut pas légaliser ces formes de meurtre. Cependant, le gouvernement pourrait, **dans les faits, légaliser** ces deux pratiques en ordonnant le Procureur général du Québec de ne pas intenter des poursuites contre des médecins qui mettent fin à la vie d'une personne en phase terminale, d'un aîné ou d'une personne qui est gravement invalide. Le document de consultation de la Commission mentionne cette possibilité : « Ainsi, les décisions de porter des accusations et d'engager

des poursuites criminelles et pénales relèvent du Procureur général de chaque province. De plus, il faut noter que, depuis une vingtaine d'années, les sentences rendues par les tribunaux canadiens en matière d'euthanasie et de suicide assisté sont souvent légères, voire symboliques. »

La Commission sait que celui n'était pas vrai dans le cas de Robert Latimer, en Saskatchewan. La Cour suprême du Canada a éventuellement confirmé sa condamnation à perpétuité, sans droit de demander la libération conditionnelle avant 10 ans.

Nous espérons que le gouvernement du Québec n'affaiblisse pas son engagement envers la loi. De l'affaiblir aurait pour effet de miner la confiance de la population dans la loi. Une telle démarche serait aussi une violation de la règle du droit et du principe d'égalité devant la loi, car certains contrevenants à la loi — en l'occurrence, des meurtriers — seraient traités différemment des autres. Une des premières responsabilités du magistrat civil est de maintenir, et non de porter atteinte à, l'intégrité de la loi. En discréditant la loi, les politiciens remettent en question leur propre crédibilité et ternissent leur propre réputation.

La tradition judéo-chrétienne est la source de ces principes d'égalité devant la loi et de la règle du droit. Mais ces mêmes principes sont presque universellement reconnus par les Canadiens. Voilà pourquoi des politiciens de toute allégeance politique font appel à ces principes en se portant à la défense de leurs points de vue. Nous conseillons vivement le gouvernement du Québec de ne pas porter atteinte à l'égalité et à la règle du droit en prenant une décision de ne plus faire respecter la loi contre le suicidé assisté et l'euthanasie.

Recommandations

La sénatrice libérale, l'Honorable Sharon Carstairs, C.P., a récemment déposé un rapport (en juin 2010) portant sur les soins palliatifs.¹⁷ Le rapport est intitulé : « Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada ». Ses recommandations sont adressées non seulement aux gouvernements, mais également à d'autres acteurs non gouvernementaux. Tel est le cas aussi pour nos recommandations.

1. Le gouvernement du Québec ne doit pas porter atteinte à la règle du droit, à l'égalité devant la loi ou à la confiance des Québécois dans la loi en ordonnant au Procureur général du Québec de ne plus engager de poursuites en cas d'euthanasie ou de suicide assisté.
2. Si le gouvernement du Québec ordonne au Procureur général du Québec de ne plus engager de poursuites en cas d'euthanasie ou de suicide assisté afin de légaliser, dans les faits, ces formes de meurtre, le gouvernement fédéral doit intervenir de façon proactive, avec tous les moyens à sa disposition, pour contraindre le gouvernement du Québec à prendre sérieusement son devoir de faire respecter les lois du Canada dans sa juridiction.

3. Nous sommes d'accord avec la recommandation de la sénatrice Carstairs que les organismes professionnels comme le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, l'Association médicale canadienne et la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, en partenariat avec l'Association canadienne de soins palliatifs, doivent promouvoir un système d'orientation préalable conçu pour sensibiliser et inciter les médecins à diriger les patients vers les services de soins palliatifs dès le diagnostic d'une maladie potentiellement mortelle.

4. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société canadienne des médecins de soins palliatifs doivent travailler ensemble en vue de faire reconnaître les soins palliatifs comme une spécialité.

5. Le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) doit reconnaître la loi de Dieu comme le cadre éthique de ses politiques publiques, y compris les orientations et directives portant sur la mort dans la dignité. De plus, le MSSS doit reconnaître la seigneurie de Jésus-Christ, Celui à qui tout magistrat civil rendra compte de l'exercice des responsabilités qu'Il leur a confiées, y compris sur leur manière de protéger les plus vulnérables de la société.

Conclusions

On peut dire beaucoup plus sur ce sujet : sur la vraie nature de la dignité; sur le mal et les dangers du suicide assisté et de l'euthanasie, qui ne sont que des euphémismes pour le meurtre légal sanctionné par l'État; sur les soins palliatifs, la manière digne de prendre soin des aînés et des personnes invalides.

Nous avons écrit assez pour exposer nos arguments contre le suicide assisté et l'euthanasie et en faveur d'une vision authentique de la mort dans la dignité. Ce que nous soumettons maintenant est complémentaire aux autres mémoires écrits d'une perspective similaire qui seront reçus par la Commission. Nous espérons tout au moins que ce mémoire incitera ceux parmi les politiciens du Québec qui songent à devenir partisans de l'euthanasie et du suicide assisté à revoir leur position. Nous croyons avoir fourni des arguments utiles pour ceux qui veulent défendre les soins palliatifs et une fin de vie digne contre ceux qui veulent légaliser le meurtre.

Dans son rapport sur les soins palliatifs au Canada, la sénatrice Carstairs attire notre attention à une approche intéressante pour promouvoir les soins palliatifs. Bien qu'elle ne soit pas une approche prônée par *Christian Governance*, elle démontre que les revendications en faveur des soins palliatifs au lieu de l'euthanasie et du suicide assisté proviennent d'une variété de sources et non seulement « la droite chrétienne ». La sénatrice Carstairs a fait cette observation : « Des juristes se sont récemment penchés sur la question de savoir si les soins palliatifs constituent un droit de la personne ayant force exécutoire en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*. On a certainement déjà avancé qu'il s'agit d'un droit moral, mais la possibilité qu'il puisse s'agir d'un droit exécutoire en vertu des articles 7 (le droit à la vie et à la sécurité de la personne) et 15 (l'égalité) de la *Charte* revêt un intérêt particulier. »¹⁸

Nous conseillons vivement au gouvernement du Québec de prendre la bonne décision en ce qui concerne ce sujet, soit de reconnaître la vérité — soit la vérité de Dieu — par rapport à ces questions de vie et de mort. Sauvegardez la dignité humaine. Protégez les vulnérables. Craignez Dieu, qui vous a mis dans ce rôle de leadership et de service.

¹ Genèse 2,7 : « L'Éternel Dieu forma l'homme de la poussière du sol; il insuffla dans ses narines un souffle vital, et l'homme devint un être vivant. »

² Genèse 1,27 : « Dieu créa l'homme à son image : Il le créa à l'image de Dieu, Homme et femme il les créa. »

³ II Corinthiens 5, 18-19 : « Et tout cela vient de Dieu, qui nous a réconciliés avec lui par Christ, et qui nous a donné le service de la réconciliation. Car Dieu était en Christ, réconciliant le monde avec lui-même, sans tenir compte aux hommes de leurs fautes, et il a mis en nous la parole de la réconciliation. »

⁴ Genèse 1,28 : « Dieu les bénit et Dieu leur dit : Soyez féconds, multipliez-vous, remplissez la terre et soumettez-la. Dominez sur les poissons de la mer, sur les oiseaux du ciel et sur tout animal qui rampe sur la terre. »

⁵ Lévitique 19,32 : « Tu te lèveras devant les cheveux blancs et tu honoreras la personne du vieillard. Tu craindras ton Dieu. Je suis l'Éternel. » Proverbes 23,22 : « Écoute ton père, lui qui t'a engendré, Et ne méprise pas ta mère, quand elle est devenue vieille. »

⁶ I Corinthiens 6, 19-20 : « Ne savez-vous pas ceci : votre corps est le temple du Saint-Esprit qui est en vous et que vous avez reçu de Dieu, et vous n'êtes pas à vous-mêmes ? Car vous avez été rachetés à grand prix. Glorifiez donc Dieu dans votre corps. »

⁷ http://www.acsp.net/enseignements_generaux.html.

⁸ <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/palliat/index-fra.php>.

⁹ Romains 8,18 : « J'estime qu'il n'y a pas de commune mesure entre les souffrances du temps présent et la gloire à venir qui sera révélée pour nous. » Cf. II Corinthiens 4, 16-18 ; Ésaïe 4,10.

¹⁰ American Pain Foundation. <http://www.painfoundation.org/learn/programs/end-of-life/>.

¹¹ « Suicide lessons from Oregon » par le D^r Kenneth R Stevens. MercatorNet, le 27 octobre 2007.

http://www.mercatornet.com/articles/suicide_lessons_from_oregon/.

¹² « Dutch euthanasia cases up 13%, 'taboo' fades » par Simon Caldwell, The Daily Telegraph. National Post, 21 juin 2010. <http://www.nationalpost.com/todays-paper/Dutch+euthanasia+cases+taboo+fades/3179832/story.html>.

¹³ « Suicide lessons from Oregon » par le D^r Kenneth R Stevens.

¹⁴ « New Study Shows 26% in Oregon Who Requested Suicide Were Experiencing Depression » par Alex Schadenberg, Directeur exécutif, *Euthanasia Prevention Coalition*, LifeSiteNews.com, 8 octobre 2008.

¹⁵ « 30% Increase in Assisted Suicides in Oregon » LifeSiteNews.com - 3 mars 2009.

¹⁶ « World Elder Abuse and Prevention Day » par Alex Schadenberg (Euthanasia Prevention Coalition, 15 juin 2010) <http://alexschadenberg.blogspot.com/2010/06/world-elder-abuse-and-prevention-day.html>

¹⁷ http://sen.parl.gc.ca/scarstairs/PalliativeCare/PalliativeCare_f.asp.

¹⁸ « Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada, » par l'honorable Sharon Carstairs, C.P. Le Sénat du Canada. Pg. 14.

http://sen.parl.gc.ca/scarstairs/PalliativeCare/PalliativeCare_f.asp.