



## **La réponse de la Société dentaire et médicale chrétienne du Canada au projet de loi 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie***

**Larry Worthen, Directeur général**

**12 septembre 2013**

Le 12 juin 2013, l'Assemblée nationale du Québec a présenté le projet de loi 52 qui aurait pour but de légaliser « l'aide médicale à la mort », soit l'euthanasie, au Québec. Advenant que cette loi soit adoptée, le gouvernement fédéral pourrait la contester devant les tribunaux en évoquant qu'elle contrevient au droit criminel qui relève du pouvoir fédéral.

La Société dentaire et médicale chrétienne (SDMC) s'oppose aux efforts de légalisation de « l'aide médicale à la mort » au Québec par l'adoption du projet de loi 52. Les points suivants réfutent les mythes courants sur l'euthanasie et résument brièvement le raisonnement de notre position.

### **Mythes**

Les points suivants dissipent les idées fausses qui influencent le débat public.

#### **Mythe # 1**

**« L'aide médicale à la mort » est synonyme du droit du patient de refuser le traitement médical.**

#### **Erreur**

« **L'aide médicale à la mort** » est le meurtre délibéré d'un être humain par l'intervention directe d'un médecin (l'injection létale par exemple). Généralement, cette intervention nécessite le consentement du patient, donné soit en personne, soit par directive préalable. On désigne également cette intervention comme euthanasie, suicide assisté par un médecin ou mort médicalement assistée.

Il y a une différence importante entre « l'aide médicale à la mort » et le droit du patient de refuser le traitement en fin de vie. La différence éthique c'est que la personne qui administre « l'aide médicale à la mort » a toujours l'intention de tuer le patient, alors que la personne qui cesse ou qui refuse d'administrer des « mesures héroïques » laisse simplement la maladie suivre son cheminement

naturel. Cette dernière peut provoquer le décès du patient ou non.

## **Mythe # 2**

**Les personnes qui souhaitent « l'aide médicale à la mort » craignent la souffrance.**

### **Erreur**

La souffrance est rarement la raison pour laquelle les patients veulent une mort accélérée – elle provient plutôt d'un désir de contrôler les circonstances avant le décès. Heureusement, nous pouvons indiquer à nos patients que les outils et les ressources en soins palliatifs nous permettent généralement de contrôler la souffrance et la détresse et d'offrir du confort et de la qualité de vie.

Un résumé publié par l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) indique que seulement 16% à 30% des Canadiens qui décèdent bénéficient de soins palliatifs ou y ont accès. Ce pourcentage dépend de la région que l'on habite. Nous devons donc lutter pour nous assurer pour que tous les Canadiens aient accès à ce type de soins en fin de vie.

### **Raisons qui expliquent notre opposition à « l'aide médicale à la mort »**

#### **1. Nous devons aider les personnes à vivre pleinement l'expérience de la mort au lieu d'interrompre leur vie prématurément.**

Puisque la mort n'est pas un sujet souvent exploré dans les médias populaires, la fin de vie est souvent mal comprise et inquiétante; elle devient ainsi un sujet qu'on préfère éviter. Par contre, le processus de mort, quoique triste, fait partie de la vie de tout un chacun et il peut être vécu de manière qui respecte la dignité de chaque personne. Le processus de mort fait ressortir notre vulnérabilité et offre la chance de vivre un échange sincère d'amour et de soins entre la personne mourante, sa famille, ses amis et ses soignants. Il peut s'agir d'une opportunité unique dans les relations pour la croissance dans la compréhension de soi et le développement d'une conscience approfondi du sens de la vie. Dans une société obsédée par l'activité, la production et la consommation, la période précédente la mort peut offrir à la personne mourante la possibilité de comprendre sa propre valeur et de constater qu'elle peut être aimée et valorisée en fonction de ce qu'elle est; pas de ce qu'elle possède ou de ce qu'elle peut offrir aux autres.

Pour sa famille et ses amis, ces derniers jours peuvent leur donner l'opportunité de démontrer leur amour et leur compassion envers la personne mourante. Cette période peut donner lieu aux réconciliations, au début de deuil et à

l'acceptation puisque l'expérience de perte de contrôle permet à tout le monde de trouver de nouvelles façons d'être. Ainsi, la mort peut être « bénéfique pour le cœur de l'humain ».

Pour les chrétiens, il y a également la foi que le monde matériel est seulement une partie de la réalité de l'existence humaine, qu'il y a un autre « lieu » dans lequel la bonté d'une personne se perpétue. Le monde matériel, éphémère, donne lieu à une réalité permanente en relation avec Dieu. Cet espoir illumine les derniers stades de la vie et le désarroi de la mort et révèle la dignité que ce parcours fait ressortir. Il donne aux chrétiens l'encouragement pour veiller aux besoins des malades, des handicapés et des mourants à titre de signe visible de l'amour que Dieu offre à tout le monde.

**Chaque vie mérite d'être aimée et célébrée lorsqu'elle tire à sa fin. Si, par nos lois, nous indiquons que certains aspects de la vie ne valent pas la peine d'être vécus, nous nions le courage et l'intégrité de ceux et celles qui choisissent de les vivre pleinement.**

**2. Le projet de loi 52 peut présenter un avantage financier pour les gestionnaires et pour le gouvernement si les patients choisissent « l'aide médicale à la mort ».**

Le projet de loi affirme un droit aux « soins de fin de vie » (définis comme les soins palliatifs, la sédation terminale et l'aide médicale à la mort). Cependant, ce « droit » est circonscrit « en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements, des orientations, des politiques et des approches des maisons de soins palliatifs ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent » (s.5). Dans son rapport intitulé Mourir dans la dignité, la Commission spéciale indiquait que « [...] les soins palliatifs sont loin d'être accessibles à toutes les personnes en fin de vie qui en auraient besoin » (p.24). Les estimations du nombre de patients en fin de vie qui obtiennent des soins palliatifs adéquats peuvent être aussi faibles que 20%. En garantissant les soins palliatifs sans les ressources nécessaires pour les mettre en œuvre, les défenseurs de ce projet de loi mettent les établissements de soins de santé dans une position difficile. La mise en œuvre de « l'aide médicale à la mort » sera immédiate étant donné qu'il s'agit d'une mesure économique qui réduit les coûts en santé, alors que la mise en œuvre des programmes de soins palliatifs plus onéreux se fera selon les ressources disponibles. Tant et aussi longtemps que les soins palliatifs ne seront pas accessibles pour tous, les personnes en fin de vie choisiront d'emblée l'aide médicale à la mort, soit l'euthanasie. Les médecins en soins palliatifs affirment que leurs patients se sentent coupables d'être un fardeau pour leur famille et leurs soignants. Cette mesure législative ouvrirait la porte aux influences inappropriées des prestataires de soins, des familles et des

proches à utiliser ce sentiment de culpabilité et, ultimement, de déterminer le sort d'un patient en position de vulnérabilité. Nos membres croient qu'il sera impossible de s'assurer que les patients soient isolés des influences externes dans leur prise de décision.

### **3. Les critères d'admissibilité à « l'aide médicale à la mort » sont trop vastes**

Pour être admissible, la personne doit : être un résident du Québec, être majeur, être apte à consentir aux soins en personne ou par directive préalable, formuler de manière libre et éclairée pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir, être atteinte d'une maladie grave et incurable, avoir une situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités, éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables. Les critères d'admissibilité à « l'aide médicale à la mort » n'exigent pas que la maladie soit mortelle. Par conséquent, les personnes ayant un handicap ou une maladie chronique seraient admissibles. Si l'État partage le même avis que celui de la personne handicapée qui ne voit plus de raison de vivre, quel message envoyons-nous aux autres personnes dans la même situation, mais qui souhaitent continuer de vivre? (s. 26) De plus, il n'y a pas de critères pour la sédation terminale comme il y en a pour « l'aide médicale à la mort »(s. 25).

Enfin, les catégories de personnes admissibles à « l'aide médicale à la mort » ont été élargies dans les régions où la mort médicalement assistée (MMA) est légale, comme c'est le cas en Belgique où deux frères jumeaux malentendants et en voie de perdre la vue ont récemment été tués légalement. Le gouvernement belge est sur le point de légaliser la MMA pour les enfants de moins de 18 ans.<sup>i</sup> Le gouvernement des Pays-Bas a déjà légalisé l'euthanasie des nourrissons.<sup>ii</sup>

### **4. Le bilan de conformité aux exigences légales de « l'aide médicale à la mort » n'est pas exemplaire dans les états où elle est légalisée**

Des études publiées dernièrement dans des périodiques scientifiques reconnus montrent que de sérieux problèmes ont surgi dans les régions qui ont légalisé l'euthanasie. Notamment, les mesures de protection prévues n'ont pas été respectées et les cas d'euthanasie sont largement sous-déclarés. Une étude sur la mort médicalement assistée (Journal de l'Association médicale canadienne, 17 mai 2010) en Flandre et Belgique montre que 32% des cas d'euthanasie ont lieu sans que le patient y consente ou en fasse la demande (a). En 2010, un article publié dans le British Medical Journal montre que 47,2% des décès par euthanasie en Flandre et Belgique ne sont pas déclarés (b). Par ailleurs, un article publié dans le Michigan Law Review illustre plusieurs failles dans les

mesures de protection adoptées en Oregon (c). Si le système médical accepte moralement de tuer des innocents, la vie humaine n'a plus de valeur et il devient acceptable de contourner les protocoles médicaux existants.

(a) [www.cmaj.ca/content/early/2010/05/17/cmaj.091876.full.pdf+html](http://www.cmaj.ca/content/early/2010/05/17/cmaj.091876.full.pdf+html)

(b) [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950259/pdf/bmj.c5174.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950259/pdf/bmj.c5174.pdf)

(c) <http://www.michiganlawreview.org/assets/pdfs/106/8/hendinfoley.pdf>

## **5. Il n'y a pas d'engagements dans le projet de loi de protéger la liberté de conscience**

Il n'y a pas de dispositions législatives pour la protection de la liberté de conscience pour les personnes qui ne veulent pas prodiguer de « l'aide médicale à la mort » par objection professionnelle, éthique, morale ou religieuse. Parmi ces personnes, il y a le personnel infirmier, les pharmaciens et les médecins; sans compter les établissements de santé qui ont un engagement organisationnel à protéger la valeur de la vie humaine. Bien que la section 44 indique que la loi ne restreint pas le droit des professionnels de la santé de refuser de participer en raison de leur code de déontologie, ces derniers n'offrent pas forcément une protection adéquate et ils sont susceptibles d'être modifiés. Cette situation sera d'autant plus contradictoire étant donné que l'activité exécutée ira à l'encontre du *Code criminel du Canada*.

## **6. Les diagnostics peuvent être erronés**

Malgré les récentes innovations en technologie médicale, le diagnostic n'est pas un art exact. Il est possible qu'un patient choisisse de mettre fin à ses jours en se fondant sur un diagnostic ou un pronostic inexact. De plus, on connaît mal les effets de la dépression sur la capacité de consentir à la MMA. Il arrive souvent qu'un patient ayant vécu une maladie ou une blessure traumatique débilite aient exprimé la volonté de mourir, avant de s'adapter et de mieux se porter après la thérapie.

## **7. Le projet de loi 52 pourrait entraîner de la discrimination envers les handicapés**

Les défenseurs des droits des personnes handicapées ont exprimé leurs inquiétudes au sujet d'une sorte de discrimination inverse si le projet de loi était adopté. Advenant que « l'aide médicale à la mort » soit légalisée, une personne sans handicap qui aurait des pensées suicidaires serait traitée pour ses troubles psychologiques. Si une personne handicapée avait les mêmes pensées suicidaires, elle aurait le même traitement, mais dans son cas, « l'aide médicale

à la mort » serait proposée comme option.

Le suicide c'est l'action d'une personne, alors que « l'aide médicale à la mort » nécessite le consentement d'une autre personne et de la société qui la permet et qui la finance. La société sanctionne par conséquent un meurtre fondé sur les caractéristiques physiques ou mentales d'une personne. Cette pratique nécessite l'acceptation que certaines vies ne valent pas la peine d'être vécues.

## **8. Les relations entre médecin et patient peuvent être compromises**

« L'aide médicale à la mort » menace de compromettre la relation entre le médecin et le patient; cette dernière doit être fondée sur la confiance. Si l'une des options de « traitement » permet au médecin de tuer le patient, ce dernier sera très réticent à partager ses sentiments les plus intimes au sujet d'un diagnostic menaçant sa vie. Nous pouvons en apprendre de l'expérience néerlandaise. De nombreuses personnes se munissent d'une carte indiquant qu'elles ne veulent pas être euthanasiées à la suite d'un accident grave. Nos membres ont signalé que certains patients se méfient déjà des programmes de soins palliatifs parce qu'ils craignent l'euthanasie.

---

<sup>i</sup> <http://news.nationalpost.com/2013/06/19/belgium-on-verge-of-making-euthanasia-accessible-for-very-ill-children/>

<sup>ii</sup> [www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058026](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058026)



**The Christian Medical and Dental Society of Canada Response to Quebec's  
Bill 52 – *An Act respecting end of life care*  
Larry Worthen, Executive Director  
September 12, 2013**

On June 12, 2013 the Quebec National Assembly introduced Bill 52 that tries to legalize “medical aid in dying” or euthanasia in Quebec. Should this legislation pass, it could be challenged in court by the federal government on the basis that it contravenes the criminal law, which is a federal responsibility.

CMDS is opposed to efforts to legalize “medical aid in dying” in Quebec through Bill 52. The following points challenge common misconceptions about euthanasia and provide a brief outline of our reasons for our position.

### **Misconceptions**

The following points dispel the myths that are influencing the public debate.

#### **Misconception # 1**

**“Medical aid in dying” is the same thing as a patient’s refusal of medical treatment.**

#### **Wrong**

**“Medical aid in dying”** is the intentional killing of a human being through direct action by a physician. (i.e. administering a lethal injection). It normally requires consent of the patient made in person or by means of an advanced directive. It is also referred to as euthanasia, physician assisted suicide, or physician assisted death.

“Medical aid in dying” is dramatically different from a patient’s right to refuse treatment at end of life. The ethical difference is that the person who administers “medical aid in dying” always intends to kill the patient, while the person who removes or refuses to administer “heroic measures” simply allows the illness to take its natural course. This may or may not result in the death of the patient.

## **Misconception # 2**

**People seek “medical aid in dying” because of fear of pain.**

### **Wrong**

Experts in palliative care tell us that pain is rarely the reason patients ask for hastened death – it more often comes out of a desire to control the circumstances surrounding death. With Palliative Care tools and resources, pain and other distressing symptoms can usually be controlled and support provided to ensure comfort and quality of life.

A fact sheet published by the CHPCA has documented that only 16% to 30% of Canadians who die currently receive or have access to hospice palliative care services. That is often dependent on where people live. We need advocacy to ensure that everyone has access to the care they may need at end of life.

### **Reasons why we oppose “Medical aid in dying”**

#### **1. We need to help people live out the experience of death, rather than ending their lives prematurely.**

Since death is seldom explored in the popular media the end of life is often feared and misunderstood, and the topic avoided. But the process of dying, while sad, is a part of everyone’s life and can be lived out in a way that respects the dignity of every person. The process of dying exposes the vulnerability in each of us and provides an opportunity for the authentic giving and receiving of love and care between the dying person, their family, friends and caregivers. It can be a time of breakthroughs in relationships, growth in self-understanding and development of a deeper awareness of the meaning of life. In the midst of a society obsessed with doing, producing and purchasing, the time leading up to death can be an opportunity for the dying person to understand their own worth as a person and to see that they can be loved and valued for who they are, and not for what they own or can give to others.

For their families and friends, these last days can be an opportunity to demonstrate their love and care for the person who is terminally ill. Reconciliations can happen, grieving can begin and closure can be achieved as everyone experiences the loss of control in a way that allows for new ways of being. In this sense, death can be “good for the human heart”.

For the Christian there is also the faith that this material world is only part of the total reality of human existence, that there is another “place” in which the

goodness of the person carries on for all eternity. The material world, which is fleeting, gives way to a more permanent reality in relationship with God. This hope illuminates the final stages of life and the sorrow of death and emphasizes the dignity that this journey exposes. It gives the Christian added encouragement to care for the needs of the sick, the disabled and the dying as a visible sign of the love that God has for all people.

**Every single life deserves to be cherished, and celebrated at the end of their life. If we say with our laws that there are certain aspects of life that do not deserve to be lived, we negate the courage and integrity of those who choose to live them out.**

## **2. Bill 52 may provide a financial incentive to administrators and government if the patients choose “medical aid in dying”.**

The Bill asserts a right to “end of life care” (defined as palliative care, terminal palliative sedation and medical aid in dying). At the same time however, this “right” is qualified “within the limits of the human, material and financial resources at their disposal.” (s.5) The Dying with Dignity report of the Select Committee found that “far too many end-of-life persons who need palliative care do not have access to it.” (p.24) Estimates of the number of end of life patients who receive appropriate palliative care currently are as low as 20%. By mandating palliative care without the resources to implement it properly, supporters of this Bill place health institutions in a bind. Implementation of “medical aid in dying” will be immediate as it is not costly and actually saves healthcare funds, while the implementation of the more costly palliative care programs will be implemented as resources allow. As long as appropriate palliative care is not an option, people at end of life will be more likely to choose medical aid in dying, or euthanasia. Palliative care physicians advise that their patients often feel guilty about being a burden to family and health care providers. This legislation would open the door to inappropriate influences from health care providers, family and friends to play on this sense of guilt and ultimately determine the vulnerable patient’s destiny. Our members believe that it will be impossible to ensure that patients are free from influences from third parties in making their decision.

## **3. The eligibility criteria for “medical aid in dying” are overly broad**

In order to be eligible the person must: be a Quebec resident, be an adult able to consent to treatment personally or by advanced directive, request “medical aid in dying” after making a free and informed decision, suffer from a serious, incurable disease, in an advanced state of weakening capacities, with no chance of improvement, and have constant and unbearable physical or psychological suffering that cannot be eased under conditions s/he deems tolerable.

The criteria for “medical aid in dying” do not require that the illness be terminal,

and as a result those with disabilities or chronic medical conditions could qualify. When the state agrees with a disabled person that their life is not worth living, what message does that send to others who are challenged by the same condition yet want to continue to live their lives? (s. 26) In addition, there are no criteria for terminal palliative sedation as there are for “medical aid in dying”(s. 25).

Finally, categories of persons permitted to end their lives have been expanded in other jurisdictions where PAD is legal, such as in Belgium where two twin brothers who were deaf and becoming blind were recently legally killed. The national legislature in Belgium is poised to legalize PAD for children under the age of 18. <sup>i</sup> The Netherlands has already legalized the euthanasia of infants. <sup>ii</sup>

#### **4. The record of compliance with legislated requirements for “medical aid in dying” is not good in jurisdictions where it has been legalized**

Studies recently published in credible scientific journals have illustrated serious problems in those jurisdictions that have legalized euthanasia. Specifically, legislated safeguards have not been followed, and euthanasia continues to be under reported. For instance, a study of “medical aid in dying” deaths in Flanders, Belgium published in the CMAJ on May 17, 2010 found that 32% of euthanasia deaths occurred without the explicit request or consent of the patient. (a) A 2010 article published in the British Medical Journal also dealing with the Flanders area of Belgium documented that 47.2% of all euthanasia deaths went unreported. (b) A recent article in the Michigan Law Review demonstrates the flaws in Oregon’s “safeguards”.(c) Once it becomes morally acceptable for the medical system to take an innocent human life, the value of life is cheapened, and the imperative of following the protocols is deemphasized.

(a)[www.cmaj.ca/content/early/2010/05/17/cmaj.091876.full.pdf+html](http://www.cmaj.ca/content/early/2010/05/17/cmaj.091876.full.pdf+html)

(b)[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950259/pdf/bmj.c5174.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950259/pdf/bmj.c5174.pdf)

(c)<http://www.michiganlawreview.org/assets/pdfs/106/8/hendinfoley.pdf>

#### **5. There are no commitments in the Bill to protect conscience rights**

There are no legislated provisions for the protection of conscience rights for those who cannot participate in “medical aid in dying” due to professional, ethical, moral or religious objections. This includes professionals such as nurses, pharmacists, and doctors as well as institutions and hospices that may have an organizational commitment to uphold the value of human life. While s. 44 states that the legislation does not limit the right of health professionals to refuse to participate based on their professional code of ethics, these codes may or may

not provide appropriate protection, and are subject to change. This situation will be all the more ironic given that the mandated activity will be contrary to the *Criminal Code of Canada*.

## **6. Diagnoses can be wrong**

Despite recent advances in medical technology, diagnosis is not a perfect art. It is possible that a patient could choose to have their life terminated based on a diagnosis or prognosis that is not accurate. In addition, it is difficult to determine the exact effect that depression has on capacity to consent to PAD. Often patients who have experienced traumatic debilitating illness or injury have expressed the wish to end their lives, only to eventually adjust well after appropriate therapy.

## **7. Bill 52 can result in discrimination against the disabled**

Disabled rights advocates express concern about a kind of reverse discrimination that would come about if these proposals go ahead. In a world in which “medical aid in dying” is legalized an able bodied person who had suicidal thoughts would be treated to help them get some relief. If a disabled person had the same suicidal thoughts, however, they would receive the same treatment, but “medical aid in dying” would also be discussed as an option.

Suicide is an action of an individual while “medical aid in dying” requires the assent at least one other person and of the society that permits it and pays for it. The society is therefore sanctioning a murder based upon the physical or mental characteristics of the person. This requires an acknowledgement that certain lives are not worth living.

## **8. Physician patient relationships can be undermined**

“Medical aid in dying” threatens to undermine the physician patient relationship, which must be based on trust. If one of the “treatment” options is that the physician can kill the patient, then the patient will be very reluctant to share their inmost feelings about a life threatening diagnosis. The Dutch experience is instructive here. Many people carry cards indicating that they do not want to be euthanized in the event of a serious accident. Our members report that patients are already leery of being referred to palliative care programs because they fear euthanasia.

---

<sup>i</sup> <http://news.nationalpost.com/2013/06/19/belgium-on-verge-of-making-euthanasia-accessible-for-very-ill-children/>

<sup>ii</sup> [www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058026](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058026)



**Projet de loi 52**

**“Loi concernant les soins de fin de vie”**

Mémoire présenté

À la commission de la Santé et des Services Sociaux

7 Octobre 2013

Par Dr. Liette Pilon

Porte-parole pour la CMDS

7 Octobre 2013-10-01

M. le Président  
Mme. La Ministre  
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

La Société Médicale et Dentaire Chrétienne du Canada et nous -mêmes vous remercions de l'opportunité de nous faire entendre à la Commission.

Nous vous remercions aussi pour votre travail dont nous en apprécions davantage la charge depuis que nous suivons des présentations faites à cette commission.

Nous voulons d'abord souligner l'importance primordiale de votre rôle à la commission, de votre vote comme parlementaire et de la grande responsabilité et influence que vous tenez ici surtout en ce qui concerne ce projet de loi 52 car des vies humaines sont en jeu.

Si un médecin touche des milliers de vies au cours de toute sa carrière, vous influencerez les vies de toute la population du Québec et plus, des millions de personnes et pour des générations et ce en quelques années (4-8-12...) de service ici.

Je vous conjure donc de peser très fort les conséquences à court et à long terme sur tous les citoyens de vos recommandations et vote sur ce projet de loi dont la portée est énorme et vitale.

#### **Qui est la CMDS Canada**

La Société Médicale et Dentaire Chrétienne du Canada est une association de médecins, dentistes et étudiants en médecine et dentisterie qui vise à favoriser l'intégration de la foi en Jésus -Christ avec l'excellence professionnelle en soins aux patients . Elle compte environ 1500 membres au travers du Canada.

C'est par souci pour tous les citoyens et particulièrement nos patients dont plusieurs sont en position de vulnérabilité que nous voulons joindre notre voix aux opposants de ce projet de loi car contrairement à ce que certains diront, il ne favorisera pas le respect des personnes, au contraire.

#### **Primum non nocere :**

En médecine le principe de "Tout d'abord ne pas nuire", ne pas empirer la situation est tout à fait fondamental .Il est de notre avis que ce projet de loi 52 tel qu'il est empirera la situation pour les récipients des soins de santé et pour ceux qui y travaillent.

Il est très louable et attendu qu'on veuille améliorer l'accès aux soins palliatifs dans tous les établissements et qu'on promette un budget à cet effet.( c'est du gâteau) Cependant d'attacher aux soins palliatifs "l'aide médicale à mourir", qui correspond à l'euthanasie, est tout à fait contre l'esprit de la tradition médicale et des soins palliatifs.( il y a du poison dans ce gâteau)

Parfois, même avec ce qui semble de bonnes intentions, des décisions et des actions ont de fâcheuses conséquences et ce sont ces conséquences qu'il faut prévoir et empêcher.

Même si ce n'était pas l'intention de la loi, il y a la lettre de la loi et comment elle sera interprétée et appliquée. L'ouverture à l'aide médicale à mourir mènera certainement à des abus.Ce projet de loi risque

fort d'aseptiser l'acte de tuer et ce sont les personnes en état de vulnérabilité qui seront victimes, et les soignants qui deviendront agent de mort alors que leur rôle devrait être le contraire.

### **Inefficacité des contrôles :**

Le bilan de conformité aux exigences légales de "l'aide médicale à mourir " n'est pas exemplaire dans les états où elle est légalisée. Le Québec ne peut espérer faire mieux.

Des études publiées dernièrement dans des périodiques scientifiques reconnus montrent que de sérieux problèmes ont surgi dans les régions qui ont légalisé l'euthanasie. Notamment, les mesures de protection prévues n'ont pas été respectées et les cas d'euthanasie sont largement sous-déclarés. Une étude sur la mort médicalement assistée (Journal de l'Association médicale canadienne, 17 mai 2010) en Flandre et Belgique montre que 32% des cas d'euthanasie ont lieu sans que le patient y consente ou en fasse la demande (a). En 2010, un article publié dans le British Medical Journal montre que 47,2% des décès par euthanasie en Flandre et Belgique ne sont pas déclarés (b). Par ailleurs, un article publié dans le Michigan Law Review illustre plusieurs failles dans les mesures de protection adoptées en Oregon (c).

a) [www.cmaj.ca/content/early/2010/05/17/cmaj.091876.full.pdf+html](http://www.cmaj.ca/content/early/2010/05/17/cmaj.091876.full.pdf+html)

(b) [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950259/pdf/bmj.c5174.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950259/pdf/bmj.c5174.pdf)

(c) <http://www.michiganlawreview.org/assets/pdfs/106/8/hendinfoley.pdf>

Si le système médical accepte moralement de tuer des innocents, la vie humaine n'a plus de valeur et il devient acceptable de contourner les protocoles médicaux existants. Autrement dit si on dépasse la ligne de l'interdit de tuer pour telle personne dans telle circonstance, quelque chose dans l'inconscient peut dire "alors pourquoi pas pour cette autre personne dans cette autre circonstance". Et cela peut continuer à glisser insidieusement. On le voit déjà des groupes vous demandent d'inclure des personnes inaptes, souffrant de démence et en Belgique on cherche à inclure des mineurs. On constate aussi avec les nombres d'euthanasie en croissance dans ces pays que cela ne reste pas longtemps une "situation exceptionnelle."

En 2009, L'ONU s'inquiète déjà du nombre élevé d'euthanasie se pratiquant aux Pays-Bas "Tout se passe comme si la légalisation augmentait la permissivité et la tolérance envers l'acte euthanasique à la fois chez les médecins et chez certains malades. Bref, une fois institutionnellement et officiellement approuvée et pratiquée, l'euthanasie développe sa propre dynamique et résiste à toutes les procédures de surveillance sensées la contenir,"

Si par quelque exception une faute grave était trouvée, quelles seraient les sanctions? La personne vraiment coupable d'homicide, ne respectant pas même ces conditions ne serait-elle jamais accusée au criminel?

Je vous réfère aussi au mémoire présenté par l'organisme " Vivre dans La Dignité" p 20 sur ce sujet

### **Désensibilisation**

Nos contemporains sont de plus en plus désensibilisés à la violence (jeux vidéo, films) et grandissant dans une mentalité de toujours insister sur leurs droits et peu sur leurs responsabilités. Nous aussi comme médecins risquons d'endurcir notre sensibilité à la violence de tuer

une personne. Les soignants sont justement les personnes qu'on ne veut pas désensibiliser à donner la mort bien qu'on tente de déguiser le concept sous une apparence de soin.

### **Pressions :**

Il est utopique de croire qu'il n'y aurait pas de pression sur les personnes vulnérables, il y en a déjà beaucoup. Comment d'ailleurs le médecin pourrait-il vérifier cela adéquatement? Art 28 1a

### **Confusion, définitions et critères :**

1- Une fausse idée courante est que "l'aide médicale à mourir" est synonyme du droit du patient de refuser ou interrompre un traitement médical. Le patient a déjà ce droit.

"L'aide médicale à mourir" est l'acte délibéré de tuer un être humain par l'intervention directe d'un médecin (l'injection létale par exemple). Ici cette intervention nécessite la demande signée du patient, ou d'un tiers en son nom et vérifiable. On réfère également à cette intervention comme euthanasie, suicide assisté par un médecin ou mort médicalement assistée (ici aide médicale à mourir). Il y a une différence importante entre "l'aide médicale à mourir" et le droit du patient de refuser le traitement en fin de vie. La différence éthique c'est que la personne qui administre "l'aide médicale à mourir" a toujours l'intention de tuer le patient, alors que la personne qui cesse d'administrer des "mesures héroïques" laisse simplement la maladie suivre son cheminement naturel. Cette dernière peut provoquer le décès du patient ou non.

2- Les termes "aide médicale à mourir" et "sédation palliative terminale" ne sont pas définis dans le projet de loi, alors qu'il existe dans la population et même dans la communauté médicale une confusion sur ce que cela implique. Pour certains le refus de cela équivaldrait à un refus d'accès au soulagement de la douleur et à de bons soins palliatifs, ce qui rend compréhensible qu'ils les demandent. "

3- Il n'y a pas de critères prévus pour" la sédation palliative terminale"(art.25) : est-ce un "bar ouvert?" |

4- Les critères d'admissibilité à "l'aide médicale à mourir" sont vastes

Pour être admissible, la personne doit: être un résident du Québec, être majeur, être apte à consentir aux soins en personne ou par directive préalable, formuler de manière libre et éclairée pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir, être atteinte d'une maladie grave et incurable, avoir une situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités, éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

Les critères d'admissibilité à "l'aide médicale à mourir" "n'exigent pas que la maladie soit mortelle, ou terminale en toute fin de vie. Par conséquent, les personnes ayant un handicap ou une maladie chronique seraient admissibles. Si l'état ou les soignants partagent le même avis que celui de la personne handicapée qui ne voit plus de raison de vivre, quel message envoyons-nous aux autres personnes dans la même situation, mais qui souhaitent continuer de vivre? (art.26)

Même le Collège des Médecins pourtant en faveur de l'idée de cette loi souligne ces difficultés : "Aussi nous pensons que la condition voulant que la mort soit inéluctable et imminente devrait être formulée plus explicitement en faisant appel à la notion de "phase terminale"... Cette exigence remplacerait la condition voulant que la situation médicale de la personne se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités. Des psychiatres nous ont avisé que plusieurs de leurs patients pourraient faire la demande et satisfaire aux conditions telles qu'elles sont formulées actuellement. Il en va de même de patients atteints d'une maladie dégénérative encore à un stade précoce. On comprendrait facilement la réticence des médecins à répondre à de telles demandes" (RCM, p.8)

Enfin, les catégories de personnes admissibles à "l'aide médicale à mourir" ont été élargies dans les régions où la mort médicalement assistée (MMA) est légale, comme c'est le cas en Belgique où deux frères jumeaux malentendants et en voie de perdre la vue ont récemment été tués légalement. Le gouvernement belge est sur le point de légaliser la MMA pour les enfants de moins de 18 ans. " Le gouvernement des Pays-Bas a déjà légalisé l'euthanasie des nourrissons."

Si par exemple votre fils( ou fille ) majeur devenait paralysé suite a un accident et qu'une période dépressive perdure, que peut-être son amie le laisse, il(elle) pourrait sans que personne vous en parle demander l'aide médicale à mourir et l'obtenir. Un suicide" propre",mais non moins tragique.

L'option de l'aide médicale à mourir est comme de garder un revolver dans le tiroir au cas où on voudrait s'en servir .Légiférer en ce sens est de débarrer le tiroir . On ne vous dit pas ouvertement de vous tuer mais voilà on a débarré le tiroir. Pensez-y, demandez le nous.

Il n'y a rien de prévu pour une évaluation psychologique ou des soins psychologiques, Il n'y a rien de précisé sur le délai entre la demande et l'exécution.(? 1 an, que la dépression s'amande, quelques jours?...) Il y a aussi confusion de définitions pour soins de fin de vie et soins palliatifs.

### **L'effet papillon : individu-société-individu**

"Aucun homme n'est une île "(John Donne):bien qu'on puisse penser que la décision, et la disponibilité de se faire euthanasier ne regarde que soi, il n'en est pas ainsi, elle affecte beaucoup de personnes, famille , soignants, autres bénéficiaires.

On sait que le suicide n'affecte pas que la personne suicidée. Le Québec arrive souvent en tête de file quant au suicide. Les taux de suicides( ordinaires) montent aussi lorsqu'on décriminalise l'euthanasie. Si on ajoute ceux qui recevraient de "l'aide" ...aboutirait-on a une culture qui valorise la mort et banalise l'acte de tuer? On essaie de dire "le suicide n'est pas une option" mais ici on envoie un message contraire : " oui finalement qui sommes nous pour vous dire de ne pas vous tuer. On a même le l'obligation de vous aider"

### **Changement des valeurs :**

1-Une des prémices mises de l'avant pour l'ouverture à l'euthanasie (et aide médicale à mourir) est la primauté de l'"autodétermination" sur d'autres valeurs entre autre la valeur intrinsèque de la vie et de l'inviolabilité de la personne humaine, pourtant inscrit dans la charte des droits et libertés du Québec (Voir l'annexe 1) .La déclaration des droits de l'homme des Nations –Unies a des termes semblables.

Cependant l'autodétermination n'est jamais absolue ni dans le vide car nous vivons en communauté. Il faut être logique. Il ne nous est pas permis par la loi de faire tout ce que l'on veut quand on le veut. Ce serait l'anarchie et elle ne sert à personne. Le législateur met et on accepte une limite raisonnable à nos libertés pour le bien de tous.

Tu peux boire mais ne pas conduire en état d'ébriété.

Tu peux fumer mais ne pas exposer les autres à ta fumée.

Tu peux dépenser comme tu veux mais pas l'argent des autres.

Tu peux conduire une auto mais en respectant le code de la route.

Tu peux satisfaire des besoins sexuels mais pas en abusant d'autres personnes.etc...

Ici quand on parle de désir de mort :Tu peux tenter de te suicider, on ne te pénalisera pas pour cela, mais on se doit de limiter l'accès et la permission de tuer car il peut causer du tort à soi-même et à beaucoup d'autres personnes et surtout comme on le répète les personnes en état de vulnérabilité.

Ne voyez- vous pas que l'argument de la liberté et du choix individuel en ce qui a trait à cette question ne fait pas le poids. Ce qui est demandé n'est pas que la personne soit autorisée à mourir ou à se suicider( elle l'a) mais que l'état, la société, la communauté , les établissements et le personnel aient une **obligation** de fournir le support médical, social , et financier pour permettre à une personne de mourir à un moment précis suivant sa décision, bien que cela puisse être préjudiciable à d'autres personnes.

2-La dignité :Sous-entendu est qu'une personne qui perd ses des capacités n'est plus digne. Ce n'est pas vrai. Bien qu'il est normal de pleurer sa perte de capacité, ceci n'enlève rien à la valeur et la dignité de la personne. Elle l'a parce qu'elle est un être humain ayant droit à notre respect.

3-Certains postulats éthiques formulés dans le rapport Ménard ( en vue de cette loi)cité dans le mémoire de "Vivre dans la Dignité"p 22 nous font vraiment craindre la pente glissante vers la dévalorisation des personnes vulnérables et en perte d'autonomie:

"Le caractère sacré de la vie n'est pas absolu. Il entre parfois en conflit avec le droit à l'autodétermination et il doit lui céder le pas dans certaines circonstances... le caractère sacré de la vie n'a de sens que si la dignité de la vie en fait partie."(P.189)

"...l'intérêt de l'État à préserver la vie diminue en fin de vie. L'autonomie de la personne redevient prépondérante, et l'État n'a aucun intérêt à forcer une personne à poursuivre une vie qui a perdu l'essentiel de son humanité"(pp200-201)

Il n'est même pas dit autodétermination ici mais autonomie...Qui aura le droit de définir" l'essentiel de son humanité"? Ne voit-on pas où cela va mener? À quoi cela nous fait-il penser?

La valeur de la vie humaine n'est pas n'importe quelle valeur interchangeable avec d'autres. Elle est un fondement sur lequel l'édifice d'une bonne société est fondé. Si on la déplace pour la remplacer par une pierre de différent calibre, l'édifice sera croche et le deviendra de plus en plus.

La mort ne doit pas être vue comme un droit. Comme la maladie elle est un fait. Demander à un médecin de donner la mort est comme lui demander de donner la maladie, pire en fait. C'est un pouvoir et une responsabilité que personne d'autre n'a dans notre société et cela devrait rester ainsi.

### **Un cri de détresse qu'il faut entendre :**

Lorsque quelqu'un exprime un désir d'en finir ce n'est pas toujours vraiment la mort qu'il désire ou dont il a besoin. Plusieurs auront de ces propos dans de grands moments de découragements, et face à la maladie ou la détresse physique ou psychique C'est normal.. Il faut entendre l'appel à l'aide, fournir de l'aide pas de la mort et surtout donner l'espoir même si ce n'est plus pour certains un espoir de guérison physique il y a toujours place pour guérison émotionnelle, relationnelle, existentielle. Est-ce une souffrance physique qu'on peut soulager? De nos jours les progrès dans le contrôle de la douleur permettent d'en soulager la très grande partie Est-ce l'angoisse existentielle du sens de la vie et de sa destinée qui fait surface et que personne n'aborde parce que c'est un sujet tabou? Est-ce une solitude, la crainte d'être incapacité, de n'être plus aimé, d'être un fardeau, la période du deuil d'une image de soi qui change? Est-ce une dépression qui affect la capacité de consentement libre et éclairé.?

Avant d'en venir à une acceptation il y a plusieurs étapes plus ou moins longues( déni, colère, marchandage, acceptation) et se chevauchant parfois. Ne considérer que l'expression du désir d'en finir ne va pas rencontrer les vrais besoins ou désirs souvent inexprimés de la personne. Le regard des autres sur soi nous influence. Nous voulons inviter tous à jeter un regard qui valorise toutes les personnes quelles soient bien portantes ou affaiblies, jeunes ou âgées, indépendantes ou dépendantes qu'elles aient une longue ou courte vie devant elles , parce qu'elles sont,

qu'elles existent ,et que ce n'est pas une condition de faiblesse ou de dépendance qui leur enlève leur dignité.

L'association Canadienne des Médecins en soins palliatifs nous dit : "La souffrance est rarement la raison pour laquelle les patients veulent une mort accélérée — elle provient plutôt d'un désir de contrôler les circonstances avant le décès. Heureusement, nous pouvons indiquer à nos patients que les outils et les ressources en soins palliatifs nous permettent généralement de contrôler la souffrance et la détresse et d'offrir du confort et de la qualité de vie. " "Un résumé publié par l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) indique que seulement 16% à 30% des Canadiens qui décèdent bénéficient de soins palliatifs ou y ont accès. Ce pourcentage dépend de la région où l'on habite. Nous devons donc lutter pour nous assurer pour que tous les Canadiens aient accès à ce type de soins en fin de vie.

### **Un cheminement :**

Nous devons aider les personnes à vivre pleinement l'expérience du cheminement vers la mort au lieu d'interrompre leur vie prématurément.

Puisque la mort n'est pas un sujet souvent exploré dans les médias populaires, la fin de vie est souvent mal comprise et inquiétante; elle devient ainsi un sujet qu'on préfère éviter. Par contre, le processus de mort, quoique triste, fait partie de la vie de tous et chacun et il peut être vécu de manière qui respecte la dignité de chaque personne. Le processus de mort fait ressortir notre vulnérabilité et offre la chance de vivre un échange sincère d'amour et de soins entre la personne mourante, sa famille, ses amis et ses soignants. Il peut s'agir d'une opportunité unique dans les relations pour la croissance dans la compréhension de soi et le développement d'une conscience approfondie du sens de la vie. Dans une société obsédée par l'activité, la productivité, la consommation, la beauté, la jeunesse, la période précédente la mort peut offrir à la personne mourante la possibilité de comprendre sa propre valeur et de constater qu'elle peut être aimée et valorisée en fonction de ce qu'elle est, pas de ce qu'elle possède ou de ce qu'elle peut offrir aux autres.

Pour sa famille et ses amis, ces derniers jours peuvent leur donner l'opportunité de démontrer leur amour et leur compassion envers la personne mourante. Cette période peut donner lieu aux réconciliations, au début de deuil et à l'acceptation puisque l'expérience de perte de contrôle, bien que redoutée, permet à tout le monde de trouver de nouvelles façons d'être. Ainsi, le chemin vers la mort peut en ce sens avoir un "bénéfice" pour le cœur de l'humain "

Chaque vie mérite d'être aimée et célébrée lorsqu'elle tire à sa fin. Si, par nos lois, nous indiquons que certains aspects de la vie ne valent pas la peine d'être vécus, nous nions le courage et l'intégrité et la dignité de ceux et celles qui choisissent de les vivre pleinement.

Comprenons nous bien il ne s'agit pas de s'acharner à maintenir en vie à tout prix ou à prolonger la mort mais de respecter sans la devancer la mort dans le contexte de soins de fin de vie.

### **Remarque :**

En tant que participants à la foi chrétienne, nos valeurs en ce domaine viennent en partie des enseignements et exemple de Jésus-Christ. L'amour du prochain, la justice et la responsabilité sociale, le don de soi, la valeur de chaque personne et de sa vie... Ces valeurs ne sont pas à être négligées parce qu'elles sont dans la foi chrétienne, comme certains tentent de mettre en garde, mais plusieurs méritent d'être gardées par tous parce qu'elles ont une résonance universelle et qu'elles sont bonnes pour la communauté et tous les individus peu importe leur croyances et encore plus dans le domaine de la santé et des services sociaux. Si l'ONU garde comme valeur le respect de la vie humaine, C'est que celle-ci est universelle et qu'elle prévient des abus. Si beaucoup de Québécois sont peut-être devenus "allergiques" à la religion parce qu'à une époque l'église du temps a abusé de pouvoir, attention de ne pas rejeter "le bébé avec l'eau du bain sale", Examinons et gardons ce qui est bon. Jésus entre autre a été des plus sévère envers des religieux de son temps qui imposaient des fardeaux et des règles mais négligeaient l'important, la justice, la bonté, la fidélité.

## **L'accès :**

Comme nous l'avons dit il est louable d'avoir amorcé des efforts pour rendre plus accessibles les soins palliatifs mais il y aurait beaucoup à faire. Dans un mode de compressions budgétaires, les établissements de soins de santé seront dans une position difficile. Bien que les soins palliatifs ne sont pas des plus onéreux car on s'éloigne de la haute technologie, la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir pourrait être facilement préférée. Le rapport de la protectrice du citoyen (2012-2013) affirme récemment que l'écart entre les services annoncés et ceux réellement accessibles se creuse toujours et que des personnes vulnérables, âgées ou handicapées en souffrent.

## **La Liberté de conscience**

Bien que la section 44 indique que la loi ne restreint pas le droit aux professionnels de la santé de refuser, selon leurs codes de déontologie, de fournir des soins de fin de vie ou de collaborer à leur fourniture en raison de leurs convictions personnelles, ces derniers n'offrent pas une protection adéquate et ils sont susceptibles d'être modifiés. Transmettre la demande tel que requis, peut-aussi être perçu comme collaborer. Le mémoire déposé par la Maison Michel Sarazzin parle avec plus de détails de l'effet sur les soignants. Cette situation semble aussi contradictoire étant donné que l'activité exécutée ira à l'encontre du Code Criminel du Canada.

Si le gouvernement et tous les partis sont réellement pour la liberté de conscience ils décrèteront que le vote sur cette loi sera un vote libre.

## **La relation médecin-patient :**

Celle-ci doit être basée sur la confiance. Si une des options de "traitement" permet au médecin de tuer le patient, ce dernier peut être plus réticent à lui partager ses sentiments et inquiétudes. Aux Pays-Bas des personnes se munissent d'une carte indiquant qu'elles ne veulent pas être euthanasiées. Certains se méfient déjà des programmes de soins palliatifs parce qu'ils craignent l'euthanasie. On ne fait plus trop confiance aux soignants.

## **Danger pour les personnes vulnérables :**

Ceci est un très grand danger. Si vous avez dû passer un peu de temps dans les établissements de santé comme patient, vous avez probablement constaté que ce n'est pas toujours facile pour une personne moyenne de s'y retrouver, de pouvoir donner et recevoir toutes les informations et soins nécessaires. Tout le monde fait son possible je crois mais il y a les pressions de temps, les multiples intervenants, les changements de personnel parfois débordé, 3 fois par jour, chaque jour. Les erreurs dans la communication ne sont pas rares. Je suis médecin et j'ai eu à accompagner ma mère et mon mari et si nous avons eu des difficultés, imaginons un peu une personne démunie qui n'a pas de "défenseur". Nous avons reçu parfois de bien mauvais soins, parfois de très bons et l'accès aux bons soins devrait être amélioré.

## **La sédation palliative : encadrer ce qui se fait déjà :**

Il a été mis de l'avant, lors des rapports et commission précédant ce projet de loi que l'euthanasie se pratiquait déjà mais dans la clandestinité et que c'était une raison pour amener ce projet de loi. Je ne sais pas ce qui se passe dans la clandestinité mais me référant à ci haut sur la difficulté des contrôles, Cette ouverture dans la loi ne semblera pas régler ce problème mais probablement l'accentuer.

Ce que je sais qui se fait déjà et qui est légal, acceptable et vraiment un soin est, si cela s'avère nécessaire, la sédation palliative(continue) sans intention de donner la mort, titré pour rendre le patient

confortable, et uniquement pour soulager la douleur et les symptômes accompagnant une mort imminente( heures ou jours) .Définir ceci et ces critères. Si les gens comprenaient que cela est légal et disponible, si besoin est , je crois qu'ils ne se prononceraient pas en faveur de cette loi qui mettra en danger la vie de plusieurs. Il peut être bon en effet d'encadrer ce soin par une information adéquate de ce qu'est cette procédure et ses implications, de consigner au dossier et d'obtenir un consentement écrit de la personne ou de son représentant .Si des soignants en conscience ne peuvent participer à ce soin on doit aussi respecter leur choix.

Cependant retirer du projet de loi 52 tout ce qui concerne l'aide médicale à mourir.

### **Expérience personnelle :**

Pour avoir accompagné ma mère et mon mari dans leur parcours de vie avec le cancer, Je suis d'avis que les soins palliatifs sont nécessaires et leur accès devrait être élargi mais pas l'aide médicale à mourir, ni la sédation palliative dans l'intention de donner la mort.

### **En résumé**

1-Un accès accru aux soins palliatifs de qualité est nécessaire.

2-Ces soins palliatifs ou autres services ne devraient pas être dans l'obligation d'offrir "l'aide médicale à mourir" mais ( comme il est déjà légal) avoir une permission de soin de sédation palliative sans intention de donner la mort.

3- La valeur intrinsèque de la vie humaine doit demeurer un fondement à la base de notre société comme elle est proclamée dans les conventions internationales.

4-L'accès à l'aide médicale à mourir tel que proposé dans la loi 52 est un danger pour les citoyens, surtout les personnes en état de vulnérabilité qui sont ceux-là même que nous devons protéger et soigner.

5- Pour les personnes manifestant une détresse au point de souhaiter la mort, Nous avons la responsabilité de leur offrir une meilleure option qu'une mort prématurée : prioriser des bons soins, et les accompagner dans leur cheminement avec la maladie et la faiblesse et de réaffirmer leur valeur malgré leur condition.

6-Bien qu'on essaie de mettre des critères que certains diront serrés, pour l'aide médicale à mourir, l'expérience des endroits où elle se pratique nous montre qu'un dépassement et un élargissement graduel se produit. On ne parle plus de personnes en phase toute terminale. On ne peut garantir faire mieux au Québec.

7- Le poids de diriger la demande et d'accomplir le geste de donner la mort repose sur des médecins alors que ce n'est pas la vocation qui nous a incombé jusqu'ici, tout le contraire. Il se crée un déchirement profond entre le devoir et le rôle de soigner et le rôle de mettre à mort. Le fait que beaucoup de médecins en soins palliatifs, ceux-là qui touchent le plus les patients susceptibles de demander l'aide médicale à mourir, ne sont pas en accord avec ce projet de loi devrait nous en dire long. Le respect de la liberté de conscience des soignants, dans tout le système de santé( pas seulement des médecins et pas seulement dans les établissements) de ne pas participer de près ou de loin à l'euthanasie ne pourra être honoré.

8-Bien que l'intention à l'origine du projet de loi ait pu être bonne, ses effets seront délétères .Il ne faut pas traverser cette ligne. Nous espérons qu'à bien y regarder vous aussi verrez qu'il vaut mieux ne pas la mettre en œuvre plutôt que de prendre des risques avec la vie des gens. Il ne sera plus possible de revenir en arrière après.

Si le gouvernement et tous les partis politiques sont vraiment en faveur de la liberté de conscience, ils permettront un vote libre sur ce sujet capital.

Quant à nous nous ne pouvons rester silencieux sur le sujet car comme dit Martin Luther King Jr, :” Nos vies commencent à finir, le jour où nous devenons silencieux à propos des choses qui comptent.”

Merci encore pour votre attention

Dr Liette pilon pour la CMDS.

## Annexe 1

### Charte des droits et libertés de la personne du Québec. Extrait.

chapitre C-12

Charte des droits et libertés de la personne

CONSIDÉRANT que tout être humain possède des droits et libertés intrinsèques, destinés à assurer sa protection et son épanouissement;

Considérant que tous les êtres humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi;

Considérant que le respect de la dignité de l'être humain, l'égalité entre les femmes et les hommes et la reconnaissance des droits et libertés dont ils sont titulaires constituent le fondement de la justice, de la liberté et de la paix;

Considérant que les droits et libertés de la personne humaine sont inséparables des droits et libertés d'autrui et du bien-être général;

Considérant qu'il y a lieu d'affirmer solennellement dans une Charte les libertés et droits fondamentaux de la personne afin que ceux-ci soient garantis par la volonté collective et mieux protégés contre toute violation;

À ces causes, Sa Majesté, de l'avis et du consentement de l'Assemblée nationale du Québec, décrète ce qui suit:

#### PARTIE I LES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE

##### CHAPITRE I LIBERTÉS ET DROITS FONDAMENTAUX

1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.

Il possède également la personnalité juridique.

1975, c. 6, a. 1; 1982, c. 61, a. 1.

2. Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours.

Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable.

1975, c. 6, a. 2.

3. Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.

1975, c. 6, a. 3.

4. Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.