



**PROJET DE LOI 52**  
**« LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE »**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À**  
**LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**Déposé devant la Commission de la santé et des services sociaux**

**24 septembre 2013**

## **Introduction**

Le Collectif de médecins du refus médical de l'euthanasie tient à remercier les membres de la Commission de la santé et des services sociaux de l'avoir invité à venir les rencontrer et de lui donner ainsi l'occasion d'exposer sa réaction au dépôt du projet de loi 52, *Loi concernant les soins de fin de vie*.

Le Collectif a vu le jour en 2012 et compte déjà 593 médecins membres : 473 issus des quatre coins du Québec et œuvrant dans divers domaines médicaux, et 120 venus d'ailleurs (voir Annexe 1). Extrêmement préoccupés par l'évolution du dossier de la fin de vie, ils sont effrayés à l'idée qu'il devienne légal de tuer des patients. C'est pourquoi ils ont signé notre Manifeste « *Soigner toujours. Donner la mort jamais* » (voir Annexe 2). Plus de 10 000 citoyens et citoyennes ont également signé un formulaire d'appui à leurs médecins pour marquer leur opposition à l'acharnement thérapeutique et à toute légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté, et leur désir de promouvoir les soins palliatifs. La liste de leurs noms est déposée en même temps que ce mémoire.

Nous sommes ici au nom de tous les médecins ordinaires qui sont très inquiets du sort de leurs patients advenant l'adoption du projet de loi 52. Nous croyons que ce projet de loi n'est pas digne du Québec et doit être abandonné. Pour répondre à la peur de mal mourir de nos concitoyens, il existe assurément des solutions plus humaines.

## **Sentiments partagés**

Si, d'entrée de jeu, nous avons été heureux de constater la place importante accordée aux soins palliatifs par le projet de loi 52, nous avons vite déchanté en constatant que le législateur avait dénaturé les soins palliatifs en y intégrant l'aide médicale à mourir – un euphémisme utilisé pour cacher la réalité mortifère de l'euthanasie. En effet, bien que l'aide médicale à mourir ne soit pas définie, il suffit de lire l'article 63 pour comprendre qu'il s'agit « d'administrer le médicament ou la substance permettant d'obtenir l'aide médicale à mourir » – une définition qui ressemble étrangement à celle que donne de l'euthanasie l'Académie américaine de médecine de la douleur : « L'administration intentionnelle d'une substance létale pour cause la mort ». Pour sa part, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) établit clairement que les soins palliatifs n'accélèrent pas ni ne retardent le moment naturel du décès.

Le projet de loi 52 consacre par ailleurs le droit de toute personne d'obtenir l'euthanasie (aide médicale à mourir), mais il assujettit le droit d'obtenir des soins palliatifs aux limites des ressources humaines, matérielles et financières des établissements (Art 5). Or, l'euthanasie ne coûte que quelques dollars alors que les soins palliatifs entraînent des coûts de personnel et d'infrastructures qui sont loin d'être négligeables. C'est pourquoi nous affirmons que ce projet consacre la marginalisation des soins palliatifs pour ne pas dire leur disparition progressive. Cette réflexion du docteur Jean-Marc Lapiana, directeur de la Maison de soins palliatifs de Gardanne (France), en dit long à cet égard :

*«Si nous sommes opposés à une légalisation de l'euthanasie, ce n'est pas pour des raisons morales ou religieuses, mais parce que si nous avons la possibilité légale de tuer nos patients, moi-même et l'équipe avec laquelle je travaille ne nous donnerions pas tout le mal que nous nous donnons pour essayer de trouver des solutions à des situations difficiles.» (p.59, 60)<sup>1</sup>*

En tout respect, il est important de souligner ici que la plupart des personnes qui font la promotion du projet de loi 52 ne sont pas médecins. C'est le cas, entre autres, de l'honorable Véronique Hivon et de Me Jean-Pierre Ménard. Quant aux médecins qui prennent la parole au nom du Collège des médecins et des fédérations médicales, le plus grand nombre n'est pas impliqué dans les soins cliniques auprès de patients inaptes ou en fin de vie; peu sont médecins traitants de patients hospitalisés vulnérables en soins aigus ou de longue durée ; le Dr Barrette, par exemple, est radiologiste et le Dr Yves Robert travaille à plein temps pour le CMQ depuis de nombreuses années. Ces personnes minimisent les dangers d'abus et de dérives.

Par contre, les médecins qui travaillent sur le terrain et qui accompagnent les malades, les mourants et leurs familles jour après jour savent mieux que quiconque ce qui se passe en fin de vie. Parce qu'ils voient clairement les risques liés à l'euthanasie, 90% des médecins experts en soins palliatifs s'opposent farouchement à la légalisation de cette pratique.

Dans un article récemment publié dans le quotidien La Presse (7 septembre 2013), le Dr Balfour Mount, fondateur des soins palliatifs en Amérique du Nord, et les Drs Manuel Borod et Bernard Lapointe, spécialistes reconnus en soins palliatifs, ont cherché à faire réfléchir leurs concitoyens en écrivant : *« Si nous avons pour projet de construire un pont et que 90% des ingénieurs pensaient que sa*

---

<sup>1</sup> Marie de Hennezel, *Nous voulons tous mourir dans la dignité*, Robert Laffont/Versilio, 2013. Toutes les citations incluses dans ce mémoire et pour lesquelles nous n'indiquons que les pages proviennent de cet ouvrage.

*conception était dangereuse, cela provoquerait l'indignation du public. Alors, pourquoi le projet de loi 52 auquel s'opposent une grande majorité des intervenants en soins palliatifs ne soulève-t-il pas la même indignation? »*

## **Quelle urgence ?**

Une autre question se pose : quelle urgence y a-t-il à légiférer si radicalement? Il y a tant à faire avant même de penser à légaliser l'euthanasie : augmenter l'accès aux soins palliatifs; améliorer les soins dans les hôpitaux, où les patients se sentent souvent dépaysés et abandonnés; améliorer les soins de longue durée et en faciliter l'accès; donner aux médecins et aux autres membres du personnel en santé une formation solide sur le contrôle de la douleur, sur les soins et les décisions de fin de vie; aider les patients à prévoir ces questions (ex. : directives anticipées), etc.

Tuer un patient est beaucoup plus facile que de le soigner et de l'accompagner jusqu'à ce que survienne naturellement et paisiblement sa mort. Plus facile que de dialoguer avec le patient et sa famille en abordant leurs craintes. Plus facile et moins dispendieux que de rendre des soins palliatifs de qualité disponibles à tous ceux qui en ont besoin. Plus facile que de rendre les soins de longue durée accessibles et humains. Plus facile aussi que de guérir le système de santé.

## **Face au patient angoissé**

Si certains sondages révèlent que le public québécois est largement favorable à l'aide médicale à mourir, c'est que la confusion perdure au sujet des droits que nous possédons déjà : droit de refuser un traitement ou de le faire interrompre, droit de refuser toute forme d'alimentation, d'hydratation ou de ventilation. Personne ne souhaite être victime d'acharnement thérapeutique. Certains souhaiteront plutôt mourir parce qu'ils ont peur de souffrir de douleurs incontrôlables, peur d'être vieux et malades, peur de cette grosse machine qu'est le système de santé, où on se sent si impuissant, et peur de mal mourir.

Pourquoi ne pas leur dire que la médecine a aujourd'hui la capacité de contrôler presque toutes les douleurs physiques et qu'il est déjà permis d'offrir une sédation palliative dans les autres cas<sup>2</sup>. Non pas une sédation terminale – un acte légal – qui

---

<sup>2</sup> Selon l'étude du professeur Chochinov de Winnipeg, 80% des personnes qui réclament la mort ont des douleurs mal soulagées et 60% sont gravement déprimées (Harvey M. Chochinov (dir.), *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*, Oxford University Press, 2012).

provoque volontairement la mort en peu de temps, mais une sédation palliative qui est titrée de façon à rendre le malade confortable.

Face à un patient angoissé qui a perdu l'estime de lui-même, qui a honte de son allure dégradée et qui a le sentiment d'être un poids pour les autres, voulons-nous dire par nos gestes et notre attitude : « *Tu as raison : tu ne vaux plus rien. Puisque tu penses que ta vie est désormais inutile et que tu coûtes cher au système de santé, et puisque tu souffres de solitude, nous t'aiderons à mourir rapidement si tu nous le demandes* »? Ou voulons-nous lui redonner confiance et l'apaiser pour le temps qui lui reste à vivre en osant nous mettre à son écoute en dépassant nos propres peurs?

### **Balises inefficaces**

Nous savons à quel point une personne peut devenir vulnérable et influençable quand elle est malade. Ne nous faisons pas d'illusions : si nous légalisons l'euthanasie, il y aura des euthanasies sans consentement réel. Des patients donneront peut-être leur consentement, mais ce sera souvent par crainte de la souffrance, parfois en cédant à la pression de tierces personnes, parfois à cause d'un sentiment de culpabilité à l'idée d'occuper un lit d'hôpital, alors qu'il en manque tellement, ou de déranger les personnes de la famille.

Ces scénarios se vérifient en Belgique et au Pays-Bas. Ce n'est pas vrai que tout s'y passe bien. En Belgique, où des balises soi-disant sévères (très semblables à celles proposées par le projet de loi 52) ont été mises en place au moment de légaliser l'euthanasie, on veut aujourd'hui en élargir l'accès aux mineurs et aux personnes démentes. Mais le plus tragique est sans doute le changement de mentalité qui s'est opéré dans ce pays : désormais, on ne considère plus la mort par euthanasie comme une exception, mais comme un droit.

En 2009, l'ONU a pour sa part pointé du doigt les Pays-Bas, inquiète du nombre élevé d'euthanasies qui s'y pratique : « *Tout se déroule 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.* »

## **Comme médecins, nous savons...**

Le projet de loi 52 justifie l'euthanasie d'un patient qui éprouverait « *des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables* ». Comme médecins, nous savons qu'il n'existe pas de définition scientifiquement acceptée de la souffrance insupportable ; il en existe encore moins pour la souffrance psychique. Veut-on avaliser à peu près n'importe quel motif exprimé subjectivement par le patient pour lui donner la mort ? Et quand à la possibilité de laisser le patient lui-même décider si ce qu'on lui propose est « tolérable », c'est fournir un outil très dangereux à quelqu'un qui est très vulnérable, fragile et facilement manipulable.

Comme médecins, nous savons qu'une fois aboli l'interdit de tuer, la confiance réciproque à la base de la relation patient-médecin est ébranlée, sans parler de l'effet néfaste sur la *psychè* du médecin qui donnerait la mort de façon préméditée, avec l'aval de la loi. Car l'euthanasie désensibilise le médecin face à l'acte de donner la mort, et le place en conscience dans une situation de souffrance éthique, tiraillé entre la bienfaisance (accompagner sans acharnement thérapeutique) et l'autonomie (mettre fin à la vie du patient sur demande).

Le Dr Bernard Lapointe, résume bien ce danger : « *Nous médecins, nous savons que ce pouvoir que nous avons est dangereux. Que se passera-t-il le jour où la loi nous autorisera à tuer? Nous perdrons la confiance de nos patients, qui est la base de notre travail. Sans cette confiance, notre profession sera détruite* » (p.79).

Comme médecins, nous savons que le projet de loi 52 n'offre que l'illusion du contrôle, du choix et de la dignité. En effet, ce n'est pas vaincre la mort que de la devancer. Rien ni personne ne peut efficacement contrôler la mort. C'est le médecin qui décidera quand et comment le patient mourra; paradoxalement, l'autonomie supposée absolue du patient deviendra le tremplin du renforcement du paternalisme médical. Le médecin posera le diagnostic d'incurabilité, validera « la douleur intolérable », décidera de l'aptitude du patient, remplira les formulaires pré et post-mortem, et posera le geste qui donnera la mort.

Quant à parler de choix, une question se pose : quel choix est vraiment libre, surtout dans le contexte du choix de sa propre mort? Choisir de mourir est toujours illusoire, car ce choix n'est qu'un acte symbolique face à une réalité implacable : nous allons tous mourir.

Pour ce qui est de « prendre le contrôle » et d'estimer que recevoir une euthanasie donne à la mort sa dignité, rappelons-nous que la mort détruit la personne, source de dignité. Le mourant est toujours un vivant, une personne avec la dignité et le

*«respect dû à tout être humain du simple fait qu'il est humain » (Paul Ricoeur).  
«La dignité ne saurait se réduire à n'être qu'une convenance personnelle ou résulter du regard empirique porté par autrui, ou encore se confondre avec la libre disposition de soi » (Jacques Ricot, 2006).*

### **Comme médecins, nous craignons...**

Comme médecins, nous craignons aussi une instrumentalisation des psychiatres qui seront pris au piège de la double allégeance : loyauté envers le patient versus la tâche qui leur sera confiée par l'État. Il faut savoir qu'il n'existe pas de critères scientifiquement reconnus pour évaluer l'aptitude spécifique d'une personne à consentir à recevoir la mort pour elle-même à sa demande. Aucune décision de jurisprudence n'a validé ces critères dans ces cas précis.

Comme médecins, nous sommes consternés par le fait que le projet de loi 52 rend impossible l'objection de conscience. Oui, nous pourrions refuser d'euthanasier un patient, mais nous serons obligés de le référer au DSP qui se chargera de trouver un médecin prêt à poser ce geste. Cette complicité est une négation évidente de notre liberté de conscience. Et que dire de l'obligation qui sera faite aux institutions de collaborer à la mise place et à la mise en œuvre de ce programme ?

### **Comme médecins, nous refusons...**

Il semble que le Québec cherche à tout prix à devenir un précurseur dans ce domaine au Canada, malgré le fait que 60% des mémoires déposés à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité aient été opposés à l'euthanasie, tout comme la grande majorité des médecins qui s'y sont exprimés.

Comme médecins, nous refusons la violence euthanasique, l'abus ultime contre les plus vulnérables. Nous rappelons, à l'instar de Claude Évin, ministre socialiste de la Santé de Michel Rocard (1988-1991), et du professeur Puybasset, chef de neuroréanimation à la Pitié-Salpêtrière, que légaliser l' euthanasie revient en pratique à *« exiger du personnel soignant qu'il donne activement la mort, c'est-à-dire qu'il arrête le cœur du malade pour traiter sa souffrance [...] C'est en réalité un geste d'une grande violence qui n'apaise pas la fin de vie des patients et de leurs proches, mais qui, au contraire, multiplie les deuils pathologiques et génère une division des équipes soignantes. [...]*

*« Nommons les choses par leur nom. Se prononcer en faveur de l'euthanasie consiste désormais à vouloir légaliser l'injection létale de barbituriques et de curares. (...) Ce que l'on présente comme une idée progressiste, qui pouvait encore faire illusion dans les années 1970 lorsque les moyens de lutte contre la douleur étaient limités et les médecins enfermés dans la toute-puissance, est un concept devenu archaïque. »*

Tuer n'est pas un soin. Tuer le patient, même à sa demande, est une faute éthique grave dans une société qui se veut civilisée.

Comme médecins, nous affirmons enfin que l'euthanasie est une injustice. Non seulement pour les malades, pour leurs familles, pour les soignants et pour la société, mais aussi pour les autorités (médecins, hôpitaux, ministère, état) qui seront placés en conflit d'intérêt avec le malade quand donner la mort deviendra une économie d'efforts, de temps et d'argent.

### **Mise en garde d'une psychologue**

Nous ne pouvons pas ignorer l'impact dramatique que peut avoir sur nous le choix d'euthanasier un patient. Marie de Hennezel, psychologue, psychothérapeute et auteure française, en parle avec éloquence : *« Beaucoup de médecins tiennent à la différence d'ordre éthique entre soulager au risque d'abrégé la vie et arrêter activement la vie. On dit que cette différence est illusoire, voire hypocrite, puisque le résultat est le même. Effectivement, il l'est, mais pas le vécu du médecin : dans un cas, il a le sentiment de ne pas trahir sa vocation qui est de soulager, dans l'autre cas, il a l'impression d'exécuter son patient. Je ne vois pas au nom de quoi on négligerait cette subjectivité des soignants.*

*« En tant que psychologue, j'ai reçu depuis vingt ans bien des confidences de médecins et d'infirmières ayant euthanasié un patient. Je peux attester de la violence que représente cet acte radical : les gens font des cauchemars pendant longtemps et certains, hanté par le dernier regard de celui ou celle à qui ils ont donné la mort, traînent des dépressions qui n'en finissent pas. Il faut prendre conscience du poids que cela peut représenter pour eux » (p. 78-79).*

Marie de Hennezel poursuit : *« Pourquoi les professionnels de la santé ne savent-ils pas dire au malade combien sa demande de mort les bouleverse et leur fait violence? Chaque fois que j'entends un militant de l'ADMD s'offusquer qu'un médecin «confisque» au mourant la liberté de choisir le moment de la mort, j'ai envie de lui demander s'il pense sincèrement que le mourant a tous les droits, et*

*notamment celui de faire violence au médecin en l'obligeant à le tuer ou en lui reprochant de ne pas le faire. Le fait d'être un grand vieillard ou un malade en fin de vie ne donne pas le droit de culpabiliser à outrance ou d'exiger d'une autre un acte grave dont il portera longtemps la trace » (p. 83-84).*

## **La violence la plus terrible**

Certains craignent que les membres de la Commission de la santé et des services sociaux ne se laissent influencer par les « bien-pensants », par les soi-disant « dérives idéologiques », les « fausses représentations » et « l'orthodoxie religieuse » des personnes qui s'opposent à ce projet de loi. Quant à nous, qui fondons notre opposition au Projet de loi 52 et à toute éventuelle légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté sur notre respect inconditionnel de la dignité inaliénable de tout être humain, nous préférons croire en votre ouverture d'esprit, en votre discernement et en appeler à votre humanité.

*Nous osons espérer que vous saurez résister aux pressions de ce « petit nombre d'intellectuels encore bien-portants, obsédés par le désir de maîtriser leur mort, fort habiles par ailleurs à jouer sur les peurs légitimes de leurs contemporains pour obtenir une large assise à leurs revendications individualistes » (p. 37)*

Comme l'ancien président français François Mitterrand, nous sommes convaincus que « nul ne peut retirer la vie à autrui dans une démocratie ». L'interdiction d'homicide, même par compassion, appartient à la conscience morale commune à toutes les cultures et toutes les époques; elle ne doit pas être confondue avec la religion. D'ailleurs, tous les médecins euthanasistes rencontrés en Belgique ont insisté pour affirmer que cet acte est le plus difficile qu'ils aient pratiqué dans toute leur vie. Le Dr Luc Sauveur ajoute même que donner la mort à un patient constitue la violence la plus terrible dont il ait été témoin.

Rappelons aussi les propos du Dr Dominique Lossignol, promoteur de l'euthanasie en Belgique, qui affirmait: « *Le patient, lorsqu'il fait une demande d'euthanasie est, en général, bien contrôlé pour ses douleurs. Et, on comprend bien. Si vous imaginez que quelqu'un qui a mal et qui me demande : « Docteur, aidez-moi à mourir, j'ai trop mal » et que j'accède à sa demande sans traiter sa douleur, je commets une faute professionnelle majeure. »* Or, le Projet de loi 52 va beaucoup plus loin en permettant, par son article 7, à un patient de demander l'euthanasie même s'il a refusé d'autres soins de fin de vie pour soulager sa douleur, comme les soins palliatifs. Si l'Assemblée nationale du Québec adopte ce projet de loi, alors que des milliers de Québécois terminent leur vie dans la douleur non soulagée par

manque de services et manque de formation des professionnels de la santé, c'est elle qui commettra alors une faute majeure.

Nous soutenons que ce n'est pas le rôle de l'État d'organiser la mise à mort de citoyens et citoyennes qui veulent en finir. Pareille éventualité contredit les grandes valeurs québécoises de solidarité et d'égalité. Bien sûr, «*il est plus facile, et économiquement plus intéressant, de légaliser l'injection létale que d'accorder à l'autre du temps, de l'attention, de l'entourer.*» Mais d'ici un siècle, «*on regardera peut-être en arrière en se disant qu'on était aussi aveuglé que dans un système totalitaire* »<sup>3</sup>.

### **Scénario inédit**

Si, à l'heure où il cherche à se donner une Charte des valeurs qui assurera l'unité et la paix sociale, le Québec devait s'engager dans cette voie, on pourra dire qu'il rejette définitivement les grandes valeurs humanistes qui ont jusqu'ici fondé notre vivre ensemble démocratique.

Tout en souhaitant donc ardemment la mort du Projet de loi 52, nous proposons en terminant un scénario inédit au cas où la société québécoise décide d'autoriser l'euthanasie : «*Pourquoi, puisque c'est un désir sociétal, ne pas demander aux membres de cette société d'y participer? Pourquoi ne pas demander à chacun d'entre nous, au nom de qui ce droit serait donné, de participer à cet acte d'euthanasie? Un citoyen tiré au sort, par exemple?*»<sup>4</sup>

Nous restons toutefois convaincus que la majorité des Québécois et Québécoises diraient « non » à une mort provoquée s'ils parvenaient à surmonter la confusion dans laquelle on les maintient et s'ils pouvaient compter sur des médecins à l'affût des dernières découvertes sur le contrôle de la douleur. C'est pourquoi nous vous invitons, ainsi que tous les élus du peuple, à réfléchir aux moyens d'humaniser réellement les soins de santé et l'hôpital – pour qu'on y meure dignement – plutôt que de chercher à anticiper ou à accélérer la mort des personnes qui souffrent de vivre dans un monde qui les considère de trop.

L'auteur-compositeur Dan Bigras écrivait récemment : « *La souffrance est sale. On ne la soigne plus, on la nettoie* ». Si ce projet de loi est adopté, la preuve sera

---

<sup>3</sup> Propos du philosophe français Fabrice Hadjaj recueillis par Martine Lamoureux, La Croix, 28 juin 2011.

<sup>4</sup> Dr Vianney Mourman, *Le Monde*, 14 décembre 2012). (Dr Vianney Mourman, *Le Monde*, 14 décembre 2012.

faite qu'on cherche à nettoyer notre société de cette souffrance sale qu'on ne veut plus accompagner jusqu'au bout.

## **Culture palliative**

Parce qu'il est convaincu qu'une société civilisée doit assurer la sécurité de tous ses citoyens jusqu'à leur mort naturelle, le Collectif se joint à l'Association médicale mondiale, à l'American Medical Association et à l'Association médicale canadienne pour affirmer haut et fort que jamais les médecins ne doivent collaborer à une euthanasie. Ce geste ne saurait être qualifié de « soin » puisqu'il contredit les principes éthiques fondamentaux de la pratique médicale.

Pour toutes les raisons évoquées dans ce mémoire, nous demandons au Gouvernement du Québec de retirer le projet de loi 52. Il ne fait aucune doute dans notre esprit que la solidarité manifestée par notre peuple à l'égard des plus démunis et des plus vulnérables – en particulier par la prévention du suicide – saura inspirer le législateur en vue du dépôt d'un autre projet de loi qui, respectueux de la véritable nature des soins palliatifs, en recommandera la mise en œuvre à travers tout le Québec. Ainsi, tous les citoyens seront rassurés : jamais leurs médecins ne chercheront à prolonger indûment ou à abrégé leurs jours. Jamais ils ne les feront mourir. Avec compassion, ils les accompagneront jusqu'au bout, en acceptant de les laisser mourir le temps venu.

Parce que la vocation médicale est de soigner, de guérir parfois, de soulager souvent et de reconforter toujours en sauvegardant la vie, nous souhaitons que la culture palliative déjà adoptée par certains établissements devienne la règle générale pour que tous les médecins et tous les soignants apprennent à accompagner le mourant dans l'écoute et la compassion. La mort n'est l'échec de personne. C'est une réalité de notre commune humanité.

L'interdit de donner la mort doit demeurer une barrière infranchissable dans un Québec démocratique.

*« Sommes-nous conscients du regard que nous portons sur les abîmés de la vie, de la force de mépris qu'il véhicule, du désespoir qu'il fait naître au cœur des malades, des âgés et qui les pousse en bout de course à préférer mourir que vivre? Cette préférence pour la mort, nous l'avons baptisée «mourir dans la dignité» (...) La vraie dignité, c'est celle qu'éprouve la personne fragile que l'on vient soigner*

*avec tact et douceur, et qui sent à travers gestes et regards qu'elle a toujours sa place dans le monde des humains » (p. 22, 27).*

Le mémoire du Collectif de médecins du refus médical de l'euthanasie a été présenté à la Commission de la santé et des services sociaux par les personnes suivantes :

- **Dr Catherine Ferrier**, médecin de famille et professeure adjointe de médecine familiale à l'Université McGill. Elle travaille depuis 30 ans à la clinique externe de la Division de gériatrie du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) où elle voit des patients souffrant de troubles liés à l'âge avancée, surtout la démence, et où elle dirige la clinique d'évaluation de l'aptitude. Elle a œuvré en médecine familiale de première ligne à Ville St-Pierre pendant douze ans.
- **Dr François Primeau**, gériopsychiatre et membre du Comité d'éthique de la recherche à l'Hôtel-Dieu de Lévis, et professeur agrégé de clinique à l'Université Laval qui compte plusieurs années d'expérience clinique et d'enseignement en gériopsychiatrie et en éthique; reconnu comme un des fondateurs de la surspécialité de gériopsychiatrie par le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, il a été nommé Fellow de l'Association des psychiatres du Canada en 2012 particulièrement pour son implication en éthique.
- **Dr Serge Daneault**, médecin et chercheur à l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Notre-Dame du CHUM, qui est professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Ses recherches internationalement reconnues sur la souffrance en relation avec les services de santé l'ont mené en Belgique, en octobre 2012, où il a fait une tournée des milieux francophones où se pratiquent des euthanasies.

## **ANNEXE 1**

### **MEMBRES DU COLLECTIF DE MÉDECINS DU REFUS MÉDICAL DE L'EUTHANASIE**

## MÉDECINS DU QUÉBEC

Dona	Abdelnour	Montréal
Miriam	Abdelnour	Montréal
Bassam	Abdulkarim	Montréal
Yaël	Acre	Montréal
Tristan	Alder St-Germain	Stoke
Yoan	Alder St-Germain	Trois-Rivières
Nicole	Allard	Amos
Wafik	Andrawes	La Sarre
Veronica	Andrenyi	Montréal
Diane	Arbic	Lévis
Juan-Francisco	Asenjo	Montréal
Paul	Auclair	Montréal
Louise T	Auger	Montréal
Tommy	Aumond-Beaupré	Ville-Marie
Raouf	Ayas	Montréal
Jean-Pierre	Ayoub	Montréal
Joseph	Ayoub	Ville Mont-Royal
Yves	Bacher	Montréal
David	Bacon	Saint-Constant
Sami	Bahig	Montréal
Vijayabalan	Balasingam	Pointe-Claire
William	Barakett	Lac-Brome
Paul	Barré	Ville Mont-Royal
Agathe	Barry	Québec
Mark	Basik	Montréal
Gerald	Batist	Montréal
Marc	Beauchamp	Montréal
Jean-Pierre	Beauchef	Greenfield Park
Lyne	Beauchemin	Shawinigan
Christian	Beauchesne	Granby
Jacques	Beaudoin	Québec
Patrice	Beauregard	Sherbrooke
Conrad	Bédard	Québec
Guy	Bédard	Québec
Louis	Béland	La Malbaie
Nacera	Belkhou	Montréal

François	Belzile	Sherbrooke
Gilles	Belzile	Trois-Rivières
Suzie	Benoit	Sainte-Julie
Marc	Bergeron	Québec
Michelle	Bergeron	Québec
Isaac	Berman	Pointe-Claire
Geneviève	Bernard	Montréal
Gregory	Berry	Montréal
Margaret	Berry	Montréal
Réal	Bertrand	Québec
Alain	Bérubé	Sherbrooke
Jean-Luc	Bigras	Montréal
Denis	Blanchard	Asbestos
Jason	Boman	Salaberry-de-Valleyfield
Michael	Bonnycastle	Montréal
Geneviève	Bouchard	Chicoutimi
Guy	Bouchard	Saint-Charles-de-Bourget
Anne-Louise	Boucher	Trois-Rivières
Donald	Boudreau	Montréal
Serge	Boudreau	Brossard
Aline	Boulanger	Montréal
Daniel	Boulet	Québec
André	Bourque	Montréal
Marie-Claude	Bourque	Gatineau
Marjolaine	Bourque	L'Étang-du-nord
Hélène	Boutin	Rimouski
Mark	Boyd	Westmount
Gordon	Brabant	Beaconsfield
Louise	Brais	Montréal-Nord
Francois	Brisette	Montréal
Michel	Brisson	Québec
Michel	Brosseau	Trois-Rivières
Michel	Brouillard	Rouyn-Noranda
Mathieu	Brouillet	Rimouski
Valérie Julie	Brousseau	Victoriaville
Gordon Stuart	Buchanan	Saint-André-Avellin
Sonia	Calouche	Saint-Eustache
Michel	Camirand	Sutton
Jean-Paul	Capolicchio	Montréal
Stephen	Carreiro	Lachine

Marie-Claire	Carroll	Trois-Rivières
Daniel	Cauchon	Québec
Normand	Chagnon	Waterloo
Marc	Chammas	Montréal
Parissa	Charghi	Montréal
Luc	Chaussé	L'Assomption
Gilles	Chiniara	Québec
Pierre	Cholette	Kirkland
Claude	Chouinard	Québec
Michel	Clairoux	Sherbrooke
Christian	Clavel	Trois-Rivières
Paul	Cleland	Montréal
Ramona	Coelho	London
Howard	Cohen	Kirkland
Steven	Cohen	Kirkland
Myriam	Collette	Saint-Hyacinthe
Ines	Colmegna	Montréal
Louise	Comeau	Pointe-aux-Trembles
Pierre	Comtois	Saint-Jérôme
Michel	Copti	Montréal
Mélanie	Cossette-Gagnon	Sainte-Thècle
Alain	Côté	Lorraine
Andréanne	Côté	Montréal
Annie	Côté	Chicoutimi
Claude	Cyr	Sherbrooke
Dérék	Da Costa	Dollard-des-Ormeaux
Michelle	Dallaire	Saint-Hyacinthe
Abdallah	Dallal	Saint-Jérôme
Douglass	Dalton	Montréal
Marcel	D'Amours	Québec
Mathieu-Jacques	Daneault	Drummondville
Serge	Daneault	Montréal
David	Dawson	Montréal
Nathalie	De Grandpré	Outremont
Michel	de Maupeou	La Sarre
Gaetane	De Rome	Cochrane
Geneviève	Dechêne	Montréal
Raquel	Del Carpio	Montréal
Samuel	Delamarre	Québec
J. Scott	Delaney	Montréal

Robert	Delisle	Montréal
Anna	Demans Towers	Montréal
Rachel	Deschamps	Montréal
Mélissa	Deschênes	Québec
Angèle	Devaux	Longueuil
Celine	Devaux	Greenfield Park
Ghislain	Devroede	Sherbrooke
Paola	Diadori	Montréal
Daniel	Dion	Montréal
Louis	Dionne	Québec
Bernard H.	Doray	Montréal
Jean-Luc	Doray	Greenfield Park
Mary	Dowdall	Montréal
Marie-Josée	Drolet	Sainte-Marie
Michel	Drolet	Saint-Raymond
Robert	Dubé	Québec
Pierre	Duclos	Québec
Julie	Dufour	Saint-Henri-de-Lévis
Renée	Dugas	Sainte-Agathe-des-Monts
Johanne	Duguay	Laval
Huguette	Dumais	Joliette
Claudia	Dumont	Sherbrooke
Annik	Dupras	Montréal
Pierre	Durand	Québec
Liam	Durcan	Montréal
Roy	Eappen	Montréal
Therese	El-Helou	Montréal
Sherif	Emil	Westmount
Jacqueline	Emond	Montréal
Pierre	Ernst	Montréal
Daniel	Eymard	Saint-Hyacinthe
Reda	Farag	Montréal
Justine	Farley	Montréal
Catherine	Farrell	Montréal
Francine	Ferragne	Sherbrooke
Cristiano	Ferrario	Montréal
Catherine	Ferrier	Montréal
Gillian	Fisher	Montréal
William	Fisher	Montréal
Paul R.	Fortin	Québec

Emmett	Francoeur	Westmount
Robert	Frazer	Sherbrooke
Abraham	Fuks	Montréal
Elisabeth	Fuvel-Girodias	Kirkland
Francine	Gaba	Montréal
Bruno	Gagnon	Québec
Pierre	Gagnon	Québec
Mark	Gans	Montréal
Dominique	Garrel	Montréal
Gilles	Gaudreau	Sorel-Tracy
Julie	Gauthier	Montréal
Marlène	Gauthier	Montréal
Mathieu	Gazdovich	Verdun
Bernard	Gélinas	Cantley
Gilles	Genest	Sainte-Hélène-de-Breakeyville
Maged (Peter)	Ghali	Montréal
Mélanie	Ghobril	Montréal
Victor	Ghobril	Saint-Charles-Borromée
Stéphanie	Gingras	Montréal
Pierrette	Girard	Pointe-Claire
Robert	Girard	Anjou
Jean-Bernard	Girodias	Kirkland
Caroline	Girouard	Montréal
Gabriella	Gobbi	Montréal
Danielle	Grandmont	Montréal
Julie	Grandmont	Terrebonne
Tamara	Grodzicky	Montréal
Richard	Haber	Baie-d'Urfé
Yousri	Hanna	Anjou
Marie	Hebert	Saint-Étienne des Grès
Olivia	Hernandez-Sanchez	Rouyn-Noranda
Fanny	Hersson-Edery	Montréal
Eleanor	Hew	Westmount
Ingrid	Hings	Montréal
Ann	Hirtle	Montréal
Josée	Houde	Laval
Allen	Huang	Ottawa
John	Hughes	Westmount
Margaret	Hughes	Montréal
Evelyne	Huglo	Montréal

Thao	Huynh	Montréal
Andreea	Iancu	Vaudreuil-Dorion
Gary	Inglis	Montréal
Kimon	Issigonis	Montréal
Frédéric	Jacques	Québec
Catherine	Jarvis	Montréal
Andréa	Jean	Québec
Marie	Jetté-Grenier	Brossard
Maral Nora	Kanadjian	Montréal
Christos	Karatzios	Laval
Theodore	Kass	Lachine
Athanasios	Katsarkas	Montréal
Saïdeh	Khadir	Montréal
Katia	Khoukaz	Montréal
Douglas	Kinnear	Montréal
John	Kirk	Montréal
Marie-Charlotte	Koenig	Kuujuaq
David	Kostiuk	Montréal
Louise	La Fontaine	Rivière-du-Loup
Suzanne	Labelle	Laval
Mélanie	Laberge	Québec
Kevin	Lachapelle	Montréal
Justine	Lafrance	L'Assomption
Louis-Marie	Lagacé	Sainte-Agathe-des-Monts
Hala	Lahlou	Verdun
Raymond	Lalande	Montréal
Grace	Lalonde	Montréal
Loan	Lam	Dorval
Yvan	Lambert	Jonquièrre
Gérard	Lamontagne	Québec
Michel	Landry	Québec
Adrian	Langleben	Montréal
David	Langleben	Montréal
Léonard	Langlois	Sherbrooke
Julie	Lanouette	Québec
Bernard	Lapointe	Montréal
Elise	Lapointe	Montréal
Marc	Lapointe	Gatineau
Richard	Lapointe	Asbestos
Donald P.	Laporta	Montréal

Albert	Larbrisseau	Montréal
Nadine	Larente	Montréal
France	Lariviere	Saint-Hyacinthe
Anne	Larkin	Waterloo
Marie	Larochelle	Québec
André	Lavoie	Lévis
Gaétan-Y.	Lavoie	Sainte-Félicité
Krista	Lawlor	Westmount
Thomas	Lawson	Montréal
Melissa	Le	Montréal
Roseline	Lebel-Caron	Montréal
Danielle	LeBlanc	Outremont
Jacinthe	Leclerc	Québec
Roland	Leclerc	Rouyn-Noranda
Brigitte	Leduc	Saint-Jérôme
Francine	Lefebvre	Québec
Marie-Claude	Lefebvre	Montréal
Christine	Legler	Montréal
Marie-Philip	Leroux	Sherbrooke
David	Lesage	Cowansville
Marthe	Lessard	Montréal
Judith	Levitan	Montréal
John	Lewis	Montréal
Stephen	Liben	Montréal
Anne-Marie	Liebich	Montréal
Roberto	Lin	Montréal
Marie-Helene	Lindor	Montréal
Andrei	Liveanu	Montréal
Catherine	Lounsbury	St-Lazare
Normand	Lussier	Saint-Laurent
Paul	Lysy	Westmount
Barbara Jean	Macdonnell	Montréal
Sheldon	Magder	Montréal
Rick	Mah	Montréal
Giuseppe	Maiolo	Montréal
Bertrand	Major	Saint-Charles-Borromée
Réal	Major	Montréal
Jean-Guy	Malenfant	Lévis
Sabrina	Manoli	Montréal
Julien	Marc-Aurèle	Sainte-Anne-des-Lacs

Marie-Helene	Marchand	Inukjuak
Robert	Marchand	Verdun
Errol B.	Marliss	Montréal
Marcel	Marsolais	Beloeil
Christiane	Martel	Beloeil
Louis	Martel	Trois-Rivières
James	Martin	Montréal
Marcel	Martin	Saint-John
Stephen	Martin	Westmount
Yvan	Martin	Cowansville
Michel	Masson	Québec
Edith Justine	Mauguiere	Montréal
Bruce	Mazer	Montréal
Lorraine	Mazzella	Montréal
Jacqueline	McClaran	Montréal
Rose-Marie	Mécarbané	Boucherville
Marie-Françoise	Mégie	Laval
Lydia	Melnyk	Montréal
Odile	Michaud	Otterburn Park
Ibrahim	Mohamed	Montréal
Pierre	Molin	Québec
Mélanie	Mondou	Montréal
José	Morais	Montréal
Claude	Morin	Québec
Louis	Morissette	Montréal
Lucie	Morissette	Brossard
Michel R.	Morissette	Saint-Nicolas
Balfour	Mount	Montréal
David	Mulder	Montréal
André	Munger	Rivière-du-Loup
Patricia	Murphy	Laval
John	Murray	St-François-Xavier-de-Brompton
Lucie	Mutchmore	Campbell's Bay
Marcel	Nadeau	Trois-Rivières
Stanley	Nattel	Montréal
Simon	Naud	Baie-Comeau
Yvon	Naud	Portneuf
Elena	Neamt	Pierrefonds
Joe	Nemeth	Montréal
Christopher	Newcombe	Montréal

Michael	Newman	Montréal
Nicholas	Newman	Montréal
Cam Hanh	Nguyen	Montréal
Olivia	Nguyen	Montréal
Svetlana	Ninkovic	Greenfield Park
Denis	Noel	Sainte-Agathe-de-Lotbinière
Scott	Nordstrom	Gatineau
Laurence	Normand-Rivest	Châteauguay
Henry	Olders	Sainte-Anne-de-Bellevue
Onyema	Onyekwelu	Montréal
Guy	O'Reilly	Maniwaki
Gael	O'Shaughnessy	Montréal
Eva	Ouedraogo	Chandler
Jean	Ouellet	Québec
Gilles	Ouellette	Saint-Léonard
Grégoire	Paré	L'Assomption
Pierre	Pascual	Verdun
François	Patenaude	Montréal
Geneviève	Payette	Montréal
John	Pecknold	Westmount
David	Philibert	Québec
Jean-Claude	Philibert	Shawinigan
Marie-Chantal	Piché	Vaudreuil-Dorion
Liette	Pilon	Brossard
Gilles	Plamondon	Montréal
Ioana	Plesu	La Malbaie
Robert	Polomeno	Westmount
Sanda	Popescu-Crainic	Montréal
Jacques	Potvin	Saint-Ferréol-les-Neiges
René	Pouliot	Québec
François	Primeau	Lévis
Marie	Primeau	Lévis
Jacques	Provost	Bromont
Elisa	Pucella	Laval
Antoine	Rabbat	Baie-d'Urfé
Normand	Rainville	Granby
Francesco	Ramadori	St-Laurent
Lisa Anne	Rasmussen	Montréal
Marie-France	Raynault	Montréal
Saleem	Razack	Montréal

Alphonse	Rheault	Québec
Sylvie	Rheault	Sainte-Thérèse
Johanne	Richard	Sallaberry-de-Valleyfield
Juan	Rivera	Montréal
Roger	Roberge	Montréal
Michel	Robitaille	Québec
André	Rochon	Gatineau
Gianina	Rosca	Saint-Eustache
Andrew Orin	Rosengren	Montréal
Ann	Rothman	Montréal
Jacques	Rouleau	Québec
François	Rousseau	Québec
Hélène	Rousseau	Montréal
Jean-Pierre	Routy	Montréal
Nathalie	Roy	Lévis
Yvan	Roy	L'Assomption
Claudette	Roy-Asselin	Brossard
Paul	Saba	Lachine
Philippe C.	Saint-Denis	Shefford
Magdi	Sami	Ville Mont-Royal
Danielle	Saucier	Québec
Renata	Sava	Montréal
Marie-France	Savard	Montréal
Jean-Luc	Senécal	Montréal
Michael	Sidel	Montréal
Ewa	Sidorowicz	Montréal
Fanny	Silviu-Dan	Montréal
Andree-Anne	Simard	Montréal
Barry	Slapcoff	Westmount
Helen	Smeja	Pierrefonds
Susan	Solymoss	Montréal
Rosemarie	Soucy	Montréal
Adela	Stanciu	Montréal
Ron	Starra	Gatineau
Dorota	Stasiak	Val-d'Or
Nicolas	Steinmetz	Westmount
Donna	Stern	Montréal
Marcelle	St-Gelais	Montréal
Lynette	St-Hilaire	Laval
John	Storring	Montréal

Helene	Strobach	Montréal
Peter	Szego	Montréal
Francois	Szots	Québec
Cara	Tannenbaum	Montréal
Yvette Nelly	Tewfik	Montréal
Jean	Thibault	Chicoutimi
Michael	Thirlwell	Montréal
Bruce	Thomassin	Montréal
Michael	Thomassin	Montréal
Stefanie	Thomassin	Saint-André-Avellin
Matthieu	Tittley	Sherbrooke
Antonio	Tongué	Gatineau
William	Toy	Lasalle
Golda	Tradounsky	Côte Saint-Luc
Florence	Tremblay	Montréal
Judith	Trudeau	Lévis
Christos	Tsoukas	Montréal
Georges	Tsoukas	Montréal
Michael	Tsoukas	Montréal
Yvon	Turmel	Westmount
Anne Marie	Uhler	Saint-Gilles
Rosaire	Vaillancourt	Québec
Céline	Valiquette	Saint-Hyacinthe
Gerald	van Gorp	Montréal
Eduardo Alberto	Varela	Montréal
Francine	Veilleux	Laval
Paul	Verschelden	Laval
Phyllis	Vetere	Montréal
Antonio	Vigano	Montréal
Edith	Villeneuve	Montréal
Jean-Pierre	Villeneuve	Montréal
Robert	Villeneuve	Ste-Thérèse
Patrick	Vinay	Montréal
Matthieu	Vincent	Longueuil
Minh Ha	Vo	Lasalle
Paul	Warshawsky	Montréal
Helen Barbara	Webb-Lewis	Pointe-Claire
Frederick	Wiegand	Westmount
Simon	Wing	Montréal
Jean-Luc	Wolff	Sherbrooke

Jenny	Wong	Montréal
Yuju	Yao	Montréal
Marie	Yaremko	Montréal-Ouest
Carol	Yeadon	Montréal
Haibin	Yin	Montréal
Patrizia	Zanelli	Montréal
Joan	Zidulka	Montréal

Et 35 médecins qui nous ont demandé de ne pas publier leur nom.

### MÉDECINS HORS QUÉBEC

Maureen	Adamson	Langley
Adam	Andronowski	Sudbury
Marie Andrée	Arsenault	Bathurst
W. Joseph	Askin	Calgary
Manuel	Baguet	
Doris	Barwich	Surrey
Mathieu	Belzile	
Nina	Benoit	Toronto
Alanna	Borris	
David	Bowler	Comox
Howard	Bright	Chilliwack
Julia	Bright	Chilliwack
Althea	Burrell	Toronto
Eliane	Catori	
Michael	Chan	Edmonton
Sherry	Chan	Vancouver
Vicky	Chen	Hamilton
Jacqueline	Chow	North York
Wojtek	Ciszak	Vancouver
Joseph	Clarke	Ottawa
Alana	Cormier	
Margaret	Cottle	New Westminster
Nancy	Craig	Edmonton
Anne	de Radiguès	
Jacques	de Visscher	
Paul	Deschepper	

Leveret	deVeber	Toronto
Jean-Claude	Devoghel	
Bryan	Dias	London
Catherine	Dopchie	
Bruce	Doulton	St. Johns
Marie-Emma	Dubo-Leotin	
Anne	Duff	Calgary
Barbara Jean	Dziewaltowska-Gintowt	Halifax
Margaret	Eddy	Port Moody
Ionut	Efanov	
Tereza	Elyas	Toronto
Theodore	Fenske	Edmonton
Nisha	Fernandes	Hamilton
Paul	Forrest	Abbotsford
Robert G. P.	Forsey	Happy Valley-Goose Bay
Janusz	Gawlik	Ottawa
John	Gay	Ottawa
Cynthia	Georgantelis	
Pamela	Gold	Hanover
Nermine	Gorguy	Scarborough
Sheila Rutledge	Harding	Saskatoon
Amy	Hendricks	Yellowknife
Cecile	Hendrickx	
Alain	Hir	
Jennifer	Hulme	Toronto
Michael	Humphreys	Vernon
Paul Andrew	Hwang	Toronto
Will	Johnston	Parksville
Clémence	Joly	
Paul	Jones	Hamilton
Calvin	Ke	
Lynn	Kealey	Nepean
Tony	Kerigan	Dundas
Michelle	Korvemaker	Woodstock
Edmond	Kyrillos	Ottawa
James	Lane	
John	Lane	
Pamela	Lau	Hamilton
Peter	Lawlor	Ottawa

Rene	Leiva	Ottawa
Renata	Leong	Toronto
Thierry	Lethé	
Francesca	Lobo	Hamilton
David	Loewen	Calgary
Karen	MacDonald	
Patrick	MacGillivray	Ottawa
William	Mahoney	
John	McCarthy	
Catherine Ann	McKenzie	Winnipeg
Matthew	McQueen	Burlington
Terence	McQuiston	Toronto
Randy	Montag	Hanover
A. John B.	Nazareth	Toronto
Sylvie Anne-Marie	Nzenze	
Gordon	Okawara	Hamilton
Miguel Angel	Otoya Lopez	
Béatrix	Paillot	78105 Saint Germain en Laye
Gar Yan Hannah	Pang	Coquitlam
Philip	Peng	Toronto
Donald	Peters	
Elizabeth	Phillips	Sussex
Paul	Pitt	Scarborough
Dan	Reilly	
Juliane	Riemer	
Glerys	Round	
Margaret	Rowicka	Halifax
Edward	Rzadki	Toronto
Duncan	Schwarz	Kitchener
F G Ellis	Scott	Stratford
Jessica	Simon	
Sze Wan	Sit	Toronto
George	Stewart	Kingston
Konrad	Szymanski	Indianapolis
Liane	Tan	
Agnès	Tanguay	Ottawa
Dylan	Taylor	Edmonton
Collin	Terpstra	Waterloo
Benjamin	Turner	Calgary
Arnold	Voth	Edmonton

Richard A.	Watson	Hackensack
Jean	Weir	Peterborough
Wayne	Weston	London
Sally	White	Brushton
Alison	Wilcock	Vancouver
James	Williams	Dundas
Rénald	Wilson	Bathurst
Helen	Wiltzen	Kelowna
Janina	Zaremba	Ottawa

## **ANNEXE 2**

### **MANIFESTE**

**«SOIGNER TOUJOURS. DONNER LA MORT JAMAIS»**

**Nous affirmons que :**

1. La personne en fin de vie doit bénéficier de soins médicaux diligents et compétents pour le soulagement de la douleur, des malaises et de la souffrance qu'elle éprouve et dont elle souhaite être libérée. Le médecin a l'obligation de déployer à sa demande tous les moyens que lui offre sa profession pour arriver à cette fin.
2. Les volontés du malade qui refuse ou qui veut interrompre des traitements doivent toujours être respectées.
3. Les moyens évolués et modernes de l'approche palliative et les outils thérapeutiques disponibles permettent à toute personne d'être bien soulagée en fin de vie : ces moyens doivent devenir accessibles sur l'ensemble du territoire.
4. Le médecin qui se voit confronté à une situation où une personne sous ses soins, évoluant vers la fin de sa vie, est mal soulagée en dépit de ses meilleures interventions, doit pouvoir obtenir l'aide d'un collègue ou d'une ressource experte en soins palliatifs en vue de mettre en œuvre des moyens alternatifs visant à soulager le malade de façon optimale.
5. Dans les situations où le malade demeure aux prises avec une souffrance mal contrôlée par les meilleurs outils de la médecine palliative, la sédation est une option utile. Titrée jusqu'à l'atteinte du confort du malade, son but est le maintien de sa qualité de vie, comme pour les autres moyens de la médecine palliative.
6. L'acte de provoquer volontairement et directement la mort d'un patient par injection létale ou tout autre moyen ne peut en aucune circonstance être considéré comme un «soin » et est contraire au Code de déontologie du médecin. Tuer la personne qui souffre, même avec la plus grande compassion, n'est pas un soin. Il n'est jamais nécessaire de provoquer la mort d'un patient pour mettre un terme à ses souffrances. La tradition hippocratique vieille de 2400 ans qui interdit l'euthanasie est un critère de civilisation. Elle a pour objectif la protection des faibles, et le maintien du lien de confiance dans la relation médecin-patient. Elle interpelle le médecin, les autres soignants et les proches à travailler avec science et ingéniosité à reconforter et à soulager les malades en créant un climat de solidarité mutuelle. L'interdit de l'euthanasie a été sagement codifié il y a 2400 ans en dépit du fait que c'était à une époque de moyens limités pour soulager le malade; il est ironique de le voir contesté de nos jours, dans un monde médical pourvu d'autant de moyens.
7. L'introduction de l'euthanasie ou du suicide assisté doit aussi être rejetée à cause de l'expérience des pays qui ont commis l'imprudence de les dépénaliser. Elle engendre souvent des problèmes plus graves que ceux qu'on prétendait vouloir régler. Parmi ceux documentés dans la littérature médicale on retrouve :
  - Des taux élevés d'euthanasies sans consentement
  - L'impossibilité de faire respecter les balises instaurées et la procédure de déclaration des euthanasies
  - Des effets dommageables sur la relation médecin-patient
  - Des conflits au sein des équipes soignantes et des familles
8. Les Collèges des médecins doivent continuer d'assumer leur rôle de protection du public et de la vie et appuyer les médecins dans leur quête d'une médecine palliative de qualité et accessible, qui permettra à tout patient d'être bien soulagé durant sa maladie et en fin de vie.