



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 à la Commission de la santé et des services sociaux
25 septembre 2013

Table des matières

INTRODUCTION	- 3 -
Qui est Vivre Dans la Dignité (VDD).....	- 3 -
Pourquoi VDD s’oppose au projet de loi 52	- 4 -
ANALYSE ET COMMENTAIRES SUR DIFFÉRENTS ASPECTS DU PROJET DE LOI 52	- 5 -
1. Quelques jalons du Projet de loi 52.....	- 5 -
2. Le partage des compétences : la santé et le droit criminel.....	- 6 -
3. Le droit civil: inviolabilité et intégrité de la personne	- 6 -
4. Les chartes canadienne et québécoise.....	- 7 -
5. La pratique médicale et l’état actuel du droit – refus et interruption de traitement.....	- 8 -
6. La pratique médicale et l’état actuel du droit – l’acharnement thérapeutique	- 9 -
7. La pratique médicale et l’état actuel du droit – la sédation palliative	- 10 -
8. Projet de loi 52 – Redéfinir la pratique de la médecine.....	- 11 -
9. Projet de loi 52 - Les « soins de fin de vie »	- 12 -
10. L’ «aide médicale à mourir» - Définition	- 13 -
11. L’ «aide médicale à mourir» - Conditions d’éligibilité	- 15 -
12. La «sédation palliative terminale» - Définition	- 16 -
13. La «sédation palliative terminale» - Absence de tout contrôle	- 18 -
14. L’objection de conscience – mythe ou réalité?	- 19 -
15. Absence de garantie d’uniformité des normes	- 19 -
16. Inefficacité des contrôles par la Commission sur les soins de fin de vie.....	- 20 -
17. L’approche du Québec est-elle fondée? Un «soin»?	- 21 -
18. L’approche du Québec est-elle fondée? L’impact des Chartes.....	- 22 -
19. Conséquences – LA QUESTION: combien d’euthanasies?.....	- 23 -
Conclusions.....	- 24 -
ANNEXE - Dossier de l’Institut Européen de Bioéthique	- 27 -

Mercredi, le 25 septembre 2013

Monsieur le Président,
Madame la Ministre,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Vivre dans la Dignité tient à vous remercier pour l'invitation faite à notre groupe d'avoir l'opportunité de se faire entendre à cette Commission, et de pouvoir ainsi contribuer au débat démocratique concernant ce projet gouvernemental.

INTRODUCTION

Qui est Vivre Dans la Dignité (VDD)

Notre groupe est un mouvement citoyen à but non lucratif, areligieux et sans affiliation politique, qui a été formé en 2010. Sa mission est de défendre la valeur inhérente et inaliénable qu'est la dignité de chaque individu. On y retrouve des gens de tous les secteurs de la société, dont plusieurs œuvrent dans les soins de santé (médecins, infirmiers et infirmières, pharmaciens, etc.). Plusieurs milliers d'adhérents et de sympathisants le supportent. Si on voulait décrire ce mouvement, on pourrait dire que ses adhérents sont issus de la « base », et non des organismes professionnels ou des instances dirigeantes. Ne dépendant d'aucun privilège issu du pouvoir gouvernemental ou d'organismes parapublics, notre groupe dispose d'une grande marge de liberté de pensée et de parole, ce qui lui permet d'exprimer librement la conscience de ses adhérents. Cette conscience qui habite les adhérents et sympathisants de VDD est évidemment aussi partagée par de nombreux citoyens et citoyennes du Québec, tel que nous l'a démontré l'écho au Québec provoqué par ses prises de position et ses actions depuis le début de ses activités en 2010. VDD présente donc à cette Commission une position qui reflète l'opinion d'un très large segment de l'opinion publique, qui malheureusement ne dispose que de très peu de moyens de diffusion et, de par ce fait même, risquerait d'être reléguée au silence dans ce débat. Nous sommes ici pour briser ce silence et donner une voix à ces personnes. Conformément à l'esprit qui a animé sa fondation, VDD veut s'acquitter de cette tâche au nom de la transparence, de la vérité et de la science.

Pourquoi VDD s'oppose au projet de loi 52

Vivre Dans la dignité veut intervenir dans le débat sur son aspect le plus controversé, c'est à dire sur l'introduction au Québec d'un système de procuration volontaire de la mort par un médecin à certains patients, sur la légalisation d'un tel geste, et sur son incorporation dans la normalité de la pratique médicale. Nous comprenons que le Projet de loi 52 veut promouvoir d'autres sujets que celui-ci, mais notre désir, en nous présentant à cette Commission, est d'aider les membres de l'Assemblée nationale à mieux comprendre les enjeux et les conséquences liés à l'introduction de ce que le Projet de loi 52 nomme « aide médicale à mourir » et « sédation palliative terminale », qui selon nous constituent le cœur de la nouveauté que ce projet de loi veut porter.

Soyons clairs: ce qui est proposé par le Projet de loi 52, c'est de franchir une ligne rouge. Une grosse ligne rouge. Celle qu'on a tracée depuis le début de notre pays et qui est universellement acceptée partout dans le monde: un citoyen ne peut pas en tuer un autre, peu importe le motif sauf en cas de légitime défense. Historiquement la seule exception à cet interdit, qui a toujours fait consensus, a été la peine de mort, qui est aujourd'hui proscrite dans notre pays, et ce en dépit devons-nous rappeler, de multiples sondages qui ont démontré régulièrement le désir de la majorité de la population à la légaliser (environ 60-70% d'approbation). Pourquoi la peine de mort demeure-t-elle interdite malgré le désir répété de la population de la réintroduire ? Serait-ce une trahison de la démocratie? Non. Sans aller dans les détails des argumentations juridiques qui soutiennent cette décision, nous pouvons affirmer que l'édifice légal, sur lequel notre société prend appui, repose sur des affirmations de droit primordial. Ainsi le droit à la vie prime sur les autres, peu importent les humeurs de la population. C'est cette ligne rouge que le gouvernement du Québec par le Projet de loi 52 veut faire sauter, veut effacer et remplacer par autre chose qui n'est pas tout à fait clair, une chose informe et subjective qui est évoquée par des termes comme « aide médicale à mourir » et « sédation palliative terminale ».

La responsabilité des membres de l'Assemblée nationale, ici et maintenant, qu'ils soient au pouvoir ou dans l'opposition, est immense, car comme le veut le dicton populaire, nous sommes devant **une question de vie et de mort**. Pour illustrer plus clairement, disons que si une décision des députés entraînait l'adoption et la mise en vigueur du Projet de loi 52, cela aurait vraisemblablement pour effet d'entraîner la mort précoce de centaines et éventuellement de milliers d'individus à chaque année (nous définirons plus loin comment cette estimation est obtenue). Autrement dit, sans exagérer, chaque député lorsqu'il ou elle votera pour permettre ou non l'adoption de ce projet de loi,

tiendra dans ses mains la vie de centaines et de milliers de personnes. C'est une responsabilité personnelle énorme et d'une ampleur telle que chacun d'eux n'aura probablement plus l'occasion de le revivre d'ici le reste de sa carrière. Pour cette raison il importe donc que chaque député dispose du maximum d'information et de liberté pour exercer son vote de façon éclairée et ne se contente pas des lieux communs ou des clichés qui sont actuellement véhiculés sur cet enjeu.

Conséquemment à l'enjeu moral élevé de ce dossier, Vivre Dans la Dignité considère qu'il serait inconcevable du point de vue de l'éthique que le vote à l'Assemblée nationale soit exprimé autrement que par un vote libre, et ce, pour tous les partis, qu'ils soient au pouvoir ou dans l'opposition.

ANALYSE ET COMMENTAIRES SUR DIFFÉRENTS ASPECTS DU PROJET DE LOI 52

1. Quelques jalons du Projet de loi 52

En mars 2012, la Commission spéciale sur la question de « mourir dans la dignité » (la « *Commission spéciale* ») présentait son Rapport (« *RCSMD* ») qui contenait 24 recommandations dont six sur les soins palliatifs (recommandations 1 à 6), une sur la sédation palliative (recommandation 7), douze sur des aspects administratifs (recommandations 8 à 12), neuf sur l'« aide médicale à mourir » (« *AMAM* ») (recommandation 13 à 22), une 23^{ième} recommandation qui demandait le dépôt d'un Projet de loi au plus tard en juin 2013, ce qui fut fait, et finalement, une 24^{ième} recommandation qui suggérait la formation d'un comité d'experts pour étudier la possibilité d'élargir l'éligibilité pour une personne atteinte de démence causée par une maladie dégénérative de faire une demande anticipée d'AMAM.

En janvier 2013, le Rapport du comité de juristes experts (Me Jean-Pierre Ménard, Me Jean-Claude Hébert et Me Michelle Giroux) pour mettre en œuvre les recommandations de la CSMD (« *Rapport Ménard* ») était publié.

Nous reviendrons sur ces deux rapports dans l'examen du Projet de loi 52.

Mais auparavant, quelques rappels s'imposent sur l'état actuel du droit et de la pratique médicale pour s'assurer d'une bonne compréhension de la portée du projet de loi.

2. Le partage des compétences : la santé et le droit criminel

Selon la Loi Constitutionnelle de 1867, le droit criminel est de compétence fédérale exclusive (art. 91,27).

Par ailleurs, le domaine de la santé est principalement de compétence provinciale:

«l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine» (art. 92,7);

«la propriété et les droits civils» (art. 92,13);

«toutes les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province» (art. 92,16).

Dans l'exercice de sa compétence en matière de droit criminel, le Parlement fédéral a adopté diverses mesures prévues au Code criminel, (L.R.C. (1985) Ch. C-46) dont, notamment celles portant sur le consentement à la mort (art. 14), l'obligation de fournir les choses nécessaires à la vie. (art. 215), l'obligation des personnes qui pratiquent des opérations dangereuses (art. 216), l'obligation des personnes qui s'engagent à accomplir un acte (art. 217), la négligence criminelle (art. 219) et, de manière plus importante pour notre propos, l'interdiction de l'homicide (art. 222), du meurtre (art. 229), de l'aide au suicide (art. 241) (*notons, au passage, que le suicide et la tentative de suicide ne sont pas interdits depuis que l'infraction de tentative de suicide a été abolie en 1972. Toutefois, l'aide au suicide demeure un acte criminel*) et, enfin, l'administration de substances délétères (art. 245).

3. Le droit civil: inviolabilité et intégrité de la personne

Dans l'exercice de sa compétence en matière de propriété et de droits civils, le Québec a adopté diverses dispositions au Code civil du Québec [C.C.Q.] visant à consacrer l'inviolabilité et l'intégrité de la personne.

«Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.» (art.10)

«Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.» (art.11)

Selon le Ministre de la justice, les «soins» dont il est question à l'article 11 sont :

«Toutes espèces d'examens, de prélèvements, de traitements ou d'intervention, de nature médicale, psychologique ou sociale, requis ou non par l'état de santé, physique ou mentale.» (Ministère de la Justice, Commentaires du ministre de la Justice. Le Code civil du Québec, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, 1993, art. 11 C.C.Q., à la p. 12) («*Commentaires du ministre*»).

4. Les chartes canadienne et québécoise

4.1 La Charte canadienne des droits et libertés

La Charte canadienne des droits et libertés constitue la partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, qui elle-même constitue l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (du Royaume-Uni), 1982, c. 11 (la «*Charte canadienne*»)

Le principe fondamental de la Charte canadienne est de garantir certains droits et certaines libertés,

«1. La Charte canadienne des droits et libertés garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.»

dont, notamment, certaines garanties juridiques:

«7. **Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne**; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.» (caractères gras ajoutés).

4.2 La Charte (québécoise) des droits et libertés de la personne

Le Québec a également adopté en 1975 une Charte des droits et libertés de la personne (L.Q. chapitre C-12) (la «*Charte québécoise*») qui prévoit notamment ce qui suit :

«Préambule.

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**;...

Droit à la vie.

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

(caractères gras ajoutés).

5. La pratique médicale et l'état actuel du droit - refus et interruption de traitement

Les tribunaux reconnaissent que le refus et l'interruption de traitement et, ou, d'alimentation, par le patient (ou son représentant légal), sont permis et ne constituent pas des actes illégaux, de sorte que le personnel soignant doit s'y conformer.

Refus et interruption de traitement

Le patient (ou son représentant légal) a le droit de refuser un traitement ou de le faire cesser même si la conséquence probable et prévisible est le décès à condition que le refus de traitement ou la demande de cessation de traitement soit **libre et éclairé et donné par une personne majeure apte** (*Nancy B c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.))

Refus et interruption d'alimentation

De même, le patient (ou son représentant légal) a le droit de refuser toute forme d'alimentation, l'alimentation étant un « soin » de base couvert par l'expression « toute autre intervention » de l'art.11 C.C.Q. même si ce refus de soins entraîne une abstention de traitement. « Et lorsque le législateur emploie les termes « ou de toute autre intervention », on peut les assimiler dans ce cas à l'interdiction d'un gavage ou d'un soluté, selon la volonté de l'individu. » (*Manoir de la Pointe Bleue Inc. c. Corbeil*, [1992] R.J.Q. 712 (C.S.), à la p. 725)

Le droit de refus et d'interruption de traitement s'applique tant à l'égard des soins artificiels ou extraordinaires (ex. respirateur) qu'à l'égard des soins ordinaires ou de maintien de vie (ex. alimentation, hydratation, ventilation). **Il s'agit d'un droit de «laisser mourir», non d'un droit de «se faire tuer».**

6. La pratique médicale et l'état actuel du droit – l'acharnement thérapeutique

La Commission spéciale a clairement défini l'acharnement thérapeutique:

«Recours à des traitements intensifs dans le but de prolonger la vie d'une personne malade au stade terminal, sans espoir réel d'améliorer son état.»
(*RCSMD*, p.17)

Nous sommes résolument contre l'acharnement thérapeutique, ce qui est d'ailleurs également reconnu par les tribunaux et par la législation déjà en vigueur, que cet acharnement soit le fait du médecin ou, ce qui arrive plus souvent, suite à des demandes du patient ou de sa famille.

L'acharnement par décision du médecin

Le Code de déontologie des médecins est on ne peut plus clair :

« Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires. » (*Code de déontologie des médecins*, R.R.Q., c. M-9, r. 17) (« *Code de déontologie des médecins* ») à l'article 50)

L'acharnement à la demande du patient ou de son représentant légal

En fin de vie, comme à tout autre épisode de soins, le médecin n'est pas tenu de fournir un soin qu'il ne juge pas médicalement nécessaire, ni de poursuivre des soins lorsqu'il estime que leur poursuite n'est plus médicalement nécessaire.

En corollaire, le patient (ou son représentant légal) ne peut exiger des soins que le médecin ne juge plus médicalement indiqués. (*Centre de santé et services sociaux Richelieu-Yamaska c. L. (M.) et al.*, 2006 QCCS 2094; *Cuthbertson et al. c. Rasouli*, 2011 ONCA 482, Cour suprême du Canada, dossier 34762, permission d'en appeler accordée le 2 décembre 2011, audition le 10 décembre 2012, en délibéré.)

Par le refus de l'acharnement thérapeutique, que ce soit par le médecin, le patient ou ses proches, **on ne veut pas donner la mort, on accepte de ne pouvoir l'empêcher**. Il n'y a donc pas d'acte illégal tant que le consentement du patient est libre et éclairé.

7. La pratique médicale et l'état actuel du droit – la sédation palliative

Il existe une énorme confusion au sujet de la sédation palliative et, par prudence, nous devons faire d'importantes distinctions.

Sédation sans intention de causer la mort

La sédation, même accompagnée de l'arrêt de l'hydratation et de l'alimentation artificiels, effectuée avec le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant légal, ne constitue pas un homicide au sens du Code criminel, en autant que l'intention ne soit pas de causer la mort mais plutôt de soulager le patient même si la mort s'ensuit, puisque la mort n'est pas un effet recherché. (Louis-André Richard et Michel L'Heureux dans « Plaidoyer pour une mort digne », P.U.L., aux pp. 36 à 59)

Sédation avec intention de causer la mort

« Dans ce cas, le **but de la sédation terminale**, au-delà de l'intention verbalement exprimée, **est d'entraîner la mort du patient dans un court délai**, que ce soit par progression de sa maladie naturelle ou par déshydratation. Dans ce scénario, le médecin quitte le territoire des soins palliatifs pour entrer carrément dans celui de l'euthanasie ou de l'aide médicale à mourir. La sédation terminale dans de telles conditions **constitue une aide au suicide ou une sorte d'euthanasie.**» (*Rapport Ménard*, p. 251 se référant au rapport du Groupe d'experts de la Société royale du Canada, *Prise de décisions en fin de vie*, Ottawa, novembre 2011, à la p. 40.) (caractères gras ajoutés)

8. **Projet de loi 52 – Redéfinir la pratique de la médecine**

Le projet de loi, par son article 63, **redéfinit de manière fondamentale la pratique de la médecine** en modifiant l'article 31 de la Loi médicale (LQ, ch. M- 9) (*LM*) (les nouveaux ajouts sont en *italiques*)

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé, ...et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir *ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes.* » (*LM* art. 31, 1)

On pourrait croire que cet ajout ne vise qu'à clarifier la portée de tous les soins qui ne visent qu'à soulager des symptômes y compris les soins palliatifs tels qu'on les connaît actuellement...

Mais le même article 63 ajoute une 12^{ième} activité aux activités réservées aux médecins à l'article 31 de la Loi médicale!

« Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes:

12° administrer le médicament ou la substance permettant à une personne en fin de vie d'obtenir l'aide médicale à mourir dans le cadre de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie (indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi). »

Il s'agit là d'un énorme changement éthique depuis qu'Hippocrate (459-370 av. J.-C.) a écrit son fameux serment, il y a 21 siècles, serment qui a toujours continué de s'appliquer au Québec depuis la fondation de la Nouvelle-France et qui interdit tant l'euthanasie que l'aide au suicide!

«J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle. Je ne remettrai à personne une drogue mortelle si on me la demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion.» (Traduction J. Jouanna, *Hippocrate*, Paris, Arthème Fayard, 1992, annexe I, extrait.) (caractères gras ajoutés)

9. **Projet de loi 52 - Les « soins de fin de vie »**

L'article 3,3 du Projet de loi 52 définit les « soins de fin de vie » comme étant « les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie, y compris la sédation palliative terminale, de même que l'aide médicale à mourir. »

La Commission spéciale a elle-même adopté la définition de soins palliatifs de l'Organisation mondiale de la santé:

« L'Organisation mondiale de la santé définit les soins palliatifs comme « l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les usagers et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant l'utilisateur et les proches [...] » » (RCSMD, p.18)

Or, inclure la sédation palliative terminale et l'aide médicale à mourir dans la catégorie des soins palliatifs est une aberration! Les soins palliatifs visent à adoucir la fin de vie mais non à provoquer la mort.

Comme le souligne, à juste titre, le Collège des médecins dans son mémoire du 17 septembre 2013 à cette Commission (MCM) :

« Malgré l'extrême importance qu'ont pris les soins palliatifs dans cette période difficile qu'est la fin de la vie, il n'est pas clair pour nous qu'il faille associer de trop près « soins de fin de vie » et « soins palliatifs ». Les soins palliatifs ne se réduisent pas aux soins de fin de vie, pas plus que les soins de fin de vie ne se limitent aux soins palliatifs. La chose est d'autant moins claire si l'on pense inclure dans ces soins une nouvelle option comme l'aide médicale à mourir. Les

soins palliatifs se sont développés dans un contexte où tout acte visant à écourter activement et volontairement la vie était frappé d'interdit. Si bien que c'est l'accompagnement qui a été privilégié et d'autres voies qui ont été explorées pour soulager les symptômes, dont la sédation palliative pour les symptômes réfractaires. On peut donc comprendre que pour plusieurs, **l'aide médicale à mourir est contraire à l'esprit même des soins palliatifs.** » (MCM, p. 4) (caractères gras ajoutés)

10. L' «aide médicale à mourir» - Définition

Pour un acte aussi important que l'aide médicale à mourir, le Projet de loi 52 n'en donne aucune définition, si ce n'est par le biais de la modification aux actes réservés aux médecins par l'article 63 du projet de loi. Le législateur a une obligation, au moins morale, de définir ce dont il parle surtout quand il s'agit de provoquer la mort d'un être humain. Que veut-on dire par cette expression non définie?

Heureusement, le RCSMD vient combler le silence du Projet de loi 52 et nous éclaire:

« Après analyse..., nous croyons qu'une option supplémentaire est nécessaire dans le continuum de soins de fin de vie : **l'euthanasie sous la forme d'une aide médicale à mourir...Bien que le terme «euthanasie» soit celui utilisé en Belgique et aux Pays-Bas, les auditions publiques ont fait ressortir que ce terme est très chargé** et qu'il ne fait pas consensus. Mais surtout, il n'évoque pas en lui-même l'idée de soutien qui est au cœur de notre proposition. Tout au long des travaux de la Commission, l'expression « aide médicale à mourir » s'est imposée graduellement d'elle-même... **L'expression « aide médicale à mourir » est donc celle que nous avons retenue.** » (RCMSD, p.78) (caractères gras ajoutés)

Et dans le même RCSMD à la page 17, on définit ainsi l'euthanasie:

« Acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'une personne à sa demande pour mettre fin à ses souffrances. »

Donc, selon le RCSMD, l'aide médicale à mourir constitue de l'euthanasie!

Et, par surcroit, rappelons-le, l'article 63 du Projet de loi 52 réserve aux médecins l'administration d'un médicament ou d'une substance permettant à une personne d'obtenir l'aide médicale à mourir. Voilà un acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort, un acte euthanasique!

Et ceci correspond, à la définition d' «homicide» du Code criminel:

« ...quiconque, directement ou indirectement, par quelque moyen, cause la mort d'un être humain. » (art. 222,1)

Et un homicide coupable est un meurtre en vertu de l'article 229 du Code criminel.

Même le Collège des médecins admet également la nécessité de définir l'aide médicale à mourir et reconnaît que cet acte consiste à provoquer intentionnellement la mort d'une personne:

« Il nous semblerait également utile de mieux préciser, dans cet article ou ailleurs dans le projet de loi, ce qu'on entend par « l'aide médicale à mourir ». Nous l'avons déjà exprimé ailleurs, ce terme nous convient accompli par un médecin dans un contexte de soins, ce qui exclut le suicide médicalement assisté. **Il demeure qu'il s'agit d'un acte consistant à provoquer intentionnellement la mort d'une personne** mais ce, dans un contexte de soins de fin de vie, dans certaines situations exceptionnelles et en respectant les conditions établies par la loi. » (*MCM, p.5*) (caractères gras ajoutés)

La Société Royale Canadienne confirme également que l'euthanasie volontaire est illégale :

« L'euthanasie volontaire, tout comme l'aide au suicide, est nettement illégale au Canada. Elle est interdite en vertu de l'article 229 du Code criminel. La question du motif importe peu et celle du consentement (de la personne ou du fondé de pouvoir) ne peut servir de motif de défense. Il est peu probable que la défense de nécessité puisse être soutenue avec succès. Un verdict de meurtre au premier degré appelle une peine obligatoire d'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant 25 ans. Un verdict de meurtre au second degré appelle une peine obligatoire d'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant dix ans. Quiconque commet une euthanasie volontaire pourrait être reconnu coupable de meurtre au premier ou au second degré. Il s'agit donc clairement d'une prohibition. » (Rapport du Groupe d'experts de la Société royale du Canada, *Prise de décisions en fin de vie*, Ottawa, novembre 2011, à la p. 42.)

Et, finalement, dans le RCSMD à la p.19, la Commission spéciale admet que:

«Selon le Code criminel du Canada, **l'euthanasie et le suicide assisté sont des actes criminels.** »

En conséquence, si l'aide médicale à mourir constitue de l'euthanasie et que l'euthanasie est un acte criminel, comment peut-on prétendre sérieusement que le Québec a juridiction puisqu'il s'agit d'une matière de droit criminel qui relève de la compétence exclusive du Parlement fédéral?

11. L' «aide médicale à mourir» - Conditions d'éligibilité

Les critères d'éligibilité à l'aide médicale à mourir ont été qualifiés parfois de « balises » sérieuses, restrictives et on a évoqué l'argument que l'aide médicale à mourir ne s'appliquerait que dans des cas extrêmes à des personnes en fin de vie ou en phase terminale dont on ne pourrait soulager la douleur. Cela mérite que l'on s'attarde au nom de la science et de la vérité à certains de ces critères que le projet de loi appelle des « conditions » pour réaliser que le message véhiculé par plusieurs dans la population et dans les médias est loin de correspondre à ce qui est vraiment écrit aux articles 26 et 28 du Projet de loi 52.

Une personne « atteinte d'une maladie grave et incurable » (art.26, 2)

Cette maladie peut être physique ou psychologique et **le patient n'a pas nécessairement à être en phase terminale ou en fin de vie.** Cette maladie peut inclure, bien sûr, la sclérose latérale amyotrophique (SLA), le Parkinson, le cancer, l'Alzheimer, la sclérose en plaques, etc. mais aussi la dépression, l'anorexie, l'arthrose, la cécité, les difficultés d'ouïe ou de vision comme nous l'enseigne l'expérience belge (Dossier de l'Institut Européen de Bioéthique d'avril 2012, *EUTHANASIE : 10 ans d'application de la loi en Belgique*, aux pages 5 et 6 et dont nous déposons une copie en Annexe à notre mémoire) (*Rapport sur la Belgique*)

Avec un « déclin avancé et irréversible de ses capacités » (art.26, 3)

Le déclin dont il s'agit ici peut viser tant les capacités physiques que psychologiques et plusieurs gériatres et psychiatres confirment que plusieurs patients pourraient satisfaire à cette condition et encore ici, nous le rappelons, **le patient n'a pas nécessairement à être en phase terminale ou en fin de vie.**

Même le Collège des médecins, bien que très favorable au projet de loi, reconnaît 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 ». Le plus simple serait probablement d'exiger que la personne soit en 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 (sic) 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 telles demandes. » (*RCM*, p.8)

Éprouvant « des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables » (art. 26,4)

Il s'agit là d'une évaluation (très) subjective du patient lui-même qui dépend de sa personnalité, de ses conceptions, de ses valeurs et de son seuil de tolérance à la douleur (voir *Rapport sur la Belgique*, p.6). Rappelons aussi que ce patient peut refuser des soins palliatifs qui soulageraient da douleur et que le médecin ne peut lui refuser l'aide médicale à mourir au motif qu'il a refusé des soins palliatifs (PL 52, art.7).

Et tout cela sans nécessairement que cette personne ait consulté qui que ce soit ni avisé ses proches qui pourront apprendre le décès par les médias puisque l'article 28, 1, e) prévoit que le médecin qui pratique l'aide médicale à mourir ne peut s'entretenir de sa demande avec ses proches que si le patient le souhaite.

12. La «sédation palliative terminale» - Définition

Tout comme pour l'aide médicale à mourir, le Projet de loi 52 ne nous propose **aucune définition de la sédation palliative terminale**, si ce n'est par le biais de la modification aux actes réservés aux médecins par la Loi médicale.

Mais cette fois, le RCSMD nous éclaire-t-il?

« Dans le document de consultation, les vocables « sédation palliative » et «sédation terminale » avaient été retenus. Même si ces termes semblent être plus souvent utilisés, la Commission retient désormais les vocables «sédation palliative intermittente » et « sédation palliative continue ». Selon elle, ils permettent de distinguer plus clairement les deux types de sédation. » (*RCSMD*, p. 18, note 11)

Et le RCSMD définit ainsi ces termes :

« Sédation palliative continue » « Administration d'une médication à une personne, de façon continue, dans le but de soulager sa douleur en la rendant inconsciente jusqu'à son décès. » (RCSMD, p. 18)

« Sédation palliative intermittente » « Administration d'une médication à une personne, avec alternance de périodes d'éveil et de sommeil, dans le but de soulager sa douleur en la rendant inconsciente. » (RCSMD, p. 18)

Mais alors quelle est la source de l'expression « **sédation palliative terminale** »?

Le Rapport Ménard nous dit que l'expression « sédation palliative continue » telle que définie dans le RSMD est aussi appelée « sédation terminale » (aux pp.10 et 248)

Mais même le Rapport Ménard indique qu'il faut distinguer deux situations:

« La première implique le recours à cette pratique chez un patient dont le stade terminal de la maladie est avancé au point où il ne peut plus avaler ni s'hydrater. L'application de la sédation terminale avec retrait de l'hydratation et de l'alimentation peut, à ce moment, être acceptable dans un contexte de **soins palliatifs visant à limiter les souffrances du patient**. Cette pratique de la sédation terminale est acceptée par le corps médical chez les patients dont la fin de vie est imminente, en termes d'heures ou de jours, ou d'une semaine au maximum. **Dans une telle situation, la sédation terminale n'abrège pas la vie du patient.** » (pp.250-251) (caractères gras ajoutés)

« La deuxième situation implique l'application de la sédation terminale avec retrait d'alimentation et d'hydratation chez un patient qui pourrait encore être hydraté et alimenté ou dont la mort n'est pas aussi imminente que celle décrite précédemment... Dans ce cas, **le but de la sédation terminale**, au-delà de l'intention verbalement exprimée, **est d'entraîner la mort du patient** dans un court délai, que ce soit par progression de sa maladie naturelle ou par déshydratation. Dans ce scénario, le médecin quitte le territoire des soins palliatifs pour entrer carrément dans celui de l'euthanasie ou de l'aide médicale à mourir. **La sédation terminale dans de telles conditions constitue une aide au suicide ou une sorte d'euthanasie.** » (p. 251) (caractères gras ajoutés)

En conséquence, on ne sait pas clairement si, dans le Projet de loi 52, la SPT désigne « une sorte d'euthanasie » ou non...Vise-t-on la « sédation palliative continue » (dans le

but de soulager la douleur) ou une autre forme déguisée d'euthanasie (une sédation palliative continue dans le but de provoquer la mort)? Il s'agit là d'un manque flagrant de transparence de la part du législateur.

13. La «sédation palliative terminale» - Absence de tout contrôle

Les règles applicables à la sédation palliative terminale sont très différentes de celles applicables à l'aide médicale à mourir. Le seul contrôle préalable prévu par le Projet de loi 52 pour la sédation palliative terminale est d'obtenir un consentement écrit, libre et éclairé du patient ou (ce qui n'existe pas pour l'AMAM) par « la personne habilitée à consentir pour elle » (art.25).

Aucune des conditions de l'article 26 (une personne majeure, souffrant de maladie grave et incurable, avec un déclin avancé et irréversible de ses capacités et éprouvant des souffrances constantes, insupportables....) **ne s'applique pour la sédation palliative terminale!**

Aucune des conditions des articles 28 (vérification par le médecin, 2^{ème} opinion, etc.), **29** (administré par le médecin lui-même, accompagnement jusqu'à la mort) **ou 41**(obligation d'aviser la Commission sur les soins de fin de vie) **ne s'applique pour la sédation palliative terminale!**

La seule obligation qui subsiste est pour le médecin qui fournit (mais non celui qui prescrit) une sédation palliative terminale d'aviser le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (art. 33, 34) mais la sédation palliative terminale peut être administrée par une autre personne qu'un médecin, alors dans un tel cas la personne qui administrera la sédation palliative terminale (une infirmière?) n'aura aucune obligation d'aviser le CMDP.

Comme la sédation palliative terminale échappera à tout contrôle, ne serait-il pas tentant de prétendre que l'on a administré une sédation palliative terminale plutôt que de dire que l'on a, en fait, administré une aide médicale à mourir?

14. L'objection de conscience – mythe ou réalité?

Le médecin qui refuse de pratiquer l'aide médicale à mourir pour des raisons de conscience doit en aviser son directeur des services professionnels (DSP) qui, lui, doit faire les démarches pour trouver un médecin qui le fera (art.30). Mais, malgré cela, le Projet de loi 52 affirme tout de même que la « présente loi n'a pas pour effet de limiter le droit pour un professionnel de la santé de refuser, conformément à son code de déontologie, de fournir des soins de fin de vie ou de collaborer à leur fourniture en raison de ses convictions personnelles. » (art. 44). Mais le Code de déontologie des médecins prévoit que: « Le médecin doit informer son patient de ses convictions personnelles qui peuvent l'empêcher de lui recommander ou de lui fournir des services professionnels qui pourraient être appropriés, et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services professionnels. Le médecin doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin. » (R.R.Q., c. M-9, r.17, art.24). Cette obligation vient en conflit avec l'obligation faite au médecin de plutôt aviser son DSP en vertu de l'article 30 du projet de loi.

En outre, l'article 44 ne s'applique qu'aux professionnels de la santé et non aux autres employés de l'établissement qui peuvent être appelés à participer à l'aide médicale à mourir ou à la sédation palliative terminale et ne protège aucunement contre la discrimination qui peut s'ensuivre contre les objecteurs de conscience.

15. Absence de garantie d'uniformité des normes

Le Projet de loi prévoit une multitude de normes:

- Le ministre détermine les **orientations** (art.20);
- **Chaque** ordre professionnel élabore des **standards cliniques** (art.32);
- **Chaque** agence de la santé et des services sociaux détermine les **modalités d'accès** aux différents soins de fin de vie (art.18 -19);
- **Chaque** CMDP adopte des **protocoles cliniques** (art. 32);
- **Chaque** établissement adopte : un **programme clinique** de soins de fin de vie (art. 9), une **politique** de soins de fin de vie (art. 10), une section sur les droits des personnes en fin de vie dans son **code d'éthique** (art.11).

Et ce, sans aucune obligation ni garantie d'uniformité à travers le Québec!

16. Inefficacité des contrôles par la Commission sur les soins de fin de vie

Le Projet de loi prévoit l'institution d'une Commission sur les soins de fin de vie (CSFV) qui examine toute question relative aux soins de fin de vie (art.35 à 42).

Comme nous l'indique le Rapport sur la Belgique en son paragraphe 5.1, à la page 5 :

« Dès son premier rapport ainsi que dans les rapports ultérieurs, la Commission de contrôle fait un aveu d'impuissance. Elle déclare en effet « ne pas avoir la possibilité d'évaluer la proportion du nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées ». Or, l'objectif de sortir l'euthanasie de la clandestinité avait été en 2002 un argument de poids avancé par les personnes favorables à sa dépénalisation. Dès son premier rapport relatif aux années 2002 et 2003, la Commission s'était dite « consciente des limites du contrôle de l'application de la loi du 28 mai 2002 qu'elle est chargée d'exercer ». « Il est évident », note-t-elle, « que l'efficacité de sa mission repose d'une part sur le respect par le corps médical de l'obligation de la déclaration des euthanasies pratiquées et d'autre part de la manière dont ces déclarations sont rédigées ». C'est tout le problème d'un contrôle ex post effectué, après la mort provoquée du patient, sur la base de la déclaration du médecin. N'est-il pas illusoire de prétendre qu'un médecin se dénonce lui-même lorsqu'il n'a pas respecté les conditions légales ?

Peut-on sérieusement imaginer qu'il se conforme scrupuleusement aux règles de forme dans le cas où il aurait méconnu une ou plusieurs règles de fond ? N'est-il pas plus probable qu'il ne déclare pas l'euthanasie pratiquée ou qu'il le fasse en manière telle qu'il ne puisse être mis en cause ?

Toujours est-il que, près de 10 ans après l'entrée en vigueur de la loi, la Commission a toujours estimé que les conditions légales avaient été respectées. Jamais, elle n'a jugé nécessaire de renvoyer un seul dossier au procureur du Roi. »

Pourquoi cet aveu de l'inefficacité des contrôles par la Commission belge elle-même ne s'appliquerait-il pas chez nous au Québec, avec le résultat que le nombre de cas d'aides médicales à mourir réellement pratiquées sera toujours sous-évalué...sans compter que, si le Projet de loi demeure dans sa rédaction actuelle les cas de sédation palliative terminale n'ont même pas à être divulgués à notre CSFV?

17. L'approche du Québec est-elle fondée? Un «soin»?

La position adoptée par le Québec, tant dans le RCSMD que dans le Rapport Ménard, est que l'aide médicale à mourir est un «soin» et tombe donc sous la compétence provinciale en matière de santé. Vivre dans la Dignité conteste cette affirmation pour les motifs suivants.

Dans tous les articles du C.C.Q qui traitent de « soins » pour les personnes, soit les articles 10 à 18, 207, 258, 259, 272, 281, 285, 291, 559, 561 et 2166, on entend par «soin» une **action de soulagement, d'entretien, de sauvegarde de la vie** et non une action qui consiste à enlever la vie.

La même interprétation se retrouve dans plusieurs lois du Québec comme à titre d'exemples:

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. c. S-4.2, art.7

Code de déontologie des médecins, R.R.Q., c. M-9, r.17, art.24, 38, 50

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q., c. I-8, r.9, art.4

Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q. ch. I-8, art.36

Règlement sur l'assistance médicale, R.R.Q., c. A-3.001, r.1, art.2

Loi sur la santé publique, L.R.Q., c. S-2.2 art. 5 «Les actions de santé publique doivent être faites dans le but de **protéger, de maintenir ou d'améliorer l'état de santé** et de bien-être de la population en général... »,.

Mais le RCSMD nous éclaire-t-il encore une fois?

« ... **le suicide assisté ne peut certes pas être considéré comme un soin** et s'éloigne ainsi d'un des principes fondamentaux qui a guidé notre réflexion et nos recommandations, à savoir que toute ouverture devrait se situer dans le contexte d'un continuum de soins. » (p.81, caractères gras ajoutés)

Si le suicide assisté ne peut être qualifié de soins alors qu'il implique aussi l'intervention d'un médecin, comment justifier que l'aide médicale à mourir et la sédation palliative terminale (avec intention de donner la mort) soient qualifiés de soins?

L'aide médicale à mourir et la sédation palliative terminale (avec intention de donner la mort) ne sont pas un «soin» et, en conséquence, le Québec n'a pas compétence pour décriminaliser ces actes qui relèvent du Code criminel et de la compétence exclusive du Parlement fédéral.

18. L'approche du Québec est-elle fondée? L'impact des Chartes

Le Projet de loi 52 repose sur des postulats éthiques qui nous sont révélés par le Rapport Ménard :

Le caractère sacré de la vie est fondé sur des principes religieux et «[c]e fondement religieux de la règle du caractère sacré de la vie est fortement controversé. Ce ne sont pas tous les groupes religieux qui s'opposent à la **décriminalisation** de l'aide médicale à mourir....Quant à la définition proprement juridique du caractère sacré de la vie, elle peut être exprimée ainsi: « Comme nous l'avons déjà souligné, le principe du **caractère sacré de la vie signifie au moins que la vie est précieuse, qu'elle doit être respectée, protégée et traitée avec considération et qu'il s'agit d'un principe fondamental de notre société.**» » (p.180 note 343 citant une étude préparée pour la Commission de réforme du droit du Canada, *Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie du point de vue de l'éthique, de la médecine et du droit*, à la p. 45)

«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.**» (pp.200-201) (caractères gras ajoutés)

Ces postulats éthiques démontrent éloquemment que **le Projet de loi 52** en tentant de décriminaliser l'aide médicale à mourir et la sédation palliative terminale (avec intention de causer la mort) **porte une grave atteinte à des droits fondamentaux protégés par la Charte canadienne des droits et libertés :**

«7. **Chacun a droit à la vie**, à la liberté et à **la sécurité de sa personne**; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.» (caractères gras ajoutés)

Le Projet de loi 52 porte aussi atteinte à des droits fondamentaux protégés par la Charte (québécoise) des droits et libertés de la personne :

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

1. **Tout être humain a droit à la vie**, ainsi qu'à **la sûreté, à l'intégrité** et à la liberté de sa personne.» (caractères gras ajoutés)

19. Conséquences – LA QUESTION: combien d'euthanasies?

La Belgique, a une population d'environ 11M d'habitants et avec des critères d'éligibilité presque identiques à ceux que l'on retrouve au Projet de loi 52, **voici à quels résultats on en arrive:**

- **235 euthanasies rapportées en 2003** (première année complète d'application de la loi)
- **1133 euthanasies rapportées en 2011 et 1432 en 2012**
- **un chiffre qui double presque tous les 4 ans et qui correspond maintenant à environ 1% des décès!**

Qu'est-ce que cela nous réserve au Québec, avec une population d'environ 8M d'habitants?

- en 2011, nous avons eu 59,300 décès au Québec ce qui correspondrait à **593 euthanasies** (1% des décès) soit **plus que les décès sur les routes** (479 en 2011);
- en 2012, nous avons eu 60,800 décès ce qui donnerait **608 euthanasies** (1% des décès) encore **plus que les décès sur les routes** (436 en 2012).

Or, les accidents de la route et les décès qui en résultent sont un fléau que le gouvernement du Québec essaie de combattre à grands renforts de publicité!

Pour faire image, c'est l'équivalent de **vider presque 3 fois par année** les 223 lits du CHSLD Drapeau-Deschambault de Ste-Thérèse ou les 226 de l'Hôpital du Saint-Sacrement de Québec.



Conclusions

L'aide médicale aux mourants c'est urgent, mais sans l'aide à mourir !

L'aide médicale à mourir et la sédation palliative terminale (avec intention de donner la mort) ne sont pas un «soin» et, en conséquence, le Québec n'a pas compétence pour décriminaliser ces actes qui relèvent du Code criminel et de la compétence exclusive du Parlement fédéral.

De plus, le Projet de loi 52 porte une grave atteinte à des droits fondamentaux garantis tant par la Charte canadienne que par la Charte québécoise qui confirment que la valeur ou la dignité d'une personne ne diminue pas en fonction de son âge, de son état ou de sa capacité.

Chaque personne doit pouvoir **mourir «à son heure», ni plus tard** (pas d'acharnement thérapeutique) **ni plus tôt** (pas d'euthanasie sous quelque forme qu'elle soit).

« [L']euthanasie demeure la manifestation la plus triste du **désespoir** auquel j'invite tous ceux qui souffrent à ne pas céder.» (Serge Daneault, p.147 dans BOISVERT, Marcel et DANEULT, Serge, *être ou ne plus être débat sur l'euthanasie*, Voix parallèles, 2010, caractères gras ajoutés)

L'euthanasie est aussi la manifestation de **l'échec de nos services de santé à soulager la douleur**, qu'elle soit physique, psychologique ou morale, **et de l'échec de nos familles à bien entourer** ceux qui sont en fin de vie.

En conséquence, le gouvernement du Québec devrait prioriser le respect de la dignité de chaque personne par l'amélioration des soins palliatifs tels que définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à la grandeur du Québec. Le Québec doit surtout y investir les ressources financières et humaines nécessaires.

Il est extrêmement malheureux et décevant de constater que le Projet de loi 52, tel que rédigé, dans sa portion traitant des différentes formes de procuration de la mort sur demande, est en fait un exercice de contorsion et de contournement pour faire accepter par une utilisation abusive de la ruse et de l'ambiguïté une initiative législative extrêmement audacieuse, révolutionnaire et dangereuse, contraire aux dispositions de sécurité de la personne telles que formulées dans nos chartes des droits et libertés et protégées par notre Code criminel.

Pour y arriver, le Projet de loi 52 a décidé d'utiliser la Loi médicale, qui se trouve ici manipulée et instrumentalisée pour effectuer une manœuvre de contournement juridique du Code criminel canadien. Cet exercice porte atteinte à tous ceux et celles dans la profession médicale qui y ont adhéré en fonction de ce qu'elle a été jusqu'à ce jour, à savoir une relation de soin qui exclue toute forme de participation à l'homicide. On ne peut accepter un tel exercice même au nom d'un concept vague de compassion pour les personnes en fin de vie. Les conséquences sont simplement trop nombreuses et trop graves, à la fois pour les personnes malades (dont surtout celles présentant une forme ou une autre de vulnérabilité), et pour le personnel soignant.

Vivre Dans la Dignité fait appel à la raison et à la réelle compassion. Notre société a des défis médicaux et sociaux à relever, dont l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins des personnes gravement malades, ou en fin de vie. Nous avons réalisé de grands pas au cours des dernières années, notamment grâce au développement des soins palliatifs et au développement des soins anti douleur. Beaucoup de chemin reste à parcourir, il est vrai, et Vivre Dans la Dignité est convaincu que nous devons comme société continuer dans la même direction. Nous devons continuer à faire face à ces défis avec sagesse, avec détermination et avec respect. La vraie solution passe par une politique d'accompagnement humain et d'accès aux soins, c'est à dire aux vrais soins médicaux tels que reconnus par la communauté internationale, et dont ne font partie ni l'euthanasie (ou son appellation « l'aide médicale à mourir ») ni la sédation terminale avec intention de provoquer la mort. Là se trouve le vrai chantier du futur pour poursuivre l'œuvre d'humanisation que les générations précédentes ont initié et nous ont confié.

Les membres de l'Assemblée nationale ne peuvent, en conscience, appuyer ce Projet de loi qui, malgré ses belles promesses, ne résoudra aucunement le problème de la souffrance, et qui assurément portera atteinte à la sécurité des plus vulnérables et à l'intégrité des milliers de personnes travaillant dans les soins de santé, dont les médecins. Ils ne peuvent pas donner leur appui à un Projet de loi inconstitutionnel et

qui enfreint les droits et libertés des citoyens du Québec, droits affirmés et protégés par les chartes canadienne et québécoise et par la Déclaration universelle des droits de l'homme .

Vivre dans la Dignité, enfin, répète son appel à un vote libre pour tous les députés de l'Assemblée nationale du Québec, en accord avec le respect de la liberté de conscience de chacun et chacune d'eux.

ANNEXE - Dossier de l'Institut Européen de Bioéthique
« EUTHANASIE : 10 ans d'application de la loi en Belgique »

Avril 2012