



VIVRE DANS LA DIGNITÉ

Projet de loi C-7

**Loi modifiant le Code criminel
(aide médicale à mourir)**

**Mémoire soumis au Comité permanent de
la justice et des droits de la personne de la
Chambre des communes**

10 novembre 2020

Introduction

Nous remercions le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de nous offrir la possibilité de partager quelques observations quant au contenu du projet de loi C-7, déposé le 5 octobre dernier à la Chambre des communes.

Depuis 2010, notre réseau citoyen suit attentivement l'évolution des soins de fin de vie au Québec et au Canada. Nous avons été fondés dans la foulée de la publication d'un document du Collège des médecins du Québec en 2009 prônant « qu'en certaines circonstances et en toute fin de vie, ou dans le cas de maladies débilitantes qui se prolongent, l'euthanasie collégialement décidée avec le malade ou sa famille pourrait être une façon appropriée de soulager des malades, et être considérée comme un soin approprié. » Depuis la Commission spéciale de l'Assemblée nationale sur la question du droit de mourir dans la dignité et la *Loi sur les soins de fin de vie* du Québec (aussi appelée Loi 52 du numéro de son projet de loi), entrée en vigueur le 10 décembre 2015, et la loi fédérale modifiant le *Code criminel* (aussi appelée C-14 pour les mêmes raisons), entrée en vigueur le 17 juin 2016, ce geste est maintenant communément appelé « aide médicale à mourir » (AMM). Or, depuis ce temps, l'accès à l'AMM s'élargit d'année en année, soit par un assouplissement de l'interprétation des mesures de sauvegarde ou par les décisions des tribunaux comme celle rendue par la Cour supérieure du Québec le 11 septembre 2019, communément appelée décision Gladu-Truchon.

Comme notre mission vise à « promouvoir la protection de la vie, la dignité inhérente et l'accompagnement des personnes rendues vulnérables par la maladie, la vieillesse ou le handicap, en toute circonstance et à toutes les étapes de leur vie », nous avons pris la parole à chaque moment charnière de son expansion.

La prochaine étape que les parlementaires canadiens s'apprêtent à franchir avec le projet de loi C-7 nous semble particulièrement préoccupante. En refusant de faire appel de la décision Gladu-Truchon, nous comprenons que le gouvernement fédéral se doit maintenant de retirer le critère de « mort raisonnablement prévisible » de C-14 qui limitait l'accès à l'AMM uniquement aux personnes en fin de vie.

Devant ce nouvel élargissement à l'horizon, il nous paraît essentiel de prendre de nouveau la parole, au nom de nos plus de 5 000 alliés qui ont signé notre manifeste (www.vivredignite.org/a-propos/declaration/) au fil des ans.

Prendre soin des personnes vulnérables

Au cours des derniers mois, nous avons agi collectivement avec grande prudence afin de protéger les personnes les plus vulnérables en cette période de pandémie. Devant la détresse de personnes en fin de vie, malades ou vivant avec un handicap grave et incurable, nous devrions invoquer ce même principe de prudence avant de faciliter davantage l'accès à l'aide médicale à mourir comme le propose le projet de loi C-7.

Nous sommes interpellés par la forte réaction de groupes de défense des personnes vivant avec un handicap qui dénoncent avec vigueur la présente mouture de C-7, ouvrant l'aide médicale à mourir aux personnes qui ne sont pas en fin de vie. Nous constatons comme eux que C-7 va beaucoup plus loin que ce qui est nécessaire pour donner effet à la décision Gladu-Truchon.

Alors que plusieurs des témoins invités par le Comité permanent de la justice et des droits de la personne en appellent à retirer davantage de mesures de sauvegarde, nous partageons le point de vue de ceux et celles qui questionnent le bien-fondé des modifications ou des retraits des mesures de sauvegarde déjà présentes dans la loi actuelle C-14.

Dans ce mémoire, nous explorerons l'importance de ces mesures de sauvegarde pour les gens en fin de vie et pour ceux et celles qui ne le sont pas.

Mesures de sauvegarde pour les personnes en fin de vie

Commençons par examiner les mesures de sauvegarde dont on propose l'abolition ou la modification pour les personnes qui sont en fin de vie ou comme on le dit dans C-14 et C-7, celles dont « la mort naturelle est raisonnablement prévisible ».

La modification ou l'abolition de ces mesures pour les personnes qui sont en fin de vie sont une initiative du gouvernement fédéral qui n'était pas nécessaire, rappelons-le, pour se conformer à la décision Gladu-Truchon.

Et il nous apparaît dangereux et précipité de le faire en ce moment sans qu'un débat plus large ait lieu dans le cadre de l'examen des dispositions de la loi actuelle qui doit avoir lieu au début de 2021 comme le mandate l'article 10 de

C-14. Il n'y a pas d'urgence à agir ainsi sans un examen approfondi de l'effet des dispositions actuelles sur notre société depuis 2016.

Actuellement, la demande écrite d'aide médicale à mourir doit être signée par la personne qui le demande devant deux témoins indépendants. Ceci avait été jugé nécessaire pour éviter que des pressions indues soient exercées sur la personne. Nous déplorons que C-7 n'exige plus qu'un seul témoin, ce qui laisse place à toutes sortes de pressions plus ou moins subtiles de la part du personnel soignant ou même de la famille du patient.

Dans la loi fédérale actuelle, on exige un délai de 10 jours entre la demande d'aide médicale à mourir et l'accomplissement de cet acte; un délai bien court mais jugé nécessaire pour permettre au patient un temps de réflexion avant ce geste irréversible. Or, en vertu de la loi actuelle, même ce délai si court peut encore être abrégé si le médecin ou l'infirmier juge que la mort de la personne ou sa perte de capacité à consentir est imminente.

C-7 propose de supprimer cette période de réflexion de 10 jours de sorte qu'il serait possible de demander et d'obtenir l'aide médicale à mourir le même jour. À l'examen des échanges de votre comité parlementaire, nous comprenons que ce constat ne fait pas l'unanimité, mais force est de constater que cette possibilité demeure avec le présent libellé de C-7.

La question du consentement ultime nous apparaît aussi très importante. Le *Code criminel* exige qu'immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, il faut donner au patient la possibilité de retirer sa demande et il faut s'assurer qu'il consent expressément à recevoir l'aide médicale à mourir. Et pour cela, la personne doit avoir toutes ses capacités et être consciente.

Sous prétexte que des personnes ne peuvent actuellement recevoir l'aide médicale à mourir parce qu'elles ont perdu la capacité d'y consentir au moment où le médecin va poser le geste, on propose maintenant dans C-7 de permettre de ne pas respecter cette exigence. On procéderait néanmoins à l'aide médicale à mourir si, avant que la personne ne perde sa capacité d'y consentir, elle avait conclu avec le médecin ou l'infirmier une entente écrite autorisant l'administration d'une substance causant la mort à une date déterminée, elle avait été informée du risque de perte de capacité avant cette date et elle avait consenti néanmoins, en cas de perte de capacité, à recevoir l'aide médicale à mourir à la date prévue ou même avant.

Cet assouplissement est hautement dangereux.

Bien sûr, si, au moment de l'injection, la personne manifeste son refus ou une résistance à l'aide médicale à mourir par des paroles, des gestes ou des sons, on ne peut la lui administrer.

Mais C-7 va encore plus loin. On y indique même que des paroles, des sons ou des gestes involontaires en réponse à un contact « ne constituent pas une manifestation de refus ou de résistance ».

Or, en pratique, comme l'ont avoué ouvertement les deux médecins qui pratiquent le plus grand nombre d'aides médicales à mourir au Québec, lors d'une séance publique convoquée par la ministre de la santé McCann à Montréal à laquelle nous assistions le 27 janvier 2020, cela ne pose aucun problème en pratique puisque si le patient est agité on lui donne un sédatif et, une fois qu'il cesse d'être agité, on procède aux injections létales.

C-7 prévoit même que si une personne, qu'elle soit en fin de vie ou non, a perdu sa capacité après s'être administrée elle-même la substance fournie par le médecin ou l'infirmier pour causer sa mort, mais que sa mort ne soit pas survenue, alors le médecin ou l'infirmier peut quand même lui administrer l'aide médicale à mourir si elle avait conclu au préalable une entente écrite à cet effet. Autrement dit, on permet au médecin ou à l'infirmier de « finir le travail » en cas de suicide raté.

Voilà autant de modifications ou de retraits des mesures de sauvegarde prévues dans C-14 pour les gens en fin de vie que le Parlement fédéral avait pourtant jugées essentielles il y a moins de cinq ans pour prévenir les abus et ces modifications ou retraits ne sont pas nécessaires pour donner effet à la décision Gladu-Truchon.

L'aide médicale à mourir pour les personnes qui ne sont pas en fin de vie

La mesure la plus importante de ce projet de loi demeure l'introduction par C-7 de l'aide médicale à mourir pour les personnes qui ne sont pas en fin de vie.

Il peut s'agir de personnes malades, de celles qui vivent avec un ou plusieurs handicaps ou de celles qui sont atteintes d'une affection, par exemple suite à un accident d'automobile ou de travail ou même d'une tentative de suicide. Bien sûr, il faut que leur situation médicale soit grave, incurable et caractérisée par un déclin avancé et irréversible de leurs capacités et que cela leur cause des douleurs physiques ou psychologiques persistantes, intolérables et qui ne peuvent être

apaisées dans des conditions que la personne elle-même juge acceptables. Mais ces personnes ne sont pas en fin de vie.

C-7 a prévu des mesures de sauvegarde pour prévenir les abus. La personne doit remplir tous les critères. Sa demande doit avoir été soumise après qu'elle ait été avisée qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables. Or, on ne semble pas tenir compte que la personne qui reçoit ce genre de nouvelle est en état de choc et qu'il lui est difficile de donner un consentement libre et éclairé pour consentir à recevoir l'aide médicale à mourir.

On doit l'avoir informée qu'elle peut retirer sa demande en tout temps.

Le respect des critères doit avoir été confirmé par deux médecins indépendants dont un expert en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances de la personne.

On doit s'assurer que la personne a été informée des moyens **disponibles** pour soulager ses souffrances. On doit aussi s'assurer que le médecin ou infirmier qui pratiquera l'aide médicale à mourir ont discuté avec la personne des moyens **raisonnables et disponibles** pour soulager ses souffrances et qu'ils s'accordent avec elle sur le fait qu'elle les a sérieusement envisagés.

Ces « mesures de sauvegarde supplémentaires » promises pour les personnes dont la fin de vie n'est pas imminente nous paraissent bien faibles. Alors qu'au Pays-Bas un médecin doit confirmer qu'il n'y a aucun autre moyen potentiel pour soulager la souffrance avant d'euthanasier un patient, le projet de loi C-7 spécifie seulement que le médecin ou l'infirmier qui pratiquera l'aide médicale à mourir doit « s'assurer que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment, lorsque cela est indiqué, les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs et qu'il lui a été offert de consulter les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins» et « qu'ils s'accordent avec elle sur le fait qu'elle les a sérieusement envisagés ». Il n'y a pas d'obligation pour le patient d'essayer d'autres options; en fait, il n'y a même pas d'obligation de rendre ces moyens accessibles. Or, cette mesure de sauvegarde atténuée met à risque de nombreuses personnes vulnérables et, en particulier, celles souffrant d'un handicap alors que les mesures de soins et de soutien pour elles sont tellement déficientes. Le cri de ces personnes et de tous les groupes qui les défendent a été

ignoré dans C-14, dans la décision Gladu-Truchon et on manifeste encore plus d'incompréhension à l'égard de leur situation dans C-7.

C-7 propose aussi une période d'au moins 90 jours entre la première évaluation et le jour où l'aide médicale à mourir est pratiquée. Mais ici encore, comme dans le cas de la personne en fin de vie, cette période peut également être abrégée si la perte de capacité à consentir est imminente.

Pensons, bien sûr, aux personnes nouvellement atteintes de Parkinson, pensons aux personnes nouvellement handicapées à la suite d'un accident et qui n'ont pas assez d'une période de 90 jours pour s'adapter à leur nouvelle condition, voilà autant de personnes vulnérables que C-7 met à risque. Il est bien connu que cela prend des années avant que le taux de suicide des personnes qui se retrouvent soudainement dans cette situation ne retombe au niveau de celui de la population en général. Croyons-nous vraiment qu'un délai de trois mois s'avère suffisant pour traverser une période émotionnellement si difficile?

Conclusion et recommandations

D'autres témoins l'ont souligné avant nous, mais nous croyons pertinent de rappeler les propos de la rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées. Dans ses observations préliminaires du 12 avril 2019, elle avait noté que notre gouvernement fédéral était « toujours en retard dans la mise en œuvre de ses obligations en vertu de la Convention relative aux droits des personnes handicapées ». Et, dans son rapport final publié après la décision Gladu-Truchon, elle soulevait le fait que ce jugement « pourrait exercer une pression additionnelle sur les personnes handicapées qui sont en situation de vulnérabilité en raison de soutien communautaire insuffisant. »

Elle ajoutait même ceci : « Comme de nombreuses personnes handicapées l'ont dit lors de la visite, on leur propose le « choix » entre une maison de soins et l'aide médicale à mourir. »

Dans ce contexte, il nous paraît essentiel d'agir avec beaucoup plus de sagesse et de prudence en ce qui concerne les mesures de sauvegarde encadrant l'aide médicale à mourir dans le contexte de la décision Gladu-Truchon.

De fait, nous comprenons mal comment le Parlement fédéral pourrait à la fois adopter les mesures proposées qui feraient du Canada le pays le plus permissif au monde en ce domaine, tout en représentant dans le Préambule de C-7, comme on l'a fait dans le Préambule de C-14, que « le Parlement affirme la valeur inhérente de chaque vie humaine », « qu'il reconnaît (...) l'enjeu important de santé publique que constitue le suicide », etc.

Limiter l'accès de l'AMM aux personnes qui ne sont pas en fin de vie

Les 90 jours d'attente ne nous paraissent pas suffisants pour éviter que des personnes vulnérables choisissent la mort dans ces délais restreints, particulièrement dans le cas où l'on se découvre atteint d'une maladie incurable ou d'un handicap, par exemple suite à un accident. Nous craignons que plusieurs des personnes qui opteront pour l'aide à mourir le feront en raison de notre incapacité à les accompagner adéquatement dans leur détresse. Durant une période prolongée, le patient devrait être informé des soins qui pourraient lui être offerts pour soulager sa souffrance. Il faudrait évidemment rendre ces soins vraiment accessibles.

La porte que nous nous apprêtons à ouvrir touchera une partie importante de la population, dont tous ceux et celles atteints d'une maladie chronique (poumons, cœur, reins, diabète, conditions neurologiques, arthrose). Pour les soigner efficacement et dignement, des ressources importantes devraient être mobilisées bien avant de penser leur offrir une mort provoquée.

Même si nous nous réjouissons du fait que la maladie mentale seule ne serait pas un critère suffisant pour accéder à l'aide médicale à mourir, nous avons que plusieurs personnes souffrent à la fois de troubles physiques et psychiques. Dans ces cas plus fréquents que l'on peut l'imaginer, il sera très difficile de discerner si la souffrance invoquée touche plus le corps que l'esprit. Nous croyons que le projet de loi devrait être plus prudent en ce qui a trait à cette ouverture aux personnes atteintes de maladies mentales pour s'assurer que cette condition ne soit jamais leur raison d'opter pour l'aide médicale à mourir.

Rien n'oblige le gouvernement à modifier les mesures de sauvegarde pour les personnes en fin de vie

Pour ce qui est du volet du projet de loi C-7 qui aborde la question de l'aide médicale à mourir pour les personnes en fin de vie, notre recommandation est simple : ne pas modifier les mesures de sauvegarde minimales déjà en place.

En retirant le délai de 10 jours entre la demande et l'exécution de l'aide médicale à mourir et le consentement final avant l'injection létale, nous nous apprêtons à commettre une grave erreur. Sachant que, selon les divers rapports officiels, les mesures de sauvegarde actuellement en vigueur ne sont pas toujours respectées (sans qu'aucune mesure disciplinaire ne soit prise contre les médecins contrevenants), ces retraits nous semblent en effet très imprudents.

Nous saisissons les raisons invoquées pour respecter l'autonomie des personnes, mais ce geste létal est sans retour. Bien des événements, thérapeutiques, relationnels ou autres, peuvent survenir durant cette courte période. Peu importe le nombre de patients qui pourrait changer d'avis au cours des 10 jours ou lors du consentement final, nous devons préserver cette possibilité, pour eux et leurs proches.

Finalement, devant certaines décisions des tribunaux qui ont mis à mal l'objection de conscience du personnel soignant, il serait souhaitable que les dispositions actuelles prévues au paragraphe 241.2 (9) de C-14 soient renforcées pour clairement stipuler que rien dans cette loi ne peut forcer quiconque à référer une personne qui demande l'aide médicale à mourir à un collègue qui pratique ce geste.

* * *

À certains moments de notre vie, nous pouvons éprouver une vulnérabilité extrême. Elle change notre façon de voir notre présent et notre futur. Nous devons mettre de l'avant des conditions gagnantes pour permettre de redonner à ceux et celles qui l'ont perdu, souvent temporairement, un sens à la vie. Rappelons-le, les restrictions à notre qualité de vie physique n'impliquent pas forcément une diminution de notre qualité de vie totale, personnelle, intérieure et relationnelle.

Ce projet législatif, comme ceux qui ont pavé la voie à l'euthanasie au pays, donne la fausse impression que la dignité d'une personne repose essentiellement sur son autonomie. En administrant l'aide médicale à mourir à la personne qui en fait la demande, on respecterait soi-disant sa dignité (dignité qui est pourtant inhérente à chaque personne, sans égard à son autonomie). Dans un tel discours, on sous-entend que pour mourir dignement on doit forcément mourir plus tôt, d'une mort administrée, choisie et surtout devancée. Quelle tristesse.

L'obligation de répondre à la décision Gladu-Truchon d'ici le 18 décembre prochain ne devrait pas empêcher nos élus fédéraux d'amender significativement le projet de loi C-7, pour le bien des plus vulnérables mais aussi pour notre bien collectif, et de reporter à la période du réexamen de la loi tous les aspects qui ne sont pas nécessaires pour donner suite à cette décision.



VIVRE DANS LA DIGNITÉ