

COLLECTIF DES MÉDECINS CONTRE L'EUTHANASIE

Mémoire présenté au Comité permanent de la justice
Collectif des médecins contre l'euthanasie

Le 29 avril 2016

Le **Collectif des médecins contre l'euthanasie** est un groupe de médecins qui considèrent que toute loi autorisant les médecins à mettre intentionnellement fin à la vie de leurs patients est contraire aux objectifs de la médecine et au bien de leurs patients, en particulier des plus vulnérables et de ceux qui ne peuvent s'exprimer. Fondé au Québec en 2012, le Collectif regroupe maintenant plus de 750 médecins canadiens, tous signataires de notre **Manifeste**¹, et est appuyé par plus de 14 000 citoyens.

Nous sommes bien sûr conscients que le projet de loi C-14 légalisera « l'aide médicale à mourir » sous une forme ou une autre, comme c'est déjà le cas au Québec. Nous demeurons tout à fait contre cette pratique, mais nous présentons nos propositions d'amendements au projet de loi dans un souci de protéger les patients, les milieux de soins de santé et l'intégrité de notre profession.

Nous constatons que le projet de loi C-14 désigne l'euthanasie et le suicide assisté comme des exemptions aux dispositions du *Code criminel* qui les interdisent, et **non comme des actes médicaux ou des soins de santé**, comme la loi québécoise vise à le faire. Le gouvernement du Québec a pris une mesure radicale en redéfinissant la médecine pour y inclure l'homicide. Aucun gouvernement ou tribunal n'a l'autorité voulue pour redéfinir une profession aussi ancienne et universelle que la médecine. Même dans les pays où la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté sont permises, elles sont considérées comme des exemptions à la responsabilité pénale, et non comme des soins de santé. **Soulignons que la communauté médicale internationale s'oppose toujours à ces pratiques**².

Les pratiques provoquant la mort ne sauraient non plus être considérées comme des droits garantis par la Charte. La Cour suprême du Canada a conclu que les interdictions prévues au *Code criminel* portaient atteinte à certains droits, pour certaines personnes et dans certaines circonstances, mais elle n'a en aucune façon créé un nouveau droit garanti par la *Charte*. **Une telle exemption ne saurait obliger l'État, le système de santé ou un médecin à mettre fin à la vie d'une personne.**

Puisque la maladie mentale entraîne la majorité des cas où des gens manifestent le désir de mourir, la prévention du suicide par le traitement de ce type de maladie et le traitement de l'automutilation chez les personnes suicidaires font partie de la pratique quotidienne de nombreux médecins. La maladie mentale peut coexister, et c'est souvent le cas, avec des problèmes de santé justifiant le recours à l'euthanasie ou au suicide assisté selon l'arrêt *Carter* et le projet de loi C-14. Nous devons donc faire preuve d'une extrême prudence à cet égard.

Les facteurs entraînant le désir de mourir qui ne découlent pas d'une maladie mentale peuvent souvent être allégés par les professionnels de la santé et des services sociaux. Ils peuvent inclure le désespoir, la solitude, la peur, le deuil, la honte, l'absence d'accès à des services de soutien, l'insuffisance d'options de soins palliatifs, la pauvreté, le chômage, la violence et les abus³.

¹ [Http://collectifmedecins.org/le-manifeste/](http://collectifmedecins.org/le-manifeste/).

² « L'euthanasie, c'est-à-dire mettre fin à la vie d'un patient par un acte délibéré, même à sa demande ou à celle de ses proches, est contraire à l'éthique », <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/e13b/index.html>.

³ [Http://www.vps-npv.ca/lire-la-norme](http://www.vps-npv.ca/lire-la-norme).

Étant donné que l'euthanasie et le suicide assisté ne sont ni des soins de santé, ni des droits garantis par la *Charte*, et que l'on demande souvent d'y avoir recours en raison de circonstances pouvant être soulagées par une intervention appropriée, **nous ne comprenons pas les préoccupations relatives à l'accès à la mort** exprimées dans le cadre du débat entourant l'arrêt *Carter* et la loi imminente.

Au Canada, les aînés, les malades chroniques et en phase terminale n'ont pas besoin d'avoir accès à la mort, ils ont besoin d'avoir accès à des soins : traitements médicaux, soins à domicile, soins dispensés par les membres de la famille ou soins en établissement. Essayez de vous présenter à l'urgence et d'être vu par un médecin avant d'être exténué et déshydraté. Essayez de trouver un médecin de famille. Les soins de longue durée sont cruellement sous-financés. Pourquoi ne pas réellement axer nos efforts sur l'élaboration d'un programme national de soins palliatifs? Sur l'accroissement de l'offre de soins à domicile? Sur l'aide aux familles qui prennent soin de proches malades et vieillissants? Sur des soins en établissement innovateurs?

Accepter la mort comme une solution à la souffrance, c'est **déclarer forfait** devant la lourde tâche de prendre soin de tous les Canadiens. Dans une lettre publiée récemment dans la revue *Canadian Family Physician*⁴, un médecin vivant avec la sclérose latérale amyotrophique (la maladie dont souffrait Gloria Taylor, aussi appelée la SLA) explique qu'il peut choisir la vie parce qu'il dispose des ressources financières nécessaires et qu'il est entouré d'une famille aimante. Il est toutefois favorable à ce que ceux qui n'ont pas cette chance puissent choisir d'avoir recours à l'aide médicale à mourir. Est-ce bien le choix que nous voulons offrir aux Canadiens : **la vie pour ceux qui sont riches et bien entourés, la mort pour ceux qui sont pauvres et seuls?**

Faciliter l'accès à la mort, tout en demeurant incapable d'offrir les soins dont nos citoyens ont besoin, ce serait irresponsable, c'est le moins qu'on puisse dire, et indigne d'un pays progressif et prospère comme le nôtre. Nous sommes heureux que le gouvernement se soit engagé à élaborer *des mesures non législatives visant à soutenir l'amélioration d'une gamme complète d'options de soins de fin de vie* (préambule). Il faudra mettre ces mesures en place à toute allure si nous voulons que le choix de vivre soit aussi disponible que le choix de mourir le sera bientôt.

Si vous voulez faire preuve d'un véritable engagement envers la vie pour les Canadiens, vous devez veiller à ce que ce projet de loi contienne des protections pour les patients susceptibles d'être contraints à choisir la mort pour l'une des raisons susmentionnées. Limitez l'accès à « l'aide médicale à mourir » aux personnes atteintes d'une maladie, et non d'une affection ou d'un handicap. Limitez cet accès à ceux qui en sont **aux derniers stades d'une maladie en phase terminale**. Supprimez les protections visant ceux qui n'ont fait que **penser** que le patient est admissible à l'aide à mourir; elles protègent ceux qui causent la mort des patients (professionnels de la santé ou membres de la famille) et mettent les patients en danger. Exigez l'autorisation préalable d'un tribunal, sans quoi aucune des soi-disant mesures de sauvegarde n'aura d'effet, car les patients peuvent se mettre en quête de médecins jusqu'à ce qu'ils en trouvent deux qui sont prêts à accéder à leur demande, et c'est exactement ce qu'ils feront.

S'il est vrai que certains médecins et établissements de soins de santé canadiens sont disposés à mettre fin à la vie de patients, il n'en demeure pas moins que la plupart ne le sont pas⁵, non pas pour des considérations égoïstes, comme certains l'ont laissé entendre, mais bien par souci des patients. **Rien ne justifie que l'on oblige la médecine, un médecin ou un établissement particulier à appliquer cette décision politique**, qui n'a rien à voir avec notre profession. Des tentatives en ce sens sont déjà observables, au Québec⁶ et en Ontario⁷.

⁴ <http://www.cfp.ca/content/62/2/e56>.

⁵ <http://www.physiciansforlife.org/many-canadian-doctors-will-not-provide-assisted-dying-assisted-suicide/> [EN ANGLAIS].

⁶ Loi concernant les soins de fin de vie, art. 31 :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_32_0001%2FS32_0001.htm.

Le Québec fait figure de pionnier des soins palliatifs en Amérique du Nord. Or, depuis la légalisation de l'euthanasie dans cette province il y a quatre mois, une excellente médecin en soins palliatifs a comparé son quotidien à la « vie en zone de guerre ». Un autre a pris sa retraite plus tôt que prévu, le jour où la loi est entrée en vigueur. Des médecins et infirmiers hautement qualifiés, qui ont passé des années et des décennies à traiter des patients mourants, souffrent d'épuisement professionnel, prennent des congés de maladie et songent à quitter la profession en raison des confrontations à propos d'un supposé « droit » d'être tué⁸. Des établissements sont menacés de perdre leur financement s'ils insistent pour traiter les patients au lieu de mettre fin à leurs jours⁹. Des patients refusent d'être traités pour leurs symptômes par crainte de recevoir « l'injection » sans en avoir fait la demande¹⁰.

Voici, en résumé, nos recommandations pour rendre le projet de loi C-14 plus sûr pour les patients, pour les milieux de soins de santé (lieux sûrs pour les patients) et pour l'intégrité de notre profession :

1. maintenir la désignation de l'euthanasie et du suicide assisté comme des exemptions au *Code criminel*, et non comme des soins de santé;
2. maintenir l'interdiction de l'euthanasie ou du suicide assisté dans le cas des demandes faites par des mineurs, par des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique et des demandes anticipées (préambule); limiter l'accès à l'euthanasie ou au suicide assisté aux personnes atteintes d'une maladie, et non d'une affection ou d'un handicap (se référer à l'alinéa 241.2(2)a));
3. remplacer le terme « raisonnablement prévisible » applicable à la mort (se référer à l'alinéa 241.2(2) d)) par « mort imminente »;
4. supprimer les dispositions reposant sur la « bonne foi » dans les paragraphes 227(3) et 241(6);
5. exiger que le patient demande de mourir fasse l'objet d'un examen attentif des causes de ses souffrances, ainsi que des incitatifs qui pourraient résulter de de circonstances et de difficultés non médicales¹¹, et que des mesures soient prises pour traiter ces sources de souffrance avant l'acceptation d'une demande;
6. exiger l'autorisation d'un juge de la Cour supérieure qui, après l'examen des preuves (se référer au n° 5), sera en mesure de conclure si le patient répond ou non aux critères pour recevoir une « aide à mourir »;
7. inclure dans la loi l'interdiction d'obliger un professionnel de la santé à causer la mort d'un patient, ou à aiguiller un patient à un autre médecin pour l'aider à mourir, même par l'entremise d'un tiers, et l'interdiction d'obliger tout établissement de soins de santé à euthanasier des patients sous leurs soins, ou à les aider à se suicider.

Pour le Collectif des médecins contre l'euthanasie,

D^{re} Catherine Ferrier, présidente
D^r Nicholas Newman, vice-président

<http://collectifmedecins.org/>
president@collectifmedecins.org

Tél. : 438-938-9410

⁷ Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario : <http://www.cpso.on.ca/policies-publications/policy/professional-obligations-and-human-rights> [EN ANGLAIS].

⁸ <http://collectifmedecins.org/en/assisted-death-in-5-minutes/> [EN ANGLAIS].

⁹ <http://www.ledevoir.com/non-classe/449169/aide-medicaale-a-mourir-me-menard-appelle-barrette-a-briser-la-resistance-des-maisons-de-soins-palliatifs>.

¹⁰ <http://www.cpac.ca/fr/programmes/a-la-une/episodes/47423720/>.

¹¹ <http://www.vps-npv.ca/lire-la-norme>.