

— |

DROIT
DE MOURIR
DANS LA
DIGNITÉ

État des lieux
au Canada

— |

DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

État des lieux
au Canada

**ASSOCIATION
POUR LE DROIT
DE MOURIR DANS
LA DIGNITÉ.**

|

— **SOMMAIRE**

Préface par Jonathan Denis, président de l'ADMD	4
Canada : le biculturalisme à la base du système politique et juridique	7
Vers l'aide médicale à mourir, du Québec au Canada tout entier	11
Réponses aux questions (relativement) intelligentes.....	25
Réponses à quelques fantasmes	33
À propos du Dr Georges L'Espérance, neurochirurgien	43
À propos de l'Association Québécoise pour le Droit de Mourir dans la Dignité (AQDMD)	45

PRÉFACE

par Jonathan Denis, président de l'ADMD

Canada : terre fraternelle de liberté dans l'accompagnement en fin de vie.

Canada : pays honni par les opposants à l'aide active à mourir en France.

Alors que nous avons suivi avec émotion, il y a quelques mois, Odette, Canadienne de soixante-quatre ans atteinte d'un cancer incurable et souffrant de douleurs insupportables qui s'apprêtait à bénéficier d'une euthanasie dans son pays, les opposants français à une nouvelle loi sur l'accompagnement en fin de vie crient au scandale et se répandent de tous leurs fantasmes sur nos amis d'Amérique du Nord.

Les mensonges et les *fake news* sont légion, dans notre pays, sur ce qu'aurait provoqué au Canada la législation sur l'aide active à mourir.

Grâce au Dr Georges L'Espérance, neurochirurgien, président de l'Association Québécoise pour le Droit de Mourir dans la Dignité (AQDMD), l'ADMD présente ce que sont réellement la loi québécoise (juin 2014) et la loi canadienne (juin 2016) en matière de fin de vie. Elle répond aux questions légitimes que des observateurs curieux peuvent se poser ; elle démonte

les fantasmes de ceux à qui l'outrance ne fait décidemment pas peur.

C'est avec fierté que je présente ce travail de fond qui explique avec pédagogie et vérité ce qu'est réellement l'accompagnement en fin de vie au Canada. Un accompagnement s'inscrivant dans les valeurs défendues dans notre devise républicaine.

Merci au docteur L'Espérance ainsi qu'à tous les soignants et bénévoles du Canada qui, sans juger, tiennent la main de l'autre jusqu'au bout et ne l'abandonnent jamais.

Jonathan Denis

—

|

CANADA :

LE BICULTURALISME À LA BASE DU SYSTÈME POLITIQUE ET JURIDIQUE

Le système judiciaire canadien peut sembler complexe aux Français. Pour le comprendre – et donc saisir exactement la manière dont a été votée l'aide médicale à mourir, comment elle fonctionne et comment elle est encadrée – il faut (très rapidement) remonter aux guerres intercoloniales entre la France et la Grande-Bretagne au XVIII^e siècle.

Au XVIII^e siècle, la France et la Grande-Bretagne s'opposent en Amérique du Nord, en particulier dans ce qui va devenir le Québec. Même si le territoire de la « Nouvelle-France » devient britannique en 1763, les Français résidant dans la province de Québec y obtiennent rapidement certains droits et privilèges spécifiques, comme le rétablissement des lois civiles françaises, qui régissent les relations entre les individus. Le droit criminel et pénal britannique est toutefois graduellement imposé.

Depuis, le droit privé canadien est de tradition française, le droit public est influencé par la tradition britannique. C'est donc un droit mixte.

Le Canada reste, à ce jour, un État biculturel : le français et l'anglais sont d'ailleurs langues officielles à égalité. Le

Québec est la seule province à être très majoritairement francophone (un peu moins de 80 % des Québécois sont de langue maternelle française) et dont la seule langue officielle est le français, alors que le Nouveau-Brunswick est la seule province légalement bilingue. Les huit autres provinces sont majoritairement anglophones, mais chacune d'entre elles est habitée par des communautés francophones de tailles variées.

Fonctionnement du fédéralisme

Là encore, l'organisation législative peut sembler exotique à un Français habitué à la tradition jacobine. Au Canada, la Constitution garantit un partage des compétences législatives entre le Parlement fédéral et les législatures provinciales. Chacun possède l'autorité suprême sur ses compétences respectives, sans que les limites soient toujours bien claires : la Cour suprême doit régulièrement intervenir pour faire respecter ce partage des juridictions.

Contrairement aux régions françaises – qui luttent pour la décentralisation – les provinces canadiennes, elles, possèdent significativement plus de pouvoirs que le gouvernement fédéral, à tel point que l'impact de certaines compétences fédérales peut très sensiblement varier d'une province à l'autre en fonction des politiques qui y sont menées.

Parlements provinciaux

Chaque province est un État à part entière, avec un régime également parlementaire.

Tribunaux

Le système judiciaire du Canada est défini dans la Loi constitutionnelle de 1867. Il comporte quatre niveaux de juridiction : les tribunaux inférieurs (cours provinciales et

territoriales), les cours supérieures et la Cour fédérale, les cours d'appel et, enfin, la Cour suprême du Canada.

La Cour suprême du Canada, constituée en 1875, est la plus haute instance judiciaire du pays, et en l'occurrence, la cour de dernier ressort. « Elle a (...) compétence sur des litiges relevant de tous les domaines du droit », chapeautant les cours fédérales (qui ont la compétence criminelle, entre autres), et les cours et cours d'appel provinciales (qui ont la compétence civile).

Son rôle dans l'adoption de l'aide médicale à mourir a été capital.

Droit constitutionnel

Le bijuridisme est, on l'a vu, un trait particulier du droit canadien. En effet, la *common law* est l'unique loi civile au Canada – comme dans la plupart des pays anglophones – sauf au Québec où la préséance est donnée exclusivement au code civil du Québec.

Cependant, seuls les principes de la *common law* régissent la Constitution, qui est le fondement légal du droit au Canada.

Droit civil mixte

Contrairement au reste du Canada, le Québec est unique en ce sens où toute loi civile est écrite (code civil du Québec). L'autorité ultime appartient à l'Assemblée nationale du Québec, dans les limites de ses compétences législatives, qu'elle partage avec le Parlement fédéral.

Le Québec est responsable des affaires sociales, des questions locales (organisation des transports en commun, par exemple), l'éducation, la santé, la célébration des mariages, la gestion des forêts et des prisons provinciales (moins de deux ans d'emprisonnement) ...

Pour les lois fédérales, seuls les principes de la *common law* s'appliquent. Toutes les lois de l'Assemblée nationale du Québec ont préséance aussi longtemps qu'elles suivent les règles constitutionnelles et qu'elles ne sont pas modifiées par les législateurs.

Droit criminel et autres lois fédérales

Les lois criminelles sont uniquement de juridiction fédérale, et sont par conséquent uniformes dans tout le Canada. Celles-ci sont entièrement codifiées dans le Code criminel du Canada. Seuls les principes de la *common law* s'appliquent au droit criminel ainsi qu'aux autres lois fédérales partout au Canada, même au Québec.

Seules les normes culturelles du Canada définissent si un comportement est criminel. Cette désignation s'effectue principalement sur la base de l'affectation du bien-être collectif de la société.

Pour que le Parlement puisse effectuer une modification du Code criminel du Canada, la mentalité des citoyens doit être conforme aux modifications effectuées. Un changement de mentalité au sein de la population est donc impératif pour que le Parlement puisse effectuer un amendement quelconque en toute légitimité. Cependant, la mentalité populaire n'a force de loi que si le code criminel a préalablement été modifié en conséquence par les législateurs.

L'influence médiatique, la pression et la propagande sont donc des moyens utilisés partout au Canada au sein de la population sur des sujets tels que l'avortement, l'euthanasie, la prostitution et la peine de mort.

VERS L'AIDE MÉDICALE À MOURIR, DU QUÉBEC AU CANADA TOUT ENTIER

1990-2010, vingt ans d'évolution des mentalités

En 1991, Nancy B., une jeune femme d'une vingtaine d'années atteinte de la maladie de Guillain-Barré, paralysée depuis deux ans, obtient de la Cour supérieure du Québec le droit de demander à son médecin de débrancher le respirateur qui la maintenait en vie.

En 1993, Sue Rodriguez, une femme de quarante-deux ans atteinte de la maladie de Charcot, va jusqu'à la Cour suprême pour faire reconnaître l'aide médicale au suicide. En vain, demande refusée par cinq voix contre quatre.

En 2009, le collège des médecins du Québec publie un rapport, favorable à l'aide médicale à mourir, qui évoque un changement de mentalité significatif sur ce sujet au sein de la population – que ce soit la population médicale ou le grand public. Or, au Canada, pour modifier le code

criminel, cette modification de l'état d'esprit général est impérative.

Quelques extraits :

« La mort naturelle n'est plus maintenant une référence aussi fiable. Avec les progrès de la médecine, le moment de la mort est de plus en plus l'objet d'une décision. Face à la mort, nous pouvons et nous devons maintenant faire des choix. Il faut donc trouver d'autres façons cohérentes de comprendre ces choix et de les encadrer.

Dans nos sociétés, la qualité de la vie est de plus en plus importante et de plus en plus associée à la conscience et à la vie relationnelle.

En fait, l'éthique médicale fournit depuis longtemps l'un des deux arguments les plus importants pour s'opposer à l'euthanasie volontaire, l'autre étant l'argument de la pente glissante. L'argument de la pente glissante veut que l'euthanasie volontaire ouvre la porte à des jugements de plus en plus sévères sur la qualité de vie de certaines personnes considérées inaptes et sur la nécessité de les soutenir socialement. Dans les faits, il semble que cet argument ne soit pas très probant.

Quant à l'argument de l'éthique médicale, il consiste à dire que l'intention de tuer serait absolument contraire à l'éthique des médecins. Cependant, cette affirmation est de plus en plus contestée. Plusieurs soutiennent que le serment d'Hippocrate est une référence dont il faut conserver l'esprit plutôt que la lettre. Pour eux, l'éthique médicale est une éthique du soin plutôt qu'une éthique de la vie, comme on a longtemps pensé. Selon cette éthique du soin, les médecins auraient la responsabilité d'accompagner leurs patients jusqu'au bout.

Une nouvelle sensibilité est clairement perceptible aussi bien chez les médecins que dans la population, voulant

qu'il existe des situations exceptionnelles où l'euthanasie pourrait être considérée, par les patients ou leurs proches et par les médecins et les autres soignants, comme une étape ultime, nécessaire pour assurer jusqu'à la fin des soins palliatifs de qualité.

Même si l'on doit faire toutes les distinctions qui s'imposent (entre l'arrêt de traitement, le soulagement de la douleur et l'euthanasie, entre l'euthanasie et le suicide assisté), la question de l'euthanasie doit être replacée dans le cadre des soins appropriés en fin de vie. Cette perspective permettrait de parler ouvertement de tous les choix qui s'offrent en fin de vie et de préciser les responsabilités de chacun à cet égard. Bref, si l'euthanasie doit être permise, c'est certainement à titre d'acte médical qu'elle devrait l'être. »

En 2012, l'Assemblée nationale du Québec publie un rapport transparent de la « Commission sur les soins de fin de vie - Mourir dans la dignité. »

« Nous le répétons, le paternalisme des médecins a progressivement cédé le pas à la reconnaissance de l'autonomie du patient et à son droit de décider pour lui-même, une fois bien informé, des soins qu'il reçoit et de leur intensité. »

« L'euthanasie pourrait aujourd'hui être conforme à l'esprit qui anime le code de déontologie des médecins et qu'elle pourrait constituer, dans des circonstances exceptionnelles, l'étape ultime du *continuum* de soins appropriés de fin de vie. »

« Enfin, il y a la souffrance existentielle. Celle qui vient entacher la réalité des derniers jours, quand la personne ne trouve plus de sens au temps qu'il lui reste, quand l'idée de la mort paraît inacceptable ou bien encore qu'elle tarde à venir et que les heures qui passent dans l'attente du dernier souffle paraissent insupportables. Psychologues,

psychiatres, travailleurs sociaux et bénévoles peuvent contribuer à l'apaisement de ces souffrances ; antidépresseurs et anxiolytiques peuvent parfois être d'un certain secours. Toutefois, il s'agit d'un défi d'autant plus complexe que souffrances physiques et psychologiques s'entremêlent souvent en un écheveau difficile à délier. »

Juin 2014, le Québec devient la première province à adopter l'aide médicale à mourir

Le 5 juin 2014, le Québec adopte la loi sur les soins de fin de vie, y incluant l'aide médicale à mourir.

Au Canada, chaque province est compétente en matière de santé, c'est pourquoi cette loi a pu être adoptée en toute indépendance par le Québec, alors même que le code criminel fédéral l'interdisait encore à l'époque. Cette autonomie des provinces canadiennes dans certains domaines est inscrite dans la Constitution.

La loi sur les soins de fin de vie est entrée en vigueur dix-huit mois après avoir été votée, le 20 décembre 2015.

Elle stipule que pour être éligible à l'aide médicale à mourir, il faut :

- être assuré au sens de la loi sur l'assurance maladie (pour éviter le tourisme médical),
- être majeur et apte à consentir aux soins,
- être en fin de vie (sans plus de précision),
- être atteint d'une maladie grave et incurable,
- être dans une situation médicale se caractérisant par un déclin avancé et irréversible de ses capacités,
- éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions que le malade juge tolérables.

Le patient doit, de manière libre et éclairée, formuler pour lui-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministère. Ce formulaire doit être daté et signé par le patient.

Février 2015, la Cour suprême du Canada soutient le Québec

Même si le Québec est autonome en matière de santé, le Canada aurait pu contester la loi en vertu du code criminel, qui interdit l'aide à l'homicide. Mais avant que l'État fédéral ne songe à lancer une quelconque action, la Cour suprême a rendu, début 2015, une décision qui, *de facto*, supprimait tout fondement à le faire.

Le cas était relativement simple : Lee Carter et Gloria Taylor avaient contesté l'interdiction d'aide active à mourir devant une cour de Colombie-Britannique, parce que Gloria Taylor avait été diagnostiquée de la maladie de Charcot, et que Lee Carter avait dû aller jusqu'en Suisse pour que sa mère puisse bénéficier du suicide assisté qu'elle réclamait. La juge de première instance leur avait donné raison, mais le gouvernement de Colombie-Britannique avait fait appel, et la décision prise en première instance avait été cassée. Les familles des demanderessees avaient alors porté l'affaire devant la Cour suprême du Canada ; le défendeur était le Canada (gouvernement fédéral).

En février 2015, la Cour suprême conclut à l'unanimité que l'aide médicale à mourir ne peut être interdite, en vertu du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité, selon la Charte des droits et libertés du Canada.

« Nous concluons que la prohibition de l'aide d'un médecin pour mourir à une personne (« aide médicale à mourir ») est nulle dans la mesure où elle prive de cette aide un adulte apte qui consent clairement à mettre fin à

ses jours et qui est affecté de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition. »

Les arguments de la décision sont essentiellement les suivants :

- Le droit à la vie ne se limite pas à la protection de l'existence physique

Dissident en Cour d'appel, le juge en chef Finch a retenu l'argument selon lequel le droit à la vie ne se limite pas à la protection de l'existence physique. Selon lui, cet intérêt que l'on porte à la vie est « intimement lié à la manière dont une personne apprécie ce que la vie lui a apporté. Déterminer le stade où la vie perd son sens, où ses avantages sont réduits à un point tel qu'elle ne vaut plus rien, [. . .] constitue une décision éminemment personnelle que chacun a le droit de prendre pour soi. » De même, dans ses motifs dissidents dans l'arrêt Rodriguez (décision de 1993 de la Cour suprême qui avait interdit l'aide médicale à mourir par cinq voix contre quatre), le juge Cory a reconnu que le droit à la vie comprenait celui de mourir avec dignité, parce que « la mort fait partie intégrante de la vie ».

- Le droit à la vie n'est pas une obligation de vivre

Cela dit, nous ne sommes pas d'avis que la formulation existentielle du droit à la vie exige une prohibition absolue de l'aide à mourir, ou que les personnes ne peuvent « renoncer » à leur droit à la vie. Il en résulterait une « obligation de vivre » plutôt qu'un « droit à la vie », et la légalité de tout consentement au retrait d'un traitement vital ou d'un traitement de maintien de la vie, ou du refus d'un tel traitement, serait remise en question. Le caractère

sacré de la vie est une des valeurs les plus fondamentales de notre société. L'article 7 (de la Charte du Canada, intitulé Droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, *ndlr*) émane d'un profond respect pour la valeur de la vie humaine, mais il englobe aussi la vie, la liberté et la sécurité de la personne durant le passage à la mort.

La juge de première instance a également signalé que les personnes atteintes d'une maladie grave et irrémédiable étaient « privées de la possibilité de faire un choix qui peut s'avérer très important pour leur sentiment de dignité et leur intégrité personnelle », un choix « compatible avec les valeurs qu'elles ont eues toute leur vie et qui reflète leur vécu ».

- Une personne peut exiger l'arrêt de son traitement sachant que la mort s'ensuivra ; elle peut donc exiger l'aide à mourir

La loi permet aux personnes se trouvant dans cette situation (de problèmes de santé graves et irrémédiables) de demander une sédation palliative, de refuser une alimentation et une hydratation artificielles ou de réclamer le retrait d'un équipement médical de maintien de la vie, mais leur nie le droit de demander l'aide d'un médecin pour mourir.

En d'autres termes, une personne apte, ou son délégué (personne de confiance, *ndlr*) si elle n'est plus apte, peut demander et obtenir (c'est son droit constitutionnel) l'arrêt de toute procédure médicale quelle qu'elle soit et tout en sachant fort bien que la mort s'ensuivra à très court, court ou moyen terme ; mais si cette même personne demande de l'aide médicale à mourir afin que le même résultat survienne dans des conditions humaines et en l'espace de quelques minutes plutôt que de se prolonger inutilement, ce droit lui est refusé.

- Ce n'est pas par faiblesse qu'une personne vulnérable va demander à mourir, ni parce qu'elle est vulnérable qu'elle l'obtiendra

La juge de première instance a conclu qu'il était possible pour un médecin qualifié et expérimenté d'évaluer de manière sûre la capacité du patient et le caractère volontaire de sa décision, et que la coercition, l'abus d'influence et l'ambivalence pouvaient tous être évalués de façon sûre dans le cadre de ce processus.

Quant au danger que courent les personnes vulnérables (comme les personnes âgées ou handicapées), la juge de première instance a conclu qu'aucune preuve émanant des endroits où l'aide à mourir est autorisée n'indique que les personnes handicapées risquent davantage d'obtenir une aide médicale à mourir. Elle a donc rejeté la prétention selon laquelle la partialité inconsciente du médecin compromettrait le processus d'évaluation.

- Une personne vulnérable est considérée comme suffisamment protégée pour être autorisée à exiger l'arrêt du traitement, elle peut donc être considérée comme suffisamment protégée pour être autorisée à demander l'aide médicale à mourir

La preuve retenue par la juge de première instance n'étaye pas l'argument du Canada. Se fondant sur la preuve relative aux procédures d'évaluation dans la prise de décisions médicales analogues concernant la fin de vie au Canada, la juge a conclu que la vulnérabilité peut être évaluée au cas par cas au moyen des procédures suivies par les médecins lorsqu'ils évaluent le consentement éclairé et la capacité décisionnelle dans le contexte de la prise de décisions d'ordre médical de façon plus générale. Les préoccupations au sujet de la capacité décisionnelle et de la vulnérabilité se posent dans tous les cas de décisions médicales

concernant la fin de vie. D'un point de vue logique, il n'y a aucune raison de croire que les blessés, les personnes malades et les personnes handicapées qui peuvent refuser un traitement vital ou un traitement de maintien de la vie, demander le retrait de l'un ou l'autre traitement, ou encore réclamer une sédation palliative, sont plus vulnérables ou plus susceptibles de prendre une décision faussée que ceux qui pourraient demander une assistance plus active pour mourir. Les risques dont il est question font déjà partie intégrante du régime médical canadien.

Comme l'a fait remarquer la juge de première instance, on cautionne implicitement l'évaluation individuelle de la vulnérabilité (quelle que soit sa source) dans la prise de décisions de vie ou de mort au Canada. Nous acceptons la conclusion de la juge de première instance selon laquelle il est possible pour les médecins de bien évaluer la capacité décisionnelle avec la diligence requise et en portant attention à la gravité de la décision à prendre.

Juin 2016, le Code criminel fédéral copie la loi des soins de fin de vie du Québec

En réponse à la Cour suprême du Canada, le gouvernement fédéral fait adopter le projet de loi C-14 modifiant le code criminel, à la majorité de la Chambre des communes du Canada. Les critères du code criminel pour obtenir l'aide médicale à mourir sont un copier-coller des critères que le Québec avait déjà adoptés et d'ailleurs largement inspirés de la Belgique et des Pays-Bas.

Deux formes d'aide médicale sont admises, à savoir l'administration directe par un médecin ou une infirmière praticienne d'une substance provoquant la mort de la personne qui en a fait la demande (l'aide médicale à mourir), ou la remise ou la prescription par un médecin ou

une infirmière praticienne d'une substance que la personne peut s'administrer elle-même pour provoquer sa mort (suicide assisté).

Les critères d'admissibilité relatifs à l'aide médicale à mourir sont les suivants. Seule la personne qui remplit tous les critères ci-après peut recevoir l'aide médicale à mourir :

- a) elle est admissible — ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable — à des soins de santé financés par l'État au Canada ;
- b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé ;
- c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables ;
- d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures ;
- e) elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.

- À propos des problèmes de santé graves et irrémédiables

Une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères suivants :

- elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap, graves et incurables ;
- sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités ;
- sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin

avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables ;

- sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

2021 : le code criminel supprime le critère « Être en fin de vie »

En janvier 2019 débute au Québec un procès très particulier. Nicole Gladu et Jean Truchon, tous deux handicapés, en pleine capacité de discernement et ne souffrant pas d'une maladie terminale qui permet d'envisager leur décès naturel dans un avenir prévisible, demandent l'opinion de la Cour supérieure du Québec afin de faire invalider le critère de fin de vie dans la loi du Québec et celui de mort naturelle raisonnablement prévisible dans le code criminel canadien. Ils obtiennent gain de cause.

La défense avait choisi de développer l'argument selon lequel il fallait protéger les personnes vulnérables, considérant que les personnes handicapées sont *de facto* vulnérables.

La cour a rejeté cet argument en affirmant que considérer les personnes handicapées comme étant a priori vulnérables relevait de la discrimination et que rien ne pouvait soutenir une telle affirmation. On ne résout pas une injustice en en créant une autre : les personnes handicapées doivent avoir le même droit à l'autonomie et au choix de fin de vie que toutes les autres personnes.

Le Québec n'ira pas en appel de la décision et le critère de fin de vie n'est plus applicable à partir de mars 2020

(au Québec seulement). Le gouvernement fédéral décidera lui aussi de ne pas aller en appel mais de modifier le code criminel de façon un peu plus approfondie, ce qui sera fait en mars 2021.

Selon le code criminel (fédéral), la situation de « mort naturelle raisonnablement prévisible » n'est plus un critère d'admissibilité à l'aide médicale à mourir : le patient qui demande l'aide médicale à mourir doit respecter les autres critères de la loi, mais il n'a pas du tout à être en fin de vie.

2024 : le Québec introduit la demande anticipée d'aide médicale à mourir pour les maladies neuro-dégénératives conduisant à la démence

En 2021, face à la montée inéluctable des maladies neurodégénératives cognitives (les démences de type Alzheimer, +145 % entre 2000 et 2017), l'Assemblée nationale du Québec met en place une commission spéciale transpartisane chargée d'évaluer un aspect supplémentaire de la question de l'aide médicale à mourir : la demande anticipée, plébiscitée par 86 % de la population canadienne.

Depuis le 30 octobre 2024, au Québec seulement, la demande anticipée permet à un patient de recevoir l'aide médicale à mourir dans l'avenir, sous certaines conditions, alors qu'il ne sera plus en mesure de consentir à recevoir le soin.

Cette demande doit être formulée par une personne ayant reçu un diagnostic de maladie grave et incurable menant à l'inaptitude (par exemple, la maladie d'Alzheimer) :

- alors que la personne est encore apte à consentir aux soins,
- de manière libre, sans pression extérieure,
- de manière éclairée,
- par la personne elle-même et pour elle-même.

Ensuite, quand le patient, qui aura fait une demande en conformité avec la loi, sera éligible à une demande d'aide active à mourir mais ne sera plus en état de le faire, un professionnel compétent (médecin ou infirmière praticienne spécialisée) pourra juger, sur la base des informations dont il dispose et selon le jugement clinique qu'il exerce, qu'elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes et insupportables. Il faut que ces souffrances ne puissent pas être apaisées dans des conditions jugées tolérables. Un deuxième médecin ou une infirmière praticienne spécialisée devra confirmer le respect de ces conditions.

Il sera possible de recevoir l'aide médicale à mourir seulement si toutes les conditions de la loi sont satisfaites.

RÉPONSES

AUX QUESTIONS (RELATIVEMENT) INTELLIGENTES

L'aide médicale à mourir détruit la confiance dans les médecins

C'est faux. Preuve en est que la majorité des praticiens administrant l'aide médicale à mourir sont les médecins de famille (64 % des procédures dans les cas où la mort est « raisonnablement prévisible », 69,5 % dans les cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible, selon le 5^e Rapport sur l'aide médicale à mourir au Canada, publié par le gouvernement fin 2024), qui sont les médecins qui suivent leurs patients toute leur vie et en qui ils ont le plus confiance.

En effet, selon un sondage de Nanos Research pour le Collège des médecins de famille du Canada, publié en mars 2025, 84 % de la population « attache une importance primordiale aux médecins de famille et les considèrent comme des partenaires irremplaçables pour leurs soins de santé ». Ce taux est en constante augmentation depuis des années.

Cette confiance est telle que « la très grande majorité des patients (90 %) pense que le gouvernement fédéral doit prendre davantage de mesures pour s'assurer que chacun et chacune au pays ait accès à un médecin de famille, y compris en réduisant le fardeau administratif qui pèse sur ces derniers. En majeure partie (81 %), les Canadiens considèrent que l'enjeu de l'accès à un médecin de famille va grandement influencer leur vote lors de l'élection fédérale de 2025 ».

Selon le Dr Georges L'Espérance, neurochirurgien et président de l'AQDMD (Québec), « il serait totalement faux et absolument contraire à la réalité d'affirmer que les patients n'ont pas confiance en leur médecin. Les patients sont heureux et sereins d'avoir un médecin qui pourra les écouter le jour venu. En fait, c'est même le contraire qui se produit : les patients dont le médecin se dit opposé à ce droit perdent une partie de leur confiance, se disant que celui-ci n'est pas totalement à leur écoute ».

L'aide médicale à mourir, comme l'eugénisme, attache une valeur d'utilité à toute vie

Absolument pas. Ce n'est pas parce qu'une vie ne « vaudrait pas » d'être vécue que l'aide médicale à mourir a été votée au Québec, puis au Canada. Au contraire, l'aide médicale à mourir a été votée parce que le peuple – et donc le législateur – a jugé qu'il était fondamental de permettre à chacun de ses citoyens de préserver sa qualité de vie jusqu'à la fin, en toute liberté, et selon ses propres valeurs et croyances.

C'est parce qu'il y a un « droit à la vie » et non « une obligation de vivre » que l'aide médicale à mourir a été autorisée au Canada. La Cour suprême du Canada le justifie ainsi dans sa décision rendue en février 2015 :

« Nous ne sommes pas d'avis que la formulation

existentielle du droit à la vie exige une prohibition absolue de l'aide à mourir, ou que les personnes ne peuvent « renoncer » à leur droit à la vie. Il en résulterait une « obligation de vivre » plutôt qu'un « droit à la vie », et la légalité de tout consentement au retrait d'un traitement vital ou d'un traitement de maintien de la vie, ou du refus d'un tel traitement, serait remise en question. Le caractère sacré de la vie est une des valeurs les plus fondamentales de notre société. L'article 7 (de la Charte du Canada, intitulé Droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, *ndlr*) émane d'un profond respect pour la valeur de la vie humaine, mais il englobe aussi la vie, la liberté et la sécurité de la personne durant le passage à la mort. C'est pourquoi le caractère sacré de la vie « n'exige pas que toute vie humaine soit préservée à tout prix ». Et pour cette raison, le droit en est venu à reconnaître que, dans certaines circonstances, il faut respecter le choix d'une personne quant à la fin de sa vie ».

« Priver les personnes en situation de handicap de l'accès à l'aide médicale à mourir, arguant du principe qu'elles seraient « par définition » vulnérables, reviendrait à ajouter une injustice à une autre. Les personnes handicapées doivent avoir le même droit à l'autonomie et au choix de fin de vie que toutes les autres personnes ».

L'encadrement de l'aide médicale à mourir est illusoire

Au contraire, l'encadrement est très strict et désormais éprouvé.

Inspirée de la réglementation belge et spécifique au Québec, la Commission sur les soins de fin de vie a pour mandat « d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie et de surveiller l'application des exigences particulières relatives à l'aide médicale à mourir. »

La Commission sur les soins de fin de vie étudie chacun des cas d'aide médicale à mourir car il est obligatoire pour un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée de compléter en ligne, sous dix jours, un rapport exhaustif pour chaque cas d'aide médicale à mourir.

En 2023-2024, au Québec, et à la lumière des renseignements qui lui ont été transmis, la Commission a conclu que l'une des exigences relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir édictée par la loi n'avait pas été respectée dans 0,3 % des cas pour lesquels une décision a été rendue.

Dans treize cas, bien que le médecin ait indiqué la présence d'une maladie grave et incurable, la Commission, après analyse détaillée, a conclu que la condition de la personne ne constituait pas une maladie grave et incurable. Dans quatre cas, elle présentait une perte d'autonomie sévère reliée au vieillissement, mais sans qu'une maladie grave et incurable spécifique puisse être identifiée par la Commission. Dans quatre cas, elle présentait un ou des symptômes graves, mais sans qu'un diagnostic de maladie grave et incurable ait été posé. Dans cinq cas, la personne était atteinte d'un handicap alors que la déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes n'était pas encore permise. Dans tous les cas, la personne avait fait une demande libre et éclairée d'aide médicale à mourir, était apte et rencontrait tous les autres critères d'admissibilité, dont la présence de souffrances persistantes, insupportables et inapaisables. Dans trois cas, le médecin qui a administré l'aide médicale à mourir n'a pas obtenu l'avis d'un second médecin, de façon contemporaine à la demande, pour confirmer le respect des conditions d'admissibilité à l'aide médicale à mourir. Dans deux cas, le second médecin avait examiné la personne plus d'un mois avant que celle-ci n'ait formulé sa demande et n'avait pas eu d'autres entretiens avec elle par la suite. Dans un cas, le médecin a administré

l'aide médicale à mourir sans avoir obtenu l'avis du second médecin. Dans un cas, le formulaire de demande a été contresigné par un soignant qui n'était pas un professionnel de la santé ou des services sociaux dont le titre d'emploi est régi par un ordre professionnel. Dans un cas, la personne détenait une carte d'assurance maladie valide dans une autre province canadienne.

Finalement, après étude par les autorités médicales, aucun dossier n'a été jugé non-conforme.

La légalisation de l'aide médicale à mourir crée une pression normative de la loi

Ce n'est pas parce que la loi autorise l'aide médicale à mourir qu'elle constitue une obligation d'y avoir recours ! Au Québec, environ soixante-quinze mille personnes décèdent chaque année, dont environ quinze mille à la suite d'une mort subite. Les soixante mille autres décès sont liés à des maladies chroniques (maladies à pronostic réservé), telles que les cancers, les maladies cardiaques, digestives, neurologiques, rénales, diabète, etc.

Environ 7 % de ces décès, au Québec, sont liés à l'aide médicale à mourir et 2,5 % à la sédation palliative continue. En somme, près de 90 % des décès annuels surviennent par mort subite ou par mort naturelle en raison d'une maladie chronique.

Par défaut de soins, l'aide médicale à mourir est proposée et acceptée par les patients

Absolument aucun patient n'a reçu l'aide médicale à mourir par manque de soins !

Selon un rapport quinquennal 2018-2023 publié par le Québec en décembre 2024, « la crainte que les personnes choisissent l'aide médicale à mourir par manque d'accès

aux soins palliatifs était très présente lors de l'adoption de la loi en 2014. Cependant, les données du présent rapport révèlent que 82 % des personnes qui ont demandé et reçu l'aide médicale à mourir bénéficiaient de soins palliatifs en amont ».

Non seulement 82 % des personnes qui ont reçu l'aide médicale à mourir bénéficiaient de soins palliatifs de fin de vie au moment de faire leur demande d'aide médicale à mourir, mais 89 % en ont reçu entre la demande et l'administration de l'aide médicale à mourir.

Autrement dit, parmi les patients qui ne bénéficiaient pas de soins palliatifs de fin de vie au moment de faire leur demande d'aide médicale à mourir, 59 % en ont reçus par la suite. Dans certains cas où la personne n'a pas bénéficié de soins palliatifs de fin de vie, l'établissement a précisé que c'est la personne qui refusait les soins offerts.

Le nombre d'aide médicale à mourir au Canada, où elle devient banale, explose

En 2023, 4,7 % des Canadiens décédés ont reçu une aide médicale à mourir.

Selon le rapport annuel 2023 sur l'aide à mourir au Canada, publié en décembre 2024, l'aide médicale à mourir « a été fournie à quinze mille trois cent quarante-trois personnes en 2023, ce qui représente une augmentation de 15,8 % par rapport à 2022. Cela représente la moitié du taux de croissance des années précédentes : il y a eu une augmentation de 32,6 % de 2020 à 2021 et une augmentation de 31,2 % de 2021 à 2022. Selon des rapports antérieurs, il y a eu quarante-quatre mille neuf cent cinquante-huit cas d'aide médicale à mourir depuis sa légalisation en 2016 jusqu'à 2022, ce qui porte à soixante mille trois cent un le

nombre total de cas d'aide médicale à mourir au Canada ».

Au Québec, qui a la plus longue expérience de l'aide médicale à mourir, l'augmentation a été importante les premières années (+ 45 % environ), avant de ralentir très nettement (+ 17 % en 2023, + 6 % en 2024). Le nombre de personnes décédées ayant obtenu une aide médicale à mourir au Québec s'est élevé à cinq mille sept cent dix-sept personnes entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024, soit 7,3 % des décès de la période.

L'aide médicale à mourir s'oppose aux lois divines

Chacun est libre de pratiquer une religion, mais nul n'a le droit d'imposer ses croyances à autrui dans un état laïc. Il n'y a pas de « lois divines » au Canada – pas plus qu'en France.

Au Canada, l'aide médicale à mourir est utilisée comme levier d'économie budgétaire

Cette affirmation, en plus d'être irrespectueuse pour les citoyens qui font ce choix, est fautive. La mise en place de l'aide médicale à mourir au Canada a entraîné une réduction des dépenses de santé estimée à cent quarante-neuf millions de dollars... soit 0,08 % des dépenses de santé des provinces canadiennes.

Une étude a été menée en 2020 par le « directeur parlementaire du budget », dont le rôle est d'appuyer le Parlement en fournissant des analyses économiques et financières dans le but d'améliorer la qualité des débats parlementaires et de promouvoir davantage de transparence et une plus grande responsabilité en matière budgétaire. Un sénateur avait demandé à connaître les coûts financiers découlant du projet de loi sur l'aide médicale à mourir.

Au Canada, parmi les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, l'aide médicale à mourir est disproportionnellement utilisée par les femmes en situation de handicap

Selon les chiffres fournis par les autorités sanitaires canadiennes, on constate en l'état que les femmes sont généralement davantage exposées à des maladies chroniques que les hommes. De ce fait, elles sont donc proportionnellement plus nombreuses que les hommes à demander une aide médicale à mourir. De plus, au Canada, l'espérance de vie des femmes est plus longue que celle des hommes, 84,3 ans chez les femmes contre 80,7 ans chez les hommes en 2023, ce qui permet d'expliquer aussi une partie de la prévalence chez les femmes.

RÉPONSES

À QUELQUES FANTASMES

Le Canada pratique l'aide médicale à mourir pour des personnes bien portantes, mais sans domicile fixe ou sans emploi

Le rapport annuel sur l'aide à mourir au Canada (publié par Santé Canada fin 2024) dément totalement, chiffres à l'appui, ce fantasme.

D'une part, le premier critère pour obtenir l'aide active à mourir est d'avoir une maladie grave et incurable, ce qui doit être établi par deux médecins indépendants l'un de l'autre. Aucune dérive n'a été constatée par le Collège des médecins à ce jour, même après étude approfondie de quelques cas ayant été signalés comme pouvant être irréguliers. À chaque fois, le caractère grave et incurable de la maladie du patient a été établi formellement, conformément à la procédure légale.

D'autre part, selon le rapport Santé Canada, « certaines personnes au Canada ont soulevé des préoccupations au sujet de la façon dont l'inégalité sociale et l'accès inégal

aux services de santé et aux services sociaux pourraient influencer les demandes d'aide médicale à mourir ». La question a été étudiée en profondeur par les auteurs du rapport qui concluent que « Ces analyses donnent à penser, de façon générale, que les personnes qui reçoivent l'aide médicale à mourir ne proviennent pas de façon disproportionnée de communautés à faible revenu ou défavorisées. Les résultats indiquent que les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir vivent dans des quartiers de l'ensemble du spectre du revenu et de la marginalisation, ainsi que dans des collectivités urbaines, rurales et éloignées ».

Plus précisément, écrit le rapport, « À ce jour, la recherche sur le statut socioéconomique des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir a porté principalement sur l'aide médicale à mourir dans le contexte d'une mort naturelle raisonnablement prévisible. Les résultats de cette recherche ont été mitigés, certaines études montrant que les personnes recevant l'aide médicale à mourir avaient un niveau d'éducation et un statut socioéconomique plus élevés, alors que d'autres ont montré que bien qu'un plus grand nombre de personnes ayant un statut socioéconomique comparativement plus bas ont demandé l'aide médicale à mourir, le nombre de personnes ayant reçu l'aide médicale à mourir était uniformément réparti entre les différentes catégories de revenus ».

Les résultats indiquent, de façon générale, que les personnes qui reçoivent l'aide médicale à mourir ne proviennent pas de façon disproportionnée de catégories de personnes à faible revenu ou défavorisées.

Il y a des euthanasies pratiquées pour alimenter un trafic d'organes

Au Canada, les greffes d'organes sont sous la gestion d'un organisme indépendant. L'encadrement est si strict,

les contrôles si constants tout au long de la chaîne qu'une brèche, même minime, serait immédiatement décelée.

Cette fausse affirmation est issue de théories complotistes. Il est possible de supposer qu'elle prend sa source dans les discussions qu'il y a eu au Canada, par le passé, sur la possibilité ou non de faire un don d'organes après avoir bénéficié d'une aide médicale à mourir. En réalité, cette possibilité a toujours existé, mais, dans un premier temps, elle n'a pas été encouragée par les médecins... pour éviter d'alimenter des fantasmes malsains.

Selon le Dr Matthew Weiss, le directeur médical du don d'organes à Transplant Québec, environ 10 % des personnes qui demandent l'aide médicale à mourir seraient admissibles pour faire un don d'organes mais, dans les toutes premières années après l'autorisation de l'aide médicale à mourir, les médecins ne leur en parlaient pas : « On ne voulait jamais donner l'impression que Transplant Québec encourage l'aide médicale à mourir juste pour le don d'organes », a expliqué le Dr Weiss à Radio Canada en 2024. Avec le temps, Transplant Québec a jugé que l'aide médicale à mourir était mieux acceptée et mieux comprise par la société. « Nous étions alors plus à l'aise pour parler de la possibilité de ce type de don. »

Désormais plus habitués à l'aide médicale à mourir, mieux informés, le nombre de Québécois qui consentent à faire un don d'organes après avoir obtenu l'aide médicale à mourir est désormais en augmentation constante, selon des données publiées par le Canadian Medical Association Journal.

On parle ici de chiffres extrêmement bas : au Québec, le nombre de personnes qui ont pu faire un don d'organes après une aide médicale à mourir est passé de huit en 2018 à vingt-quatre en 2022 (ce qui représente 14 % de tous les donateurs d'organes québécois).

En 2021, 8 % des sept cent trente-quatre donneurs d'organes au Canada ont eu recours à l'aide médicale à mourir, soit une petite soixantaine de personnes.

Le Canada pratique l'aide médicale à mourir sur des personnes qui ne sont plus en état de décider, pour se débarrasser des déments

L'aide médicale à mourir ne peut être demandée que par la personne elle-même qui doit être majeure (dix-huit ans et plus) et apte à décider pour elle-même. Aucune aide médicale à mourir ne peut être demandée par quelqu'un d'autre que la personne elle-même, que ce soit un conjoint, un membre de la famille, un enfant, etc.

Pour rappel, le code criminel (fédéral) prescrit depuis 2016 : « Seule la personne qui remplit tous les critères ci-après peut recevoir l'aide médicale à mourir :

- a) elle est admissible — ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable — à des soins de santé financés par l'État au Canada ;
- b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé ;
- c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables ;
- d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures ;
- e) elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs. »

En revanche, depuis le 30 octobre 2024, au Québec seulement, la demande anticipée à l'aide médicale à mourir permet à un patient de recevoir l'aide médicale à mourir

dans l'avenir, sous certaines conditions, alors qu'il ne sera plus en mesure de consentir à recevoir le soin.

Cette demande doit être formulée par une personne ayant reçu un diagnostic de maladie grave et incurable menant à l'inaptitude (par exemple : la maladie d'Alzheimer, +145 % de cas diagnostiqués entre 2000 et 2017 au Canada) :

- alors que la personne est encore apte à consentir aux soins,
- de manière libre, sans pression extérieure,
- de manière éclairée,
- par la personne elle-même et pour elle-même.

Ensuite, quand le patient, qui aura fait une demande en conformité avec la loi, sera éligible à une demande d'aide active à mourir mais ne sera plus en état de le faire, un professionnel compétent (médecin ou infirmière praticienne spécialisée) pourra juger, sur la base des informations dont il dispose et selon le jugement clinique qu'il exerce, qu'elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes et insupportables. Il faut que ces souffrances ne puissent pas être apaisées dans des conditions jugées tolérables. Un deuxième médecin ou une infirmière praticienne spécialisée devra confirmer le respect de ces conditions.

Il sera possible de recevoir l'aide médicale à mourir seulement si toutes les conditions de la loi sont satisfaites. Dans ce cas, et dans ce cas seulement, un patient atteint de démence pourra bénéficier d'une aide médicale à mourir.

Ces aides médicales à mourir (sans que la mort soit « raisonnablement prévisible ») sont ultra minoritaires. Elles ont représenté environ 4 % des patients ayant reçu une aide médicale à mourir en 2023, selon le rapport annuel sur l'aide à mourir au Canada publié fin 2024 (soit six cent vingt-deux personnes).

« Elle vient pour une opération chirurgicale, on lui propose l'euthanasie »

Cette histoire a été publiée en France par deux sites farouchement opposés à l'aide médicale à mourir. Il est notable qu'elle ne donne aucune précision temporelle et géographique permettant de la vérifier. L'identité de cette prétendue patiente, qui serait atteinte d'un cancer du sein et en attente d'une opération « depuis un an », n'est pas révélée, pas plus que le nom de sa clinique, et encore moins celui du médecin qui lui aurait parlé de l'aide médicale à mourir après avoir passé avec elle en revue les risques liés à son opération (et ne lui aurait donc en rien « proposé » l'aide médicale à mourir). Il n'est donc évidemment pas possible de vérifier la véracité des faits rapportés ni de les remettre dans leur contexte. Sans recoupement des faits, sans enquête contradictoire dûment menée, la déontologie journalistique n'est pas respectée. Il ne s'agit donc pas d'un article, mais d'un fantasme.

Par ailleurs, selon l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir, dans un document destiné aux professionnels de santé intitulé « Mentionner l'aide médicale à mourir en tant qu'option de soins cliniques », le clinicien est légalement tenu d'informer son patient : « Toutes les options thérapeutiques doivent être présentées dans le cadre de la discussion (entre un médecin et son patient, *ndlr*), y compris les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir ». Elle signale aussi que « Un patient qui n'est pas bien informé de ses options thérapeutiques en temps opportun risque de ne pas pouvoir avoir accès à l'aide médicale à mourir, de perdre sa capacité décisionnelle et devenir non admissible à l'aide médicale à mourir, d'éprouver des souffrances intolérables pendant plus longtemps ou de vivre une expérience de fin de vie pouvant lui sembler inacceptable. Lorsqu'un patient est potentiellement

admissible, le fait de ne pas lui fournir des renseignements à propos de l'aide médicale à mourir peut entraîner un risque de préjudice non négligeable à lui et sa famille ».

« Une femme handicapée est accusée d'être égoïste parce qu'elle refuse l'euthanasie »

Cette histoire serait arrivée à Heather Hancock, une patiente soignée dans la province d'Alberta pour une paralysie cérébrale. Elle a été reprise à l'international par deux tabloïds sensationnalistes, le Daily Mail et le New York Post (qui appartient à Rupert Murdoch), qui font l'un et l'autre réagir les autorités dans leurs colonnes (une porte-parole de la province d'Alberta, Andréa Smith). Aucun autre média n'en a fait écho, à l'exception de sites complotistes ou militants contre l'euthanasie.

Il est illégal de conseiller l'aide médicale à mourir à un patient. C'est à cela que sert le contrôle obligatoire d'un deuxième médecin, sans lien avec le médecin « habituel » du patient : outre le fait que le patient souffre d'une maladie grave et incurable, il va vérifier que le patient est apte à prendre cette décision pour lui-même, de manière éclairée, sans y avoir été poussé. Sa vulnérabilité est également évaluée.

Les médecins – et les équipes médicales en général – sont tenus d'informer correctement leurs patients, mais ils doivent également savoir choisir le bon moment et les bons termes pour le faire. L'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir propose désormais aux professionnels de santé une formation en huit parties sur l'aide médicale à mourir, dont la seconde est consacrée à la « conversation clinique » avec le patient.

« Le scandale de l'euthanasie proposée aux vétérans handicapés »

Cette histoire a fait les manchettes en 2022. Radio Canada contextualise le 9 décembre :

« Ancienne combattante et ex-athlète paralympique, Christine Gauthier est en fauteuil roulant à la suite d'une lésion de la moelle épinière. Cela fait plusieurs années qu'elle attend une rampe pour pouvoir accéder à sa maison. Elle a témoigné à la fin du mois de novembre devant le Comité permanent des anciens combattants de la Chambre des communes pour confirmer qu'un employé du ministère lui avait proposé l'aide médicale à mourir ».

Le gouvernement « a confirmé l'information donnée par le ministre Lawrence MacAulay en novembre : un seul employé serait concerné. Suspendu depuis, il aurait informé de manière inappropriée quatre vétérans sur la possibilité de mettre fin à leurs jours. Mais Christine Gauthier ne fait pas partie de la liste, aucune preuve matérielle n'ayant pu être trouvée pour corroborer ses dires, selon Paul Ledwell ».

Sean Casey, député de Charlottetown et membre du Comité permanent des anciens combattants de la Chambre des communes, devant lequel Christine Gauthier a témoigné, s'était ému auprès de Radio Canada de ne pas pouvoir interroger les employés du ministère : « L'autre chose qui me préoccupe, c'est que, quand on entend des personnes comme Mme Gauthier, on entend toujours juste leur version, déclare-t-il. J'aimerais beaucoup, beaucoup entendre l'autre côté, les employés qui étaient impliqués dans ce dossier, poursuit-il ».

Selon l'AQDMD (Québec), cette ancienne militaire, très malade, aurait simplement été informée des options dont elle disposait pour sa fin de vie, ce qui souligne encore

une fois l'intérêt fondamental de la formation à ce type de discussion avec un patient.

« Au Canada, on euthanasie les toxicomanes plutôt que de les soigner »

Voilà qui relève de la pure *fake news*. Un patient toxicomane ne remplit pas les critères usuels d'éligibilité à l'aide médicale à mourir, dont la liste est ainsi rédigée par le code criminel : « Seule la personne qui remplit tous les critères ci-après peut recevoir l'aide médicale à mourir :

a) elle est admissible — ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable — à des soins de santé financés par l'État au Canada ;

b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé ;

c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables ;

d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures ;

e) elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs. »

D'autre part, si le sous-entendu de cette assertion est que la toxicomanie relève des problématiques de santé mentale, cela ne rend pas le propos plus pertinent puisque de toute façon les problèmes de santé mentale sont actuellement exclus de l'aide médicale à mourir.

À PROPOS

DU DR GEORGES L'ESPÉRANCE, NEUROCHIRURGIEN

Après avoir obtenu son doctorat en médecine (1978) et étudié trois ans en neuroradiologie diagnostique et thérapeutique à Nancy, le docteur L'Espérance a complété sa formation en neurochirurgie à l'Université Laval, au Québec (1984). Il a pratiqué en milieu hospitalier à Québec, de 1984 à 1990, puis à Montréal où il fut responsable de 1994 à 1998 du secteur de neurotraumatologie à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, centre tertiaire de traumatologie.

Il a complété une maîtrise en administration des services de santé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et y a reçu le prix Robert-Wood-Johnson 1998. Jusqu'en 2015, le docteur L'Espérance fut professeur adjoint de clinique du département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Le docteur L'Espérance a toujours collaboré à

l'enseignement pré- et post-gradué en milieu universitaire, aussi bien qu'auprès de médecins pratiquant en milieu semi-urbain. Co-auteur de certaines études cliniques en neurochirurgie et en réadaptation fonctionnelle, il a présenté ou participé à une cinquantaine de communications scientifiques. Membre de diverses sociétés savantes, il fut pendant plusieurs années examinateur du Collège Royal du Canada en neurochirurgie.

Membre de la Société des experts en évaluation médico-légale du Québec depuis plusieurs années, il en fut le président élu de 1998 à avril 2016. En 1999, il fut co-instigateur avec le Dr François Sestier de la création et de la mise en route d'un cours de formation en médecine médico-légale, sous les auspices de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal ainsi que de la Faculté de droit. Il a effectué des expertises médicales depuis 1987 en plus de ses activités cliniques neurochirurgicales tout en effectuant des mandats de gestion en administration des services de santé.

En juin 2016, il débute une semi-retraite afin de consacrer son temps à des problématiques médicosociales. Ses expériences cliniques au fil des années et ses réflexions personnelles l'ont amené tout naturellement à s'interroger sur la finalité de la médecine et particulièrement sur des questionnements éthiques, en particulier la surmédicalisation. Depuis novembre 2014, il est président de l'Association Québécoise pour le Droit de Mourir dans la Dignité (AQDMD).

À PROPOS

DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ (AQDMD)

Fondée en 2007, l'Association Québécoise pour le Droit de Mourir dans la Dignité (AQDMD) est une association citoyenne bénévole qui bénéficie d'une expertise médicale et légale sur la question des soins de fin de vie, notamment l'aide médicale à mourir. Composée de professionnels de santé, de juristes et de personnes concernées, elle s'exprime au nom d'une réalité qu'elle maîtrise.

L'association estime que la législation en matière de droit de mourir dans la dignité est encore incomplète. Elle milite encore pour l'élargissement des critères d'obtention de l'aide médicale à mourir, en particulier pour les demandes anticipées dans les cas de pathologies neurodégénératives cognitives ainsi que l'élargissement de la loi aux troubles de santé mentale comme seul problème de santé.

Enfin, les Canadiens sont bien informés sur leurs droits en matière d'aide médicale à mourir, mais pourraient l'être beaucoup plus. C'est pourquoi l'AQDMD travaille pour informer toujours plus sur les soins de fin de vie.

|

Cet ouvrage, coordonné par Anna Rousseau, est édité par
l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité
et imprimé par l'imprimerie Arlys (arlyscreation.fr)

Dépôt légal : Avril 2025

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité
130, rue Lafayette – 75010 Paris
01 48 00 04 16 / admd.org

— |

— Juin 2014, le Québec devient la première province canadienne à adopter l'aide médicale à mourir. Juin 2016, le gouvernement fédéral du Canada fait adopter une loi qui permet à tout citoyen canadien, affecté de problèmes de santé graves et irrémédiables, de bénéficier d'une aide médicale à mourir.

Comme dans tous les pays qui ont légalisé une telle loi de liberté, les Canadiens bénéficient du droit de ne pas subir les souffrances qu'ils ne souhaitent pas endurer, mais aussi de soins palliatifs adaptés et complémentaires puisque 82 % des personnes qui ont reçu l'aide médicale à mourir bénéficiaient de soins palliatifs de fin de vie au moment de faire leur demande d'aide médicale à mourir.

Loin des fantasmes véhiculés par quelques-uns, le Canada est une terre de liberté pour les personnes en fin de vie.

— |

**ASSOCIATION
POUR LE DROIT
DE MOURIR DANS
LA DIGNITÉ.**