



**Mémoire sur le projet de loi C-7**

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

**présenté au**

**Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et  
constitutionnelles**

**Préétude du Projet de loi C-7**

**23 novembre 2020**

**Par Georges L'Espérance, md  
Président de l'AQDMD**

Boîte postale 85029  
Mont-Saint-Hilaire (Qc) Canada J3H 5W1  
(AQDMD.org)

## **Mesdames les Sénatrices, Messieurs les Sénateurs,**

Je vous remercie beaucoup pour cette opportunité d'échanges avec vous sur le projet de loi C-7 (PL C-7).

Mon nom est Georges L'Espérance, et je suis président de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD), association citoyenne dont la mission est de protéger les droits de chacun à une mort digne et selon ses valeurs.

*La mission de L'AQDMD est de faire reconnaître l'autonomie de chaque personne majeure, apte et ayant rédigé ses directives médicales anticipées (DMA) d'avoir, lorsque sera venu le temps, une fin de vie conforme aux valeurs de dignité et de liberté qui l'ont toujours animée, et pour que soit respectée sa volonté personnelle d'avoir une aide médicale à mourir (AMM), quel que soit son état cognitif à ce moment. (<https://aqdmd.org/>)*

Neurochirurgien retraité, je fais moi-même de l'AMM et à ce titre, je fais partie d'un groupe de discussion privé au Québec, comprenant uniquement des médecins qui offrent ce dernier soin compassionnel et éthique, permettant ainsi des échanges très judicieux et formateurs. Les remarques qui suivent représentent un fort consensus parmi nous et nourrissent les réflexions de l'AQDMD pour nos concitoyens.

Un mot de contextualisation<sup>1</sup>. Au Québec, du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 mars 2020 :

- 1 776 personnes ont reçu l'AMM, soit 2,6 % des décès globaux.
- L'AMM a été administrée en moyenne 18 jours après la demande officielle.
- 76 % étaient atteintes de cancer.
- Les maladies neurodégénératives représentent maintenant la deuxième catégorie de diagnostics les plus prévalents : 9 %

La très grande majorité des personnes qui ont reçu l'AMM avaient un pronostic vital estimé à 6 mois ou moins (86 %) et la grande majorité à 3 mois ou moins (74 %). Seulement 5 % des personnes qui ont reçu l'AMM avaient un pronostic vital de plus de 6 mois (figure 3.7). Ces proportions sont similaires à celles observées en 2018-2019.

---

<sup>1</sup> Rapport annuel d'activités de la Commission sur les soins de fin de vie, du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 mars 2020.

Nous considérons les modifications demandées par le jugement Baudouin comme une avancée significative pour nos patients et tous les citoyens. Les quelques années d'application de la loi ont permis de constater le sérieux avec lequel elle est appliquée partout au pays, dans le plus grand respect de la dignité des demandeurs et dans la protection des plus vulnérables.

Tous les autres critères de C-14 sont adéquats et clairs, tant pour les patients que pour les soignants, et « *les mesures de sauvegarde déjà en place dans la loi s'avèrent suffisant(e)s pour assurer que le système puisse procurer l'aide médicale à mourir aux personnes qui y ont droit.* » (Décision Baudouin, paragraphe 621).<sup>2</sup>

## **PRÉCISIONS.**

Suite aux débats en cours à la Chambre des communes et dans les médias, il convient, me semble-t-il, de faire deux précisions factuelles.

### 1) Les maladies neurodégénératives physiques

La grande majorité des personnes atteintes d'une **maladie neurodégénérative** qui ont reçu l'AMM avaient un pronostic vital estimé à 6 mois ou moins (70 %) et un peu moins de la moitié à 3 mois ou moins (46 %; figure 4.3). Un peu plus du quart (16 %) avaient un pronostic vital de plus de 6 mois. (Les figures suivantes sont tirées des rapports en référence.)

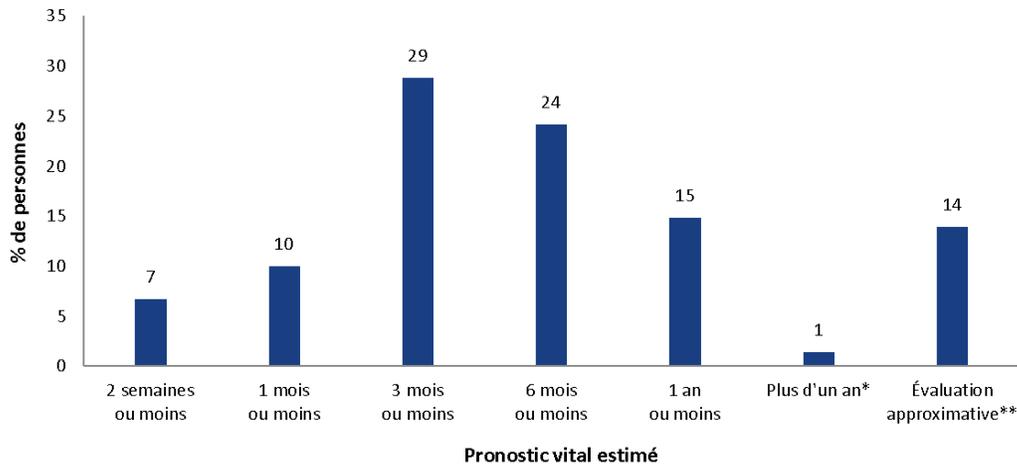
---

2

[http://citoyens.soquij.qc.ca/php/decision.php?ID=ABDC24B668988D804B23D496876FB98A&captchaToken=03AGdBq25rplFTECldb-BAIUM7Q6G82IwgftEpoHsLHCRxHqYJ7\\_td9K6UhCpBZmuVcAHsmxoptr5JDvKjdohWXzATK-4gDZ2jTEFUY7jbA7baJZkyvK0QrOtZc-Yijax\\_sR0tcOO1nRhXh28wVigV4kFgZ2cR1U7X85p0G51W38GcCP0EH3eXUs0qb42hEdhBjXTme0rPkk4Ij9vLjxPriiEx60VSB6XMFySSsvu36fn9xHjZ3XCIC3aIOVGBKj9FHos4wlWge0gdxdBYPnG2EcQSNdkH-Es9YPKU27ar\\_mSgUAWXnuJ0lDsbwLtlEStprIk0tOw8yJ7fdvDclSjn4gBV8FEIbge3jmxY1EtNnbd16ejBN2BypMe\\_who5NalXhrSf4gYzpdVwefGkhB4dvcVHwegTC1bUWEIIZ6HtlcbTAnwT5RYI-hEYPf2uyCKrAl2Gm7DGNsvf3zC7ya9ru1KEelK8mmuoPeUPWCTyBdw1WOIr9M8hSWsMNqC5kqzLeFHuD-HzO5awXH90OUfkgkLxVZ6CBuw](http://citoyens.soquij.qc.ca/php/decision.php?ID=ABDC24B668988D804B23D496876FB98A&captchaToken=03AGdBq25rplFTECldb-BAIUM7Q6G82IwgftEpoHsLHCRxHqYJ7_td9K6UhCpBZmuVcAHsmxoptr5JDvKjdohWXzATK-4gDZ2jTEFUY7jbA7baJZkyvK0QrOtZc-Yijax_sR0tcOO1nRhXh28wVigV4kFgZ2cR1U7X85p0G51W38GcCP0EH3eXUs0qb42hEdhBjXTme0rPkk4Ij9vLjxPriiEx60VSB6XMFySSsvu36fn9xHjZ3XCIC3aIOVGBKj9FHos4wlWge0gdxdBYPnG2EcQSNdkH-Es9YPKU27ar_mSgUAWXnuJ0lDsbwLtlEStprIk0tOw8yJ7fdvDclSjn4gBV8FEIbge3jmxY1EtNnbd16ejBN2BypMe_who5NalXhrSf4gYzpdVwefGkhB4dvcVHwegTC1bUWEIIZ6HtlcbTAnwT5RYI-hEYPf2uyCKrAl2Gm7DGNsvf3zC7ya9ru1KEelK8mmuoPeUPWCTyBdw1WOIr9M8hSWsMNqC5kqzLeFHuD-HzO5awXH90OUfkgkLxVZ6CBuw)

**Figure 4.3**

Proportion de personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative qui ont reçu l'AMM selon le pronostic vital estimé



\* À la lumière des renseignements transmis, la Commission était d'avis que ces personnes étaient en fin de vie.

\*\* Les pronostics vitaux indiqués variaient de « quelques semaines » à « quelques mois » dans la plupart des cas, sans qu'il soit possible de les préciser davantage.

Dans l'ensemble, cette figure montre que la majorité des personnes atteintes de maladies neurodégénératives ont reçu l'AMM alors qu'elles étaient dans la phase terminale de la maladie.

Cela pourrait surprendre, puisque ces personnes connaissent très bien la progression inéluctable de leur maladie et le déclin irréversible de leurs capacités et elles auraient pu demander et recevoir l'AMM plus tôt, puisque la Loi ne précise pas de pronostic associé au critère de fin de vie.

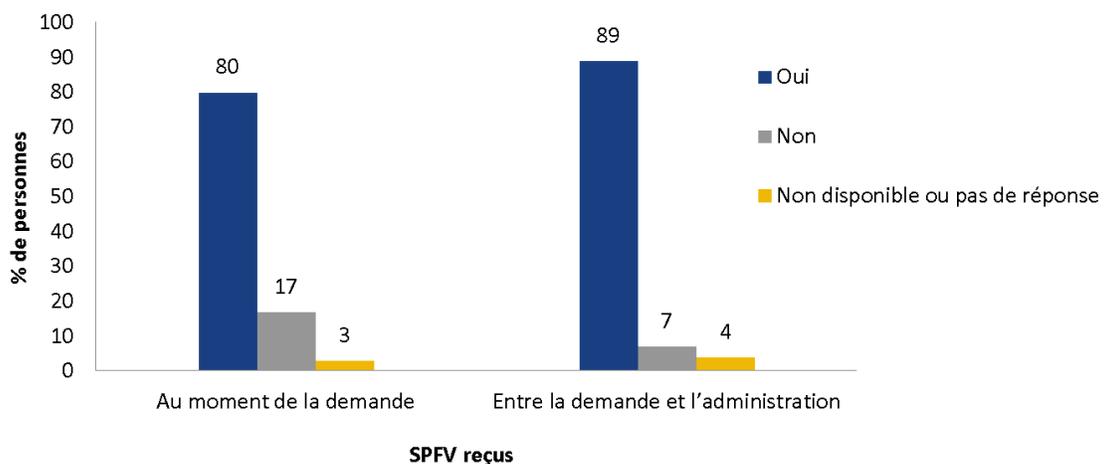
## 2) Soins palliatifs et AMM

Comme l'illustre la figure 6.11, **80 % des personnes qui ont reçu l'AMM bénéficiaient de soins palliatifs de fin de vie (SPFV)**<sup>3</sup> au moment de faire leur demande d'AMM et 89 % en avaient reçu entre la demande et l'administration de l'AMM<sup>4</sup>. Parmi les personnes qui ne bénéficiaient pas de SPFV au moment de faire leur demande d'AMM, 59 % en ont reçu par la suite. Dans certains cas où la personne n'a pas bénéficié de SPFV, l'établissement a précisé que c'est la personne qui refusait les soins offerts.

<sup>3</sup> Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec, du 10 décembre 2015 au 31 mars 2018. Commission sur les soins de fin de vie du Québec, 2019.

**Figure 6.11**

Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM et qui bénéficiaient de SPFV



L'affirmation trop souvent entendue que des patients demandent l'AMM parce qu'ils n'ont pas de soins palliatifs ne tient tout simplement pas la route au vu des données factuelles.

D'ailleurs, pourquoi est-ce que des patients qui sont en soins palliatifs de grande qualité ou même en maison de soins palliatifs demanderaient-ils l'AMM si les soins palliatifs répondaient à toutes les situations? Une telle affirmation relève du paternalisme médical, voire de considérations religieuses.

Il faut absolument rappeler qu'il n'y a aucune contradiction ni exclusion entre soins palliatifs et aide médicale à mourir. La seconde fait partie de la première et n'est qu'une modalité supplémentaire d'être à l'écoute de nos patients et des citoyens.

### **Quelques commentaires sur le projet de loi C-7**

Je profite de l'occasion pour remercier le ministre Lametti et son équipe pour avoir été à l'écoute des praticiens et des citoyens, ce qui se reflète dans son projet de loi.

Les principes qui doivent guider toutes les discussions demeurent au centre des réflexions :

- 1- Autodétermination de la personne.
- 2- Respect des volontés émises et des valeurs exprimées.
- 3- Dignité dans le vivre et dans le mourir.
- 4- Aptitude à décider pour soi au moment de l'expression des volontés.

Sont très pertinents, en particulier pour les personnes seules, les assouplissements suivants tels que présentés dans le PL C-7.

1. Demande d'AMM par écrit devant un seul témoin indépendant.
2. Capacité pour une personne dont l'occupation est de fournir des soins de santé ou des soins personnels d'agir en qualité de témoin indépendant.
3. La période de 10 jours de réflexion est abrogée et cet assouplissement est le fruit de la simple logique clinique. Nos patients qui demandent l'AMM ont le plus souvent un historique de maladie très long et ils sont parfaitement au courant de leur situation. Ce délai de 10 jours (C-14) est superflu et inutile pour ces grands malades, sans parler des souffrances supplémentaires et inhumaines endurées par certains patients.
4. La renonciation au consentement final immédiatement préalable au soin est là aussi une réponse qui correspond à la réalité clinique que nous vivons tous. Nos patients n'auront plus à refuser des médicaments antalgiques afin de garder leur lucidité ni à craindre de perdre leur aptitude par délirium.

Nous sommes tout à fait d'accord avec la clause de renonciation écrite au préalable, ainsi que des articles 3.3 et 3.4 concernant les manifestations par des paroles, soins ou gestes d'un refus que la substance lui soit administrée.

Nous suggérons cependant que cette dernière mesure de sauvegarde en 3.4 soit révisée dans 2 ans avec l'expérience acquise pour être éventuellement abrogée.

-----

**Il reste 3 points majeurs** sur lesquels nous considérons que C-7 devrait être bonifié.

**A. Le critère de « Mort Naturelle Raisonnablement Prévisible », comme second bras d'une évaluation.**

Nous demandons que le concept de « *mort naturelle raisonnablement prévisible* (MNRP) » soit extirpé de C-7 comme mesure de sauvegarde. L'ensemble des autres critères prévus en C-14 ont fait la preuve au Canada que « les plus vulnérables » n'ont pas besoin d'autres protections pour leur garantir un accès juste et sécuritaire à l'AMM.

De plus, nous, médecins et infirmiers/ères de terrain, resterons encore une fois pris avec un concept flou, non médical, parce que l'espérance de vie est une notion qui touche une moyenne et non pas un individu en particulier. Cette mesure est inutile et redondante lorsque tous les autres critères sont rencontrés.

Si malgré tout, le législateur veut continuer de garder cette mesure, qu'il enlève au moins la période d'évaluation minimale de 90 jours, et ce, pour les mêmes raisons que mentionnées au sujet de la période de 10 jours : les patients qui ont une pathologie chronique qui répond aux autres critères ont amplement eu le temps de réfléchir à leur situation depuis des années. C'est faire insulte à leur intelligence et à leur souffrance que de les forcer à réfléchir encore plus longtemps sur leur condition. Et d'ailleurs, sur quel(s) critère(s) ce délai de 90 jours a-t-il été inscrit? Pourquoi pas 10 jours, 20 jours, 100 jours, etc. Ce chiffre paraît parfaitement aléatoire en plus d'être inutile, répétons-le, pour ces patients qui rencontrent tous les autres critères.

L'exemple souvent repris est celui de la personne qui est devenue quadriplégique et qui demanderait l'AMM dans les semaines suivant son accident. Cet exemple relève de la démagogie : aucun médecin ne signerait une telle autorisation parce que les autres conditions de sauvegarde ne sont pas rencontrées.

La révocation de ce critère de MNRP va permettre de respecter le cadre de la décision de la Cour suprême du 6 février 2015 et le droit à l'autodétermination et permettra aussi un accès plus homogène dans tout le Canada en soumettant la décision de l'AMM à un strict processus médical objectif, soumis au jugement par les pairs.

Je rappelle pour mémoire un seul extrait de la décision de la juge Baudoin qui a longuement analysé la question de la vulnérabilité.

*[252] La vulnérabilité ne doit pas être comprise ni évaluée en fonction de l'appartenance d'une personne à un groupe défini, mais au cas par cas, du moins dans le cadre de l'analyse de l'article 7 de la Charte. Autrement dit, ce n'est pas son identification à un groupe qualifié de vulnérable qui doit sous-tendre le besoin de protection d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir, mais bien sa capacité individuelle de comprendre et de consentir de manière libre et éclairée à une telle procédure en fonction de ses caractéristiques propres.*

**B. Aide médicale à mourir et patients aux prises avec une problématique de santé mentale uniquement.**

Tel que libellé, **C-7 exclut spécifiquement la maladie mentale**. Or, la maladie mentale est une maladie réelle et qui amène des souffrances réelles, parfois intolérables et résistantes à tout traitement. Exclure la santé mentale ne peut que

conduire, encore une fois, à des contestations juridiques inacceptables pour les patients touchés.

En tout respect pour ces citoyens, et parce que les enjeux sont complexes, **nous suggérons d'enlever cette clause d'exclusion et de garder une période légale de non-application de 12 mois** pendant laquelle les ordres professionnels de chaque province devront travailler ensemble et auront l'obligation légale de définir un cadre clinique commun. Il est nécessaire d'élaborer dès maintenant des critères médicaux nécessaires pour l'AMM chez les personnes aux prises avec un problème de santé mentale grave, récidivant et résistant à toute thérapeutique. À ce sujet, l'Association des psychiatres du Québec a terminé un rapport exhaustif et devrait faire connaître ses conclusions sous peu.

Ces personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont tout aussi souffrantes que celles avec des pathologies physiques, mais il faut se donner le temps de bien faire les choses : opinions d'experts (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, intervenants de la rue en itinérance), revue des données probantes (déjà faite au niveau fédéral<sup>5</sup>), consultation des groupes communautaires. Un objectif de 8 à 10 mois semble réaliste et atteignable en tout respect pour ces citoyens tout en posant des balises supplémentaires aux critères actuels.

Afin de guider les décisions à venir, quelques réflexions sur les pathologies de la santé mentale et de l'aide médicale peuvent éclairer la problématique.

- La maladie mentale est une maladie réelle et qui amène des souffrances réelles, parfois intolérables et résistantes à tout traitement.
- Les Chartes canadienne et québécoise posent le principe quasi absolu de l'autonomie du patient et de son droit d'accepter ou refuser un ou des traitements.
- Dans nos sociétés démocratiques, les traitements psychiatriques, à l'exception de la sismothérapie (électrothérapie), sont peu ou pas invasifs au sens habituel du terme. Jusqu'où peut-on aller dans l'obligation faite à un patient psychiatrique d'avoir encore d'autres traitements sans son consentement s'il ne les veut plus?
- Comment définir raisonnablement la question de la résistance thérapeutique?
- Jusqu'à quelle limite qualitative ET quantitative est-on justifié d'aller si la demande finale est celle d'une euthanasie? Quelle est la limite temporelle et doit-il y en avoir une : 10 ans? 15 ans? 25 ans de troubles de santé mentale et dysfonctionnement en société?

---

5

<https://rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2019/02/L%E2%80%99%C3%A9tat-des-connaissances-sur-l%E2%80%99aide-m%C3%A9dicale-%C3%A0-mourir-lorsqu%E2%80%99un-trouble-mental-est-le-seul-probl%C3%A8me-m%C3%A9dical-invoqu%C3%A9.pdf>

- Et dans ce cadre, il apparaît impossible de fixer un âge biologique forcément aléatoire pour demander l'AMM, car ce serait immédiatement battu en brèche en raison de la discrimination liée à l'âge.
- Quels sont les diagnostics psychiatriques qui répondraient à une définition restrictive d'une maladie intolérable, incurable, qui conduit à des souffrances psychiques insupportables?
- Et jusqu'où va-t-on s'il y a plusieurs tentatives sérieuses de suicide?
- Et comment conjuguer le risque de suicide indigne ou abominable (arme à feu, chute, métro, etc.) et une possibilité de mort douce et contrôlée?
- Comment être à l'écoute des lobbys de protection des patients avec problème de santé mentale qui veulent faire reconnaître, à juste titre, que la pathologie mentale est une maladie au même titre que les pathologies physiques, mais aussi à l'écoute des lobbys anti-suicide, qui eux émettent des craintes sur la normalisation du suicide et de l'AMM chez les mêmes patients de SM, là aussi souvent à juste titre?

### **C. Les pathologies neurodégénératives cognitives**

Il est tout d'abord absolument essentiel de bien préciser et faire comprendre que les pathologies neurodégénératives cognitives sont des pathologies physiques, organiques, et non pas mentales au sens usuel du terme.

Toute personne apte qui s'est fait donner un diagnostic de maladie neurodégénérative cognitive, de type Alzheimer, devrait pouvoir indiquer dans ses directives médicales anticipées rédigées, sous validation d'un témoin, qu'elle désire obtenir l'AMM au moment où elle le jugera pertinent pour elle, selon ses valeurs et quel que soit son état cognitif à ce moment.

C'est d'ailleurs la recommandation précise qu'indiquait le rapport du comité mixte spécial Sénat/Communes sur l'aide médicale à mourir, en février 2016. (<https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/PDAM/rapport-1>)

#### **RECOMMANDATION 7**

*Que l'on autorise le recours aux demandes anticipées d'aide médicale à mourir à tout moment, après qu'une personne aura reçu un diagnostic de problème de santé qui lui fera vraisemblablement perdre ses capacités ou un diagnostic de problème de santé grave ou irrémédiable, mais avant que les souffrances ne deviennent intolérables. Une personne ne pourra toutefois pas faire de demande anticipée avant d'avoir reçu l'un ou l'autre de ces diagnostics. On appliquera aux demandes anticipées les mêmes mesures de protection que pour les demandes d'aide immédiate.*

Au Québec, le rapport du comité d'experts<sup>6</sup> mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux a déposé son rapport en octobre 2019 et a fait l'objet d'un très large consensus quasi unanime au Québec lors d'un forum sur le sujet<sup>7</sup>.

En terminant, je tiens à réitérer ici la position ferme et inébranlable de l'AQDMD d'une **interdiction absolue de l'AMM sous peine de sanctions criminelles des personnes inaptes depuis toujours** (déficience mentale) ou de celles qui le sont devenues sans avoir fait de DMA, car cela devient de l'eugénisme.

Pour le conseil d'administration

Georges L'Espérance, neurochirurgien  
Président de l'AQDMD  
Montréal

---

<sup>6</sup> <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-828-04W.pdf>

<sup>7</sup>

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-national-sur-l-evolution-de-la-Loi-concernant-les-soins-de-fin-de-vie/programmation/>