



Mémoire sur le projet de loi C-14

Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)

présenté au

Comité permanent de la justice et des droits de la personne

24 avril 2016

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

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

M. Mike MacPherson

Greffier du comité

Comité permanent de la justice et des droits de la personne Chambre des communes

Montréal, le 24 avril 2016

À la suite du jugement unanime de la Cour suprême (CS), l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD) comprend que le projet de loi C-14 vise à modifier des articles spécifiques du Code criminel, mais il nous semble néanmoins devoir être amendé, particulièrement sur les deux aspects spécifiques suivants :

- l'admissibilité des personnes avec pathologies chroniques débilitantes mais non terminales à court ou moyen terme, pour ainsi se conformer au jugement de la CS en regard de la situation de Mme Carter;
- les dispositions sur les directives médicales anticipées.

A. Les personnes avec pathologies chroniques débilitantes mais non terminales à court ou moyen terme.

La loi C-14 propose une admissibilité très restreinte qui ouvre la porte à des contestations juridiques qui seront très pénibles pour les patients avec pathologies chroniques qui voudront faire valoir leurs droits selon la Charte canadienne. Les exemples les plus frappants et qui préoccupent une vaste majorité de citoyens concernent les patients avec pathologies neurodégénératives ou traumatiques.

Quelques exemples : locked-in syndrome, sclérose latérale amyotrophique, Guillain-Barré, sclérose en plaques, quadriplégie, etc. Dans tous ces états, les capacités cognitives sont préservées et permettent un consentement éclairé.

De multiples décisions des Cours suprêmes du Canada et des États-Unis ont toujours accordé à ces patients le droit de cesser tous les traitements, même si la mort en est la conséquence inéluctable, immédiatement ou à très court terme (Cruzan, Perlmutter, Farrell, Requena, Rodas, Putzer, McAfee : É.-U. ; Nancy B. au Québec, 1992, etc.).

Ce droit reconnu depuis près de trois décennies à des patients qui ne sont pas en fin de vie ou dont « *la mort naturelle (n'est pas) devenue raisonnablement prévisible* » et qui conservent toutes leurs capacités cognitives doit logiquement s'appliquer pour l'aide médicale à mourir (AMM).

La réflexion est la même pour les personnes avec pathologies chroniques débilifiantes et avancées, telle une insuffisance respiratoire avancée, cardiaque, etc.

Cette problématique clinique bien réelle doit être incluse dans 241.2 (2) de C-14 sous la forme de la recommandation no 2 du rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir :

Que l'aide médicale à mourir soit accessible aux personnes atteintes de maladies terminales et non terminales graves et irrémédiables leur causant des souffrances persistantes qui leur sont intolérables au regard de leur condition.

B. Les directives médicales anticipées

L'AQDMD appuie aussi sans réserve la recommandation no 7 du Comité mixte spécial du parlement fédéral à l'effet de permettre la demande anticipée d'AMM pour la personne qui a reçu un diagnostic de maladie neurodégénérative qui éventuellement engendrera une perte de capacité cognitive pour qu'elle puisse en bénéficier au moment choisi par elle.

L'AQDMD demande donc d'inclure à l'article 241.2 (1) la disposition suivante :

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. On appliquera aux demandes anticipées les mêmes mesures de protection que pour les demandes d'aide immédiate.

QUELQUES COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES SUR C-14.

1) Les personnes actuellement inaptes, les mineurs, la santé mentale

En l'état actuel des choses, l'AQDMD est en accord avec la poursuite de l'interdiction :

- pour les personnes inaptes qui n'auraient pas formulé leurs directives médicales anticipées;
- pour les personnes nées avec un déficit cognitif;
- pour les personnes mineures et les patients avec pathologies psychiatriques primaires : la réflexion sociétale et médicale doit se poursuivre avec l'éclairage des autres juridictions qui sont aux prises avec les mêmes questionnements.

2) Le suicide assisté

L'AQDMD se questionne sur l'article 241.1 b) qui nous semble donner ouverture à une certaine forme de suicide assisté. Nous soutenons qu'il doit être très clair que l'AMM est et doit rester dans le cadre strict d'un acte médical administré par un médecin (ou un infirmier/e clinicien/ne selon les dispositions législatives des provinces).

L'AQDMD suggère qu'il n'y ait aucune disposition qui laisserait croire que l'AMM puisse être fournie par toute autre personne qu'un médecin ou un/e infirmier/ère clinicien/ne (selon les dispositions législatives des provinces).



Georges L'Espérance, MD, neurochirurgien
Président de l'AQDMD
Pour le CA

La mission de L'AQDMD est de faire reconnaître l'autonomie pour 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.

<http://www.aqdmd.qc.ca>