



3250 Bloor St. West, Suite 300  
Toronto, Ontario  
M8X 2Y4 Canada

416-231-5931 1-800-268-3781  
F: 416-231-3103  
www.united-church.ca

**Au :** Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

**À l'attention de :** Cynara Corbin  
Cogreffière du Comité  
Chambre des communes

**Shaila Anwar**  
Cogreffière du Comité  
Sénat du Canada

Courriel : [PDAM@parl.gc.ca](mailto:PDAM@parl.gc.ca)

**Date :** Vendredi 19 février 2016

**De :** La pasteure Jordan Cantwell  
Modératrice  
L'Église Unie du Canada

L'Église Unie du Canada élabore actuellement un document de position sur l'aide médicale à mourir, processus au cours duquel elle devra prêter l'oreille à différentes voix au sein de sa communauté. Il faudra un certain temps avant que nous puissions formuler une position officielle sur l'aide médicale à mourir, et nous ne sommes pas assurés de parvenir à un consensus sur ces enjeux au sein de notre Église. Compte tenu du calendrier des travaux du Comité parlementaire, je me permets, en qualité de modératrice de l'Église Unie, de vous proposer les pistes de réflexion qui suivent. Notre Église a une longue tradition d'affirmation de l'éthique relationnelle et de la capacité de chaque personne de composer avec les décisions difficiles relatives à la vie. Tout en soulignant que les perspectives et les opinions sur l'aide médicale à mourir et l'euthanasie volontaire varient grandement au sein de notre Église, je soumetts à l'attention du Comité les quelques points ci-dessous, dont vous pourrez tenir compte dans la préparation de votre rapport.

**L'accès à des soins palliatifs de qualité et l'accroissement de la capacité de soulager la douleur doivent accompagner toute initiative visant à légaliser l'aide médicale à mourir.**

Cela suppose une meilleure appréciation des multiples méthodes de gestion de la douleur ainsi que des pratiques exemplaires en soins palliatifs dans chaque province et territoire. Nous savons que la douleur physique persistante peut avoir des répercussions majeures sur le bien-être mental et spirituel, et qu'elle a souvent un tel impact. La capacité de faire face à la souffrance physique, mentale et spirituelle associée à la maladie est tributaire des types et de l'étendue de l'aide disponible pour les personnes et leur famille ou proches aidants. La décision de mettre fin à ses jours pour éradiquer une douleur et une souffrance intolérables devrait toujours être considérée comme une solution de dernier recours.



**La tradition chrétienne considère la vie comme une valeur sacrée, mais non absolue, un bien qu'il faut toujours apprécier et protéger, mais qu'il faut aussi contempler à la lumière de la qualité de vie de la personne et de la communauté.** Le pasteur Gary Paterson, ancien modérateur de l'Église Unie, a exprimé ce point de vue de la façon suivante :

Pour les chrétiens, la vie est un don sacré de Dieu, qu'il faut apprécier et protéger. Mais nous savons aussi que la vie et la mort s'inscrivent dans l'ordre global du monde créé. La vie elle-même n'est pas absolue. La mort non plus, il va sans dire. Parler du caractère sacré de la vie revient à affirmer le désir que Dieu a d'une vie abondante pour toute la création. Dieu est amour, et comme l'affirment les chrétiens, seul l'amour divin est absolu. « Dans la vie, dans la mort, et dans la vie au-delà de la mort, Dieu est avec nous », telle est notre confession de foi.

Ainsi, dans la tradition théologique de l'Église Unie, le fait de croire au caractère sacré de la vie ne signifie pas qu'il faille empêcher toute tentative visant à y mettre fin. Nous sommes plutôt invités, tout d'abord à nous mettre à l'écoute des difficultés que vivent les personnes aux prises avec des décisions épineuses en nous assurant qu'elles ne sont pas laissées seules dans leurs dilemmes, et ensuite, à faire confiance aux personnes qui ont des choix difficiles à faire en ce qui concerne leur propre vie.

**Il faut mettre l'accent sur le jugement moral de la personne appelée à prendre une décision aussi difficile de son propre chef, en consultation avec ses proches et son médecin.** Ce que signifie *mourir dans la dignité* est subjectif et ne peut être déterminé que par la personne concernée. Toutefois, les êtres humains sont des êtres sociaux qui vivent, fonctionnent et trouvent leur raison d'exister dans leurs relations avec les autres. Il est donc important que la personne aux prises avec une décision concernant la fin de sa vie puisse compter sur le soutien et l'accompagnement d'autres personnes en qui elle a confiance et qui ont à cœur de défendre ses intérêts. Lorsqu'une personne en fin de vie n'a pas de parents ou d'amis capables de l'accompagner dans ce processus décisionnel, tout doit être fait pour lui offrir un tel soutien par l'entremise de travailleurs sociaux, d'aumôniers, d'aînés ou d'autres personnes dont elle peut souhaiter la présence.

**La question du consentement individuel et de l'initiative individuelle doit primer sur tout autre facteur.** Ce point met en évidence d'abord et avant tout l'importance de mettre en place des mesures adéquates pour déterminer la compétence de la personne appelée à prendre pour elle-même une décision ultime concernant sa vie ou sa mort. Dans ce contexte, il faut prendre toutes les précautions possibles pour protéger les personnes vulnérables contre toute forme implicite ou explicite de pression ou de coercition dans ce processus décisionnel. À cet égard, on peut tirer des leçons de l'expérience des gouvernements qui ont mis en place de nombreuses étapes d'évaluation en vue justement d'assurer une protection contre la coercition.

[Les associations de personnes handicapées ont fait valoir des préoccupations particulières au regard des arguments concernant l'aide à mourir. Elles soulignent que presque tous les états physiques cités comme raisons sous-jacentes pouvant justifier la demande d'une aide médicale à

mourir sont associés à des incapacités : perte de liberté personnelle, de capacités, d'autonomie et de contrôle; dépendance envers autrui; et souffrance physique. Ce que les personnes handicapées craignent surtout, c'est que l'approbation sociétale de l'aide médicale à mourir conduise à une dévalorisation de la vie des personnes ayant des limitations fonctionnelles et à des façons plus ou moins subtiles de les inciter à mettre un terme à leur vie pour ne plus être un fardeau pour leur famille et la société. Des craintes similaires sont exprimées pour les personnes âgées, dans le cas desquelles il faut aussi prendre en compte la possibilité d'une coercition exercée pour préserver l'héritage.

Ces préoccupations sont importantes et elles méritent qu'on s'y attarde. Toutefois, il est également important de rejeter les attitudes paternalistes à l'égard des personnes handicapées qui ont le droit et la capacité de prendre des décisions concernant leur propre vie.]

Cela soulève aussi des questions au sujet du moment où le consentement peut être donné — il s'agit de savoir combien de temps doit s'écouler entre le moment où la personne concernée donne explicitement son consentement à mourir et celui où l'action devant mettre un terme à sa vie sera exécutée.

Souvent, les gens ne sont pas capables de prédire avec exactitude comment ils se sentiraient ou réagiront dans une situation nouvelle tant qu'ils n'y sont pas effectivement plongés. C'est parfois au beau milieu de grandes épreuves que nous découvrons des réserves de courage et de force que nous ne soupçonnions pas. De la même façon, il est possible que l'état de vulnérabilité profonde nous ouvre à une expérience de grâce que nous ne pouvions pas prévoir. Pour cette raison, le consentement devrait être donné à un moment le plus rapproché possible de l'action destinée à mettre fin à la vie. Dans l'idéal, l'initiative finale devrait être celle de la personne concernée. Ainsi, on s'assurerait que les médecins demeurent en tout temps des conseillers, et non des décideurs. (*Voir ci-dessous une réflexion plus approfondie sur ce point.*)

**Dans ce processus décisionnel, le bien-être ou l'intégrité de la personne — esprit, intellect et corps — doit demeurer au premier plan.** La compréhension qu'ont les Premières Nations de la continuité qui existe au sein de la création, d'où l'expression *Tous unis*, nous rappelle que nous faisons partie de l'ordre naturel de la vie, qui comprend la mort. Et pourtant nous reconnaissons que l'humanité assume une responsabilité ou une intendance spéciale à l'égard de la création. Cette responsabilité ou intendance n'est pas l'affirmation d'une domination, mais plutôt d'une capacité de « guérir ». D'une certaine façon, nous sommes tous des médecins, qui avons comme devoir premier de ne pas faire de tort, et au-delà de ce devoir, de veiller au bien-être de notre monde et de nous entraider les uns les autres.

**L'accent mis sur le fait que l'aide médicale à mourir relève d'une décision qu'une personne prend avec son médecin donne à entendre que le médecin, de son côté, doit avoir le droit de refuser de participer au processus s'il estime que cela est inapproprié.** Le soutien à l'aide médicale à mourir doit prendre en compte les difficultés qu'éprouvent les membres du personnel médical en raison de leur contribution à un processus destiné à mettre fin à la vie d'une personne et en raison aussi des répercussions émotives possibles d'une telle contribution. En août 2014, le chef de l'Association médicale canadienne, le docteur Chris Simpson, a indiqué que suffisamment de médecins au Canada sont prêts à exécuter des interventions de décès provoqué

si la loi les y autorise. Mais les médecins ont d'abord besoin de mesures visant à protéger les personnes vulnérables et d'une stratégie pour consolider les soins palliatifs « de façon à ce que cela ne soit pas vu comme un premier, un deuxième, voire un troisième choix, mais comme un choix approprié pour les personnes concernées lorsque toutes les autres solutions raisonnables se sont révélées inefficaces. » [traduction]

**Lorsqu'une personne admissible à une aide médicale à mourir en vertu de la nouvelle loi demande à son médecin de lui fournir cette aide et que le médecin a des objections à participer à ce processus, ce dernier devrait être tenu d'adresser son patient ou sa patiente à un autre médecin.** Ces dispositions sont conformes aux dispositions d'autres lois, notamment les lois sur l'avortement, qui reconnaissent le droit à la liberté de conscience des professionnels de la santé, sans compromettre l'accès égal aux soins médicaux.

### **Examen plus approfondi de l'initiative individuelle et du consentement individuel**

Le fait de distinguer juridiquement l'aide médicale à mourir, où c'est la personne concernée qui exécute le geste final destiné à mettre fin à ses jours, de l'euthanasie volontaire présente un avantage certain en assurant le consentement. Cette voie soulève des préoccupations particulières pour les personnes atteintes d'une maladie progressive comme la SLA, ou sclérose latérale amyotrophique, maladie dont souffrait Gloria Taylor. Dans sa décision, Madame la juge Smith a souligné l'inégalité devant la loi que connaissent les personnes se trouvant dans ce type de situations, compte tenu du fait que le suicide lui-même n'est plus un crime. Si certaines personnes aux prises avec d'autres formes de maladie savent qu'elles maintiendront la capacité de prendre des mesures personnelles, celles qui sont atteintes de SLA et d'autres affections similaires doivent accepter qu'à partir d'un certain stade, elles ne seront plus capables de poser elles-mêmes un geste. Leur dilemme tient donc au fait qu'elles doivent agir avant de ne plus être capables de le faire. En d'autres mots, elles se retrouvent dans une situation où, si elles veulent mettre fin à leur vie, elles doivent agir prématurément.

Néanmoins, la loi sur l'aide médicale à mourir pourrait prévoir une évaluation prudente de ces cas, et permettre, au moment choisi par la personne concernée, que soient installés un dispositif de perfusion intraveineuse et une aide mécanique pouvant permettre à la personne en fin de vie d'introduire elle-même un médicament létal dans la solution (par l'entremise d'un tube respiratoire, possiblement). Ainsi, on préserverait un principe important, soit celui voulant que le geste final soit accompli par la personne en fin de vie. Cette option nécessiterait la mise en place d'une supervision supplémentaire, mais le problème n'est pas insoluble.

Une situation similaire, mais plus difficile, est soulevée par les personnes atteintes de démence et de la maladie d'Alzheimer. La perte graduelle de la capacité de raisonnement soulève un problème très épineux pour les personnes qui savent qu'elles sont en voie de perdre toute capacité de prendre quelque décision que ce soit. L'argument invoqué par Madame la juge Smith au sujet de l'inégalité devant la loi de certaines personnes est encore plus probant ici. Toutefois, décider d'aller jusqu'à autoriser l'euthanasie planifiée dans ce genre de cas, quand la personne a perdu la capacité de raisonner et qu'elle ne peut plus poser le geste définitif elle-même (indépendamment de la portée des directives préalables), soulève des interrogations profondes sur la responsabilité personnelle de l'action. Imaginer une société où, dans le cours normal des choses, les personnes ayant atteint un certain stade de démence seraient euthanasiées est

inconcevable, que le geste s'appuie ou non sur des directives concernant la fin de vie. Il serait tout de même nécessaire qu'une personne autre que la personne concernée prenne la décision finale. Cela pourrait aussi conduire à une coercition sociétale inconsciente ou flagrante, outrepassant la portée des directives données. Les préoccupations pour les personnes vulnérables et d'autres préoccupations ont amené de nombreux gouvernements qui appuient l'aide médicale à mourir à refuser de franchir ce pas de plus, soit celui de l'euthanasie planifiée. Le meilleur moyen de faire face à la dure réalité des maladies associées à des démences passe par la mise en place d'options de traitement et d'installations de soins de santé supérieures.