Modèle de lettre : Projet de loi C-41

Faites entendre votre voix : écrivez à votre député

Participez à la campagne d'envoi de lettres de la CECC pour demander à votre député de :

- maintenir l'exclusion liée à la maladie mentale au moyen d'une loi distincte;
- supprimer les dispositions relatives aux demandes anticipées du projet de loi C-41.

Personnalisez et envoyez votre lettre à l'aide du modèle de la CECC. Compte tenu des contraintes de temps, nous vous encourageons à **envoyer votre message par courriel**, mais vous pouvez également l'envoyer par la poste. Trouvez les coordonnées de votre député.

Objet : Projet de loi C-41 *Loi sur les mesures de sauvegarde à l'égard de l'aide médicale à mourir*

[*Madame la Députée / Monsieur le Député*],

En tant que citoyen.ne de votre circonscription je vous écris au sujet du projet de loi C-41, intitulé *Loi sur les mesures de sauvegarde à l'égard de l'aide médicale à mourir*. Je vous demande d'appuyer le maintien de l'exclusion de l'accès à l'euthanasie et au suicide assisté lorsque la maladie mentale est le seul problème de santé sous-jacent, et de vous opposer à l'élargissement de l'accès à l'euthanasie par le biais de demandes anticipées.

Ce projet de loi réunit deux mesures très différentes. Je vous prie d'intervenir pour qu'elles soient dissociées, afin que le Parlement puisse maintenir l'exclusion liée à la maladie mentale sans pour autant légaliser les demandes anticipées d'euthanasie.

Le gouvernement avait prévu de permettre l'euthanasie lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée. Après un examen soutenu des données et des témoignages d'experts et de personnes directement concernées, un comité parlementaire mixte a recommandé de maintenir l'exclusion de manière indéfinie. Les demandes anticipées, en revanche, n'ont pas fait l'objet d'un examen aussi soutenu et étendu à l'échelle fédérale. Je vous invite donc à exiger une étude tout aussi approfondie des données et des témoignages. Le Parlement doit être prêt à examiner les motifs de rejet de cet élargissement, plutôt que de présumer que des mesures de sauvegarde sauraient légitimer les demandes anticipées.

Une demande anticipée permettrait l'accès à l'euthanasie d'une personne qui ne serait plus capable de comprendre sa décision ni de la reconsidérer. Or, l'idée d'une maladie future et les craintes qu'elle engendre peut s'écarter beaucoup du vécu réel d'une personne. De plus, la perte de mémoire et la dépendance ne diminuent pas la dignité d'une personne et ne rendent pas nécessairement sa vie insupportable.

Une demande anticipée laisserait aussi à d'autres la capacité de déterminer si les circonstances décrites dans la demande sont réunies et d'interpréter ce que la personne concernée exprime par

ses paroles ou son comportement. Voilà une lourde responsabilité pour les professionnels de la santé, les familles et les proches aidants. Outre le risque d'erreur, une demande formulée antérieurement ne peut jamais rendre moralement acceptable le fait de mettre délibérément fin à la vie d'une personne.

Les personnes confrontées à la maladie ont besoin de savoir qu'elles recevront des soins et ne seront pas abandonnées. Je vous demande de plaider en faveur d'un meilleur accès aux soins gériatriques, aux services de soutien à domicile et dans la communauté, à des logements adaptés, aux services de répit pour les proches aidants ainsi qu'aux soins palliatifs. Ces services ne peuvent éliminer toutes les difficultés, mais personne ne devrait avoir le sentiment de devoir recourir à l'euthanasie faute d'avoir accès à des soins adéquats. L'euthanasie ne peut pas remplacer ces soins.

Je vous demande donc de :

- appuyer la séparation des deux mesures du projet de loi C-41;
- appuyer le maintien de l'exclusion lorsque la maladie mentale est le seul problème de santé sous-jacent;
- vous opposer aux dispositions relatives aux demandes anticipées et plaider pour des soins qui respectent la dignité des personnes vivant avec une maladie ou un handicap.

Il n'est pas nécessaire de partager la même position sur l'euthanasie pour appuyer ces demandes. Pour ma part, je m'oppose à l'euthanasie et au suicide assisté, mais des personnes ayant des convictions différentes peuvent aussi partager les préoccupations exprimées ici et appuyer des mesures visant à empêcher que ces pratiques se répandent davantage.

Je vous remercie de l'attention portée à mes requêtes et de votre engagement au service de notre communauté. Une réponse de votre part expliquant votre position sur cette question ainsi que les mesures que vous entendez prendre serait fort appréciée.

Veuillez agréer mes salutations distinguées.

[Nom complet]
[Adresse]
[Ville, province, code postal]

Les demandes anticipées d'euthanasie (dite AMM)

Mémoire présenté au Parlement sur le projet de loi C-41

Conférence des évêques catholiques du Canada

Le présent mémoire expose la réponse de la Conférence des évêques catholiques du Canada (CECC) au projet de loi C-41, intitulé *Loi sur les mesures de sauvegarde à l'égard de l'aide médicale à mourir*, que le gouvernement a déposé le 27 octobre 2026.[1]

L'« aide médicale à mourir » (AMM) comprend à la fois l'« euthanasie volontaire » (l'administration, par un médecin ou un infirmier praticien, d'une substance qui causera la mort d'une personne, à la demande de celle-ci) et le « suicide assisté » (la prescription ou la fourniture, par un médecin ou un infirmier praticien, d'un médicament qu'une personne pourrait s'administrer elle-même pour causer sa propre mort).[2] Le projet de loi C-41 porte sur les demandes anticipées d'euthanasie (parfois désignées à tort par le raccourci « directives médicales anticipées » ou « DMA »)[3] formulées après le diagnostic d'une maladie ou d'une affection grave et incurable dont l'évolution laisse présager une perte irréversible de la capacité de consentir à l'euthanasie. Ces demandes pourraient être exécutées après que la personne a perdu cette capacité, possiblement des années plus tard.

S'il était adopté, le projet de loi C-41 décriminaliserait, dans certaines circonstances, l'euthanasie sur demande anticipée, à condition qu'elle soit pratiquée dans une province ayant adopté une loi pour créer un registre des demandes.[4] Le régime proposé dépend donc de l'existence d'une loi provinciale ou territoriale habilitante.

---

1 Projet de loi C-41, *Loi sur les mesures de sauvegarde à l'égard de l'aide médicale à mourir*, 1re sess., 45e législature, première lecture le 27 octobre 2026 (ci-après « **projet de loi C-41** »), art. 5 (par. 241.21(1), al. 241.21(2) b) et 241.21(8)d), et par. 241.21(10) proposés du *Code criminel*), https://www.parl.ca/documentviewer/fr/45-1/projet-loi/C-41/premiere-lecture. Les renvois au projet de loi C-41 dans le présent mémoire visent le texte de première lecture; les dispositions proposées n'ont pas encore force de loi.

2 Ministère de la Justice Canada, *Contexte législatif : aide médicale à mourir (projet de loi C-14, tel que sanctionné le 17 juin 2016)*, juin 2016, partie 1, sect. II, « Définitions », https://justice.canada.ca/fra/pr-rp/autre-other/amsr-adra/p2.html.

3 Au Québec, les directives médicales anticipées et les demandes anticipées d'euthanasie sont régies par des dispositions législatives distinctes; les deux notions ne sont pas interchangeables. Gouvernement du Québec, « Exigences requises pour exprimer des directives médicales anticipées », dernière mise à jour le 8 mars 2019, sous « Situations cliniques visées » et « Soins visés », https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/directives-medicales-anticipees/exigences-requises; « Demande anticipée d'aide médicale à mourir », consulté le 5 novembre 2026, https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medicale-a-mourir/demande-anticipe-aide-medicale-mourir.

4 Projet de loi C-41, art. 5 (par. 241.21(10) proposé du *Code criminel*).

Le projet de loi C-41 se doit de prolonger aussi l'interdiction actuelle de l'AMM lorsque la maladie mentale est le seul problème de santé sous-jacent,[5] interdiction qui, autrement, doit prendre fin le 17 mars 2027.[6] Cette mesure s'inscrit dans le sens des orientations récentes du Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies.[7]

En 2025, le Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies a recommandé au gouvernement canadien de maintenir l'exception relative à la maladie mentale et de rejeter les propositions visant à autoriser les demandes anticipées d'AMM.[8] Conformément aux orientations de l'ONU, la CECC recommande de retirer du projet de loi C-41 les dispositions relatives aux demandes anticipées d'euthanasie et de faire avancer séparément celles qui maintiennent l'exclusion liée à la maladie mentale.[9]

Les demandes anticipées exigent un examen plus poussé. Les parlementaires doivent étudier attentivement les données et les témoignages, et entendre les personnes concernées ainsi que les experts en la matière, sans tenir l'acceptation des demandes anticipées pour acquise. À cette fin, la CECC demande que le projet de loi C-41 soit scindé en deux parties distinctes : la première, relative à l'exclusion liée à la maladie mentale, ferait l'objet d'un vote avant l'échéance du 17 mars 2027; la seconde, relative aux demandes anticipées d'euthanasie, ferait l'objet d'un vote séparé après une étude et un débat suffisants. Traiter les deux mesures séparément permettrait au Parlement de maintenir l'exclusion liée à la maladie mentale sans précipiter l'examen des questions éthiques, cliniques et juridiques distinctes que soulèvent les demandes anticipées d'euthanasie. Aucune raison de principe ne justifie de soumettre ces deux questions distinctes à un vote unique.

---

5 Projet de loi C-41, par. 4(2) et art. 5 (par. 241.2(2.1) et 241.21(9) proposés du *Code criminel*). Ces paragraphes prévoient qu'une personne ne peut remplir aucun des trois critères définissant les problèmes de santé graves et irrémédiables « sur la base d'une maladie mentale ». Un autre problème de santé doit satisfaire, indépendamment de la maladie mentale, aux exigences suivantes : être grave et incurable, entraîner un déclin avancé et irréversible des capacités et causer à la personne des douleurs physiques ou des souffrances psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables.

6 *Loi nº 2 modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, L.C. 2024, ch. 1, art. 1, https://laws.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2024_1/TexteComplet.html.

7 Comité des droits des personnes handicapées, *Observations finales sur les deuxième et troisième rapports* périodiques conjoints du Canada, Convention relative aux droits des personnes handicapées, CRPD/C/CAN/CO/2-3, 15 avril 2025 (ci-après « **Observations de l'ONU** »), al. 19d) et 20a), https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=lLGjzAhEKBrUjbuS4xtnEPbbMXiwjmMj8M%2FrnbhY9tCUvuZ%2FMvh%2FsZ0NphP0N-dylQER6g322hsCBgOP3HXCo4w%3D%3D.

8 Observations de l'ONU, al. 19d) et 20b)–c).

9 L'échéance légale du 17 mars 2027 ne concerne que l'exclusion de la maladie mentale des critères d'admissibilité à l'AMM; elle n'impose au Parlement aucune obligation ni échéance pour autoriser les demandes anticipées.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

La CECC demande également des investissements accrus pour répondre aux besoins de soins et de soutien des personnes confrontées à la maladie et à la perte d'autonomie. Ces mesures concrètes sont essentielles, mais ni leur mise en place ni les mesures de sauvegarde encadrant l'AMM ne dissiperaient l'objection morale de la CECC au fait de mettre intentionnellement fin à une vie humaine.

Le présent mémoire porte sur les évaluations en vue de l'euthanasie et sur sa pratique à la suite d'une perte de la capacité de prendre des décisions. Il ne porte donc pas sur les directives médicales anticipées, qui précisent les traitements médicaux qu'une personne souhaite recevoir ou refuser si elle perd sa capacité décisionnelle,[10] ni sur le suicide assisté, dans lequel la personne s'administre elle-même une substance qui cause sa mort.[11] L'opposition de la CECC s'applique tant au suicide assisté qu'à l'euthanasie, mais non aux directives médicales anticipées. Tant que le droit canadien continue de permettre l'euthanasie et le suicide assisté dans certaines circonstances, la CECC préconise des mesures visant à en limiter les préjudices et à empêcher tout nouvel élargissement. Son appui au maintien de l'exclusion liée à la maladie mentale doit également être compris dans cette perspective.[12] Les recherches examinées ici portent en grande partie sur la démence. Les questions éthiques liées aux demandes anticipées d'euthanasie se posent toutefois aussi lorsqu'un autre problème de santé prive une personne de sa capacité de prendre des décisions éclairées.

Ces considérations s'appuient sur l'enseignement moral et social de l'Église catholique,[13] ainsi que sur d'autres sources, notamment la conversation nationale menée par Santé Canada en 2025, des études cliniques, des travaux de recherche en philosophie et en bioéthique, le droit canadien

---

10 Gouvernement du Québec, « Exigences requises pour exprimer des directives médicales anticipées », dernière mise à jour le 8 mars 2019, sous « Situations cliniques visées » et « Soins visés », https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/directives-medicales-anticipees/exigences-requises.

11 *Code criminel*, L.R.C. 1985, ch. C-46 (ci-après « **Code criminel** »), art. 241.1, https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/section-241.1.html. Le *Code criminel* permet tant l'administration par un praticien que l'autoadministration. Le projet de loi C-41, à l'art. 5 (par. 241.21(15) proposé), limite expressément la prestation sur la base d'une demande anticipée à l'administration par un praticien. Santé Canada indique que tous les cas d'AMM en 2024 ont comporté une administration par un praticien : Santé Canada, *Sixième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada*, novembre 2025, sect. 2.2, https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-annuel-aide-medicale-mourir-2024.html.

12 Conférence des évêques catholiques du Canada, Conseil permanent, *Déclaration du Conseil permanent appuyant le projet de loi C-218 : « Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) »*, 4 février 2026, p. 1, https://www.cecc.ca/wp-content/uploads/2026/02/2026-02-04-Declaration-du-CP-de-la-CECC-Appui-du-Projet-de-loi-C-218-1.pdf.

13 *Catéchisme de l'Église catholique*, nos 2276–2279, https://www.vatican.va/archive/FRA0013/_P7U.HTM. Conseil pontifical « Justice et Paix », *Compendium de la doctrine sociale de l'Église*, nº 155, texte français en ligne, https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/justpeace/documents/rc_pc_justpeace_doc_20060526_compendio-dott-soc_fr.html; Congrégation pour la Doctrine de la Foi, *Samaritanus bonus*, 14 juillet 2020, sect. V, nos 1 et 4, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_fr.html; Dicastère pour la Doctrine de la Foi, *Dignitas infinita*, 2 avril 2024, nos 51–52, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_ddf_doc_20240402_dignitas-infinita_fr.html.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

et le cadre québécois des demandes anticipées. Le présent mémoire a également bénéficié de la relecture de médecins, d'autres professionnels de la santé, d'éthiciens et d'experts en droit civil. La responsabilité des positions qui y sont exprimées demeure néanmoins celle de la CECC. La réflexion morale catholique fait appel à la raison et aux biens de la vie humaine communs à tous. Les préoccupations qu'elle soulève sont donc soumises à l'examen public, et non présentées comme des affirmations reposant uniquement sur des convictions religieuses.[14]

Les treize considérations qui suivent sont regroupées en cinq parties :

I. Les limites législatives et l'égale protection
II. L'interprétation des demandes anticipées après la perte de capacité
III. Comprendre la souffrance et assurer des soins appropriés
IV. Les distinctions éthiques et les responsabilités en matière de soins
V. Les données probantes et l'examen parlementaire

I. Les limites législatives et l'égale protection

En 2015, la Cour suprême du Canada a déclaré inconstitutionnelles des dispositions du *Code criminel* interdisant l'accès à l'AMM.[15] En réponse, le Parlement a modifié le *Code criminel* pour permettre aux médecins et aux infirmiers praticiens de fournir l'AMM à des adultes admissibles affectés de problèmes de santé graves et irrémédiables, lorsque leur mort naturelle était raisonnablement prévisible.[16]

En 2019, la Cour supérieure du Québec a rendu le jugement *Truchon c. Procureur général du Canada*, qui déclarait inconstitutionnelles les dispositions fédérales et provinciales limitant l'AMM aux personnes « en fin de vie » ou dont la mort naturelle était raisonnablement prévisible.[17] Dans *Truchon*, la Cour a expressément refusé de se prononcer sur les questions relatives à l'élargissement de l'euthanasie aux demandes anticipées.[18]

14 Cf. Léon XIV, *Magnifica humanitas*, lettre encyclique, 15 mai 2026, nº 56, https://www.vatican.va/content/leo-xiv/fr/encyclicals/documents/20260515-magnifica-humanitas.html.

15 *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5, par. 147, https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/fr/item/14637/index.do.

16 *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, L.C. 2016, ch. 3, art. 3 (ci-après « Loi modificative de 2016 »), https://laws.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2016_3/TexteComplet.html.

17 *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792, par. 734–736, https://canlii.ca/t/j4f8t#par734.

18 *Truchon*, par. 16. La Cour n'a pas été appelée à se prononcer sur la constitutionnalité de l'exclusion des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale. L'exclusion expresse fondée sur ce motif a été introduite ultérieurement dans le *Code criminel*, en 2021 : Loi modificative de 2021, par. 1(2) (édictant le par. 241.2(2.1) du *Code criminel*).

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

Ni le procureur général du Canada ni le procureur général du Québec n'ont interjeté appel du jugement *Truchon*. Le Parlement a plutôt modifié le *Code criminel* en 2021 pour élargir les conditions d'admissibilité à l'AMM, notamment en supprimant l'exigence selon laquelle la mort naturelle d'une personne devait être raisonnablement prévisible.[19] Les modifications empêchaient également les personnes dont le seul problème médical était un trouble mental d'avoir accès à l'AMM, ce qu'on appelle l'exclusion liée à la maladie mentale.[20] Cette exclusion devait automatiquement prendre fin au bout de deux ans, mais elle a été prolongée par d'autres modifications législatives en 2023 et en 2024.[21]

En réponse au jugement *Truchon*, le Québec a cessé d'appliquer l'exigence légale selon laquelle une personne devait être « en fin de vie » pour être admissible à l'AMM.[22] En 2023, il a officiellement modifié sa *Loi concernant les soins de fin de vie* afin de supprimer le critère de fin de vie et d'autoriser les demandes anticipées d'euthanasie dans certaines situations,[23] devenant ainsi la première et, à ce jour, la seule province canadienne à le faire.[24] À l'instar des modifications fédérales de 2021, les modifications québécoises de 2023 empêchent les personnes dont le seul problème médical est un trouble mental d'avoir accès à l'AMM.[25]

---

19 Projet de loi C-7, *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, 2e sess., 43e législature, sanctionné le 17 mars 2021, L.C. 2021, ch. 2 (ci-après « **Loi modificative de 2021** »), https://www.parl.ca/documentviewer/fr/43-2/projet-loi/C-7/sanction-royal; Gouvernement du Canada, *Contexte législatif : Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision Truchon de la Cour supérieure du Québec*, consulté le 5 novembre 2026, https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/am-ad/c7/p1.html.

20 Loi modificative de 2021, par. 1(2).

21 Loi modificative de 2021, par. 1(2.1) et art. 6; projet de loi C-39, *Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, 1re sess., 44e législature, sanctionné le 9 mars 2023, L.C. 2023, ch. 1, art. 1, https://www.parl.ca/documentviewer/fr/44-1/projet-loi/C-39/sanction-royal; projet de loi C-62, *Loi no 2 modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, 1re sess., 44e législature, sanctionné le 29 février 2024, L.C. 2024, ch. 1, art. 1, https://www.parl.ca/documentviewer/fr/44-1/projet-loi/C-62/sanction-royal.

22 Gouvernement du Québec, « Exigences requises pour recevoir l'aide médicale à mourir suivant une demande contemporaine », dernière mise à jour le 5 mars 2025, https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medicale-a-mourir/exigences-requises.

23 *Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 2023, ch. 15 (ci-après « Loi modificative québécoise de 2023 »), https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2023/2023C15F.PDF; Gouvernement du Québec, « Demande anticipée d'aide médicale à mourir », consulté le 5 novembre 2026, https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medicale-a-mourir/demande-anticipe-aide-medicale-mourir.

24 Cf. Jesse Feith, « Explainer : A Look at Advance Requests for MAID in Quebec », *Montreal Gazette*, 30 octobre 2024, https://montrealgazette.com/news/provincial-news/explainer-a-look-at-advance-requests-for-maid-in-quebec/.

25 Loi modificative québécoise de 2023, art. 16.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

Tout nouvel élargissement de l'accès à l'AMM met en jeu tant la compétence constitutionnelle du Parlement en matière de droit criminel — ainsi que de paix, d'ordre et de bon gouvernement — que la compétence constitutionnelle des provinces en matière de soins de santé.[26] Le projet de loi C-41 ne permettrait les demandes anticipées d'euthanasie que dans les provinces ayant adopté une loi pour encadrer ces demandes et établir un registre où elles seraient conservées. Les circonstances dans lesquelles une vie humaine peut légalement être supprimée varieront donc d'une région à l'autre du Canada. Compte tenu des intérêts constitutionnels fondamentaux en jeu, notamment le respect de la dignité humaine, la protection des personnes vulnérables et les droits des personnes handicapées, le Parlement a un rôle essentiel à jouer dans l'établissement de protections nationales qui assurent le respect de la vie humaine et de la dignité de la personne au lieu de favoriser l'élargissement de l'euthanasie.

1. Maintenir l'exclusion liée à la maladie mentale par une loi distincte

En vertu du droit actuellement en vigueur, l'exclusion liée à la maladie mentale doit prendre fin le 17 mars 2027. Cette échéance légale n'oblige pas le Parlement à autoriser les demandes anticipées d'euthanasie. Le jugement *Truchon* n'exige pas non plus d'élargir l'euthanasie aux personnes dépourvues de capacité décisionnelle ou sur la base d'une demande anticipée. Dans sa version actuelle, le projet de loi C-41 maintiendrait l'exclusion liée à la maladie mentale et préciserait que la maladie mentale ne peut servir à établir l'un ou l'autre des trois critères médicaux définissant les problèmes de santé graves et irrémédiables.[27] Nous exhortons le Parlement à faire avancer ces dispositions indépendamment de celles qui concernent les demandes anticipées. Les dispositions relatives aux demandes anticipées devraient être retirées du projet de loi C-41 afin de permettre une étude plus approfondie sans retarder l'adoption de la loi maintenant l'exclusion liée à la maladie mentale.

L'histoire de la législation canadienne sur l'euthanasie et le suicide assisté révèle une succession d'élargissements. Le cadre de 2016 exigeait que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible et que la personne donne expressément son consentement immédiatement avant l'intervention.[28] Les modifications de 2021 ont élargi les conditions d'admissibilité de plusieurs façons. Pour les personnes dont la mort était raisonnablement prévisible, elles ont instauré une possibilité limitée

26 *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Vict., ch. 3 (R.-U.), par. 91(27) et 92(7), https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-3.html.

27 Projet de loi C-41, par. 4(2) (par. 241.2(2.1) proposé du *Code criminel*).

28 *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, L.C. 2016, ch. 3, art. 3 (édictant les alinéas 241.2(2)d) et 241.2(3)h) du *Code criminel*) et art. 9.1, https://laws.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2016_3/TexteComplet.html. L'article 9.1 exigeait un examen indépendant des questions relatives aux demandes anticipées; il prévoyait un examen de la question, mais n'imposait pas l'autorisation ultérieure de ces demandes.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

de renoncer au consentement final : une première dérogation au principe du consentement donné au moment de l'acte.[29]

Le projet de loi C-41 irait encore plus loin dans cette dérogation : il pourrait être mis fin à la vie d'une personne après la perte de sa capacité décisionnelle, sur la base d'une demande faite antérieurement. La CECC craint que les limites de ce que la loi autorise continuent de se déplacer. Nous demandons au gouvernement d'expliquer sur quels principes il se fonderait pour s'opposer à un nouvel élargissement ou pour le permettre.

2. L'égale protection doit subsister après la perte de capacité

Le projet de loi C-41 permettrait de formuler des demandes anticipées d'AMM qui ne pourraient être exécutées que si leurs auteurs perdaient ensuite leur capacité de consentir.[30] Il y a donc lieu de craindre que des demandes anticipées soient motivées par la perspective de perdre cette capacité, plutôt que par l'anticipation de souffrances intolérables.

La dignité humaine appartient à toute personne tout au long de sa vie et n'est diminuée ni par les changements dans ses facultés cognitives ni par ceux qui touchent ses capacités ou son indépendance.[31] La dépendance n'est pas une condition exceptionnelle propre à une catégorie distincte de personnes; elle est une caractéristique universelle de la vie humaine, dont les formes et les degrés varient au fil du temps.[32] Une personne qui a perdu sa capacité décisionnelle demeure donc quelqu'un à qui des soins sont dus. Cette perte de capacité ne diminue pas la valeur de sa vie. Permettre de mettre intentionnellement fin à la vie d'une personne qui ne peut plus comprendre, confirmer ou reconsidérer la décision affaiblirait davantage la protection juridique assurée par l'exigence d'un consentement au moment de l'acte, précisément lorsque sa dépendance envers autrui est la plus grande.

L'interdépendance ne se réduit pas au besoin de services. Les personnes qui ont perdu leur capacité décisionnelle demeurent membres de familles et de communautés. Elles peuvent continuer à donner et à recevoir de l'affection, selon des modalités qui évoluent avec la progression de la

29 *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, L.C. 2021, ch. 2, par. 1(1) (abrogeant l'alinéa 241.2(2) d) du *Code criminel*) et par. 1(7) (édictant les paragraphes 241.2(3.1) à (3.5) du *Code criminel*), https://lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2021_2/page-1.html. La renonciation limitée au consentement final est prévue au paragraphe 241.2(3.2). Le paragraphe 241.2(3.1) établit un ensemble distinct de mesures de sauvegarde pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

30 Projet de loi C-41, art. 5.

31 Dicastère pour la Doctrine de la Foi, *Dignitas infinita*, déclaration sur la dignité humaine, 2 avril 2024, n^os^ 24 et 51–54, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_ddf_doc_20240402_dignitas-infinita_fr.html.

32 Alasdair MacIntyre, *Dependent Rational Animals : Why Human Beings Need the Virtues* (Chicago : Open Court, 1999), p. 82, 100, 127–128 et 130. Cf. Alasdair MacIntyre, *L'homme, cet animal rationnel dépendant : les vertus de la vulnérabilité*, trad. de l'anglais par Gabriel Raphaël Veyret (Paris : Tallandier, 2020).

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

maladie. Notre responsabilité est de préserver ces relations, y compris lorsque la réciprocité n'est plus apparente. La dignité humaine ne dépend pas de la capacité de rendre les soins que l'on reçoit.[33]

3. Les préoccupations internationales relatives aux droits des personnes handicapées exigent une réponse

Dans un rapport de 2025, le Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies a constaté « avec une extrême préoccupation » que le Canada avait supprimé le critère de la « mort raisonnablement prévisible » pour l'AMM.[34] Il a également relevé « avec préoccupation » la décision du Canada de ne pas contester le jugement *Truchon*, ainsi que les données du Bureau du coroner en chef de l'Ontario indiquant que les femmes handicapées et les autres personnes handicapées en situation de marginalisation ont eu recours de manière disproportionnée aux dispositions élargies sur l'AMM.[35]

Le Comité a expressément recommandé de ne pas élargir davantage les critères d'admissibilité à l'AMM pour y inclure les demandes anticipées ou les personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale.[36] Il a aussi encouragé le gouvernement fédéral à investir davantage dans les soins et les mesures de soutien social, ainsi qu'à établir un mécanisme fédéral indépendant chargé de surveiller et d'encadrer l'AMM, ainsi que de traiter les plaintes qui s'y rapportent.[37] Le Comité a également recommandé de renforcer les processus de consultation dirigés par les communautés autochtones et tenant compte des particularités des différents peuples concernés, en y incluant les personnes handicapées autochtones non inscrites ou vivant hors réserve, dans le respect du principe d'autodétermination.[38] Ces recommandations émanent d'un organe de surveillance de l'application d'un traité et appellent une réponse motivée du gouvernement.

II. L'interprétation des demandes anticipées après la perte de capacité

4. Les demandes anticipées laissent à autrui le soin d'interpréter, au risque de se tromper

Une demande anticipée écrite ne peut déterminer à quel moment les conditions qu'elle prévoit sont remplies ni comment le patient les vit désormais. Les cliniciens et les autres personnes concernées doivent interpréter les demandes anticipées à la lumière de la situation médicale du patient et de ses paroles, de son comportement ou de ses réactions du moment.

33 Léon XIV, *Magnifica humanitas*, nos 50 et 75; Dicastère pour la Doctrine de la Foi, *Dignitas infinita*, no 26.

34 Observations de l'ONU, par. 19.

35 Observations de l'ONU, al. 19a) et c).

36 Observations de l'ONU, al. 19d) et 20a)–b).

37 Observations de l'ONU, al. 20c) et e).

38 Observations de l'ONU, al. 20d).

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

Une étude néerlandaise portant sur 14 cas liés à des directives anticipées d'euthanasie et à la démence a documenté des difficultés persistantes dans l'évaluation des souhaits actuels des patients, de leurs souffrances et des autres possibilités.[39] La fiabilité de ces interprétations demeure incertaine. La manière de donner suite à une demande lorsque les responsables de l'évaluation sont en désaccord n'est pas claire non plus. Une demande anticipée repose nécessairement sur des circonstances envisagées, alors que celles dans lesquelles elle est invoquée peuvent différer sensiblement de ce qui avait été prévu. Le document consigne des volontés antérieures, mais ne peut supprimer la nécessité pour autrui de décider si ses dispositions s'appliquent, et comment elles s'appliquent, dès lors que le patient a perdu la capacité de porter un jugement éclairé.[40] Le Parlement doit faire face à la possibilité que l'interprétation dont dépend la mort du patient soit erronée.

La responsabilité de l'interprétation incombe aussi aux familles, aux équipes soignantes et aux établissements. Des désaccords peuvent survenir quant aux intentions de la personne, à la présence des conditions précisées ou à la manière de comprendre ses réactions actuelles. Prendre pour autrui des décisions relatives aux traitements de fin de vie peut imposer un fardeau émotionnel important et durable, que l'incertitude ou les désaccords d'interprétation pourraient alourdir.[41]

Le Parlement devrait examiner qui peut soulever une préoccupation, comment les désaccords feraient l'objet d'un examen indépendant et comment la personne demeurerait protégée dans l'attente de leur résolution.

5. Des circonstances imprévues peuvent remettre en cause un jugement antérieur

Une personne qui formule une demande peut comprendre un diagnostic sans pouvoir savoir comment les soins, les relations, les traitements ou l'adaptation à la maladie influeront ultérieurement sur sa vie quotidienne. L'analyse de Hayden P. Nix fait ressortir la difficulté de prédire quelles

39 Djura O. Coers et al., « Euthanasia in Advanced Dementia : An Empirical Study of the Decision-Making Process Based on Advance Directives », *Age and Ageing* 55, no 6 (2026) : afag170, https://doi.org/10.1093/ageing/afag170. Première publication en ligne le 22 juin 2026.

40 Catherine Ferrier, « MAiD by Advance Request : Vulnerability, Stigma, and the Myth of Free and Informed Advance Consent », dans *Unravelling MAiD in Canada : Euthanasia and Assisted Suicide as Medical Care*, sous la direction de Ramona Coelho, K. Sonu Gaind et Trudo Lemmens (McGill-Queen's University Press, 2025), p. 456–461, https://doi.org/10.2307/jj.29357373.18. Le propos de Ferrier relève de l'analyse éthique et clinique, et non d'une étude représentative des résultats des demandes anticipées.

41 Conseil des académies canadiennes, *L'état des connaissances sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir* (Ottawa : Conseil des académies canadiennes, 2018), p. 79–80 et 154–156, sect. 4.3.6 et 6.1.3, https://rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2019/02/L%E2%80%99%C3%A9tat-des-connaissances-sur-les-demandes-anticip%C3%A9es-d%E2%80%99aide-m%C3%A9dicale-%C3%A0-mourir.pdf; David Wendler et Annette Rid, « Systematic Review : The Effect on Surrogates of Making Treatment Decisions for Others », *Annals of Internal Medicine* 154, no 5 (2011) : 336–346, https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-5-201103010-00008.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

déficiences futures une personne vivra comme intolérables.[42] Une personne peut porter un jugement sérieux et réfléchi sur l'avenir sans prévoir avec justesse comment elle le vivra. Des experts cliniciens décrivent la manière dont les personnes vivant avec la démence peuvent s'adapter aux changements de leur vie, tout en soulignant l'importance de soins et de mesures de soutien appropriés.[43] Des recherches montrent aussi que les personnes atteintes de démence peuvent porter sur leur qualité de vie un jugement plus positif que celui des membres de leur famille ou du personnel soignant.[44] Nous ne devrions donc pas présumer que leur expérience correspondra à ce qu'elles redoutaient auparavant. De plus, de nouvelles thérapies, de meilleurs soins ou une évolution des relations peuvent modifier les circonstances dans lesquelles la demande sera examinée. Il est vraisemblable que ces différences ne deviennent apparentes qu'une fois la personne jugée, à l'issue d'une évaluation, incapable de reconsidérer sa demande.

6. Une demande antérieure n'est pas un consentement libre et éclairé au moment de l'acte

Les dispositions actuelles du *Code criminel* exigent qu'on offre à la personne la possibilité de retirer sa demande d'euthanasie et qu'elle donne expressément son consentement immédiatement avant que l'euthanasie soit pratiquée.[45] Une exception limitée permet à certaines personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible de renoncer à cette confirmation finale : elles doivent déjà avoir été évaluées et jugées admissibles, et avoir conclu avec leur praticien une entente écrite prévoyant l'euthanasie à une date précise, en prévision d'une éventuelle perte de capacité avant cette date.[46] Cette situation diffère d'une demande anticipée destinée à s'appliquer si certaines circonstances se présentent, potentiellement des années après sa formulation.

---

42 Hayden P. Nix, « Operationalizing the Intolerable Suffering Criterion in Advance Requests for Medical Assistance in Dying for People Living with Dementia in Canada », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 35, no 2 (2026) : 94–100, https://doi.org/10.1017/S0963180124000264. Première publication en ligne le 22 mai 2024.

43 Romayne Gallagher, témoignage devant le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, *Témoignages*, nº 6, 44e législature, 1re sess., 9 mai 2022, https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/44-1/AMAD/reunion-6/temoignages; Ramona Coelho, « Canada's MAiD Consultation Misleads the Public in Its Framing », Macdonald-Laurier Institute, 3 novembre 2025, https://macdonaldlaurier.ca/canadas-maid-consultation-misleads-the-public-in-its-framing-ramona-coelho-in-national-newswatch/; Ramona Coelho, « Is Our MAiD System Safe for Canadians with Dementia? », Macdonald-Laurier Institute, 2 octobre 2025, https://macdonaldlaurier.ca/is-our-maid-system-safe-for-canadians-with-dementia-ramona-coelho-in-national-newswatch/.

44 Christopher Beer et al., « Factors Associated with Self and Informant Ratings of the Quality of Life of People with Dementia Living in Care Facilities : A Cross Sectional Study », *PLoS ONE* 5, no 12 (2010) : e15621, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0015621.

45 *Code criminel*, al. 241.2(3)h) et 241.2(3.1)k), https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/section-241.2.html.

46 *Code criminel*, par. 241.2(3.2)–(3.5), https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/section-241.2.html. Le paragraphe (3.5) prévoit une exception distincte permettant à un praticien, en vertu d'une entente écrite préalable, d'administrer une substance causant la mort si la personne s'est elle-même administré une substance, mais a perdu sa capacité de consentir et n'est pas décédée dans le délai convenu.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

Le projet de loi C-41 exige une assistance professionnelle ainsi que des renseignements fournis par un praticien possédant une expertise à l'égard de la maladie ou de l'affection de la personne qui fait la demande.[47] Il exige que cette personne soit informée que de nouveaux traitements ou d'autres moyens de soulager ses souffrances pourraient devenir disponibles avant que l'euthanasie soit pratiquée.[48] Il considère aussi que la demande anticipée comprend le consentement éclairé de la personne à l'euthanasie.[49] Ces exigences ne permettent pas d'établir si elle choisirait encore l'euthanasie dans les circonstances qui se présentent effectivement.

Le consentement éclairé exige la capacité de prendre des décisions, l'absence de contrainte et des renseignements suffisants sur l'intervention proposée, ses risques importants et les autres possibilités.[50] Une fois cette capacité perdue, la personne ne peut plus soupeser ces renseignements à la lumière de son expérience réelle ni reconsidérer sa demande. Conférer une autorité juridique à la demande antérieure ne saurait, sur le plan éthique, tenir lieu du consentement éclairé de la personne au moment des évaluations ou de l'administration de l'euthanasie.[51]

Le Parlement aurait avantage à débattre de la manière dont seraient examinées les préoccupations relatives aux pressions, à une mauvaise compréhension ou à un changement de circonstances lorsque la personne ne peut plus clarifier sa demande.

7. Une demande antérieure ne doit pas prévaloir sur les réactions actuelles

Les partisans des demandes anticipées soutiennent que les personnes devraient pouvoir demander l'euthanasie à l'avance précisément parce qu'elles s'attendent à perdre la capacité de prendre des décisions ultérieurement. Le projet de loi C-41 reconnaît néanmoins l'importance des réactions ultérieures de la personne. Des paroles, des sons ou des gestes manifestant un refus ou une résistance empêcheraient dès lors que l'euthanasie soit pratiquée sur la base de cette demande anticipée.[52] Et même si un praticien doute qu'une réaction constitue un refus ou une résistance, l'administration

47 Projet de loi C-41, art. 5, al. 241.21(8)e)–f) proposés du *Code criminel*.

48 Projet de loi C-41, art. 5, al. 241.21(8)g) proposé du *Code criminel*.

49 Projet de loi C-41, art. 5, al. 241.21(8)i) proposé du *Code criminel*.

50 Association canadienne de protection médicale, *Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada*, 4e éd., révisée en octobre 2024, sous « Conditions d'un consentement valide », « Divulgation des renseignements » et « Un formulaire de consentement ne constitue pas un consentement », https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/handbooks/consent-a-guide-for-canadian-physicians. Le guide explique les exigences ordinaires du consentement; il n'est pas cité comme appuyant la critique éthique des demandes anticipées.

51 Ferrier, « MAiD by Advance Request », p. 456–461; Catherine Ferrier, « Opinion : MAID Is Not a Solution for Dementia », *Montreal Gazette*, 22 octobre 2026, https://montrealgazette.com/opinion/op-eds/opinion-maid-is-not-a-solution-for-dementia/.

52 Projet de loi C-41, art. 5, par. 241.21(5) proposé du *Code criminel*. Le texte législatif ne qualifie pas le refus ou la résistance par le mot « clair ».

serait interdite à ce moment-là et pendant les 30 jours francs suivants.[53] Le projet de loi exclut des dispositions relatives au refus et au doute les paroles, les sons ou les gestes involontaires en réponse à un contact.[54]

Ces mesures de sauvegarde reposent sur l'interprétation, par les praticiens, des réactions d'une personne qui ne peut plus les expliquer. Bien que des recommandations cliniques commencent à voir le jour, distinguer les manifestations de refus ou de résistance des réactions involontaires ou des manifestations d'une maladie sous-jacente demeure un défi important pour les praticiens.[55] La consultation de Santé Canada de 2025 a relevé la préoccupation que des volontés exprimées antérieurement puissent régir la vie ultérieure d'une personne.[56] Les déclarations antérieures d'une personne peuvent aider ceux qui prennent soin d'elle à comprendre ce qui compte pour elle. Elles ne permettent toutefois ni d'établir comment elle vit désormais sa situation ni de justifier qu'on ignore les signes actuels de résistance, les interactions avec ses proches ou la détresse. Les valeurs et les sources de sens peuvent persister ou évoluer à mesure que les facultés cognitives déclinent; les relations se poursuivent même lorsque la personne ne peut plus en décrire l'importance. Ni le contentement apparent ni la détresse ne devraient être considérés comme une expression sans ambiguïté des volontés de la personne.

53 Projet de loi C-41, art. 5, al. 241.21(3)d) et par. 241.21(6) proposés du *Code criminel*. L'interdiction de 30 jours francs concerne le doute, et non une demande sur laquelle il n'est plus possible de se fonder parce qu'un refus ou une résistance a été manifesté.

54 Projet de loi C-41, art. 5, par. 241.21(7) proposé du *Code criminel*.

55 Canadian Association of MAiD Assessors and Providers, *Clinical Considerations for Advance Requests for MAiD* (décembre 2024), p. 27–28, https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/Clinical-Considerations-for-Advance-Requests-for-MAiD-FINAL-December-2024-1.pdf. Cf. Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA), *Considérations cliniques pour les demandes anticipées d'AMM*, décembre 2024, https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/Considerations-cliniques-pour-les-demandes-anticipees-dAMM-FINAL-December-2024-2.pdf.

56 Santé Canada, *Ce que nous avons entendu : Conversation nationale sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir*, 29 octobre 2025 (ci-après « **Conversation nationale de Santé Canada** »), sect. 1–2 sous « Thèmes clés », https://www.canada.ca/fr/sante-canada/programmes/consultation-demandes-anticipees-aide-medicale-mourir/nous-avons-entendu.html. Le rapport résume les points de vue des participants; il ne formule pas de recommandations.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

III. Comprendre la souffrance et assurer des soins appropriés

8. La crainte de soins inadéquats appelle une amélioration des soins et de l'accompagnement

Les principes catholiques de solidarité et de bien commun exigent des soins et un accompagnement concrets pour les patients et les personnes qui les soutiennent.[57] Au Canada, la prestation des soins de santé relève principalement des provinces et des territoires. Ceux-ci subissent toutefois des pressions considérables pour offrir des soins complets. Cette réalité concerne directement le projet de loi C-41 : la consultation de Santé Canada a relevé des préoccupations selon lesquelles des lacunes dans les soins pourraient amener certaines personnes à formuler une demande anticipée par crainte de ne pas bénéficier d'un soutien adéquat lorsqu'elles ne pourraient plus défendre leurs propres intérêts.[58] Plutôt que d'élargir l'euthanasie, le gouvernement fédéral pourrait, par un financement ciblé, contribuer à améliorer l'accès à l'évaluation et à la prise en charge rapides des troubles cognitifs, aux services gériatriques, aux soins à domicile et dans la communauté, à un hébergement adapté, ainsi qu'au répit et à la formation pratique pour les proches aidants. Pour les personnes confrontées à la démence ou à d'autres maladies affectant les fonctions cognitives, ces services permettent de faire face à la dépendance et d'assurer la sécurité au quotidien, et non seulement de répondre aux besoins de fin de vie. Les soins palliatifs devraient aussi être accessibles tout au long d'une maladie limitant l'espérance de vie, y compris tôt dans son évolution, selon les besoins.[59] L'épuisement et la peine des familles méritent attention, mais ne peuvent être simplement assimilés à la souffrance du patient. L'accès inégal aux soins palliatifs dans de nombreuses communautés autochtones, notamment en région rurale ou éloignée, appelle des services élaborés en partenariat avec ces communautés et adaptés à leurs traditions et à leurs priorités. Toute influence de ces inégalités sur les demandes anticipées doit être examinée.[60] Les communautés paroissiales ont également un rôle à jouer : la trousse *Horizons d'espérance* de la CECC offre une ressource pour comprendre les soins palliatifs et accompagner les patients, les familles et les

57 Conseil pontifical « Justice et Paix », *Compendium de la doctrine sociale de l'Église*, nos 166, 182 et 193, texte français en ligne, https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/justpeace/documents/rc_pc_justpeace_doc_20060526_compendio-dott-soc_fr.html; Congrégation pour la Doctrine de la Foi, *Samaritanus bonus*, 14 juillet 2020, V.4–5; *Catéchisme de l'Église catholique*, no 2211, https://www.vatican.va/archive/FRA0013/__P7O.HTM.

58 Conversation nationale de Santé Canada, « Thèmes clés », sect. 4, sous « Des soutiens sociaux et de santé plus larges pour la fin de vie, pas seulement pour l'AMM ».

59 Ferrier, « MAiD by Advance Request », p. 465–467; Ferrier, « Opinion : MAID Is Not a Solution for Dementia »; Organisation mondiale de la Santé, « Soins palliatifs », 5 août 2020, sous « Principaux faits » et « Que peuvent faire les pays », https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.

60 Muhammad Saim, « Rooted in Community, Guided by Tradition : Reimagining Palliative Care for Indigenous Peoples », ehospice, 26 août 2025, https://ehospice.com/canada_english_posts/rooted-in-community-guided-by-tradition-reimagining-palliative-care-for-indigenous-peoples/.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

proches aidants.[61] Ces mesures de soutien ne peuvent éliminer toutes les difficultés, mais leur absence ne doit pas restreindre les choix que les personnes estiment avoir. L'euthanasie et le suicide assisté ne peuvent se substituer aux soins et à l'accompagnement dus à toute personne.

9. Une déficience observable n'établit pas l'existence d'une souffrance vécue

Le fait de dépendre d'autrui pour ses soins personnels ou d'avoir de la difficulté à reconnaître ses proches ne suffit pas, en soi, à établir qu'une personne éprouve des souffrances intolérables qui ne peuvent être soulagées. De même, la perte de la capacité de communiquer verbalement ne rend pas l'évaluation clinique impossible. Les recommandations du National Institute for Health and Care Excellence sur les soins aux personnes atteintes de démence préconisent d'envisager l'utilisation d'outils d'observation structurés en complément de l'évaluation clinique lorsqu'une personne ne peut signaler sa douleur. Elles recommandent aussi de rechercher et de prendre en charge les causes cliniques ou environnementales de la détresse, notamment la douleur, le délirium ou des soins inappropriés.[62] Il faut d'abord comprendre l'expérience de la personne, évaluer ses besoins et lui offrir un traitement et un soutien appropriés, et non mettre fin à sa vie.

À ce jour, le Québec est la seule province canadienne à disposer d'une loi permettant les demandes anticipées d'AMM. Le projet de loi C-41 établirait des exigences minimales qui reprennent dans une large mesure celles adoptées au Québec, notamment l'exigence que deux praticiens indépendants confirment l'admissibilité à l'AMM.[63] Les régimes fédéral et québécois exigent tous deux que la personne ait perdu sa capacité de consentir en raison de la maladie ouvrant droit à l'admissibilité, qu'elle présente de manière récurrente les manifestations cliniques décrites dans sa demande anticipée, que sa situation se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités et qu'elle éprouve des souffrances physiques ou psychologiques persistantes et intolérables qui ne peuvent être suffisamment soulagées.[64] Les deux régimes exigent également que les praticiens

61 Conférence des évêques catholiques du Canada, *Horizons d'espérance : Une trousse d'outils pour les paroisses catholiques sur les soins palliatifs*, consulté le 5 novembre 2026, sous « Pourquoi promouvoir les soins palliatifs dans nos paroisses ? », https://www.cecc.ca/foi-et-questions-morales/souffrance-et-fin-de-vie/horizons-desperance-une-trousse-doutils-pour-les-paroisses-catholiques-sur-les-soins-palliatifs/.

62 National Institute for Health and Care Excellence, *Dementia : Assessment, Management and Support for People Living with Dementia and Their Carers*, ligne directrice NICE NG97, 20 juin 2018, recommandations 1.7.1–2 et 1.8.3–5, https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/Recommendations. Voir aussi Catherine Ferrier, « Opinion : MAID Is Not a Solution for Dementia », *Montreal Gazette*, 22 octobre 2026, https://montrealgazette.com/opinion/op-eds/opinion-maid-is-not-a-solution-for-dementia/.

63 Projet de loi C-41, art. 5 (par. 241.21(2)–(3) proposés du *Code criminel*); *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, ch. S-32.0001, art. 29, al. 1, par. 3°, et art. 29.19, https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-32.0001.

64 Projet de loi C-41, art. 5 (par. 241.21(2)–(3) proposés du *Code criminel*); *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 29.1, al. 1, par. 2°, et art. 29.19. Toutefois, le projet de loi C-41 exigerait en outre que la perte de capacité elle-même soit irréversible, une exigence que la loi québécoise ne prévoit pas expressément.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

évaluent les souffrances réelles de la personne plutôt que de se fonder uniquement sur la présence des manifestations décrites dans la demande anticipée.[65]

Ces exigences n'établissent pas avec quelle fiabilité des souffrances intolérables peuvent être reconnues après la perte de la capacité décisionnelle. Aussi soigneusement soient-elles menées, les évaluations cliniques ne peuvent remplacer une décision éclairée, prise par la personne au moment considéré, de mettre fin à sa vie. L'incertitude entourant la souffrance constitue une raison supplémentaire de ne pas autoriser l'euthanasie après la perte de capacité; notre objection de principe à l'euthanasie ne dépend pas de cette incertitude.

10. Les demandes anticipées pourraient influencer les décisions relatives à d'autres soins

Dans une étude de 2002 fondée sur des cas hypothétiques, des médecins ont déclaré être moins disposés à proposer certains traitements sans lien avec la réanimation lorsqu'une ordonnance de non-réanimation était présente.[66] Bien que cette étude ne porte pas sur les demandes anticipées d'euthanasie, elle justifie d'examiner si de telles demandes pourraient influencer les décisions relatives à d'autres soins. Une demande anticipée pourrait être interprétée, sans fondement suffisant, comme un refus de traitement par ailleurs bénéfique. Si ce traitement n'était pas administré pour cette raison, l'état du patient pourrait se détériorer, et cette détérioration pourrait ensuite être considérée comme un motif d'exécuter la demande. Cette possibilité mérite aussi d'être examinée.

IV. Les distinctions éthiques et les responsabilités en matière de soins

11. Refuser un traitement disproportionné n'équivaut pas à demander l'euthanasie

Le refus d'un traitement de maintien de la vie au moyen d'une directive médicale anticipée et une demande anticipée d'euthanasie peuvent tous deux entraîner des conséquences irréversibles. La distinction morale déterminante ne réside donc pas dans l'irréversibilité, mais dans ce qui est choisi. L'enseignement catholique permet de ne pas entreprendre ou de cesser un traitement qui impose des contraintes excessives ou qui est autrement disproportionné par rapport aux bienfaits attendus. Dans ces situations, la décision de renoncer à une intervention particulière laisse la maladie sous-jacente suivre son cours. La mort peut être prévue et acceptée, mais elle n'est ni le but de la décision ni le moyen de soulager la souffrance. Comme l'explique la *Déclaration sur l'euthanasie* de 1980, « Son refus n'équivaut pas à un suicide ».[67]

---

65 Projet de loi C-41, art. 5, par. 241.21(2)–(4) proposés du *Code criminel*; *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 29.5, al. 1, par. 1°–2°, et art. 29.18–29.19.

66 Mary Catherine Beach et R. Sean Morrison, « The Effect of Do-Not-Resuscitate Orders on Physician Decision-Making », *Journal of the American Geriatrics Society* 50, no 12 (2002) : 2057–2061, https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50620.x.

67 Sacrée Congrégation pour la Doctrine de la Foi, *Déclaration sur l'euthanasie* (*Iura et bona*), 5 mai 1980 (ci-après « Déclaration sur l'euthanasie »), sect. IV, « L'usage proportionné des moyens thérapeutiques », https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasia_fr.html.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

Les soins ordinaires et proportionnés demeurent obligatoires, notamment l'alimentation et l'hydratation lorsqu'elles restent bénéfiques et n'imposent pas de contraintes excessives. Dans un refus légitime, la question est de savoir si un traitement demeure approprié, et non si la vie de la personne mérite encore d'être protégée. L'euthanasie, en revanche, cause délibérément la mort comme moyen de mettre fin à la souffrance. Elle ne traite pas la souffrance; elle met fin à la vie de la personne en présumant que cela mettra fin à ses souffrances. Une demande anticipée vise à obtenir d'un praticien qu'il accomplisse cet acte lorsque les circonstances précisées se présentent. Le droit de refuser un traitement disproportionné ne constitue donc pas une justification de l'euthanasie.[68]

12. Les protections de la liberté de conscience doivent être effectives en pratique, y compris pour les établissements

Même si la personne a demandé l'euthanasie auparavant, le praticien demeure moralement responsable de la décision de la pratiquer. Selon l'enseignement catholique, les professionnels de la santé catholiques et les établissements catholiques ont le droit et le devoir d'invoquer l'objection de conscience, ainsi que l'obligation de refuser de coopérer à l'euthanasie et au suicide assisté.[69] L'autorisation des demandes anticipées par le projet de loi C-41 accroîtrait la nécessité de protections solides de la liberté de conscience pour les travailleurs de la santé et les établissements.

Ces préoccupations se posent déjà sous le régime des règles actuelles. Le *Code criminel* précise expressément que rien dans l'article 241.2 n'a pour effet d'obliger un individu à fournir une aide médicale à mourir ou à aider une personne à la fournir.[70] Néanmoins, l'organisme de réglementation médicale de l'Ontario exige des médecins qui refusent d'évaluer une demande d'AMM ou de fournir l'AMM pour des raisons de conscience ou de religion qu'ils effectuent un aiguillage efficace.[71]

Le *Code criminel* ne prévoit pas de protections de la liberté de conscience pour les établissements. Le droit québécois interdit aux maisons de soins palliatifs d'exclure l'AMM des soins qu'elles offrent.[72] Providence Health Care, l'organisme catholique qui exploite l'hôpital St. Paul's

68 *Déclaration sur l'euthanasie*, sect. IV, « L'usage proportionné des moyens thérapeutiques »; Jean-Paul II, *Evangelium vitae*, 25 mars 1995, nº 65, https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/fr/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html; Congrégation pour la Doctrine de la Foi, *Samaritanus bonus : sur le soin des personnes en phases critiques et terminales de la vie*, 14 juillet 2020, V.2–3 et V.8, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_fr.html.

69 Congrégation pour la Doctrine de la Foi, *Samaritanus bonus*, V.2 et V.9.

70 *Code criminel*, par. 241.2(9).

71 Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, « Medical Assistance in Dying », mise à jour en décembre 2023, politique 1b), https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Medical-Assistance-in-Dying.

72 *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 13, modifié par L.Q. 2023, ch. 15, art. 10.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

de Vancouver, est partie défenderesse dans une action en justice contestant les politiques qui permettent aux établissements confessionnels de ne pas fournir l'AMM.[73]

Des protections insuffisantes de la liberté de conscience des établissements pourraient compromettre la poursuite des activités des hôpitaux confessionnels.[74] Ces hôpitaux, dont bon nombre ont une longue et vénérable histoire dans notre pays, continuent d'apporter une contribution importante au système de santé canadien, notamment en offrant des soins à des populations vulnérables et marginalisées qui se heurtent ailleurs à des obstacles dans l'accès aux traitements.[75] Certains commentateurs ont observé que ces établissements offrent un « sanctuaire » aux patients qui souhaitent recevoir des soins de fin de vie dans un milieu où l'AMM n'est pas offerte, notamment à ceux qui peuvent craindre des pressions les incitant à l'envisager.[76]

La clause de non-contrainte individuelle du projet de loi C-41 ne traite pas expressément de la protection des établissements ni des obligations d'aiguillage découlant des lois provinciales ou des règles professionnelles. Ces questions appellent une réponse coordonnée plutôt qu'un recours à la seule disposition fédérale. Le gouvernement fédéral devrait collaborer avec les provinces, les territoires et les organismes de réglementation professionnelle pour assurer une protection effective contre toute participation ou coopération imposée, y compris par l'aiguillage, tout en permettant aux praticiens et aux établissements de continuer à offrir des traitements appropriés, le soulagement des symptômes et de l'accompagnement.

V. Les données probantes et le devoir de diligence du Parlement

13. L'examen parlementaire doit porter sur les incertitudes relatives aux données et les défaillances des mesures de sauvegarde

Le rapport de Santé Canada de 2025 fait état d'un soutien aux demandes anticipées, mais aussi de préoccupations importantes quant à leur application. Il réunit les résultats d'un questionnaire

73 *O'Neill v. British Columbia (Minister of Health)*, 2025 BCSC 601, par. 1–6, https://www.jccf.ca/wp-content/uploads/2025/04/Chief-Justice-Skolrood-re-ONeill-v.-British-Columbia-Minister-of-Health-04-01.pdf. Cette décision porte sur des demandes d'autorisation d'intervenir et décrit la contestation constitutionnelle. Le procès sur le fond s'est terminé en avril 2026 devant le juge en chef Skolrood. Le jugement est en délibéré.

74 Brian Bird, « Ending Catholic Health Care in B.C. over Euthanasia Would Be a Tragedy », *Vancouver Sun*, 26 juillet 2023, https://vancouversun.com/opinion/op-ed/brian-bird-ending-catholic-health-care-in-b-c-over-euthanasia-would-be-a-tragedy.

75 Gail Johnson, « St. Paul's Hospital Leads in HIV-AIDS Treatment and Research », *The Georgia Straight*, 29 mars 2011, https://www.straight.com/article-383801/vancouver/st-pauls-hospital-leads-hivaids-treatment-and-research; Elizabeth Dogherty et al., « Implementation of a Nurse-Led Overdose Prevention Site in a Hospital Setting : Lessons Learned from St. Paul's Hospital, Vancouver, Canada », *Harm Reduction Journal* 19 (2022) : 13, https://doi.org/10.1186/s12954-022-00596-7.

76 Brian Bird, « Sanctuaries from Euthanasia Must Be Protected », *National Post*, 19 février 2024, https://nationalpost.com/opinion/brian-bird-sanctuaries-from-euthanasia-must-be-protected/.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

en ligne ouvert à tous, d'un sondage d'opinion distinct mené auprès d'un échantillon aléatoire de 1 000 Canadiens et de tables rondes. Les résultats du questionnaire n'avaient pas vocation à être statistiquement représentatifs; il convient de distinguer ces composantes lorsqu'on évalue les conclusions du rapport.

Dans sa lettre du 18 mars 2025 au ministre de la Santé, la CECC a critiqué le fait que le questionnaire en ligne mettait l'accent sur les conditions d'autorisation des demandes anticipées et n'accordait pas suffisamment de place aux objections à la pratique elle-même.[77] L'examen parlementaire devrait permettre d'étudier pleinement ces objections. De plus, comme compte rendu d'une première conversation nationale, le rapport ne fournit pas une évaluation exhaustive des conséquences de l'autorisation des demandes anticipées.[78]

Un soutien général à l'euthanasie ne doit pas être confondu avec une approbation éclairée de toute la portée de la loi et de ses implications pratiques. Dans un sondage de 2024 mené auprès de 2 140 adultes canadiens, 73,3 % appuyaient globalement la loi canadienne sur l'euthanasie et le suicide assisté. Pourtant, seuls 32,0 % appuyaient l'euthanasie pour un patient refusant un traitement potentiellement curatif. Le soutien était encore plus faible, à 23,2 %, pour un patient incapable d'obtenir un logement convenable et abordable qui permettrait d'atténuer ses symptômes. Le Parlement devrait donc aller au-delà des chiffres globaux de soutien aux demandes anticipées et examiner si les questions posées au public et les renseignements qui lui sont fournis rendent adéquatement compte des enjeux juridiques, cliniques et éthiques.[79]

Des préoccupations relatives à la conformité et à la surveillance se posent partout au Canada. Dans son rapport de 2024-2025, la Commission sur les soins de fin de vie du Québec a relevé 19 cas de non-conformité, notamment des manquements concernant l'admissibilité, les deuxièmes avis et le consentement.[80] En Ontario, des enquêtes journalistiques ont fait état de centaines de préoccupations en matière de conformité consignées par le coroner en chef; une décision de l'organisme de

77 William T. McGrattan, lettre à l'honorable Mark Holland, ministre de la Santé, au nom du Conseil permanent de la Conférence des évêques catholiques du Canada, 10 mars 2025, https://www.cccb.ca/wp-content/uploads/2025/03/CCCB-Letter-to-he-Hon.-Mark-Holland-P.C.-M.P.-Minister-of-Health_MAID-Advanced-requests-1.pdf.

78 Conversation nationale de Santé Canada, « Introduction », « Une conversation nationale sur les demandes anticipées » (sous-sections « Questionnaire en ligne », « Recherche sur l'opinion publique » et « Tables rondes virtuelles ») et « Thèmes clés ».

79 William J. W. Choi et al., « When Medical Assistance in Dying Is Not a Last Resort Option : Survey of the Canadian Public », BMJ Open 14, no 6 (2024) : e087736, https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087736; voir aussi Ramona Coelho, « Ottawa Keeps Mucking Up MAID », Macdonald-Laurier Institute, 16 octobre 2026, https://macdonaldlaurier.ca/ottawa-keeps-mucking-up-maid-ramona-coelho-in-the-national-post/.

80 Commission sur les soins de fin de vie, *Rapport annuel d'activités du 1er avril 2024 au 31 mars 2025* (Gouvernement du Québec, 2025), p. 8–9, sect. 3.1 et tableau 3.1, https://csfv.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/rapports_annuels/csfv_rapport_activites_2024-2025.pdf.

réglementation a également documenté de graves manquements dans la pratique de l'euthanasie d'une médecin.[81] Le rapport de surveillance de la Colombie-Britannique pour 2024 a recensé 353 erreurs nécessitant une formation sur les exigences légales ou les normes professionnelles.[82]

Les données nationales de Santé Canada soulèvent d'autres questions quant à la vulnérabilité. En 2024, parmi les bénéficiaires dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, les praticiens ont déclaré la « charge perçue pour la famille, les amis ou les proches aidants » comme source de souffrance dans 50,3 % des cas, et l'« isolement ou solitude » dans 44,7 % des cas.[83] Bien que ces chiffres ne suffisent pas, à eux seuls, à établir l'existence de contrainte ou de non-conformité, ils renforcent la nécessité d'examiner si des soins et un soutien appropriés étaient accessibles et mettent en évidence le risque de pressions éventuelles sur la décision d'euthanasier un patient.

Au vu des données et des témoignages présentés ci-dessus, le Parlement ne devrait pas autoriser un nouvel élargissement. Les défaillances constatées dans l'application des critères d'admissibilité et des mesures de sauvegarde actuels indiquent plutôt la voie opposée. Le gouvernement, en collaboration avec les autorités provinciales et les organismes de réglementation, devrait rendre compte publiquement des enquêtes et des mesures correctives, notamment en présentant des éléments démontrant que ces mesures réduisent le risque de répétition des manquements. Toutefois, remédier à ces défaillances pratiques ne ferait pas disparaître l'objection morale de l'Église catholique à l'euthanasie.

Un examen parlementaire approfondi et transparent du projet de loi C-41 accorderait une juste considération à toutes les données et perspectives pertinentes, y compris aux objections de principe aux demandes anticipées. Il examinerait la fiabilité des jugements portés sur la souffrance et les réactions actuelles après la perte de capacité; les conflits entre une demande antérieure et la situation actuelle de la personne; l'influence possible d'une demande anticipée sur d'autres décisions de traitement; ainsi que les effets de soins inadéquats, de l'isolement social et de pressions

---

81 Alexander Raikin, « A Pattern of Noncompliance », *The New Atlantis*, 11 novembre 2024, https://www.thenewatlantis.com/publications/compliance-problems-maid-canada-leaked-documents; Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Comité des enquêtes, des plaintes et des rapports, résumé de la décision concernant la Dre Eugenie Ulrica Tjan, 11 juillet 2018, sect. 1 et 4, accessible sous « Other Notifications », https://register.cpso.on.ca/physician-info/?cpsonum=63892.

82 British Columbia Ministry of Health, MAiD Oversight Unit, *Medical Assistance in Dying (MAiD) Oversight : 2024 Year End Report*, p. 8, communiqué à la suite de la demande d'accès à l'information HTH-2026-60677, https://canadiancatholicnews.ca/wp-content/uploads/2026/07/HTH-2026-60677.pdf; voir aussi Ramona Coelho, « It's Time for Parliament to Legislate Proper MAiD Oversight », Macdonald-Laurier Institute, 16 juillet 2026, https://macdonaldlaurier.ca/its-time-for-parliament-to-legislate-proper-maid-oversight-ramona-coelho-in-national-newswatch/.

83 Santé Canada, *Sixième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada*, novembre 2025, sect. 3.4, fig. 3.4a, https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-annuel-aide-medicale-mourir-2024.html.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

exercées par autrui. Il porterait aussi sur la manière dont sont consignées les circonstances dans lesquelles une demande a été formulée, dont son caractère volontaire est évalué et dont les préoccupations relatives aux pressions ou à une mauvaise compréhension peuvent faire l'objet d'une enquête après la perte de capacité. Il évaluerait systématiquement l'expérience du Québec et d'autres territoires où les demandes anticipées sont autorisées, notamment les demandes exécutées, refusées ou reportées, les motifs de ces décisions et les désaccords entre les personnes concernées, y compris le recours à un examen indépendant ou aux tribunaux pour les résoudre. Les personnes vivant avec des affections susceptibles d'altérer leur capacité décisionnelle, les organisations qui les représentent, leurs familles et les personnes qui prennent soin d'elles auraient véritablement la possibilité de contribuer à cet examen. Ses conclusions distingueraient clairement ce qui est établi par les données et les témoignages de ce qui demeure contesté ou incertain.

Le Parlement a la responsabilité d'examiner ces questions avant d'envisager un changement aux conséquences irréversibles pour des personnes qui ne peuvent plus donner un consentement éclairé. La CECC demande un examen approfondi et public des données et des témoignages, mais n'appuie pas l'adoption des dispositions relatives aux demandes anticipées. Nous demandons que ces dispositions soient retirées et que le processus législatif visant à maintenir l'exclusion lorsque la maladie mentale est le seul problème de santé sous-jacent se poursuive séparément. La CECC demande la possibilité de comparaître devant le comité parlementaire chargé d'examiner le projet de loi C-41.[84]

Approuvé par le Conseil permanent de la
Conférence des évêques catholiques du Canada
avant présentation au Parlement
le 12 novembre 2026.

La Conférence des évêques catholiques du Canada (CECC) est l'assemblée nationale qui regroupe environ 80 évêques catholiques du Canada, lesquels collaborent sur des questions d'intérêt pastoral commun. Son Conseil permanent, actuellement composé de 14 évêques provenant de différentes régions du pays, assure la supervision des travaux de la Conférence entre les assemblées plénières annuelles. Il est formé d'évêques élus par l'Assemblée plénière ainsi que de quatre membres *ex officio* : le cardinal Gérald Cyprien Lacroix, archevêque de Québec et primat du Canada; le cardinal Frank Leo, archevêque de Toronto; Mgr Christian Lépine, archevêque de Montréal; et un évêque éparchial représentant les Églises catholiques orientales au Canada.

84 Congrégation pour la Doctrine de la Foi, *Samaritanus bonus*, V.1, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_fr.html.

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2
www.cecc.ca

Les demandes anticipées d'euthanasie (dite AMM)

Ce que les catholiques doivent savoir sur le projet de loi C-41

Ce que notre foi nous demande

Toute personne possède une dignité du seul fait d'être une personne unique créée à l'image et à la ressemblance de Dieu. La maladie, la perte de mémoire et la dépendance ne la diminuent pas. L'Église s'oppose à l'euthanasie et au suicide assisté. À la suite du Christ, et fidèles à une longue tradition chrétienne de bienveillance, nous sommes appelés à accompagner les personnes malades, fragiles ou marginalisées. Prendre soin d'une personne ne peut jamais consister à mettre délibérément fin à sa vie.

Exclusion liée à la maladie mentale et demandes anticipées d'euthanasie

En droit canadien, l'euthanasie et le suicide assisté sont désignés par l'expression « aide médicale à mourir » (AMM).

La population canadienne a des raisons de s'inquiéter du projet de loi C-41, la *Loi sur les mesures de sauvegarde à l'égard de l'aide médicale à mourir*. Ce projet de loi maintiendrait l'exclusion de l'AMM pour les personnes dont la maladie mentale est le seul problème de santé sous-jacent. C'est une mesure bienvenue. Mais il permettrait aussi l'euthanasie par le biais de demandes anticipées, alors que la personne ne serait plus capable de comprendre sa décision ni de la reconsidérer.

À moins que le Parlement n'intervienne, l'euthanasie deviendra légale le 17 mars 2027 pour les personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale. Le projet de loi C-41 empêcherait cet élargissement, comme

l'a recommandé un comité parlementaire après un examen soutenu des données et des témoignages d'experts et de personnes concernées. Mais ce même projet de loi permettrait aussi les demandes anticipées d'euthanasie : un élargissement distinct, sans échéance correspondante et qui, jusqu'ici, n'a pas fait l'objet d'un examen aussi soutenu et étendu à l'échelle fédérale.

Le Parlement devrait dissocier ces deux mesures. L'urgence d'empêcher un élargissement ne doit pas servir à en précipiter un autre.

Comment fonctionneraient les demandes anticipées d'euthanasie

Selon le projet de loi C-41, une demande anticipée comporterait deux étapes :

1. Une personne atteinte d'une maladie grave et incurable susceptible d'entraîner une perte de la capacité de décision, comme la maladie d'Alzheimer, signe une demande alors qu'elle est encore en mesure de prendre des décisions éclairées. Cette demande décrit les circonstances dans lesquelles elle souhaiterait recourir à l'euthanasie après avoir perdu cette capacité.
2. L'euthanasie pourrait avoir lieu des années plus tard. La personne ne serait alors plus en mesure de reconsidérer sa demande à la lumière de son expérience réelle.

Autres raisons de rejeter les demandes anticipées d'euthanasie

Certaines personnes appuient les demandes anticipées parce qu'elles craignent de devenir dépendantes. Pourtant, la recherche et l'expérience clinique montrent que la perte de mémoire ou la dépendance ne signifient pas nécessairement qu'une personne trouve sa vie insupportable. L'idée d'une maladie future et les craintes qu'elle engendre peut s'écarter beaucoup du vécu réel d'une personne.

Une demande anticipée n'équivaut pas à un consentement éclairé au moment où l'euthanasie est pratiquée. Les médecins et le personnel infirmier praticien auraient à évaluer les souffrances et à interpréter la demande ainsi que les réactions de la personne concernée. Les familles et les proches aidants pourraient être appelés à aider à déterminer si les conditions prévues pour mettre fin à la vie de leur proche sont réunies. Une demande formulée antérieurement ne peut jamais rendre moralement acceptable le fait de mettre délibérément fin à la vie d'une personne.

Les mesures de sauvegarde ne peuvent lever les objections fondamentales

Le projet d'élargir l'accès à l'euthanasie aux personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale a fait l'objet d'examens approfondis et prolongés, tant par des experts que par le Parlement. La légalisation des demandes anticipées n'a pas été soumise à un examen aussi approfondi à l'échelle fédérale. Les personnes qui risquent de perdre leur capacité de prendre des décisions méritent que l'on accorde autant d'attention à leur sécurité et à leur bien-être.

Les demandes anticipées ne seraient pas limitées aux personnes dont la mort est proche. Elles permettraient l'euthanasie alors que la personne n'est pas en fin de vie et ne pourrait plus faire un choix éclairé. Le Parlement doit examiner les motifs de rejet de cet élargissement, plutôt que de présumer que des mesures de sauvegarde sauraient légitimer les demandes anticipées.

En 2025, le Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU a exhorté le Canada à ne pas élargir l'accès à l'euthanasie en autorisant les demandes anticipées.

Ce que cela signifie au Québec

Au Québec, l'euthanasie sur demande anticipée est déjà pratiquée en vertu de la loi provinciale. Le Directeur des poursuites criminelles et pénales applique une politique de non-poursuite lorsque certaines conditions sont remplies. Le projet de loi C-41 modifierait expressément le droit criminel fédéral pour permettre cette pratique. Les catholiques du Québec devraient eux aussi faire entendre leur voix. Toute personne ayant constaté des problèmes peut faire part de ses préoccupations à son député, tout en respectant la vie privée des patients.

Refuser un traitement trop lourd

L'Église enseigne qu'une personne peut refuser un traitement lorsque les fardeaux qu'il impose sont disproportionnés par rapport aux bienfaits attendus. L'intention doit être de renoncer à ce traitement, et non de provoquer la mort. Une directive médicale anticipée refusant un tel traitement n'est pas une demande anticipée d'euthanasie. Les soins ordinaires demeurent dus, notamment l'alimentation et l'hydratation, tant qu'elles sont bénéfiques au patient et ne lui imposent pas un fardeau excessif.

Des soins sur lesquels on peut compter

À la peur et à la souffrance, il faut répondre par des soins et de l'accompagnement :

- Des traitements appropriés, notamment des soins gériatriques pour répondre aux besoins de santé des personnes âgées.
- De l'aide à domicile, un logement adapté, ainsi qu'un soutien concret et du répit pour les proches aidants.

Des soins palliatifs offerts dès qu'ils sont nécessaires, et non seulement dans les dernières semaines de vie, afin de soulager la douleur et les autres formes de souffrance, et de répondre aux besoins affectifs, sociaux et spirituels de la personne malade ou mourante.

Les familles et les paroisses peuvent offrir une présence et un soutien spirituel. Personne ne devrait être amené à croire que sa dépendance en fait un fardeau ou que sa vie mérite moins d'être protégée.



Pour en savoir plus :

cecc.ca/loiC41

Ce que vous pouvez faire dès maintenant

- **Priez** pour les personnes malades, pour celles qui prennent soin d'elles et pour que cesse la pratique de l'euthanasie dans notre pays. Envisagez de jeûner, si votre santé le permet.

- **Partagez cette fiche d'information** et encouragez des échanges respectueux dans votre paroisse et votre communauté.

- **Faites entendre votre voix : écrivez à votre député.**

  Participez à la campagne d'envoi de lettres de la CECC pour demander à votre député de :

  - maintenir l'exclusion liée à la maladie mentale au moyen d'une loi distincte;
  - supprimer les dispositions relatives aux demandes anticipées du projet de loi C-41.

Personnalisez et envoyez votre lettre à l'aide du modèle de la CECC.

- **Contribuez à bâtir une communauté où l'on peut compter les uns sur les autres.**

  Rendez visite aux personnes malades ou fragiles et soutenez leurs proches aidants. Ces œuvres de miséricorde témoignent de l'amour du Christ et affirment que toute personne mérite d'être soignée et accompagnée jusqu'à sa mort naturelle.

La Conférence des évêques catholiques du Canada (CECC) réunit les évêques catholiques du pays pour traiter de questions pastorales d'intérêt commun et contribuer à la vie publique à la lumière de l'Évangile.

Pour en savoir plus
www.cecc.ca

Nous joindre
communications@cecc.ca

Conférence des évêques catholiques du Canada
2500, promenade Don Reid
Ottawa (Ontario) K1H 2J2

www.cecc.ca