

The Anglican Church of Canada



L'Église anglicane du Canada

80 Hayden Street, Toronto, ON M4Y 3G2  
www.anglican.ca • Tel: (416) 924-9192 • Fax: (416) 968-7983

**Mémoire présenté au**  
**Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir**  
**L'Église anglicane du Canada**

**Le 3 février 2016**

**Mise en contexte**

L'Église anglicane du Canada compte environ 700 000 fidèles à travers le Canada, incluant une forte participation autochtone ainsi que des personnes provenant de tous les continents. Alors que nous étions autrefois une église d'appartenance ethnique principalement anglo-celtique, nous sommes aujourd'hui une église multi-ethnique dont le visage qui ressemble beaucoup à celui du Canada. Nous sommes aussi une église d'opinions diverses sur presque toutes les questions que vous pouvez imaginer. Nos racines proviennent toutefois d'une compassion et d'une conviction communes en la valeur et la dignité de la personne humaine, une compassion et une conviction que nous partageons avec de nombreux Canadiens.

Nous avons choisi ici d'élaborer notre mémoire sur la base des questions qui sont soulevées par une longue pratique pastorale anglicane et enrichies par l'expérience, ainsi que les connaissances acquises dans notre tradition morale et théologique. Quelle que soit leur position par rapport à la décision de la Cour suprême dans l'affaire Carter, les anglicans de tout le pays sont profondément impliqués dans la réflexion et la discussion de la complexité de ses implications. Nos dirigeants religieux ont offert leur leadership dans les discussions publiques et dans les consultations auprès des organismes de réglementation.

Nous espérons que les points soulevés ici contribueront à vos délibérations alors que vous travaillez à l'élaboration d'un cadre législatif découlant de la décision de la Cour suprême dans l'affaire Carter. Nous reconnaissons que les anglicans de tout le pays ont leurs propres opinions, chacune nuancées différemment, quant à la justesse ou l'impropriété de la décision de la Cour suprême. Toutefois, nous partageons tous des valeurs fondamentales, des éléments de doctrine et des processus de discernement moral. À la base, ces valeurs ne sont pas incompatibles avec celles partagées plus largement au sein de la société canadienne.

Notre contribution découle d'une expérience concrète d'accompagnement des malades et des mourants, de leurs familles et de leurs communautés. Elle est empreinte de nos engagements envers la justice sociale, économique et raciale, envers la dignité de la personne humaine et envers

la pratique de la charité, de la compassion et de la considération. Nous sommes en train d'apprendre ce que signifie marcher en partenariat engagé avec ceux qui sont différents de nos fidèles habituels, et nous savons l'importance d'une bonne écoute. Et lorsque nous écoutons, nous entendons de très bonnes questions sur ce sujet.

L'Église anglicane du Canada n'en est pas à ses premières expériences quant à l'examen de questions éthiques difficiles en ce qui concerne la mort et les mourants. Au milieu des années 1970, un rapport a été commandé pour offrir des conseils sur les soins de fin de vie. Lorsque les questions relatives à l'euthanasie ont fait l'objet de débats publics dans les années 1990, notre Église a soigneusement effectué des recherches et engagé des discussions publiques. Ceci a mené à la publication de « *Care in Dying* » (1998), une ressource encore très souvent utilisée aujourd'hui. Cet ouvrage nous a permis d'éduquer nos fidèles, par exemple, sur la distinction entre le soulagement de la douleur ayant l'effet secondaire de hâter la mort, et l'euthanasie passive et active. Bien que cette publication ne constitue pas un énoncé de politique, elle nous a bien servis en soulevant diverses préoccupations et questions pour délibération future.<sup>ii</sup>

À l'heure actuelle, nous avons mis sur pied un groupe de travail dédié à traiter spécifiquement de la question de l'aide médicale à mourir. Ses membres incluent des professionnels des soins de santé et du droit (avec des spécialistes de l'éthique médicale, des soins palliatifs, du droit de la santé, de la médecine familiale et des soins infirmiers), des pasteurs, des éthiciens et des fournisseurs de soins spirituels. Le Groupe est ainsi profondément interdisciplinaire et implique des professionnels de haut niveau.

Au sein de notre église, les ministres laïcs, les laïcs chargés des visites pastorales, les infirmières paroissiales, les diacres, les pasteurs et les aumôniers ont depuis longtemps acquis une expérience approfondie dans l'accompagnement des malades et des mourants, ainsi que de leurs familles et de leurs communautés de soutien. Nous savons ce que c'est que de cheminer avec des personnes au milieu de leur douleur et de leurs souffrances, ayant à prendre de difficiles décisions de fin de vie.

Nous sommes souvent intimement impliqués dans le cadre plus large de l'équipe de soins de santé et de la famille du patient. Bien que les soins spirituels impliquent la prière et les sacrements, il s'agit bien plus du partage d'un voyage, tant avec le patient qu'avec sa famille, au cours duquel l'écoute attentive favorise l'ouverture consciente - émotionnellement, moralement, spirituellement et intellectuellement. Les soins spirituels impliquent toujours d'inviter et d'assister au propre récit et réflexions du patient, et portent toujours en eux un élément de discernement moral et éthique de la conversation. Dans tout cela, nous sommes appelés à avancer ensemble, à écouter et à parler, sans être normatifs, mais en cherchant plutôt à permettre aux patients et aux familles de prendre les décisions les plus appropriées selon le contexte dans lequel ils se trouvent, et au sein des meilleurs systèmes de soutien qu'il soit possible de trouver.

Le Groupe de travail de l'Église anglicane du Canada sur l'aide médicale à mourir vient de compléter un document-ressource pour soutenir les personnes qui fournissent des soins et accompagnent les mourants.<sup>iii</sup> Le chapitre d'introduction commence par un verset de l'Ancien Testament qui se lit comme suit:

***Cherchez à rendre prospère la ville où le Seigneur vous a fait déporter, et priez-le pour elle, car plus elle sera prospère, plus vous le serez vous-mêmes. (Jérémie 29: 7)***

Cette partie de notre histoire juive et chrétienne nous rappelle plusieurs choses, et non seulement en ce qui concerne cette question en particulier dans le contexte des soins de santé. Nous faisons partie de « la ville », une communauté plus large, une nation ou un pays où tous ne sont pas comme nous, et ne devraient pas l'être, et où nous ne pouvons pas nous attendre pas à ce que la communauté élargie à l'extérieur (dans notre cas) de l'Église anglicane du Canada ait le même point de vue de foi, ou même une quelconque perspective de foi, à contribuer au discernement moral, au débat ou à la création de législation.

Et, dans ce contexte de « la ville », nous avons le devoir de nous soucier de tous nos voisins, de prier pour eux, de vivre en harmonie avec eux, et d'agir à leur égard sur la base de leur dignité et de leur valeur humaine intrinsèques. Cela explique la tradition des anglicans d'offrir du soutien spirituel à tous ceux qui font appel à nous, et à tous ceux que nous rencontrons dans la vie quotidienne (qu'ils soient issus ou non d'une tradition religieuse). Nous comprenons que ce devoir de soins envers tous s'étend, en vérité, à tous: les personnes de foi différente ou non-croyants, ceux qui choisissent l'aide médicale à la mort, et ceux qui ne choisissent pas cette voie.

Ces expériences ont permis le développement dans les sensibilités pastorales anglicanes d'un bagage de sagesse devenu très habile à poser des questions, en particulier lorsque confronté à ce qui appert constituer des positions ou des options binaires. L'une des choses que nous proposons donc, en cherchant « le bien-être de la ville » est une position qui regarde ces options en face, qui prête attention aux contextes plus larges des personnes et des communautés, des cultures, des questions de pouvoir et de privilèges et des considérations de compassion et de justice pertinentes, et qui dit : « Ça n'est pas si simple. » Et à partir de là, nous commençons à poser les vraies questions.

Nous présentons ci-dessous quelques-unes des questions importantes que nous avons tenté, en tant que Groupe de travail de l'Église anglicane du Canada, de maîtriser, et que nous demandons au Comité mixte spécial de recevoir et de s'engager à considérer.

## **1. La dignité, la personne et la communauté**

À la base de la foi chrétienne est l'affirmation selon laquelle tous les êtres humains sont créés par Dieu, à Son image et à Sa ressemblance. C'est donc sur la base de notre propre création que nous sommes motivés à faire respecter la dignité et la valeur de toute vie humaine. Notre foi prend racine dans l'affirmation que toute personne humaine, étant à l'image et à la ressemblance de Dieu, est porteuse d'une dignité inaliénable qui exige de nous de traiter chaque personne non seulement dans le respect de sa personnalité, mais avec amour, sollicitude et compassion.

De ces affirmations découle la grande valeur accordée à la conscience personnelle. Et ce n'est pas en juxtaposition mais en corollaire que nous affirmons aussi que les personnes n'existent pas en dehors de leurs relations avec les autres. Les préoccupations ne sont pas reliées au type de processus décisionnel : individuel ou communautaire (l'un ou l'autre) mais plutôt à la personne

dans son contexte incluant ses proches (l'un et l'autre). La conscience personnelle doit être respectée, et pouvoir se développer dans un climat sain, non coercitif, et à travers des relations justes, vers une capacité de prise de décision judicieuse. Le droit à la détermination individuelle et la liberté personnelle et de choix, et le droit de ne pas être contraint, sont eux-mêmes des droits qui s'épanouissent dans des relations concrètes.

Tout en prenant note que la décision de la Cour suprême dans l'affaire Carter présume que la personne soit entièrement autonome, nous soulevons plus bas diverses questions.

Dans le contexte canadien, de nombreuses cultures et traditions religieuses sont d'avis, sur la base de leur expérience et de leur vécu, que chaque personne fait partie d'une communauté, au sein desquelles elles participent à la réception et à la formation des valeurs et des responsabilités. Les valeurs et les décisions individuelles sont façonnées par les relations, et les choix individuels et les actions concomitantes ont une incidence sur la communauté. Chacun doit suivre sa propre conscience; et la conscience personnelle se forme au sein de la complexité de relations réelles.

**Lors de l'évaluation des éléments ayant servi à la prise de décision par le patient, quelle attention le cadre législatif accordera-t-il aux relations-clés du patient, afin de déterminer le degré de liberté exercé dans cette décision?**

Certains prétendent que la culture nord-américaine/occidentale est à l'origine d'un sens de l'individualité et des droits individuels qui est tout simplement une question de développement positif inévitable. Toutefois, les affirmations de ce genre sont constamment réévaluées et s'avèrent très souvent fausses, à la lumière de l'interdépendance quotidienne des personnes vivant au sein de communautés et de familles, et en temps de crise. L'Église anglicane du Canada sait viscéralement, d'une manière qui remet en question nos propres structures et priorités et valeurs, à quel point le colonialisme a dévasté les peuples autochtones et les cultures de ce pays, mettant en place des systèmes individualistes et détruisant les traditions culturelles communales.

**Qu'est-ce que les peuples autochtones de ce pays, et d'autres, dont la vie et les processus de prise de décision accordent une plus grande valeur à la communauté, peuvent nous apprendre? À quoi pourrait ressembler le cadre législatif après avoir écouté et appris de ces expériences?**

Affirmer que chaque être humain possède une dignité intrinsèque signifie affirmer du mérite et de la valeur de l'essence de chaque individu. Nous nous demandons comment nous en sommes arrivés à ce que la notion de dignité soit aujourd'hui confondue avec le pouvoir d'exercer le contrôle sur sa propre vie. Dans ce glissement, la dignité est interprétée sur la base de certaines qualités et capacités - une équation idéologique qui implique que ceux sans la pleine puissance de l'autodétermination et de l'autonomie sur leur propre vie (corps et esprit) ont une dignité moindre que d'autres. N'est-ce pas là une voie dangereuse, qui entre en contradiction avec les progrès réalisés en matière de soins pour les populations vulnérables et pour ceux qui ont été dépouillés de leur capacité d'autodétermination?

**Lorsque l'on se réfère à la dignité du choix ou de la personne, quels sont les facteurs qui**

**déterminent la dignité? Doit-on conclure qu'un individu n'ayant pas la capacité de choisir l'option de ne pas demander le suicide assisté n'a pas suffisamment de dignité? Comment traiterez-vous la notion de dignité dans le cadre législatif sans en restreindre la définition et exclure de larges segments de la population qui seront considérés comme ne possédant pas de dignité?**

La tradition et la pratique anglicane adhèrent à certains principes de base, à savoir que le discernement moral soit :

- empreint de compassion : basé sur l'amour et l'empathie;
- concret : plus préoccupé par la fidélité à l'Évangile et au caractère de Jésus qu'à des règles ou principes abstraits et généralisés;
- communal : s'exerçant au sein de la communauté;
- consciencieux : respectant et mobilisant la conscience d'une personne selon la réalité à laquelle elle fait face (on doit suivre sa conscience);
- critique : non satisfait avec les réponses sommaires et simplistes décrétées par d'autres parties.

**Le cadre législatif qui sera élaboré favorisera-t-il un contexte dans lequel les conversations requises en vertu des principes ci-dessus seront encouragées ou abrégées?**

Notre société canadienne vit et respire le conflit entre notre engagement envers les soins pour les personnes vulnérables, et les pressions d'un individualisme plus compétitif. Le système de soins de santé est peut-être l'endroit où ces conflits se produisent le plus, et où - dans des situations d'extrême pression financière - le devoir de prendre soin devient vulnérable à une interprétation qui se rabat vers un ensemble moins coûteux d'options.

**Comment le cadre législatif peut-il assurer que l'offre de soins appropriés ne souffre pas de restriction économique, qu'elle soit réelle ou idéologique?**

## **2. Relations de nation à nation**

Nous nous réjouissons des engagements pris par notre gouvernement fédéral dirigé par le Premier ministre Justin Trudeau à établir de nouvelles relations plus justes entre le gouvernement fédéral et les Premières Nations, les Inuits et les communautés métisses. Ces nouvelles relations sont décrites comme voulant être menées de « nation à nation ». Nous avons beaucoup appris, et nous avons encore beaucoup à apprendre de conversations avec les Premières Nations. Cette conversation doit tout d'abord s'amorcer avec un geste *de profonde écoute* de la part des peuples de nouveaux arrivants, de culture dominante et en position de pouvoir.

Sur la base de sa longue expérience d'engagement et d'action en quête de guérison, de réconciliation et de justice dans des relations authentiques avec les Premières nations, l'Église

anglicane du Canada est en mesure de discerner si les voix et les perspectives autochtones sont présentes dans une conversation ou si elles ne le sont pas.

**Quelle assurance le Comité mixte peut-il assurer aux Premières nations, aux Inuits et aux dirigeants métis, et à ceux qui fournissent des soins de santé dans ces communautés, qu'ils seront pleinement consultés, de nation à nation?**

**Comment assurer que le cadre législatif traitera les valeurs et les perspectives des peuples autochtones non pas comme des cas particuliers, mais qu'elles seront plutôt pleinement intégrées dans une loi typiquement canadienne?**

Notre Groupe de travail a invité les anglicans de tout le pays à nous faire part de leurs préoccupations sur la question du mort médicalement assisté. Nous avons, entre autres, reçu les commentaires de travailleurs de la santé dans des collectivités nordiques et autochtones, dans lesquelles, on le sait, le taux de suicide, en particulier chez les jeunes, est complètement disproportionné par rapport à celui existant dans le reste de la population. Cela s'étend aussi aux autochtones vivant dans les centres urbains. Les auteurs ont exprimé être déconcertés qu'il puisse y avoir une action décisive et rapide sur l'assistance médicale au suicide alors que a) aucune politique de prévention du suicide n'a été mise en œuvre dans leurs communautés de manière à faire quelque différence que ce soit pour régler la crise, et b) le niveau et la qualité des soins de santé et de la prestation de services sociaux sont encore inadéquats dans de nombreuses régions pauvres de notre pays – tant pour les soins de base que pour les soins spécialisés, psychiatriques et palliatifs.

Notre Église mis sur pied une initiative majeure visant la prévention du suicide. Depuis de nombreuses années, nos dirigeants réclament publiquement des améliorations aux conditions entourant la pauvreté, au processus de guérison intergénérationnelle résultant du scandale des pensionnats, et aux autres grands maux sociaux et économiques qui sont à l'origine de la crise de suicide.

Parmi les *Appels à l'action* contenus dans le rapport final de la *Commission de vérité et réconciliation du Canada* (« CRV ») se trouvent une section majeure concernant les soins de santé (paragraphe 19 à 24 en particulier) et une autre concernant la justice (paragraphe 36 à 41). Il est clair que ces domaines prioritaires requièrent une action immédiate. On peut facilement trouver des connexions entre les questions du suicide des adolescents et celles des demandes de suicide assisté si nous les regardons du point de vue de ces populations vulnérables.

**Quelles initiatives connexes seront recommandées par le Comité mixte spécial pour que des actions tant immédiates que décisives soient entreprises?**

**Comment le cadre législatif présentement en cours d'élaboration pourrait-il contribuer à une expression plus cohérente et plus large des valeurs dans les soins de santé pour la société canadienne?**

Nous reconnaissons qu'il est très difficile de parler de l'élaboration d'un cadre législatif encadrant le suicide assisté médicalement – dans le contexte d'un échéancier très serré - alors que plusieurs de nos membres anglicans autochtones, et tous les peuples des Premières nations avec lesquels nous avançons dans la solidarité et le partenariat, attendent encore la réalisation d'actions significatives à la suite des recommandations sur la santé contenues dans le rapport de la CVR.

### **3. Contextes des soins et de l'accès : origines des préoccupations sur la coercition et la décision**

Nous remarquons que la décision de la Cour suprême dans l'affaire Carter utilise le mot « soins » comme synonyme de « traitement ». La fourniture de soins va bien au-delà du traitement actif, de la fourniture de médicaments ou de thérapies. Elle s'inscrit dans le contexte plus large des soins visant toute la personne, dont la totalité de l'être est impliquée dans tout processus de prise de décision. Cela inclut donc les soins spirituels, les soins psychologiques, les soins économiques, et les soins physiques qui sont bien plus compréhensifs que le traitement médical, le soutien et la protection sociale. Certaines opinions ont été exprimées à l'effet que la fourniture de soins spirituels est une forme automatique de coercition contre la décision libre et claire de solliciter de l'aide médicale à mourir. Ce préjugé ne reflète pas la réalité vécue par de nombreux fournisseurs professionnels de soins spirituels. En outre, l'offre de cette forme de soins à une personne qui a fait le choix d'être assistée dans la mort peut constituer l'une des formes les plus cruciales de soutien pour le patient et sa famille dans le processus d'attente, dans le passage vers la mort, et au cours de la période immédiate de deuil au cours de laquelle des émotions et des pensées complexes auront besoin de soins attentionnés.

#### **Est-ce que le cadre législatif sera en mesure de prévoir et de favoriser l'accès à des soins spirituels?**

Certains se demandent comment il sera possible d'assurer l'accès universel à l'aide médicale à mourir? Les importantes variations dans la fourniture de l'accès universel aux soins médicaux au sens large, soins de base et spécialisés, soulagement de la douleur, traitements particuliers, sans oublier les soins palliatifs et l'accès aux maisons de fin de vie (dont nous parlerons plus en détail plus bas) soulèvent des questions majeures sur le degré de liberté d'une décision. S'il n'y a pas d'alternatives disponibles – que ce soit un traitement actif de haute qualité ou des soins palliatifs convenables, un choix peut être considéré comme « libre »? N'y a-t-il pas des situations dans lesquelles le manque d'options crée de facto un contexte de coercition? Il existe une différence entre posséder un droit, et fournir l'accès à des structures respectant pleinement la dignité dans laquelle on peut exercer ce droit.

#### **Comment le contexte législatif lui-même peut-il fournir une structure qui soutient la prise de décision en santé, y compris l'assurance des soins palliatifs de qualité et l'accès à des maisons de fin de vie dans le cadre de l'universalité d'accès?**

La décision de la Cour suprême du Canada, contrairement aux décisions prises dans d'autres pays, ne requiert pas que le patient soit en phase terminale, seulement qu'il soit un « adulte compétent »

qui soit « gravement et irrémédiablement malade. ». Ces termes suscitent plusieurs préoccupations plus pointues :

- La définition de ce qu'est un « adulte » n'est pas fournie. **Que se passe-t-il lorsqu'un enfant est « gravement et irrémédiablement malade »? Comment la législation peut-elle assister le processus de mesure de la maturité et de la compétence, et traiter de la question complexe de la coercition d'un adolescent?**
- Ceux qui vivent en état de grande douleur perpétuelle vivent dans un monde différent de ceux qui n'en ressentent pas. **Le cadre législatif pourra-t-il fournir des guides d'évaluation d'un patient dont la douleur, ou dont les médicaments qui la soulagent, peuvent diminuer la lucidité?**
- Si les idées suicidaires chez une personne souffrant d'une maladie mentale sont considérées comme un symptôme de la maladie, comment peut-on déterminer la différence entre la causalité des décisions, en particulier lorsque, dans de nombreux cas, la présence d'idées suicidaires est la première manifestation visible des symptômes d'une maladie mentale ? **Comment la santé mentale – en tant que base de la compétence et de l'absence de coercition – sera-t-elle évaluée? Quelles sont les implications pour les soins en santé mentale?**
- La coercition peut se présenter sous plusieurs formes: les finances, le sens des responsabilités de la famille, le cantonnement des personnes âgées dans les institutions, le manque de connaissances, les pressions sociales, le manque d'accès aux soins médicaux et à la gestion de la douleur ou aux options de soins palliatifs. **Comment le cadre législatif tentera-t-il d'identifier les formes possibles et les signaux de coercition et de quelle façon ceux-ci seront-ils évalués ?**

### 3. Soins palliatifs et maisons de fin de vie

*Vous avez de l'importance parce que vous êtes qui vous êtes et vous êtes important jusqu'au dernier moment de votre vie.  
Nous ferons tout en notre pouvoir non seulement pour vous aider à mourir, paisiblement, mais aussi pour vous permettre de vivre jusqu'à votre mort.*  
Dame Cicely Saunder (1918-2005), fondatrice du mouvement pour les soins palliatifs

Les soins palliatifs et le suicide assisté ne sont pas totalement opposés. Ils entretiennent toutefois une relation complexe. Les soins palliatifs sont une forme d'aide à une personne dans le processus de sa mort. La Société canadienne des médecins de soins palliatifs (« SCMSP ») a signalé au Comité mixte spécial que les soins palliatifs ne sont accessibles qu'à environ 30 % des citoyens canadiens.

Les fournisseurs de soins spirituels anglicans - souvent des aumôniers multiconfessionnels - ont une grande expérience des soins palliatifs. L'un des membres de notre Groupe de travail a participé à la mise en place de soins spirituels au Casey House à Toronto et il a accompagné des patients atteints du SIDA pendant près de deux décennies.



Lorsque les soins de fin de vie sont de haute qualité, le passage vers la mort est assorti de soins qui vont bien au-delà du traitement médical. Nous sommes certains que plusieurs de nos dirigeants appuieraient la proposition énoncée par la SCMSPP dans son mémoire présenté devant vous le 27 janvier dernier suggérant la création d'un Secrétariat national des soins palliatifs.

Bien que cela ne fasse pas partie du mandat très pointu et restreint donné à ceux chargés d'élaborer la législation d'assistance médicale à la mort, **comment le Comité mixte spécial pourrait-il mettre en lumière le besoin criant pour de meilleurs soins palliatifs en tant que point central des priorités et des valeurs de notre système de santé?**

### **En conclusion**

Nos réflexions et les questions soulevées dans le présent mémoire ne constituent pas un énoncé de contestation de la décision de la Cour suprême - ce tribunal a posé son jugement, et nous sommes heureux d'avoir la possibilité de contribuer à l'élaboration d'un cadre législatif soigneusement conçu qui sera au service de la dignité inhérente à chaque être humain au sein de sa communauté principale de soutien. Nous nous soucions des plus vulnérables dans notre société, et nous cheminons avec eux. Nous nous sommes engagés à défendre l'importance de la conscience personnelle, et nous souhaitons trouver des moyens d'assurer qu'elle se forme sans contrainte. Nous sommes préoccupés par l'accès limité aux soins médicaux de haute qualité, y compris les soins palliatifs et psychiatriques, en particulier dans les collectivités nordiques et autochtones, avec lesquelles nous marchons en partenariat. Et nous allons continuer à former et à soutenir nos pasteurs dans leur apprentissage continu de l'apport de soins éclairés et compatissants aux mourants.

### **Sommaire des questions :**

1. Lors de l'évaluation des éléments ayant servi à la prise de décision par le patient, quelle attention le cadre législatif accordera-t-il aux relations-clés du patient, afin de déterminer le degré de liberté exercé dans cette décision?
2. Qu'est-ce que les peuples autochtones de ce pays, et d'autres, dont la vie et les processus de prise de décision accordent une plus grande valeur à la communauté, peuvent nous apprendre? À quoi pourrait ressembler le cadre législatif après avoir écouté et appris de ces expériences?
3. Lorsque l'on se réfère à la dignité du choix ou de la personne, quels sont les facteurs qui déterminent la dignité? Doit-on conclure qu'un individu n'ayant pas la capacité de choisir l'option de ne pas demander le suicide assisté n'a pas suffisamment de dignité? Comment traiterez-vous la notion de dignité dans le cadre législatif sans en restreindre la définition et exclure de larges segments de la population qui seront considérés comme ne possédant pas de dignité?
4. Le cadre législatif qui sera élaboré favorisera-t-il un contexte dans lequel les conversations requises en vertu des principes ci-dessus seront encouragées ou abrégées?
5. Comment le cadre législatif peut-il assurer que l'offre de soins appropriés ne souffre pas de restriction économique, qu'elle soit réelle ou idéologique?

6. Quelle assurance le Comité mixte peut-il assurer aux Premières nations, aux Inuits et aux dirigeants métis, et à ceux qui fournissent des soins de santé dans ces communautés, qu'ils seront pleinement consultés, de nation à nation ?
7. Comment assurer que le cadre législatif traitera les valeurs et les perspectives des peuples autochtones non pas comme des cas particuliers, mais qu'elles seront plutôt pleinement intégrées dans une loi typiquement canadienne?
8. Quelles initiatives connexes seront recommandées par le Comité mixte spécial pour que des actions tant immédiates que décisives soient entreprises?
9. Comment le cadre législatif présentement en cours d'élaboration pourrait-il contribuer à une expression plus cohérente et plus large des valeurs dans les soins de santé pour la société canadienne?
10. Est-ce que le cadre législatif sera en mesure de prévoir et de favoriser l'accès à des soins spirituels?
11. Comment le contexte législatif lui-même peut-il fournir une structure qui soutient la prise de décision en santé, y compris l'assurance des soins palliatifs de qualité et l'accès à des maisons de fin de vie dans le cadre de l'universalité d'accès?
12. Que se passe-t-il lorsqu'un enfant est « gravement et irrémédiablement malade »? Comment la législation peut-elle assister le processus de mesure de la maturité et de la compétence, et traiter de la question complexe de la coercition d'un adolescent?
13. Le cadre législatif pourra-t-il fournir des guides d'évaluation d'un patient dont la douleur, ou dont les médicaments qui la soulagent, peuvent diminuer la lucidité?
14. Comment la santé mentale – en tant que base de la compétence et de l'absence de coercition – sera-t-elle évaluée? Quelles sont les implications pour les soins en santé mentale?
15. La coercition peut se présenter sous plusieurs formes: les finances, le sens des responsabilités de la famille, le cantonnement des personnes âgées dans les institutions, le manque de connaissances, les pressions sociales, le manque d'accès aux soins médicaux et à la gestion de la douleur ou aux options de soins palliatifs. Comment le cadre législatif tentera-t-il d'identifier les formes possibles et les signaux de coercition et de quelle façon ceux-ci seront-ils évalués ?
16. Comment le Comité mixte spécial pourrait-il mettre en lumière le besoin criant pour de meilleurs soins palliatifs en tant que point central des priorités et des valeurs de notre système de santé ?

Pour plus d'informations, nous vous prions de contacter la révérende Dr. Eileen Scully, directrice, Département de la Foi, du Culte et du Ministère, Église anglicane du Canada, 80, rue Hayden, Toronto, ON, M4Y 3G2; 416-924-9299 x286; [escully@national.anglican.ca](mailto:escully@national.anglican.ca)

---

<sup>i</sup> Ce qui suit ne constitue pas une *déclaration* officielle de l'Église anglicane du Canada en faveur ou contre le suicide assisté médicalement. Une telle déclaration requerrait une résolution de notre ultime instance décisionnelle, le Synode général, et présumerait de la part de ce groupe une volonté

---

d'agir sur un point qui semble plutôt faire partie d'une catégorie qui en inclut bien d'autres et que nous considérons constituer des questions de conscience.

<sup>ii</sup> 2 « Le Synode général de 1975... a constitué un groupe de travail sur la vie humaine dont les délibérations ont mené au rapport *Dying: Considerations Concerning the Passage from Life to Death*. Ce rapport n'accordait pas d'attention approfondie aux questions de l'euthanasie et du suicide assisté. En 1990, le Comité sur la doctrine et le culte a reçu le mandat de formuler un énoncé théologique sur l'euthanasie. Le Comité a présenté un projet d'énoncé en 1995... (mais qui a été mis en veilleuse)... À l'automne 1996, le Conseil canadien des Églises a approché le Comité de la foi, du culte et du ministère... leur demandant si un projet d'énoncé préparé par le Comité de la foi et de l'ordre ... était cohérent avec la politique de l'Église anglicane du Canada. (Il nous a été) impossible de confirmer si l'énoncé était cohérent avec la politique de l'Église parce qu'en ce moment, il n'existe pas de politique. ... De plus, (nos)... discussions indiquent que bien qu'il existe de très nettes différences de perspective, plusieurs de nos préoccupations sont semblables. Tout en reconnaissant la nécessité de réfléchir sérieusement à la teneur de toute déclaration, le comité en est venu à croire à la validité d'un énoncé préparé principalement dans un but pastoral. Ils étaient convaincus que l'objectif premier d'une telle déclaration ne devait pas être de dicter une politique aux législateurs, mais plutôt de soulever les questions qui pourraient constituer des sources de préoccupation pour plusieurs anglicans et autres personnes de bonne volonté des deux côtés du débat. » Tiré de *Care in Dying*, 1998. Le travail effectué en 2016 utilise la même approche: soulever des questions et des préoccupations.

<sup>iii</sup> 3 Date de publication prévue : fin février 2016