

# Les Académies de la SRC

## **Groupe d'experts de la SRC sur la prise de décision en fin de vie**

Nouveau cadre de référence (révision, février 2010)

---

### **Préambule :**

Le Comité sur les groupes d'experts de la SRC/RSC autorise les membres des divers groupes d'experts nommés par la Société à redéfinir périodiquement leurs cadres de référence et à lui soumettre ces révisions pour approbation. Le présent cadre de référence, sur lequel s'appuiera le processus d'évaluation par les pairs de l'ébauche du rapport définitif de ce groupe d'experts, a été dûment approuvé. (*William Leiss, président, Comité sur les groupes d'experts de la SRC/RSC*)

### **Mandat :**

La prise de décision en fin de vie constitue l'une des plus importantes questions sociales et éthiques auxquelles doivent répondre les pays développés. Le rapport du groupe d'experts de la SRC vise à contribuer concrètement au débat public sur les politiques à adopter dans ce domaine.

### **Objectifs :**

1. Il existe de nombreuses données scientifiques médicales à ce propos qui, résumées à l'intention du grand public, pourraient alimenter sa réflexion.
2. La population pourrait aussi trouver utile la présentation de la situation vécue dans les diverses juridictions accordant aux médecins le droit d'aider leurs patients à mourir.
3. La population bénéficierait aussi d'une présentation prudente et équilibrée des avantages et inconvénients de la décriminalisation du décès assisté par le médecin et ce, à partir de points de vues éthiques et juridiques bien étayés.
4. Plusieurs professionnels de la santé apprécieraient une présentation complète et respectueuse des tenants et aboutissants de la question.
5. Au terme de ses travaux, le groupe d'experts devrait envisager de soumettre au débat public ses recommandations sur les éventuelles politiques à adopter à ce propos.

### **Questions à étudier :**

1. Le suicide assisté (SA) ou l'euthanasie volontaire (EV) peuvent-ils se justifier du point de vue moral; devrait-on décriminaliser l'une ou l'autre pratique dans certaines circonstances bien définies? Si oui, quelles sont ces circonstances?

2. Y a-t-il, moralement et juridiquement, une différence appréciable entre s'abstenir de traiter ou arrêter un traitement destiné à prolonger la vie du patient (dont l'hydratation et l'alimentation artificielles), et accélérer son trépas par EV ou SA?
3. Existe-t-il une distinction morale et juridique entre administrer une dose de sédatif mortelle et abrégé la vie en soulageant les symptômes? Dans quelles circonstances, s'il en est, l'une ou l'autre de ces pratiques est ou devrait-elle être légalisée au Canada?
4. A-t-on abusé du SA ou de l'EV dans les juridictions où ces pratiques ont été décriminalisées (plus particulièrement dans les pays ayant un contexte social semblable à celui du Canada)? Quelles mesures de protection y a-t-on mis en place? Dans ce contexte, l'argument philosophique de la « pente glissante » est-il justifié?
5. Le cas échéant, quelles mesures pourrait-on adopter pour prévenir tout abus ou exploitation en matière de SA ou d'EV – sans toutefois ériger des barrières infranchissables pour les personnes souhaitant avoir accès à ces formes de décès assisté?
6. Le concept de la « dignité humaine » est-il utile dans le débat sur le SA ou l'EV?
7. Le SA ou l'EV sont-ils compatibles avec le professionnalisme en matière de soins de santé? L'une ou l'autre de ces pratiques risque-t-elle d'améliorer ou de miner la relation patient-professionnel de la santé?
8. Quelle est la valeur légale des « Directives préalables »?
9. Quel est le statut juridique et éthique d'un refus ou d'un retrait unilatéral de soins pouvant prolonger la vie?