



PARLEMENT | PARLIAMENT  
CANADA

# **L'AIDE MÉDICALE À MOURIR: UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT**

## **Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir**

**Les coprésidents  
L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie et Robert Oliphant**

**FÉVRIER 2016**

**42<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION**

---

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

### **PERMISSION DU PRÉSIDENT**

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

**L'AIDE MÉDICALE À MOURIR:  
UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT**

**Rapport du Comité mixte spécial  
sur l'aide médicale à mourir**

**Les coprésidents  
L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie et Robert Oliphant**

**FÉVRIER 2016  
42<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION**



# **COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR**

## **COPRÉSIDENTS**

L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie et Robert Oliphant

## **VICE-PRÉSIDENTS**

Michael Cooper

Murray Rankin

## **MEMBRES REPRÉSENTANT LE SÉNAT**

L'hon. James S. Cowan

L'hon. Nancy Ruth

L'hon. Serge Joyal

L'hon. Judith G. Seidman

L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie

## **MEMBRES REPRÉSENTANT LA CHAMBRE DES COMMUNES**

Harold Albrecht

Denis Lemieux

John Aldag

James Maloney

René Arseneault

Robert Oliphant

L'hon. Steven Blaney

Murray Rankin

Guy Caron

Brigitte Sansoucy

Michael Cooper

Brenda Shanahan

Julie Dabrusin

Mark Warawa

Gérard Deltell

Borys Wrzesnewskyj

Garnett Genuis

## **AUTRES SÉNATEURS ET DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ**

Luc Berthold

Mike Bossio

Sean Casey

L'hon. Norman E. Doyle

L'hon. Tobias C. Enverga Jr.

Joël Godin

Rachael Harder

Kamal Khera

L'hon. Carolyn Stewart Olsen

L'hon. Betty E. Unger

Arnold Viersen

## **COGREFFIÈRES DU COMITÉ**

Shaila Anwar

Cynara Corbin

Andrea McCaffrey

## **BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT**

### **Service d'information et de recherche parlementaires**

Julia Nicol

Marlisa Tiedemann

# **COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR**

a l'honneur de présenter son

## **PREMIER RAPPORT**

Conformément à son ordre de renvoi du Sénat et à celui de la Chambre des communes du 11 décembre 2015, le Comité a étudié l'aide médicale à mourir: une approche centrée sur le patient et a convenu de faire rapport de ce qui suit :





# TABLE DES MATIÈRES

---

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR : UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT .....	1
INTRODUCTION .....	1
CONTEXTE .....	4
A. Division des compétences entre les gouvernements fédéral et provinciaux ....	4
1. Le droit criminel et l'administration de la justice .....	4
2. Santé .....	5
B. Législation au Québec .....	7
C. Comité externe sur les options de réponse législative à <i>Carter c. Canada</i> .....	8
D. Groupe consultatif provincial-territorial d'experts .....	9
TERMINOLOGIE .....	10
CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ À L'AIDE MÉDICALE À MOURIR .....	12
A. Problème de santé .....	12
1. La maladie terminale comme condition .....	13
2. Maladies mentales .....	14
B. Souffrances .....	16
C. Consentement éclairé .....	17
D. Âge .....	20
E. Demande anticipée .....	24
F. Obligation de résidence .....	27
EN QUOI CONSISTE LE PROCESSUS MENANT À UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR?.....	27
A. Refus de participer à l'aide médicale à mourir pour des questions de conscience.....	28
B. Évaluations.....	30
C. Qui devrait pratiquer l'aide médicale à mourir?.....	31
D. Période d'attente ou de réflexion .....	32
E. Examen préalable des demandes d'aide médicale à mourir .....	33
F. Considérations secondaires.....	34
SURVEILLANCE DU PROCESSUS : EXIGENCES EN MATIÈRE DE RAPPORTS ET COLLECTE DE DONNÉES.....	34
AMÉLIORATION DU SOUTIEN ET DES SERVICES .....	36

A. Soutien aux peuples et aux collectivités autochtones .....	36
B. Soins palliatifs .....	36
C. Troubles de santé mentale.....	37
D. Démence.....	37
LISTE DES RECOMMANDATIONS .....	39
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS .....	45
ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES .....	49
PROCÈS-VERBAUX .....	55
OPINION DISSIDENTE DES DÉPUTÉS DU PARTI CONSERVATEUR DU CANADA.....	57
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE DU CANADA .....	63

# L'AIDE MÉDICALE À MOURIR : UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT

---

## INTRODUCTION

Le 6 février 2015, dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)* (arrêt *Carter*)<sup>1</sup>, la Cour suprême du Canada a déclaré nuls l'article 14 et l'alinéa 241b) du *Code criminel*<sup>2</sup> :

[...] dans la mesure où ils prohibent l'aide d'un médecin pour mourir à une personne adulte capable qui (1) consent clairement à mettre fin à sa vie; et qui (2) est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition. Il convient d'ajouter que le terme « irrémédiable » ne signifie pas que le patient doive subir des traitements qu'il juge inacceptables<sup>3</sup>.

La Cour suprême a déterminé que cette prohibition portait atteinte aux droits des demandeurs en vertu de l'article 7 de la *Charte canadienne de droits et libertés*<sup>4</sup>. Elle a noté qu'il « appartient au Parlement et aux législatures provinciales de répondre, si elles choisissent de le faire, en adoptant une loi compatible avec les paramètres constitutionnels énoncés dans les présents motifs<sup>5</sup> ». Tout en tenant compte de la complexité de la question de l'aide médicale à mourir (AMM)<sup>6</sup> et des inquiétudes exprimées par un grand nombre d'observateurs quant à la possibilité que des personnes vulnérables soient incitées à demander une telle aide, la Cour suprême a également fait observer que la juge de première instance avait « conclu qu'un régime permissif comportant des garanties adéquatement conçues et appliquées pouvait protéger les personnes vulnérables contre les abus et les erreurs. Certes, il existe des risques, mais un système soigneusement conçu et géré peut les contrer adéquatement<sup>7</sup>. »

---

1 Pour en savoir davantage au sujet de *Carter c. Canada (Procureur général)*, voir Martha Butler et Marlisa Tiedemann, [Carter c. Canada: L'arrêt de la Cour suprême du Canada sur le recours à l'aide d'un médecin pour à mourir](#), Bibliothèque du Parlement, Étude générale n° 2015-47-F, octobre 2015.

2 [Code criminel](#), L.R.C., 1985, ch. C-46.

3 [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), 2015 CSC 5, par. 127.

4 [Loi constitutionnelle de 1982](#). Article 7 : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. »

5 Arrêt *Carter*, par. 126.

6 Le Comité a adopté l'expression « aide médicale à mourir », car elle traduit la réalité selon laquelle ce seront les équipes de soins, et pas seulement des médecins, qui participeront au processus. Le rapport reprend toutefois les autres expressions utilisées dans les témoignages cités ou les documents étudiés.

La section « Terminologie » du présent rapport explique les autres termes se rapportant à l'aide médicale à mourir.

7 *Ibid.*, par. 105.

La Cour a suspendu pour un an la prise d'effet de la déclaration d'invalidité, et, le 15 janvier 2016, elle a prolongé cette suspension de quatre mois. La *Loi concernant les soins en fin de vie* du Québec n'était toutefois pas visée par cette prolongation. De plus, la Cour a accordé une exemption afin que « ceux qui souhaitent demander l'aide d'un médecin, dans le respect des critères énoncés au paragraphe 127 des motifs de la Cour dans *Carter*, puissent, pendant la durée de la prorogation de la suspension, s'adresser à la cour supérieure de leur province ou territoire pour solliciter une ordonnance<sup>8</sup>. »

Des motions ont été adoptées le 11 décembre 2015 à la Chambre des communes et au Sénat afin qu'un comité mixte spécial (le Comité) soit formé pour :

[...] examiner le rapport du Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*, ainsi que d'autres activités de consultation et études récentes pertinentes; consulter les Canadiens, les experts et les intervenants; et formuler des recommandations sur le cadre d'une réponse fédérale à l'aide médicale à mourir respectueuse de la Constitution, de la Charte canadienne des droits et libertés et des priorités des Canadiens.

Les motions prévoyaient également « qu'il soit ordonné au Comité de mener de vastes consultations et d'examiner les démarches adoptées à l'égard de ces questions au Canada et dans les régimes gouvernementaux comparables<sup>9</sup> ».

Guidé par l'arrêt *Carter*, le Comité a tenu 16 réunions et entendu 61 témoins (voir la liste en annexe A). Il a également reçu plus d'une centaine de mémoires témoins (voir la liste en annexe B). Les témoins ont également souligné l'importance de veiller à ce que toutes les personnes qui répondent aux critères d'admissibilité (recommandés par le Comité plus loin dans le présent rapport) puissent avoir accès à l'AMM, peu importe où elles habitent, conformément aux principes d'accessibilité et d'universalité établis dans la *Loi canadienne sur la santé*<sup>10</sup>. Pour garantir encore plus l'accès à ce droit constitutionnel, le Comité a formulé des recommandations sur des questions qui ne sont pas directement abordées dans l'arrêt *Carter*. Comme l'a indiqué la Cour suprême du Canada, « cette déclaration est censée s'appliquer aux situations de fait que présente l'espèce. Nous ne nous prononçons pas sur d'autres situations où l'aide médicale à mourir peut être demandée<sup>11</sup> ». En ce qui concerne l'accessibilité, le Comité soutient également que l'AMM doit pouvoir être apportée dans tout endroit approprié, y compris le domicile de la personne, et non seulement dans les hôpitaux. La réponse du gouvernement à l'arrêt *Carter* doit être axée sur les besoins et les volontés des patients. Le Comité a reconnu à l'unanimité la nécessité absolue de mettre en place des mesures de protection des personnes vulnérables.

---

8 [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), 2016 CSC 4, par. 7.

9 Chambre des communes, *Journaux*, n° 7, 1<sup>re</sup> session, 42<sup>e</sup> législature, 11 décembre 2015, p. 50; Sénat, *Journaux*, n° 6, 1<sup>re</sup> session, 42<sup>e</sup> législature, 11 décembre 2015, p. 56.

10 [Loi canadienne sur la santé](#), L.R.C., 1985, ch. C-6.

11 Arrêt *Carter* 2015, par. 127.

Les mémoires reçus étaient à la fois réfléchis et inspirants, interpellant le Comité sur des questions directement liées à sa mission de proposer un cadre fédéral pour l'AMM. Le Comité a entendu de nombreux témoignages en faveur d'une approche axée sur la collaboration entre le gouvernement fédéral, les provinces et territoires et les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation des professions médicales en vue de l'élaboration d'un tel cadre. Les témoins voulaient éviter ce que certains décrivaient comme une « approche à l'emporte-pièce », qui mènerait à l'adoption de critères d'admissibilité et de processus considérablement différents d'une province ou d'un territoire à l'autre. Les recommandations formulées par le Comité à la lumière des témoignages recueillis portent sur l'admissibilité à l'AMM et le processus qui devrait être mis en place pour que les personnes admissibles puissent obtenir cette aide.

Le Comité a insisté sur la nécessité de « reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande », comme le recommandait la Commission de vérité et réconciliation dans son rapport final<sup>12</sup>. Par ailleurs, la très grande majorité des témoins s'entendaient pour dire qu'il faut améliorer les soins palliatifs en général et mieux soutenir les personnes atteintes de déficience, de troubles de santé mentale ou de démence. Le Comité reconnaît qu'il y a beaucoup à faire pour s'assurer que les gens ne demandent pas une aide médicale à mourir parce qu'ils n'ont pas de services de soutien et autres adéquats dans leur collectivité. Le Comité a formulé des recommandations à cet égard à la fin du présent rapport.

Dans les pages qui suivent, le Comité présente ses constatations et recommandations en vue de l'élaboration d'un cadre législatif qui nécessitera, entre autres, des modifications au *Code criminel*. Les recommandations du Comité portent sur les critères d'admissibilité à l'AMM (mesures de protection essentielles), les garanties procédurales et la surveillance. Les mesures de protection essentielles et les garanties procédurales sont énumérées ci-dessous et décrites plus loin dans le présent rapport :

### **Mesures de protection essentielles**

- Existence d'un problème de santé grave et irrémédiable (y compris une affection, une maladie ou un handicap);
- Souffrances persistantes qui sont intolérables pour la personne au regard de sa condition;
- Consentement éclairé;

---

12 Commission de vérité et réconciliation du Canada, [Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir](#), Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015.

- Capacité décisionnelle au moment de présenter la demande d'aide anticipée ou immédiate;
- Admissibilité de la personne aux services de soins de santé financés par l'État au Canada.

### **Garanties procédurales**

- Deux médecins indépendants doivent déterminer que la personne est admissible;
- La demande doit être faite par écrit, en présence de deux témoins impartiaux;
- Une période d'attente est requise. Elle dépend en partie de la vitesse de progression et de la nature des problèmes de santé, lesquelles sont évaluées par le médecin traitant du patient;
- Un rapport annuel comportant une analyse des cas d'aide médicale à mourir doit être présenté au Parlement;
- Il faut améliorer le soutien et les services, notamment offrir des services de soins de vie adaptés à la culture et aux croyances spirituelles aux patients autochtones, pour veiller à ce que le recours à l'AMM repose sur une décision prise librement, en particulier dans le cas des personnes vulnérables.

## **CONTEXTE**

### **A. Division des compétences entre les gouvernements fédéral et provinciaux<sup>13</sup>**

#### **1. Le droit criminel et l'administration de la justice**

Les articles 91 et 92 de *Loi constitutionnelle de 1867*<sup>14</sup> confèrent au Parlement ou aux assemblées législatives des provinces et territoires le pouvoir exclusif d'édicter des lois dans certains domaines. Le paragraphe 91(27) accorde au gouvernement fédéral l'autorité législative exclusive en matière de droit criminel, procédure en matière criminelle comprise. Pour constituer une application valide de la compétence du Parlement en

---

13 Cette section se base sur : Martha Butler et Marlisa Tiedemann, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*, Bibliothèque du Parlement, Publication n° 2011-91-F, septembre 2013.

Pour plus de renseignements sur la division des pouvoirs, voir Peter W. Hogg, *Constitutional Law of Canada*, cinquième édition avec supplément, volumes 1 et 2, Thomson Carswell, Toronto, 2007.

14 [Loi constitutionnelle de 1867](#), 30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.-U.).

matière de droit criminel, une loi doit prévoir une interdiction et une peine, et viser un objet de droit criminel (suppression d'un mal). Au nombre des objets de droit criminel reconnus par les tribunaux figurent la santé, la moralité, la sûreté et la sécurité publiques.

Par contre, l'administration de la justice, y compris la plupart des poursuites, relève des provinces (par. 92(14)), tout comme l'infliction de peines pour violation des lois provinciales (par. 92(15)).

## 2. Santé

Si quelques thèmes liés à la santé figurent aux articles 91 et 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867*, la « santé » n'y est jamais précisément mentionnée. Les sujets et les mesures liés à la santé peuvent être reconnus comme relevant de la compétence du gouvernement fédéral ou des provinces selon l'objet et l'effet d'une mesure en particulier. Le Parlement peut exercer sa compétence sur des questions de santé (ce qu'il a déjà fait) en vertu de son pouvoir de légiférer en matière de droit criminel (par. 91(27)), de son pouvoir de dépenser découlant des pouvoirs qu'il possède en matière de dette et de propriété publiques (par. 91(1A)) et de son pouvoir général de taxation (par. 91(3)).

Entre autres exemples du recours par le gouvernement fédéral au pouvoir de légiférer en matière de droit criminel dans des questions liées à la santé, notons la *Loi sur les aliments et drogues*<sup>15</sup>, la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines*<sup>16</sup> et la *Loi sur la procréation assistée*<sup>17</sup>. Pour déterminer la validité, en fonction de ce pouvoir, d'une loi liée à la santé, il faut considérer : 1) si la loi impose une interdiction et une peine; 2) si la loi vise « un mal légitime pour la santé publique » (ou autre objet de droit criminel). Dans un arrêt rendu (4-4-1) en 2010 concernant la *Loi sur la procréation assistée*, la Cour suprême du Canada a invalidé des sections de la *Loi*, statuant qu'elles n'étaient pas du ressort du Parlement<sup>18</sup>. Dans cette affaire, les juges, à la majorité, ont dit ce qui suit :

Si la crainte raisonnée de préjudice constitue nécessairement un objet justifiant le recours en droit criminel, la santé, l'éthique et la morale ne suscitent pas d'emblée ou dans tous les cas une telle crainte. Pour qu'une activité relève du droit criminel, il faut conclure qu'il existe un mal à réprimer ou à prévenir et que, de fait, le caractère véritable des dispositions en question est la répression de ce mal ou la prévention de ce risque raisonné de préjudice.

L'exercice par le Parlement d'une compétence qui lui est attribuée lui permet d'établir des normes nationales. L'efficacité administrative à elle seule ne peut cependant pas justifier l'intervention législative de l'ordre fédéral (*Renvoi sur la margarine*, p. 52). Encore faut-il que cette intervention respecte les limites d'une compétence attribuée. Le recours au pouvoir de légiférer en matière de droit criminel ne saurait donc se fonder simplement sur un souci

---

15 [Loi sur les aliments et drogues](#), L.R.C. 1985, ch. F-27.

16 [Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines](#), L.C. 2009, ch. 24.

17 [Loi sur la procréation assistée](#), L.C. 2004, ch. 2.

18 [Renvoi relatif à la Loi sur la procréation assistée](#), 2010 CSC 61.

d'efficacité ou d'uniformité, puisqu'un tel objet, pris isolément, ne relève pas du droit criminel. Les trois composantes du droit criminel doivent être présentes<sup>19</sup>.

Hormis dans les domaines relevant des articles mentionnés précédemment, en général, la santé est du ressort des provinces. Par exemple, les provinces ont compétence sur la plupart des hôpitaux et des services de soins de santé, l'exercice de la médecine, la formation des professionnels de la santé et la réglementation des professions médicales, l'assurance-hospitalisation, l'assurance-maladie et la santé au travail. Les pouvoirs en la matière leur sont accordés en vertu des paragraphes 92(7) (hôpitaux), 92(13) (propriété et droits civils) et 92(16) (matières d'une nature purement locale ou privée) de la *Loi constitutionnelle de 1867*.

Cependant, il peut être difficile de délimiter clairement les compétences fédérales et provinciales, comme on peut le lire dans *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society* :

La vaste compétence provinciale en matière de santé englobe des milliers d'activités et une multitude d'installations différentes [...] Pour compliquer les choses, le Parlement a le pouvoir de légiférer dans des matières de compétence fédérale, comme le droit criminel, qui touchent la santé. Ainsi, il a toujours eu le pouvoir d'interdire les traitements médicaux dangereux ou qui, selon lui, constituent une « conduite socialement répréhensible » : *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30; *Morgentaler c. La Reine*, [1976] 1 R.C.S. 616; *R. c. Morgentaler*, [1993] 3 R.C.S. 463. Compte tenu du rôle dévolu au fédéral dans le domaine de la santé, il est impossible de définir précisément les éléments que comporterait ou non le « contenu essentiel » provincial proposé. La compétence fédérale concurrente, ainsi que l'ampleur même et la diversité de la compétence provinciale en matière de santé rendent pratiquement insurmontable la tâche de délimiter avec précision un contenu essentiel provincial qui serait protégé de toute incursion fédérale<sup>20</sup>.

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême a conclu :

À notre avis, les appelants n'ont pas établi que la prohibition de l'aide médicale à mourir empiète sur le contenu essentiel de la compétence provinciale. La santé est un domaine de compétence concurrente; le Parlement et les provinces peuvent valablement légiférer dans ce domaine : *RJR-MacDonald Inc. c. Canada (Procureur général)*, [1995] 3 R.C.S. 199, par. 32; *Schneider c. La Reine*, [1982] 2 R.C.S. 112, p. 142. Ceci laisse croire que les deux ordres de gouvernement peuvent valablement légiférer sur des aspects de l'aide médicale à mourir, en fonction du caractère et de l'objet du texte législatif. Le dossier qui nous a été soumis ne nous convainc pas que la compétence provinciale en matière de santé exclut la compétence du Parlement fédéral de légiférer sur l'aide médicale à mourir<sup>21</sup>.

Dans l'élaboration de la réponse du gouvernement fédéral à l'arrêt *Carter* et la mise en œuvre d'un cadre sur l'AMM, il faudra tenir compte de cette répartition complexe des pouvoirs et travailler en étroite collaboration avec les provinces et les territoires. Plusieurs

---

19 *Ibid.*, par. 243 et 244.

20 [Canada \(Procureur général\) c. PHS Community Services Society](#), 2011 CSC 44, par. 68.

21 [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), 2015 CSC 5, par. 53.



témoins ont exprimé leurs préoccupations à l'égard d'une approche « fragmentée » en matière d'AMM<sup>22</sup>. Le constitutionnaliste Peter Hogg a proposé une solution :

[...] même si on souhaiterait que toutes les provinces adoptent une législation uniforme, il est fort probable que cela n'arrivera pas. Vous pourriez cependant recommander l'intégration à la loi nationale d'une « disposition d'équivalence » établissant que, si le ministre fédéral de la Santé ou le gouverneur en conseil — selon le cadre choisi — est convaincu qu'une province ou un territoire donné a mis en place les garanties nécessaires équivalant en substance aux garanties fédérales, la loi fédérale n'a pas à s'appliquer.

On éviterait ainsi les chevauchements entre la loi fédérale et les lois provinciales. De plus, en l'absence d'une disposition d'équivalence, les litiges qui pourraient découler de ces chevauchements seraient très complexes et réglés selon le principe de la prépondérance fédérale. Ce n'est pas souhaitable du tout. Je crois qu'une disposition d'équivalence permettrait d'éviter de telles situations.

[...] en l'absence d'un régime provincial d'aide médicale à mourir, le régime fédéral serait le seul cadre à suivre. Ce régime doit pouvoir être applicable et prévoir des garanties adéquates contre les erreurs ou les abus<sup>23</sup>.

## **B. Législation au Québec<sup>24</sup>**

Le Comité tient à souligner le vaste débat tenu au Québec au sujet de l'aide médicale à mourir, lequel lui a été utile dans ses travaux.

L'Assemblée nationale du Québec a créé la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (Commission spéciale) le 4 décembre 2009. Au cours de ses travaux de 2010 à 2011, la Commission a entendu 32 spécialistes de la question et plus de 250 particuliers et représentants d'organisations, en plus de recevoir 273 mémoires. En mars 2012, la Commission spéciale a déposé son rapport, formulant 24 recommandations sur les soins palliatifs, la sédation palliative, les directives médicales anticipées, les soins de fin de vie et l'« aide médicale à mourir<sup>25</sup> ».

En réponse au rapport de la Commission spéciale, le gouvernement du Québec a chargé un comité d'experts d'examiner les mesures à prendre pour effectuer les changements législatifs recommandés. Le comité d'experts a publié son rapport en janvier 2013. Il recommande que l'« aide médicale à mourir » soit considérée, dans certaines circonstances, comme faisant partie du continuum de soins. En tant qu'élément des soins

---

22 Voir, par exemple, Parlement, 1<sup>re</sup> session, 42<sup>e</sup> législature, Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (PDAM), *Témoignages*, 27 janvier 2016, 1705 (D<sup>r</sup> Jeff Blackmer, Association médicale canadienne); PDAM, *Témoignages*, 26 janvier 2016, 1830 (Jennifer Gibson, coprésidente, Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir).

23 PDAM, *Témoignages*, 25 janvier 2016, 1150 et 1225 (Peter Hogg, conseiller honorifique, Blake, Cassels & Graydon s.r.l., à titre personnel).

24 Cette section se base en partie sur la version prochaine du document de Julia Nicol et Marlisa Tiedemann, *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, Bibliothèque du Parlement.

25 « Aide médicale à mourir » est le terme employé dans la loi du Québec.

de fin de vie, l'« aide médicale à mourir » pourrait relever de la compétence provinciale en matière de prestation des soins de santé.

Le projet de loi n° 52, *Loi concernant les soins de fin de vie*, a été présenté à l'Assemblée nationale du Québec le 12 juin 2013, puis adopté avant de recevoir la sanction royale le 5 juin 2014. Les dispositions de cette loi sont pour la plupart entrées en vigueur le 10 décembre 2015.

La loi établit les droits relatifs aux soins de fin de vie, les règles applicables aux fournisseurs de soins de fin de vie, les règles relatives à la sédation palliative continue, les pouvoirs du ministre de la Santé et des Services sociaux, les règles relatives aux directives médicales anticipées ainsi que les règles relatives à l'« aide médicale à mourir ». En outre, la loi décrit les exigences à respecter pour obtenir une aide médicale à mourir, les exigences auxquelles doivent satisfaire les médecins avant d'administrer l'aide médicale à mourir, et divers autres éléments visant à réglementer cette pratique.

### **C. Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada***

Le 17 juillet 2015, les ministres fédéraux de la Justice et de la Santé ont annoncé la mise sur pied d'un comité externe chargé de consulter les Canadiens au sujet des options de réponse à l'arrêt *Carter*. Le groupe d'experts devait consulter les autorités médicales et les intervenants dans l'affaire *Carter* en particulier, ainsi que les Canadiens en général, par le truchement de consultations publiques en ligne. Le comité devait faire rapport de ses constatations et proposer des options de réponse législative. Or, à la suite des élections, les ministres de la Justice et de la Santé du nouveau gouvernement ont publié une lettre adressée aux membres du comité le 14 novembre 2015, annonçant la prolongation du mandat du groupe jusqu'au 15 décembre 2015 et la modification des dispositions de son mandat, et lui demandant de résumer les résultats de ses consultations sans fournir d'options à l'égard de mesures législatives.

En plus de tenir les consultations susmentionnées, le Comité externe s'est rendu aux Pays-Bas, en Belgique, en Suisse et en Oregon (États-Unis) pour en apprendre davantage sur la manière dont l'aide à mourir est réglementée dans ces États. Le rapport du Comité externe a été présenté au gouvernement le 15 décembre 2015.

Dans son rapport final<sup>26</sup>, le Comité externe a résumé les témoignages recueillis sur les sujets suivants :

- les formes d'aide à mourir et la terminologie;
- les critères d'admissibilité;
- la demande d'AMM;

---

26 Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*, [Consultations sur l'aide médicale à mourir - Résumé des résultats et des principales constatations](#), 15 décembre 2015.

- l'évaluation de la demande;
- la participation et la conformité;
- la surveillance du système.

#### **D. Groupe consultatif provincial-territorial d'experts**

À la mi-août 2015, on a annoncé la création du Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir<sup>27</sup>. Les travaux du Groupe consultatif devaient se faire en « complément des travaux du comité fédéral d'experts », et le groupe consultatif devait fournir « des conseils sur l'élaboration des politiques, des pratiques et des mesures de protection nécessaires que les provinces et territoires devront envisager avec la légalisation de l'aide médicale à mourir sur leurs territoires respectifs de compétence<sup>28</sup> ».

Le rapport final du Groupe consultatif, daté du 30 novembre 2015 et publié le 14 décembre 2015, comportait 43 recommandations<sup>29</sup>, les principales étant :

- « Les provinces et les territoires, de préférence en collaboration avec le gouvernement fédéral, devraient élaborer et mettre en œuvre une stratégie pancanadienne relative aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie, y compris l'aide médicale à mourir »;
- mettre en place un programme financé par l'État afin de mettre le patient en contact avec un fournisseur de soins approprié;
- modifier le *Code criminel* afin de permettre que l'AMM soit fournie par des professionnels de la santé agréés agissant sous la direction d'un médecin ou d'une infirmière ou infirmier praticien, et de protéger les professionnels de la santé participant à l'intervention;
- modifier le *Code criminel* afin d'assurer que l'admissibilité à l'AMM soit fondée sur la capacité du patient plutôt que sur son âge;
- demander aux organismes de réglementation des professions médicales d'élaborer des lignes directrices et des outils pour les médecins;

---

27 L'ensemble des provinces et territoires ont participé aux travaux du Groupe consultatif, à l'exception du Québec, qui avait adopté sa propre loi, et de la Colombie-Britannique, qui y a participé à titre d'observateur.

28 Gouvernement de l'Ontario, [Les provinces et les territoires mettent sur pied un groupe consultatif d'experts sur l'aide médicale à mourir](#), Communiqué, 14 août 2015.

29 Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir, [Rapport final](#), 30 novembre 2015 [Rapport provincial-territorial].

- ne pas exiger de période d'attente entre le moment où une demande d'aide à mourir est présentée et celui où elle est exaucée;
- obliger les fournisseurs de soins de santé qui s'opposent à l'aide médicale à mourir « au nom d'impératifs moraux » à « renseigner leurs patients sur toutes les options de fin de vie », dont l'AMM; à les aiguiller vers d'autres fournisseurs; à confier directement leurs soins à d'autres fournisseurs ou à communiquer avec des tiers et à transférer les dossiers des patients;
- amener les gouvernements provinciaux et territoriaux à mettre en place des mécanismes faisant appel à des comités d'examen pour s'assurer que les règles ont été bien respectées dans tous les dossiers d'AMM;
- mettre sur pied une commission pancanadienne sur les soins de fin de vie (de préférence en collaboration avec le gouvernement fédéral);
- sensibiliser la population à la question de l'aide médicale à mourir et la mobiliser afin qu'elle puisse éclairer l'élaboration future de lois, politiques et pratiques connexes.

## TERMINOLOGIE

L'euthanasie est la « cessation intentionnelle de la vie d'une personne par une autre personne pour abrégé les souffrances de la première ». L'euthanasie volontaire est l'euthanasie réalisée conformément à la volonté d'une personne capable, exprimée en personne ou au moyen d'une directive préalable<sup>30</sup>.

On entend par suicide assisté le fait d'aider quelqu'un à mettre fin à ses jours en lui fournissant les renseignements ou les moyens nécessaires pour le faire, ou les deux.

Des termes génériques comme « aide à mourir » ou « aide à la mort » servent aussi à décrire à la fois le suicide assisté et l'euthanasie volontaire. On emploie les termes génériques « aide d'un médecin pour mourir » ou « aide médicale à mourir » lorsqu'un médecin intervient, soit directement, soit en supervisant une tierce personne qui aide une personne à se suicider<sup>31</sup>.

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada a utilisé l'expression « aide d'un médecin pour mourir », qui est aussi celle qu'utilisaient les demandeurs. Selon ces derniers, cette expression englobe aussi bien le « suicide commis avec l'aide d'un médecin » que le « recours consensuel à l'aide d'un médecin pour mourir ». Au Québec, la *Loi concernant les soins de fin de vie* emploie le terme « aide médicale à mourir », défini comme suit : « soin consistant en l'administration de médicaments ou

---

30 [Carter v. Canada \(Attorney General\)](#), 2012 BCSC 886, par. 38.

31 *Ibid.*, par. 39.

de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès<sup>32</sup>. » Ce terme englobe l'euthanasie volontaire, mais pas le suicide assisté.

Un grand nombre de témoins ont parlé de la terminologie à utiliser dans le contexte de l'aide médicale à mourir. Par exemple, selon Joanne Klineberg, avocate-conseil, Section de la politique en matière de droit pénal au ministère de la Justice :

Certains sont d'avis que les expressions « suicide médicalement assisté » et « euthanasie » sont claires et bien définies et qu'il faut les employer pour éviter la confusion et la mauvaise compréhension que suscite l'emploi de termes plus généraux comme « aide médicale à mourir ». D'autres n'approuvent pas l'usage des termes « suicide médicalement assisté » et « euthanasie », estimant qu'il s'agit de termes lourds de sens et stigmatisants et que seul un terme plus général comme « aide médicale à mourir » devrait être employé<sup>33</sup>.

Dans son rapport, le Comité externe confirme que certains des spécialistes et des organismes consultés préfèrent les expressions « aide médicale au suicide » et « euthanasie », mais que d'autres favorisent « l'aide médicale à la mort<sup>34</sup> ». Le Comité a appris que d'autres organisations aiment mieux utiliser « mort médicalement précipitée<sup>35</sup> ». Le Comité préfère l'expression « aide médicale à mourir », car elle traduit la réalité selon laquelle les équipes de soins de santé, composées de personnel infirmier, de pharmaciens et d'autres professionnels de la santé, participent également au processus. Il recommande que cette expression soit utilisée dans tout projet de loi futur sur la question. C'est d'ailleurs l'expression qu'il utilise tout au long du présent rapport.

Par ailleurs, des témoins ont suggéré au Comité que les termes « grave et irrémédiable » soient définis dans la loi<sup>36</sup>, mais d'autres jugeaient cette mesure inutile<sup>37</sup>. Maureen Taylor, co-présidente du Groupe consultatif provincial-territorial d'experts, a déclaré que « grave » devrait être défini comme voulant dire « grave » ou « très grave<sup>38</sup> ». L'Association médicale canadienne a proposé une définition semblable (« sérieux ou sévère ») et déclaré que le terme « irrémédiable » devrait signifier « incurable ou dont on

---

32 Code civil du Québec, *Loi concernant les soins de fin de vie*, ch. S-32.0001, par. 3(6).

33 PDAM, *Témoignages*, 18 janvier 2016, 1405 (Joanne Klineberg, ministère de la Justice).

34 Rapport du Comité externe.

35 PDAM, *Témoignages*, 27 janvier 2016, 1720 (D<sup>re</sup> Monica Branigan, Société canadienne des médecins de soins palliatifs); un réseau de médecins de la Colombie-Britannique, *mémoire au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*.

36 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1925 (Michael Bach, Association canadienne pour l'intégration communautaire); un réseau de médecins de la Colombie Britannique, Daniel Santoro et D<sup>re</sup> Althea Burrell, *mémoire au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*, reçu le 27 janvier 2016.

37 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1100 (Grace Pastine, directrice litige, Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique); PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1920 (D<sup>r</sup> Douglas Grant, Nova Scotia College of Physicians and Surgeons); PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016.

38 PDAM, *Témoignages*, 26 janvier 2016, 1835 (Maureen Taylor, coprésidente, Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir).

ne peut atténuer les symptômes<sup>39</sup> ». Jocelyn Downie, professeure à l'Université Dalhousie, et David Baker, avocat chez Bakerlaw, ont tous deux présenté au Comité un projet de législation sur l'AMM dans lequel étaient définis plusieurs termes, dont « grave » et « incurable<sup>40</sup> ». Selon l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, « grave » est « un terme juridique applicable aux affections sévères et non négligeables qui ont des répercussions importantes sur le bien-être du patient », et le terme « incurable » s'étend aux « maladies terminales et non terminales<sup>41</sup> ». Les ordres des médecins et de chirurgiens de l'Alberta et du Manitoba ont aussi défini l'expression « grave et irrémédiable » dans leurs politiques respectives<sup>42</sup>.

Le Comité partage l'avis des témoins selon lequel il n'est pas nécessaire de définir les termes « grave et irrémédiable » au-delà des paramètres établis dans l'arrêt *Carter*. La Cour suprême a déterminé qu'« irrémédiable ne signifie pas que le patient doit subir des traitements qu'il juge inacceptables<sup>43</sup> ». Le Comité estime que ces termes sont bien compris et qu'il n'est donc pas nécessaire de les définir davantage dans la loi; il recommande donc :

## **RECOMMANDATION 1**

**Qu'il ne soit pas requis de définir davantage dans la loi les termes se rapportant à l'aide médicale à mourir.**

## **CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ À L'AIDE MÉDICALE À MOURIR**

### **A. Problème de santé**

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada permet l'AMM lorsqu'une personne est « affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition<sup>44</sup> ».

Il est largement ressorti des témoignages et des mémoires qu'il ne devrait pas y avoir de liste des problèmes de santé recevables<sup>45</sup>.

---

39 PDAM, *Témoignages*, 27 janvier 2016, 1730 (D<sup>re</sup> Cindy Forbes, présidente, Association médicale canadienne).

40 PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1845 (Jocelyn Downie, à titre personnel); mémoire au Comité, *Présentation au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (David Baker, Trudo Lemmens, Gilbert Sharpe), 28 janvier 2016.

41 Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, *Interim Guidance on Physician-Assisted Death*, janvier 2016

42 College of Physicians and Surgeons of Alberta, *Advice to the Profession: Physician-Assisted Death*; College of Physicians and Surgeons of Manitoba, *Standards of Practice for Physician-Assisted Death*.

43 Arrêt *Carter*, par. 147.

44 *Ibid.*

45 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 3 février 2016, 1700 (Vyda Ng, directrice exécutive, Conseil unitarien du Canada); Dying with Dignity Canada, *Les sept principes législatifs pour une approche centrée sur le patient dans le cadre de l'aide médicale à mourir*, mémoire au Comité.

## 1. La maladie terminale comme condition

Les témoins n'avaient pas tous la même interprétation de l'arrêt *Carter* et ne voyaient pas de la même façon les conséquences possibles de cette décision sur les mesures législatives futures. Selon certains, seules les personnes atteintes d'une maladie terminale devraient être admissibles à l'AMM. D'autres soutenaient que l'arrêt *Carter* n'exigeait rien de tel. Selon le constitutionnaliste Peter Hogg, le Parlement pourrait poser comme condition que le demandeur soit atteint d'une maladie terminale, mais une telle disposition serait davantage susceptible à une contestation constitutionnelle<sup>46</sup>.

L'imam Sikander Hashmi, représentant le Conseil canadien des imams, a soutenu que l'AMM devrait être permise seulement pour les personnes « dans une situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible ». Margaret Somerville, professeure à l'Université McGill, était d'avis que seules les personnes ayant moins de quatre semaines à vivre devraient être admissibles<sup>47</sup>. À l'inverse, le Comité externe a indiqué que l'arrêt *Carter* n'exige pas de diagnostic de maladie terminale<sup>48</sup>. La professeure Downie a soutenu que :

[...] la Cour suprême n'en fait pas mention [maladie terminale] dans l'arrêt *Carter*. C'est trop vague et ambigu. C'est un critère arbitraire qui, en tant qu'obstacle à l'accès, ne se justifie pas sur le plan moral<sup>49</sup>.

Dans son mémoire, le Centre for Inquiry Canada écrit que le fait de limiter l'AMM aux personnes en phase terminale « ne permet pas de respecter intégralement la décision de la Cour et le principe d'autonomie individuelle qui la sous-tend<sup>50</sup> ».

Le Comité est d'accord avec le Comité externe et ne pense pas que l'arrêt *Carter* limite l'accès à l'AMM aux patients en phase terminale. D'ailleurs, si une telle limite était mise en place, des Canadiens souffrant de problèmes de santé graves et irrémédiables leur causant des souffrances persistantes et intolérables seraient condamnés à continuer de souffrir contre leur gré. Pour ces raisons, le Comité recommande :

---

46 PDAM, *Témoignages*, 25 janvier 2016, 1255 (Hogg).

47 PDAM, *Témoignages*, 3 février 2016, 1825 (Imam Sikander Hashmi, porte-parole du Conseil canadien des imams); PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1705 (Margaret Somerville, professeure, Université McGill, à titre personnel). Voir aussi, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1925 (Bach) et Société canadienne des médecins de soins palliatifs, *mémoire au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*, 27 janvier 2016, p. 3 et 4.

48 Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*, [Consultations sur l'aide médicale à mourir - Résumé des résultats et des principales constatations : Rapport final](#), 15 décembre 2015, p. 62. Voir aussi, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 25 janvier 2016, 1240 (Jean-Pierre Ménard, avocat, Barreau du Québec).

49 PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1845 (Downie).

50 Centre for Inquiry Canada, mémoire au Comité, 1<sup>er</sup> février 2016, p. 4.

## RECOMMANDATION 2

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

### 2. Maladies mentales

Étant donné que les requérants dans l'affaire *Carter* ne souffraient pas de troubles de santé mentale, la Cour ne s'est pas prononcée sur la question de l'AMM dans le contexte des maladies psychiatriques. Jeanette Ettel, avocate-conseil à la Section des droits de la personne du ministère de la Justice, a déclaré que le Comité avait toute latitude pour décider si les troubles psychiatriques devraient faire partie des maladies ouvrant droit à l'AMM<sup>51</sup>.

À l'instar du Comité externe, le Comité a entendu des opinions contraires quant à la façon d'aborder la santé mentale dans le contexte de l'AMM. Selon Benoît Pelletier, membre du Comité externe et spécialiste en droit constitutionnel, le Comité externe avait constaté que les Canadiens appuyaient surtout l'AMM pour une maladie physique, mais qu'à première vue, les critères établis dans l'arrêt *Carter* pouvaient tout aussi bien s'appliquer aux troubles psychiatriques<sup>52</sup>. La professeure Downie et d'autres étaient d'accord avec lui :

[...] la santé mentale ne devrait pas être un critère d'exclusion. La Cour suprême ne l'a pas exclu, et les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas toutes inaptes. Les médecins déterminent déjà, sur une base régulière, si une personne est apte, même dans le cas de personnes atteintes d'une maladie mentale. De plus, la souffrance associée à la maladie mentale peut être aussi insoutenable que la souffrance associée à une maladie physique. Enfin, je dirais que l'exclusion d'une personne fondée sur la maladie mentale irait à l'encontre de la Charte<sup>53</sup>.

Plusieurs personnes ont exprimé, dans leur témoignage ou mémoire, leurs inquiétudes quant à l'inclusion des maladies mentales dans le contexte de l'AMM<sup>54</sup>. Le docteur K. Sonu Gaiind, président de l'Association des psychiatres du Canada, a présenté certaines des questions à régler :

---

51 PDAM, *Témoignages*, 18 janvier 2016, 1530 (Jeanette Ettel, avocate-conseil, Section des droits de la personne, ministère de la Justice).

52 PDAM, *Témoignages*, 26 janvier 2016, 1750 (Benoît Pelletier, membre, Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*).

53 PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1850 (Downie). Voir aussi, par exemple, Centre for Inquiry, p. 4 et PDAM, *Témoignages*, 26 janvier 2016, 1900 (Taylor).

54 Voir, par exemple, Vivre dans la Dignité, *Recommandations pour le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*, p. 3, mémoire au Comité; Derek B.M. Ross et Johnathan R. Sikkema, Alliance des chrétiens en droit, *Mémoire de l'Alliance des chrétiens en droit au Comité spécial mixte sur l'aide médicale à mourir*, 1<sup>er</sup> février 2016, p. 6.



En ce qui concerne l'irréversible, il faut en déterminer soigneusement la signification dans le contexte de la maladie mentale. Bien sûr, irréversible ne peut pas simplement signifier incurable. Beaucoup d'états sont considérés, par la psychiatrie et la médecine, comme chroniques et incurables, mais cela n'empêche pas d'agir pour remédier à la situation ou l'améliorer<sup>55</sup>.

Selon le docteur Raek Rajji, chef du service de psychiatrie gériatrique au Centre de toxicomanie et de santé mentale :

La maladie mentale peut donc être grave pour certaines personnes. Les symptômes peuvent causer des souffrances psychologiques et parfois physiques persistantes. La souffrance n'est cependant pas synonyme d'incurabilité, et si l'évolution naturelle de la maladie ne conduit pas à une mort inévitable ou prévisible, nous avons la possibilité d'offrir un traitement axé sur le rétablissement.

[...] sur le plan des déterminants sociaux de la santé, les personnes atteintes de maladies mentales peuvent être vulnérables : elles peuvent connaître la pauvreté, vivre dans un logement inadéquat et être dépourvues de soutien social. Ces circonstances peuvent exacerber leur souffrance et les amener à penser que leur maladie est incurable. [...] dans un milieu clinique axé sur le rétablissement, il est toujours possible que la maladie mentale puisse être guérie<sup>56</sup>.

En guise de réponse, la professeure Downie a rappelé au Comité l'aspect suivant du jugement dans l'arrêt *Carter* :

Il convient d'ajouter que le terme « irréversible » ne signifie pas que le patient doit subir des traitements qu'il juge inacceptables<sup>57</sup>.

Le Comité reconnaît que l'application des critères d'admissibilité à l'AMM dans le cas de patients souffrant d'une maladie mentale, en particulier lorsque cette maladie est à l'origine de la demande, posera des problèmes particuliers. Cependant, si la personne est capable et répond aux autres critères définis dans la loi, le Comité ne voit pas comment on pourrait lui refuser un droit reconnu par la Charte à cause du trouble mental dont elle est atteinte. Par ailleurs, d'après le Comité, l'arrêt *Carter* n'exclut pas les personnes atteintes de maladies mentales.

Toute demande d'AMM devra répondre à l'ensemble des critères, y compris ceux touchant le caractère irréversible du problème de santé et la capacité du patient. Comme l'ont rappelé plusieurs témoins, les professionnels de la santé devront assurer un juste équilibre entre le droit des Canadiens d'accéder à ce droit protégé par la Constitution et la protection des personnes vulnérables qui pourraient être forcées à demander une aide médicale à mourir. Il sera sans doute difficile pour les professionnels de la santé de gérer

---

55 PDAM, *Témoignages*, 27 janvier 2016, 1935 (D<sup>r</sup> K. Sonu Gaiind, président, Association des psychiatres du Canada).

56 PDAM, *Témoignages*, 3 février 2016, 1805 (D<sup>r</sup> Tarek Rajji, chef, Géroto-psychiatrie, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

57 Arrêt *Carter*, par. 127.

les cas de troubles mentaux, mais le Comité a confiance en l'expertise de ces professionnels et en leur capacité d'établir et d'appliquer des lignes directrices appropriées. La complexité de tels cas ne justifie pas que l'on fasse de la discrimination à l'endroit de ces personnes en leur refusant l'accès à l'AMM. Le Comité s'attend à ce que très peu de personnes demandent l'AMM en raison de troubles de santé mentale, comme on a déjà pu l'observer dans les sociétés qui ont légalisé l'AMM<sup>58</sup>. Le Comité discute plus loin des mesures de protection appropriées à prendre. Par conséquent, le Comité recommande :

### **RECOMMANDATION 3**

**Que l'on ne juge pas inadmissibles à l'aide médicale à mourir les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique en raison de la nature de leur maladie.**

#### **B. Souffrances**

La Cour suprême du Canada n'a pas précisé dans l'arrêt *Carter* si les souffrances se limitaient aux souffrances physiques. Les témoins n'étaient pas tous du même avis sur la question : certains recommandaient qu'on ne tienne compte que des souffrances physiques, tandis que d'autres préconisaient l'inclusion des souffrances psychologiques<sup>59</sup>. Le Comité a reçu au moins un mémoire affirmant que la souffrance psychologique pouvait être aussi aiguë que la souffrance physique et qu'il ne fallait pas l'exclure dans le contexte de l'AMM<sup>60</sup>. En outre, la Cour suprême mentionne que les gens peuvent souffrir de « se savoir privés de la faculté de mettre fin paisiblement à leurs jours au moment et de la manière de leur choix », ce qui constitue une souffrance psychologique<sup>61</sup>. On exige déjà que la souffrance soit persistante et intolérable, ce qui permet de s'assurer qu'une personne souffrant de douleurs temporaires ou mineures ne puisse prendre la décision de manière précipitée de mettre fin à ses jours. De même, la souffrance doit être liée à un problème de santé grave et irrémédiable. Dans les cas des troubles mentaux, le docteur Gaind a signalé que la maladie en soi peut avoir une influence sur ce que l'on considère comme étant persistant et intolérable<sup>62</sup>. Le Comité est convaincu que les professionnels de la santé sauront faire preuve de prudence dans ces cas comme dans tous les autres, et veilleront à ce que tous les critères soient respectés avant d'accéder à une demande d'AMM. Le Comité recommande :

---

58 En Belgique, par exemple, la proportion de décès liés à l'euthanasie impliquant des troubles neuropsychiatriques était de 1,2 % en 2004-2005, de 2,8 % (ou 58 cas) en 2010-2011, de 3,7 % (ou 67 cas) en 2013-2014, selon Trudo Lemmens, *Pourquoi le Canada doit éviter un régime de réglementation de l'aide médicale à mourir comme en Belgique*, mémoire au Comité, p. 7.

59 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1705, (Somerville), pour ce qui est de limiter l'AMM aux personnes atteintes de souffrances physiques; et PDAM, *Témoignages*, (Wanda Morris, Dying With Dignity), au sujet de la souffrance psychologique.

60 Marcia Hogan, *mémoire au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*, p. 2.

61 *Carter*, 2015, par. 14.

62 PDAM, *Témoignages*, 27 janvier 2016, 1935 (Gaind).

## RECOMMANDATION 4

**Que l'on reconnaisse les souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui sont intolérables pour la personne au regard de sa condition comme étant des critères ouvrant droit à l'aide médicale à mourir.**

### C. Consentement éclairé

Il a semblé se dégager un consensus, des témoignages et mémoires recueillis, sur le fait que ce sera au patient de demander l'AMM, de façon libre et après avoir reçu suffisamment d'informations pour prendre une décision éclairée. La nécessité de s'assurer de l'authenticité du consentement à l'AMM a été au cœur des préoccupations exprimées pendant les audiences. Tous les témoins et auteurs de mémoires étaient soucieux de la protection des personnes vulnérables, même si les solutions proposées pour garantir cette protection variaient considérablement. Le professeur Pelletier a expliqué ceci :

La vulnérabilité est, bien entendu, un concept complexe et délicat. Même si l'expression « populations vulnérables » a été utilisée pour décrire certains groupes identifiables de la société, de nombreuses sources ont souligné au Comité que la vulnérabilité n'est pas uniquement une caractéristique qui s'applique à une personne ou à un groupe; il s'agit aussi d'un état dans lequel n'importe qui peut se trouver selon les circonstances. On nous a fait remarquer que, parfois, selon le contexte et la situation, les gens sont vulnérables lorsque leur autonomie, leur état, leur santé et leur bien-être sont sérieusement compromis.

Dans le contexte de l'aide médicale à mourir, cela signifie que toutes les personnes sont potentiellement vulnérables. Le fait d'être vulnérable n'empêche pas une personne souffrant de façon intolérable de demander de l'aide pour mourir, mais elle risque d'être persuadée de demander la mort, même si ce n'est pas ce qu'elle désire. C'est sur ce risque que la Cour suprême du Canada a demandé au Parlement et aux assemblées législatives de se pencher dans le cadre d'un régime réglementaire complexe<sup>63</sup>.

Jennifer Gibson, coprésidente du Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir, a laissé entendre que presque tous les patients envisageant de demander l'AMM seraient vulnérables, et certains d'entre eux seraient fragilisés par des problèmes liés à leur santé mentale ou à leur condition sociale. En outre, elle a fait observer qu'au lieu de voir cette vulnérabilité comme un obstacle à l'accès à l'AMM, il faudrait la prendre en compte dans le cadre de mesures de protection, et offrir une formation adaptée aux professionnels de la santé<sup>64</sup>. Selon Carolyn Ells, professeure en éthique biomédicale à l'Université McGill, et d'autres témoins, il faudrait utiliser les normes

---

63 PDAM, *Témoignages*, 26 janvier 2016, 1740 (Pelletier).

64 PDAM, *Témoignages*, 26 janvier 2016, 1915 (Gibson).

et processus actuels pour encadrer le consentement<sup>65</sup>. M<sup>me</sup> Klineberg, du ministère de la Justice, a dit ceci :

Puisque la Cour a conclu que les médecins canadiens étaient en mesure d'évaluer à la fois les capacités mentales et la vulnérabilité de la personne sur une base individuelle, elle était d'avis que la prohibition absolue était contraire à la Constitution et qu'il était possible d'offrir une aide médicale pour mourir à ceux qui le souhaitent, tout en protégeant les personnes vulnérables<sup>66</sup>.

Quoi qu'il en soit, beaucoup de témoins ont demandé que l'on soutienne davantage les personnes fragilisées par la pauvreté ou des problèmes de santé mentale; ils ont aussi parlé de la nécessité d'avoir des soins palliatifs adéquats et d'informer les patients de la possibilité de recourir à ces soins pour que l'AMM demeure une option choisie après mûre réflexion<sup>67</sup>. Certains témoins, comme les représentants de la Coalition for HealthCARE and Conscience, considéraient qu'aucune mesure de protection ne serait suffisante pour protéger les personnes vulnérables<sup>68</sup>. À l'opposé, Linda Jarrett, membre du Conseil consultatif des personnes handicapées de Dying with Dignity Canada, a déclaré ceci devant le Comité :

Les membres du Conseil consultatif des personnes handicapées croient fermement que la loi doit assurer un équilibre entre protéger les personnes vulnérables contre une aide à mourir qu'elles ne souhaitent pas et [...] assurer l'accès à l'aide à mourir pour ceux qui le souhaitent vraiment.

[...] Nos maladies et handicaps nous privent de beaucoup de choses. Je vous demande de ne pas compromettre nos choix et notre autonomie<sup>69</sup>.

Comme le Comité comprend les inquiétudes entourant à la fois la protection des personnes vulnérables et le respect de leur libre arbitre, il recommande la mise en place d'un certain nombre de mesures de protection qu'il décrit tout au long du présent rapport et résume dans l'introduction.

Comme l'a indiqué la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Carter* :

---

65 PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1745 (Carolyn Ells, professeure agrégée, Médecine, Unité d'éthique biomédicale, Université McGill, à titre personnel). Voir aussi, par exemple, 1<sup>er</sup> février 2016, 1105 (Josh Paterson, directeur général, Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique).

66 PDAM, *Témoignages*, 18 janvier 2016, 1530 (Klineberg).

67 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1940 (David Baker, Bakerlaw, à titre personnel); PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1750 (Dean Richert, coprésident, Comité sur l'éthique en fin de vie, Conseil des Canadiens avec déficiences); PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1815 (Sharon Baxter, directrice générale, Association canadienne des soins palliatifs).

68 PDAM, *Témoignages*, 3 février 2016 1705 (Cardinal Thomas Collins, archevêque, Archidiocèse de Toronto, Coalition for HealthCARE and Conscience).

69 PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1740 (Linda Jarrett, membre, Conseil consultatif des personnes handicapées, Dying with Dignity Canada).

La preuve appuie [...] la conclusion [de la juge de première instance] qu'un régime de réglementation bien appliqué permet de protéger les personnes vulnérables contre les abus ou les erreurs<sup>70</sup>.

La Cour a dit également : « Nous ne devons pas supposer à la légère qu'un tel régime fonctionnera mal, ni supposer que l'infliction d'autres sanctions pénales à ceux et celles qui enlèvent la vie d'autrui se révélera inefficace contre les abus<sup>71</sup>. »

Comme il l'explique en détail plus loin dans le présent rapport, le Comité appuie les recommandations consistant à offrir davantage de soutien et de services aux personnes désireuses de recourir à l'AMM, afin de réduire leur vulnérabilité. En même temps, la pauvreté et l'isolement sont des problèmes de société généraux et systémiques que l'on ne peut malheureusement pas résoudre du jour au lendemain. L'application de mesures de protection et de surveillance est le meilleur moyen de s'assurer du consentement éclairé et du libre arbitre, et de ne pas refuser l'AMM à des personnes affligées de souffrances persistantes et intolérables. Dans le processus d'évaluation d'une demande d'AMM, il faudra que les fournisseurs de soins concernés prennent en considération tout facteur susceptible d'influencer la décision du patient, comme les pressions extérieures, le sentiment d'être un poids pour les autres ou l'absence de soutien. La formation sera aussi déterminante pour permettre la reconnaissance de ces signes. Le Comité souscrit entièrement aux propos suivants de Rhonda Wiebe, coprésidente du Comité sur l'éthique en fin de vie, au Conseil des Canadiens avec déficiences :

[...] de nombreux facteurs sociaux, économiques et environnementaux accroissent la vulnérabilité des personnes avec déficiences, surtout de celles qui viennent de recevoir un tel diagnostic. Un examen minutieux est nécessaire pour vérifier qu'aucune autre solution que la mort ne peut diminuer la souffrance et l'atteinte à la dignité de ces personnes<sup>72</sup>.

Par ailleurs, même s'il peut y avoir des cas où des personnes vulnérables voudraient mourir parce qu'influencées par des facteurs externes, les critères ne devraient pas être trop restrictifs, comme l'a rappelé au Comité en ces termes l'hon. Steven Fletcher, ancien député :

Laisser une personne souffrir, mourir de faim, ou connaître une douleur ou une souffrance terrible, qu'elle soit au bout du couloir ou de la rue, dans une résidence pour personnes âgées, un hôpital ou à la maison, et la laisser vivre dans la douleur et la terreur. Rien de cela n'améliore mon sort en tant que Canadien handicapé. Cela ne fait que m'attrister<sup>73</sup>.

Chaque cas devra être évalué individuellement afin de trouver un juste équilibre entre la protection des personnes vulnérables et le respect du libre arbitre. Le Comité est d'avis que les mesures de protection et de surveillance énoncées ci-après, ainsi que les

---

70 Arrêt *Carter*, par. 3.

71 *Ibid.* par. 120.

72 PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1755 (Rhonda Wiebe, coprésidente du Comité sur l'éthique en fin de vie, au Conseil des Canadiens avec déficiences).

73 *Ibid.*, 1800 (l'hon. Steven Fletcher, à titre personnel).

autres mécanismes qu'instaureront les provinces et les organismes de réglementation des professions de la santé permettront d'identifier les personnes qui ne veulent pas vraiment mourir, de protéger les personnes vulnérables et de s'assurer que ceux qui satisfont aux critères et ont une volonté réelle et persistante de mourir reçoivent une AMM pour que cessent leurs souffrances. Les recommandations de l'Association médicale canadienne sont rassurantes sur ce point, car l'un des principes fondamentaux qu'elle défend est qu'il :

[...] faut satisfaire clairement à toutes les exigences relatives au consentement éclairé. Il faut notamment déterminer que le patient est apte à prendre la décision en cause, **en tenant particulièrement compte de la vulnérabilité des patients et du contexte délicat des soins de fin de vie**. Le consentement est considéré comme un processus en pleine évolution qui oblige les médecins à communiquer constamment avec le patient<sup>74</sup>.  
[CARACTÈRES GRAS AJOUTÉS]

De plus, le Comité fait observer que l'alinéa 241a) du *Code criminel*, qui interdit de conseiller le suicide, demeure applicable advenant le cas où un patient subirait des pressions familiales ou autres pour demander une AMM.

Le Comité croit fermement que pour protéger les personnes vulnérables, il ne faudrait accorder l'AMM qu'aux personnes capables de fournir un consentement éclairé. Le Comité recommande donc :

## **RECOMMANDATION 5**

**Que l'on évalue, à la lumière des pratiques médicales existantes, la capacité d'une personne demandant une aide médicale à mourir à donner un consentement éclairé, en accordant une attention toute particulière aux circonstances qui pourraient rendre la personne vulnérable en fin de vie.**

### **D. Âge**

L'arrêt *Carter* porte sur des demandeurs adultes, de sorte qu'il n'existe aucune décision concernant l'admissibilité des mineurs à l'AMM. Pourtant, comme l'a expliqué clairement le professeur Pelletier, le Parlement peut décider d'étendre l'accès à l'AMM aux mineurs<sup>75</sup>. Réagissant à un commentaire selon lequel ce serait au Comité de déterminer l'âge de consentement, pour une infraction donnée, le professeur Hogg a répondu :

Oui, vous avez raison. La Cour suprême, dans son jugement, parlait d'une « personne adulte capable ». Par conséquent, je ne crois pas que nous pourrions fixer à 16 ans l'âge de consentement à cette fin, parce qu'il ne s'agirait pas d'un adulte capable au sens de la loi. Maintenant, selon votre interprétation du terme « adulte », il vous reste à déterminer à

---

74 Association médicale canadienne, *Approche fondée sur des principes pour encadrer l'aide à mourir au Canada*, mémoire au Comité, p. 2.

75 PDAM, *Témoignages*, 26 janvier 2016, 1805 (Pelletier).

partir de quel âge, entre 18 et 21 ans, une personne est en mesure d'accorder son consentement à l'aide à mourir<sup>76</sup>.

Certains témoins, comme les représentants du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, ont choisi de ne pas prendre position sur la question, se contentant de demander plus de précision<sup>77</sup>. Plusieurs témoins ayant comparu devant ce comité et le Comité externe ont recommandé que soit fixé un âge en deçà duquel on ne pourrait pas demander l'AMM (en général c'est 18 ans, mais dans un cas, on a proposé 25 ans<sup>78</sup>). D'autres voulaient qu'on laisse toutes les personnes capables décider si elles veulent recourir à l'AMM<sup>79</sup>. Un témoin a également signalé la nécessité de tenir compte des souffrances d'enfants qui ne seraient pas considérés comme étant aptes à prendre une telle décision, sans pour autant aller jusqu'à suggérer qu'on leur donne accès à une quelconque forme d'AMM<sup>80</sup>. Jusqu'à présent, la Belgique et les Pays-Bas sont les deux seuls États à permettre aux mineurs de demander une AMM<sup>81</sup>.

Des intervenants préférant que l'on se fonde sur des critères basés sur la capacité, comme le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir et la British Columbia Civil Liberties Association, ont fait valoir que la tendance est à la reconnaissance accrue de la capacité des mineurs à prendre des décisions en matière de soins de santé, et que les limites d'âge sont arbitraires<sup>82</sup>. Le professeur Pelletier a déclaré que la souffrance n'a rien à voir avec l'âge, et qu'il y a un risque que des dispositions excluant les mineurs soient contestées en vertu de l'article 15 de la Charte (droits à l'égalité<sup>83</sup>).

La Société canadienne de pédiatrie s'est prononcée contre l'inclusion des mineurs, sans égard à la capacité, quel que soit le régime d'AMM. Elle y est opposée, entre autres, en raison de l'absence de preuve concernant les mineurs dans l'affaire *Carter*, du fait que les limites d'âge ne sont pas arbitraires et de l'absence de consensus social sur l'AMM pour les mineurs. La Société rejette également l'idée selon laquelle des mineurs exclus qui lanceraient une contestation constitutionnelle obtiendraient clairement gain de cause. Elle propose que l'on s'interroge sur l'accessibilité des mineurs à l'AMM plus tard,

---

76 PDAM, *Témoignages*, 25 janvier 2016, 1240 (Hogg).

77 PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1940 (Grant).

78 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1640 (Carmela Hutchison, présidente, Réseau d'action des femmes handicapées du Canada); PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1920 (Bach). Concernant la proposition de mettre cette limite d'âge à 25 ans, voir Colette Squires, *Aide médicale à mourir, consultation publique, 30 janvier 2016, Langley, C.-B.*, mémoire au Comité, p. 5.

79 Rapport provincial-territorial, recommandation 17. Voir aussi, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1735 (D<sup>r</sup> Derryck Smith, président, Physicians Advisory Council, Dying with Dignity Canada).

80 PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1735 (Smith).

81 PDAM, *Témoignages*, 18 janvier 2016, 1415 (Klineberg).

82 PDAM, *Témoignages*, 26 janvier 2016, 1835 (Gibson); PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1100 (Pastine).

83 PDAM, *Témoignages*, 26 janvier 2016, 1810 (Pelletier).

c'est-à-dire après avoir recueilli suffisamment de données, comme l'a fait la Belgique, qui a légalisé l'accès des mineurs à l'AMM en 2014, soit 12 ans après l'avoir fait pour les adultes<sup>84</sup>.

À l'inverse, le docteur Derryck Smith, président du Physicians Advisory Council de Dying with Dignity Canada, qui a dirigé le service de psychiatrie de l'Hôpital pour enfants de Vancouver pendant 30 ans, a prôné une approche fondée sur la capacité en disant ceci :

Au fil des ans, j'ai travaillé avec beaucoup d'adolescents, dont certains faisaient face à la mort et je pense qu'au sens de la loi, ils pourraient consentir à une aide médicale à mourir de la même façon qu'ils pourraient être légalement compétents pour consentir à d'autres types de soins médicaux.

[...] Pourquoi voudrions-nous faire souffrir des adolescents, alors que nous sommes prêts à soulager les adultes de leurs souffrances<sup>85</sup>?

D'autres témoins, comme Margaret Birrell, présidente de l'Alliance of People with Disabilities Who Are Supportive of Legal Assisted Dying Society, et le docteur John Soles, président de la Société de la médecine rurale du Canada, étaient ouverts à la possibilité d'accorder l'AMM aux mineurs, mais estimaient qu'il fallait quand même attendre et ne pas l'envisager maintenant<sup>86</sup>. Le docteur Hartley Stern, directeur général de l'Association canadienne de protection médicale, a déclaré que pour rendre les « mineurs matures » admissibles à l'AMM, il faudra préciser comment sera évaluée leur capacité de discernement<sup>87</sup>. La *Loi concernant les soins de fin de vie* adoptée par le Québec réserve l'accès à l'« aide médicale à mourir » à « toute personne majeure<sup>88</sup> ».

Le Comité comprend les inquiétudes de beaucoup de témoins au sujet de la capacité des mineurs à saisir les implications d'une décision aussi grave. Toutefois, il est important de se rappeler, comme le souligne le rapport du Comité externe, que selon la Cour suprême, les mineurs ont droit à « une autonomie décisionnelle correspondant au développement de leur intelligence et de leur compréhension<sup>89</sup> ». Ce n'est pas parce qu'on permettrait à des mineurs capables de recourir à l'AMM qu'on éliminerait pour autant l'obligation liée à la capacité. Compte tenu des pratiques existantes en matière de

---

84 PDAM, *Témoignages*, 3 février 2016 (Mary Shariff, professeure agrégée en droit et doyenne associée universitaire, Université du Manitoba, Société canadienne de pédiatrie).

85 PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1815 (Smith).

86 PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1730 (Margaret Birrell, présidente, Alliance of People with Disabilities Who Are Supportive of Legal Assisted Dying Society); PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1900 (D<sup>r</sup> John Soles, président, Société de la médecine rurale du Canada).

87 PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1915 (D<sup>r</sup> Hartley Stern, directeur général, Association canadienne de protection médicale).

88 *Loi concernant les soins de fin de vie*, article 5.

89 *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, 2009 CSC 30, par. 69.



soins de santé pour les mineurs matures<sup>90</sup> et du fait qu'un mineur peut souffrir tout autant qu'un adulte, le Comité trouve difficile de justifier une interdiction totale de l'accès à l'AMM pour les mineurs. Si on met en place les mesures de protection adéquates, comme pour la santé mentale, on pourra se fier au jugement des professionnels de la santé pour déterminer quels mineurs seraient admissibles à l'AMM et pour refuser cette aide aux mineurs qui ne satisferaient pas aux critères.

Le Comité reconnaît qu'un mineur capable et mature qui est atteint de problèmes de santé graves et irrémédiables ne devrait pas être forcé à endurer des souffrances intolérables. De plus, il y a tout lieu de se demander si restreindre le droit à l'AMM aux seuls adultes capables ne contreviendrait pas à la Charte. Le Comité comprend toutefois que les témoignages et les mémoires sur la question exprimaient des opinions différentes sur la possibilité d'étendre le droit à l'AMM aux mineurs matures, et que ces désaccords sont le reflet de la divergence d'opinions au sein de la société canadienne. Après réflexion, le Comité recommande ce qui suit :

### **RECOMMANDATION 6**

**Que le gouvernement du Canada mette en place un processus législatif en deux phases : la première s'appliquerait immédiatement aux adultes capables de 18 ans et plus, et la deuxième, visant les mineurs capables et matures, entrerait en vigueur au plus tard trois ans après l'entrée en vigueur de la première; et**

**Que le gouvernement du Canada s'engage sans tarder à ce que soit réalisée une étude sur les aspects d'ordre moral, médical et juridique entourant la notion de « mineur mature », ainsi que sur les critères relatifs à la capacité qui seraient dûment envisageables et applicables pour les personnes âgées de moins de 18 ans; et que cette étude comprenne de vastes consultations auprès de spécialistes de la santé, de défenseurs provinciaux et territoriaux des droits des enfants et des adolescents, de médecins praticiens, d'universitaires, de chercheurs, de mineurs matures, de familles et d'éthiciens, avant l'entrée en vigueur de la deuxième phase.**

---

90 Dans l'arrêt *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, 2009 CSC 30, la Cour suprême du Canada traite de la capacité des mineurs à consentir à un traitement médical dans le contexte d'une loi les protégeant qui permet à un tribunal d'autoriser le traitement qu'il juge être dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Au par. 46, la juge Abella a écrit ceci (au nom de la majorité) :

La latitude dont les adultes disposaient en common law pour décider de leur traitement médical s'était beaucoup resserrée par le passé lorsqu'il s'agissait d'enfants. Toutefois, la common law a plus récemment délaissé le postulat que tous les mineurs sont dépourvus de capacité décisionnelle pour leur reconnaître une autonomie décisionnelle correspondant au développement de leur intelligence et de leur compréhension. Ce principe est connu sous le nom de principe du « mineur mature ». Comme l'a souligné la Commission manitobaine de réforme du droit, il constitue [traduction] « un principe bien connu, bien accepté et applicable qui [...] soulèv[e] peu de difficultés dans son application au jour le jour » (*Minors' Consent to Health Care* (1995), Rapport #91, p. 33). Il répond au souci de ne pas priver automatiquement les jeunes du droit de décider de leur traitement médical et prévoit plutôt que ce droit varie en fonction de leur degré de maturité, l'examen de la maturité devenant de plus en plus rigoureux selon la gravité des conséquences possibles du traitement ou de son refus.

## E. Demande anticipée

Dans l'arrêt *Carter*, les demandeurs étaient des personnes demeurées capables malgré une importante détérioration de leur état de santé physique. La Cour ne s'est pas penchée sur la question de savoir si à l'approche de la mort, une personne incapable aurait pu déterminer à l'avance dans quelles circonstances elle aurait choisi l'AMM. D'ailleurs, à propos des demandes anticipées, les témoignages et les mémoires présentaient des opinions divergentes : certains recommandaient de les interdire, d'autres de ne les permettre que lorsqu'un patient aurait reçu son diagnostic, et d'autres encore d'autoriser celles présentées par des personnes en bonne santé. Mais de manière générale, tous s'entendaient pour dire que si on en venait à accepter les demandes anticipées, il faudrait s'assurer de la capacité des personnes au moment où ces demandes seraient formulées.

Une demande anticipée serait envisageable dans trois cas de figure :

- lorsque la demande a été acceptée et que la personne devient incapable avant de recevoir l'AMM;
- lorsqu'une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables, mais qu'elle n'éprouve pas encore de souffrances persistantes et intolérables;
- avant qu'une personne ne reçoive son diagnostic.

La professeure Downie a recommandé l'acceptation des demandes anticipées dans les deux premiers cas, mais pas dans le troisième. Elle a fait valoir que les demandes anticipées permettraient aux personnes devenues incapables et dont l'AMM a été acceptée d'abrèger leurs souffrances. Cela permettrait également d'empêcher quelqu'un de s'enlever la vie prématurément, avant de devenir incapable, et d'endurer des souffrances intolérables, ce qui était un élément déterminant dans l'affaire *Carter*<sup>91</sup>. Enfin, les demandes anticipées permettraient d'enclencher le processus avant que les souffrances ne deviennent persistantes et intolérables, et d'éviter ainsi qu'une personne continue de souffrir pendant l'examen de sa demande et toute période d'attente subséquente<sup>92</sup>. Linda Jarrett et l'hon. Steven Fletcher, tous deux handicapés, ont également dit au Comité qu'ils croyaient que les demandes anticipées devraient être respectées<sup>93</sup>. D'autres témoins se sont également prononcés en faveur de telles

---

91 *Carter*, par. 57 et 58.

92 PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1850 (Downie).

93 PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1735 (Jarrett); 1805 (Fletcher).

demandes<sup>94</sup>. Wanda Morris, PDG sortante de Dying with Dignity Canada, a abondé dans le même sens que la professeure Downie en disant :

Dans leur décision, les juges de la Cour suprême ont écrit qu'il est cruel d'obliger quelqu'un à choisir entre subir une mort prématurée, peut-être violente, et endurer une souffrance prolongée. À moins que le Comité ne recommande qu'il soit possible d'accorder le consentement éclairé à l'avance, cette injustice perdurera.

La question du consentement préalable ne s'applique nulle part aussi bien que dans les cas de démence [...]

Je crois que ce que nous ferons sera tout à fait respectueux de la vie si nous arrivons à prévoir un mécanisme clair de consentement préalable<sup>95</sup>.

M<sup>me</sup> Morris a expliqué que les demandes anticipées devraient comporter des critères objectifs et vérifiables afin d'aider l'équipe médicale à déterminer si ces critères ont été satisfaits. À titre d'exemple, elle a cité les personnes grabataires, incapables de s'alimenter, de se laver ou de se raser ou encore de parler depuis plus de 30 jours. On devra appliquer les mêmes mesures de protection que dans les cas de demandes d'aide immédiate afin de s'assurer que les patients sont capables et ont pris une décision éclairée<sup>96</sup>.

Jean-Pierre Ménard, représentant le Barreau du Québec, a fait remarquer que le groupe de juristes nommé par le gouvernement du Québec, dont il a fait partie, avait recommandé que l'on autorise les demandes anticipées, mais que la loi québécoise qui a été adoptée ne les permet pas dans le cadre des demandes d'AMM. Il a expliqué qu'on s'était posé plusieurs questions sur la façon d'évaluer la capacité d'une personne au moment de la demande anticipée : la personne comprend-elle pleinement la portée de sa décision? Comment savoir si une personne a pu changer d'avis après coup, et si une tierce partie aurait pu vouloir agir contre les intérêts d'un patient? Il a conclu en disant que la question a été longuement débattue, et que les partisans et opposants avaient tous de bons arguments, mais que le Québec avait pris la décision de se concentrer en priorité sur la protection des personnes vulnérables<sup>97</sup>.

Jay Cameron, du Justice Centre for Constitutional Freedoms, a dit craindre que les demandes anticipées ne mènent à des abus si le patient devenait incapable, et qu'il n'y avait pas moyen de vérifier que la demande n'a pas été faite sous la contrainte. Il a également fait valoir qu'il est très difficile de savoir comment pourrait se sentir une personne une fois que son état a changé, comme c'est le cas des personnes ayant des

---

94 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1105 (Paterson); PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1655 (Angus Gunn, avocat, Alliance of People with Disabilities Who Are Supportive of Legal Assisted Dying Society); Centre consultatif des affaires israéliennes et communautaires juives, mémoire au Comité, p. 4 et 5.

95 PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1120 (Morris).

96 *Ibid.*, 1155.

97 PDAM, *Témoignages*, 25 janvier 2016, 1255 (Ménard).

symptômes de démence, par exemple<sup>98</sup>. Michael Bach, vice-président de la direction de l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, a soutenu que la condition voulant que le patient soit affecté de problèmes de santé lui « causant des souffrances [...] intolérables au regard de sa condition » empêchera le recours aux demandes anticipées<sup>99</sup>. Dans le même ordre d'idées, le professeur Trudo Lemmens, de la Faculté de droit et de l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto, a fait part de ses préoccupations dans les mémoires qu'il a envoyés au Comité après sa comparution. Selon lui, une personne atteinte de démence, mais qui profite encore de la vie, pourrait subir l'AMM, parce qu'elle répondrait aux critères de souffrances invoqués dans sa demande anticipée d'AMM, comme ne plus être capable de reconnaître les membres de sa famille<sup>100</sup>.

Le docteur Jeff Blackmer, vice-président, Professionnalisme médical, à l'Association médicale canadienne, a indiqué que son organisme n'avait pas consulté ses membres au sujet des demandes anticipées, parce que la question n'a pas été abordée dans l'arrêt *Carter*. Il a ajouté que l'application de directives préalables serait « extrêmement complexe et difficile [...], car il est très difficile de saisir toutes les nuances et les détails liés à un problème de santé très compliqué et à l'intervention médicale appropriée<sup>101</sup> ». Le docteur Douglas Grant, registraire et directeur général du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, sans prendre position sur la pertinence d'autoriser les demandes anticipées, a fait remarquer qu'il faudrait régler « une myriade de nouvelles questions » si ces demandes devenaient possibles<sup>102</sup>.

Le Comité comprend les problèmes soulevés, mais craint beaucoup qu'en refusant d'accorder l'AMM à des personnes devenues incapables, on les abandonne à leurs souffrances ou que ces personnes décident de s'enlever la vie prématurément. C'est exactement le genre de situation que l'arrêt *Carter* veut éviter. Permettre aux gens de faire une demande anticipée pourrait leur procurer une certaine paix d'esprit et réduire leur détresse psychologique, s'ils savent que leurs volontés seront respectées<sup>103</sup>. Décider de n'accepter que les demandes anticipées des personnes ayant déjà reçu un diagnostic permettrait de s'assurer plus facilement que le consentement est éclairé. Ainsi, les personnes sauraient déjà un peu plus à quoi s'attendre pour donner des instructions avisées. Il faudra appliquer les mêmes mesures de protection concernant la capacité et le consentement pour les demandes anticipées que pour les demandes immédiates, et on

---

98 PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1205 (Jay Cameron, avocat-procureur, Justice Centre for Constitutional Freedoms).

99 PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1925 (Bach). Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1930 (Gerald Chipeur, avocat, à titre personnel).

100 Trudo Lemmens, *Réponse aux commentaires faits au cours de la séance du comité du 28 janvier 2016*, 2 février 2016, mémoire au Comité.

101 PDAM, *Témoignages*, 27 janvier 1750 (Blackmer).

102 PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1925 (Grant). Voir aussi, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 3 février 2016, 1850 (Rajji).

103 Rapport provincial-territorial, p. 39.

pourra même envisager des précautions supplémentaires. On pourra aussi réfléchir à la possibilité d'inciter ou même d'obliger les professionnels de la santé à communiquer régulièrement avec leurs patients – tant que ceux-ci sont capables – pour s'assurer que les volontés exprimées dans leur demande anticipée n'ont pas changé. Il conviendra donc de se pencher sur les préoccupations exprimées par le docteur Blackmer, le docteur Grant et d'autres, lorsque le régime sera mis en place, afin de limiter les risques d'abus et d'erreurs; mais le Comité est convaincu que cela peut et doit se faire dans le but de protéger l'autonomie des Canadiens et des personnes vulnérables. Par conséquent, le Comité recommande :

#### **RECOMMANDATION 7**

**Que l'on autorise le recours aux demandes anticipées d'aide médicale à mourir à tout moment, après qu'une personne aura reçu un diagnostic de problème de santé qui lui fera vraisemblablement perdre ses capacités ou un diagnostic de problème de santé grave ou irrémédiable, mais avant que les souffrances ne deviennent intolérables. Une personne ne pourra toutefois pas faire de demande anticipée avant d'avoir reçu l'un ou l'autre de ces diagnostics. On appliquera aux demandes anticipées les mêmes mesures de protection que pour les demandes d'aide immédiate.**

#### **F. Obligation de résidence**

Peu de témoins ont évoqué la question de la résidence comme condition préalable à l'AMM, aussi bien devant le Comité externe que devant ce comité. La professeure Ells a fait valoir que pour bénéficier d'une telle aide, il faudra être admissible aux services de soins de santé publics dans la province ou le territoire où serait présentée la demande. L'AMM ne devrait se donner que dans le cadre d'une relation entre un patient et son médecin, et le Comité ne veut pas que le Canada devienne une destination pour ceux qui voudraient obtenir une AMM. Pour cette raison, le Comité recommande :

#### **RECOMMANDATION 8**

**Que seules les personnes assurées ayant droit aux services de soins de santé publics au Canada puissent demander une aide médicale à mourir.**

#### **EN QUOI CONSISTE LE PROCESSUS MENANT À UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR?**

La majorité des témoins ont déclaré que le processus consistant à demander une AMM doit comporter des mécanismes de protection permettant d'identifier les personnes vulnérables et de s'assurer que les demandeurs satisfont aux critères d'admissibilité. Les témoins s'entendaient pour dire que les demandes devront émaner directement des personnes voulant recourir à l'AMM et non de tiers mandataires. Le Comité reconnaît également que les témoignages recueillis sur la question l'ont grandement aidé dans ses délibérations et son évaluation des mesures de protection appropriées.

Dans l'ensemble, les témoins s'accordaient sur la nécessité d'avoir un processus permettant de documenter adéquatement toute demande d'AMM et, dans la mesure du possible, d'avoir une demande écrite (ou formulée par d'autres moyens si le demandeur ne peut écrire) en présence d'une personne n'étant pas en situation de possible conflit d'intérêts. Le demandeur devrait également avoir la possibilité d'annuler sa demande en tout temps. Le Comité partage également l'avis des témoins sur ce point.

Ainsi, le Comité considère que toutes les fois que ce sera possible, la demande devra être formulée par écrit et en présence de deux témoins n'étant pas en situation de conflit d'intérêts. Le Comité recommande donc :

## **RECOMMANDATION 9**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions de la santé, afin de s'assurer, dans la mesure du possible, que les demandes d'aide médicale à mourir soient formulées par écrit et en présence de deux témoins n'étant pas en situation de conflit d'intérêts.**

### **A. Refus de participer à l'aide médicale à mourir pour des questions de conscience**

Dans son rapport, le Comité externe dit que « la profession médicale est divisée sur la question de l'aide médicale à mourir<sup>104</sup> ». Dans beaucoup de témoignages, de mémoires et de lettres présentés devant le Comité, il est question de la mesure dans laquelle les professionnels de la santé devraient pouvoir refuser de participer à l'AMM pour des raisons de conscience<sup>105</sup>. Dans aucun cas les intervenants ne pensaient qu'il faudrait obliger un professionnel de la santé à pratiquer l'AMM. Comme l'a énoncé la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Carter* : « À notre avis, rien dans la déclaration d'invalidité que nous proposons de prononcer ne contraindrait les médecins à dispenser une aide médicale à mourir<sup>106</sup>. »

Certains témoins ont affirmé qu'il faudrait mettre en place des mesures de protection solides pour les professionnels de la santé objecteurs de conscience et envisager même de les inclure dans la loi<sup>107</sup>. D'autres témoins se sont dits inquiets des conséquences que pourrait avoir le refus d'un professionnel de la santé de fournir l'AMM,

---

104 Rapport du Comité externe, p. 108.

105 La question de la liberté de conscience des pharmaciens a été soulevée par l'Association des pharmaciens du Canada (APhC), PDAM, *Témoignages*, 27 janvier 2016 (Phil Emberley, Association des pharmaciens du Canada).

106 *Carter*, 2015, par. 132.

107 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 27 janvier 2016, 1725 (Branigan); PDAM, *Témoignages*, 3 février 2016, 1905 (Hashmi); 1705 (Collins); *Lettre à la ministre Wilson-Raybould et à la ministre Philpott*, Conférence des évêques catholiques du Canada, 20 janvier 2016.

à la fois sur le patient qui la demande et sur l'accès à l'AMM de manière générale. À ce propos, Vyda Ng, du Conseil unitarien du Canada, a dit au Comité : « Nous croyons qu'il est tout à fait conforme aux valeurs canadiennes de faire passer les besoins et les volontés des Canadiens avant les valeurs des médecins et des établissements, ainsi que de respecter la dignité de chaque personne au moment le plus traumatisant de sa vie<sup>108</sup>. » Certains témoins et auteurs de mémoires recommandaient qu'un professionnel de la santé qui refuserait de pratiquer l'AMM pour des questions de conscience soit tenu d'aiguiller correctement le patient vers un autre médecin qui acceptera de fournir les soins ou l'aide demandés<sup>109</sup>, tandis que d'autres estimaient qu'il suffirait de lui demander d'aiguiller le patient vers un autre organisme<sup>110</sup>. Joanne Klineberg, du ministère de la Justice, a fait remarquer que les provinces et les territoires « ont des lois et des politiques sur le droit des médecins de refuser de poser certains actes médicaux, donc c'est clairement du ressort des provinces et des territoires<sup>111</sup>. » Au Québec, un médecin refusant de pratiquer l'AMM doit en informer une personne désignée afin qu'elle trouve un autre médecin prêt à fournir l'aide requise<sup>112</sup>.

Le Comité prend note que dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada dit qu'il faudra concilier les droits garantis par la Charte aux patients et aux médecins<sup>113</sup>. Le Comité est d'avis que demander aux professionnels de la santé qui refusent – pour des raisons de conscience – de pratiquer l'AMM, d'aiguiller correctement un patient voulant obtenir cette aide constitue un bon équilibre entre le droit des patients et la liberté de conscience des médecins. Par conséquent, le Comité recommande :

#### **RECOMMANDATION 10**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions médicales, à l'établissement d'un processus qui permettrait de respecter tout autant la liberté de conscience des professionnels de la santé que les droits des patients à obtenir une aide médicale à mourir; et qu'à tout le moins, le professionnel de la santé objecteur de conscience aiguille correctement le patient pour qu'il obtienne l'aide demandée.**

La question de savoir si on devrait permettre à un établissement de soins de santé de refuser de pratiquer l'AMM ou de s'opposer à ce que l'AMM soit pratiquée dans

---

108 PDAM, *Témoignages*, 3 février 2016, 1705 (Ng).

109 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 26 janvier 2016, 1900 (Gibson); PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1125 (Morris); Rhonda Morison, mémoire au Comité, 30 janvier 2016.

110 PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1105 (Paterson); *Vivre dans la Dignité, 2016*, mémoire au Comité; Ellen Agger, mémoire au Comité, 1<sup>er</sup> février 2016.

111 PDAM, *Témoignages*, 18 janvier 2016, 1535 (Klineberg).

112 *Loi concernant les soins de fin de vie*, LRQ c S-32.0001, article 31.

113 *Carter*, 2015, par. 132.

ses locaux a également été abordée par certains témoins et dans certains mémoires. Un témoin a précisé qu'au Québec, les centres de soins palliatifs (dont le financement est en grande partie privé) ont demandé et obtenu d'être exemptés de fournir l'AMM<sup>114</sup>. Plusieurs autres témoins ont affirmé – et le Comité le croit aussi – que les établissements de soins financés par les deniers publics devront offrir l'AMM<sup>115</sup>, et ont souligné la difficulté de transférer un patient d'un établissement à un autre<sup>116</sup>.

Le Comité recommande donc :

## **RECOMMANDATION 11**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires pour s'assurer que tous les établissements de soins de santé financés par l'État offrent l'aide médicale à mourir.**

### **B. Évaluations**

Plusieurs témoins ont fait valoir qu'une personne demandant une AMM devrait être évaluée par au moins deux médecins pour s'assurer qu'elle répond bien aux critères d'admissibilité<sup>117</sup>. Le rapport du Comité externe explique que toutes « les administrations qui ont adopté une loi permettant l'aide à mourir exigent qu'un second médecin (qu'on nomme souvent "médecin-conseil") confirme l'approbation de la demande accordée par le médecin traitant<sup>118</sup> ». D'autres témoins considéreraient qu'il n'était pas nécessaire de toujours exiger deux évaluations, car cela pourrait constituer un obstacle à l'accessibilité, et que dans le cadre de la pratique médicale normale, un médecin ou un autre professionnel de santé pourrait toujours demander un deuxième avis, au besoin<sup>119</sup>. Certains témoins ont recommandé que les personnes qui feraient une demande d'AMM, principalement à cause de souffrances graves et irrémédiables causées par un trouble psychiatrique, soient examinées par un psychiatre. D'autres témoins ont affirmé qu'il faudrait évaluer l'état de vulnérabilité des patients<sup>120</sup>. Carmela Hutchison, présidente du Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, a déclaré devant le Comité que

---

114 PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1845 (Baxter).

115 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 3 février 2016, 1700 (Ng); British Columbia Humanist Association, *Il faut offrir l'aide médicale à mourir à ceux qui en font le choix*, mémoire au Comité, 25 janvier 2016; Lori Goodwin, mémoire au Comité, 30 janvier 2016,.

116 PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1850 (Baxter).

117 PDAM, *Témoignages*, 27 janvier 2016, 1745 (Forbes); 1750 (Birrell); (1900) Soles; PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1245 (D<sup>re</sup> Francine Lemire, Collège des médecins de famille du Canada).

118 Rapport du Comité externe, p. 86.

119 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1920 (Downie).

120 PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1950 (Bach); 28 janvier 2016, 1750 (Richert). David Baker et Gilbert Sharpe expliquent également dans leur ébauche de mesure législative qu'un patient jugé vulnérable devrait recevoir du counseling.



« Les femmes handicapées doivent avoir consulté des groupes de soutien avant d'être admissibles à l'aide médicale à mourir<sup>121</sup> ».

Le Comité est fermement convaincu que pour protéger les personnes vulnérables, il faudrait demander à deux médecins indépendants l'un de l'autre de faire chacun une évaluation pour s'assurer que le patient répond aux critères d'admissibilité à l'AMM. Considérant la nécessité de s'assurer du respect des critères d'admissibilité à l'AMM, le Comité recommande donc :

## **RECOMMANDATION 12**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions de la santé, afin de s'assurer que l'aide médicale à mourir ne puisse être administrée que lorsque deux médecins indépendants l'un de l'autre auront déterminé que le patient qui demande cette aide répond bien aux critères d'admissibilité.**

### **C. Qui devrait pratiquer l'aide médicale à mourir?**

Déterminer quels professionnels de la santé seraient habilités à pratiquer l'AMM est un volet essentiel de la discussion, puisqu'il faudra soustraire ces professionnels à l'application des dispositions du *Code criminel* qui interdisent actuellement l'AMM (article 14 et alinéa 241b)). Dans la *Loi concernant les soins de fin de vie* adoptée par le Québec, seuls les médecins sont habilités à fournir une « aide médicale à mourir ». Même si la majeure partie des intervenants convenaient que les médecins sont bien placés pour donner l'AMM, plusieurs témoins ont fait valoir que les infirmières et infirmiers praticiens pourraient aussi être autorisés à le faire, particulièrement dans les régions où l'accès aux médecins est limité. Il a aussi été recommandé que les infirmières et infirmiers agréés ainsi que les auxiliaires médicaux travaillant sous la direction de médecins ou d'infirmières ou infirmiers praticiens soient également autorisés à fournir une AMM<sup>122</sup>. Dans ces cas-là, on pourrait recourir à la télémédecine pour consulter des médecins ou des spécialistes. Le Comité partage ces préoccupations au sujet de l'accès à l'AMM.

Certains témoins ont parlé de la nécessité de créer une sous-spécialité médicale bien définie et réglementée pour la pratique de l'AMM<sup>123</sup>. Le Comité craint que cela ait des conséquences sur l'accès à l'AMM.

---

121 PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1640 (Hutchison).

122 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1100 (Paterson); PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1745 (Ells); PDAM, *Témoignages*, 3 février 2016, 1755 (Ng); Rapport provincial-territorial.

123 PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1705 (Somerville); Constant H. Leung, *Accélération médicale de la mort : précautions fondamentales et accès réel pour tous les Canadiens*, mémoire au Comité, 1<sup>er</sup> février 2016.

Plusieurs témoins ont insisté sur l'importance de la formation, notamment pour identifier les personnes vulnérables, peu importe qui sera appelé à fournir cette aide<sup>124</sup>.

Compte tenu de l'accès parfois limité à un médecin dans les régions rurales ou éloignées, et pour garantir l'accès à l'AMM partout au Canada, le Comité recommande :

### **RECOMMANDATION 13**

**Que les médecins, les infirmières et infirmiers praticiens et les infirmières et infirmiers agréés travaillant sous la direction d'un médecin qui seront appelés à fournir une aide médicale à mourir ne soient plus assujettis aux dispositions 14 et 241b) du *Code criminel*.**

**Les pharmaciens et autres professionnels de la santé offrant des services liés à l'aide médicale à mourir devraient également être soustraits à l'application de ces dispositions.**

La Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada a également recommandé que l'alinéa 241a) du *Code criminel* soit modifié afin de protéger les infirmières et infirmiers ainsi que les autres professionnels de la santé qui « discutent avec [les patients] de leurs options de fin de vie et de leurs désirs<sup>125</sup> ».

La majorité des témoins ont parlé surtout des médecins; il faut toutefois comprendre, comme le dit la recommandation ci-dessus, que le Comité est favorable à ce que des infirmières et infirmiers praticiens, ainsi que des infirmières et infirmiers agréés travaillant sous la supervision d'un médecin, puissent également fournir l'AMM.

### **D. Période d'attente ou de réflexion**

Les interventions concernant l'imposition d'une période d'attente ou de réflexion entre le moment de la demande d'AMM et l'exaucement de cette demande présentaient des points de vue très différents<sup>126</sup>. Certains témoins estimaient qu'il faudrait établir une période d'attente fixe, tandis que d'autres préféraient une période flexible, selon le pronostic du patient<sup>127</sup>. Plus précisément, les témoins ont fait valoir qu'il faudrait imposer une période d'attente dans les cas de lésions traumatiques, pour laisser le temps au patient de s'habituer à son état. La professeure Downie a toutefois affirmé qu'en pareils cas, une période d'attente ne servirait à rien puisque le patient risque de ne pas avoir la capacité de donner un consentement éclairé, et donc de ne plus satisfaire aux critères

---

124 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 25 janvier 2016, 1110 (Abby Hoffman, sous-ministre adjointe de la Politique stratégique à Santé Canada); PDAM, *Témoignages*, 26 janvier 2016, 1915 (Gibson); PDAM, *Témoignages*, 27 janvier 2016, 1725 (Branigan).

125 Voir le mémoire de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada au sujet de l'aide médicale à mourir.

126 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1835 (Fletcher).

127 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 27 janvier 2016, 1735 (Blackmer); 1720 (Branigan).

d'admissibilité<sup>128</sup>. À ce propos, le rapport du Comité externe dit que la « plupart des groupes étaient d'avis que la période d'attente doit être assortie d'une certaine souplesse<sup>129</sup> ». Le Comité tient à souligner que les périodes d'attente indiquées dans plusieurs lignes directrices de collègues provinciaux de médecins et de chirurgiens varient.

Le Comité est d'accord que les périodes d'attente devront être flexibles, et il croit fermement que les mieux placés pour savoir quelle devra être la période de réflexion appropriée sont les médecins s'occupant de leurs patients, puisqu'ils tiendront compte de l'état des patients ainsi que de toute circonstance particulière les concernant. Pour cette raison, le Comité recommande :

#### **RECOMMANDATION 14**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions de la santé, afin d'établir que toute période de réflexion concernant l'aide médicale à mourir, indiquée dans une loi ou des lignes directrices, soit modulable et basée en partie sur la vitesse de progression et la nature des problèmes de santé du patient, telles qu'évaluées par le médecin traitant.**

#### **E. Examen préalable des demandes d'aide médicale à mourir**

Certains témoins ont recommandé que pour s'assurer du respect des critères d'admissibilité à l'AMM, les demandes devraient être revues par un comité ou un juge<sup>130</sup>. D'autres étaient opposés à l'idée de procéder à un examen préalable des demandes d'AMM pour plusieurs raisons, notamment parce que cet examen « ne serait pas une mesure de protection, mais un obstacle<sup>131</sup> ». L'hon. Steven Fletcher a déclaré que si un comité doit approuver les demandes, on ferait « aussi bien de maintenir la loi dans son état actuel parce que le résultat serait le même. Les gens n'auraient pas accès à l'aide médicale à mourir, ils agiraient d'eux-mêmes et entre-temps ils souffriraient<sup>132</sup> ». Le rapport du Comité externe fait état de trois options mises de l'avant par les intervenants consultés à propos de l'examen préalable, à savoir : une autorisation judiciaire préalable, une autorisation préalable accordée par un tribunal administratif et une autorisation donnée par un comité sur l'AMM<sup>133</sup>.

---

128 PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1910 (Downie).

129 Rapport du Comité externe, p. 99.

130 PDAM, *Témoignages*, 4 février 2016, 1700 (Somerville); 1935 (Chipeur); Baker et coll. (2016).

131 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février, 1120 (Morris); 1240 (Lemire).

132 PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1810 (Fletcher).

133 Rapport du Comité externe, p. 102 à 104.

Le Comité reconnaît qu'exiger qu'un comité ou un juge revoient les demandes reviendrait à créer un obstacle inutile pour les personnes requérant une AMM. Par conséquent, le Comité recommande :

### **RECOMMANDATION 15**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions de la santé, afin de s'assurer que le processus régissant l'aide médicale à mourir ne prévoie pas de mécanismes d'examen et d'approbation préalables.**

#### **F. Considérations secondaires**

Le Comité tient à insister sur la nécessité de s'assurer que les professionnels de la santé qui agissent de bonne foi soient à l'abri de poursuites en responsabilité civile, et que la succession des personnes ayant bénéficié d'une AMM soit protégée. Le Comité croit d'ailleurs fermement que l'AMM ne devrait avoir aucune incidence sur l'assurance-vie. Les provinces et les territoires devront prendre en compte ces considérations dans l'établissement de leurs cadres régissant l'AMM.

Des témoins ont fait remarquer que les organisations et communautés autochtones n'étaient pas intervenues dans les discussions entourant l'AMM, et qu'il faudra aborder ces questions avec elles à mesure que le processus législatif avancera, compte tenu de la nécessité d'être respectueux des éventuelles différences de cultures et de sensibilités à l'égard de l'AMM dans des communautés frappées par des taux de suicide élevés<sup>134</sup>.

Par ailleurs, l'Association des pharmaciens du Canada a insisté sur la nécessité de s'assurer que les substances que l'on recommandera d'utiliser pour l'AMM soient disponibles au Canada, et que leurs fabricants ne soient jamais en rupture de stock<sup>135</sup>. Le Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse a également averti qu'il faudra « mettre en place un système rigoureux de récupération des médicaments inutilisés. Le collège approuve l'idée d'instaurer un tel système par voie législative<sup>136</sup> ».

### **SURVEILLANCE DU PROCESSUS : EXIGENCES EN MATIÈRE DE RAPPORTS ET COLLECTE DE DONNÉES**

Les témoins ont utilisé le terme « surveillance » pour désigner l'examen des cas d'AMM ainsi que l'examen du cadre d'AMM dans son ensemble. Un grand nombre de témoins ont affirmé que la surveillance est essentielle et qu'elle devrait incomber au

---

134 PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1915 (D' Alike Lafontaine, Indigenous Physicians Association of Canada); PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1635 (Carrie Bourassa, professeure, First Nations University of Canada, à titre personnel).

135 PDAM, *Témoignages*, 27 janvier 2016, 1950 (Carlo Berardi, Association des pharmaciens du Canada).

136 PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1930 (Grant).

gouvernement fédéral. Cette surveillance était jugée opportune pour plusieurs raisons, notamment « pour protéger l'intégrité du processus<sup>137</sup> » et assurer un mécanisme « de supervision national qui permettrait de s'assurer que ce service est disponible partout au pays<sup>138</sup> ». Selon Joanne Klineberg, du ministère de la Justice, il ressort des consultations menées par le Comité externe qu'« une intervention de l'appareil fédéral serait particulièrement importante, car si 13 entités différentes devaient s'en charger, ce serait trop laborieux<sup>139</sup>. » Le professeur Pelletier, du Comité externe, a déclaré ce qui suit :

Cette idée de surveillance est très rassurante pour la population. La population aimait savoir qu'il y aura un organisme ou différents organismes qui recueilleront des données et analyseront comment l'aide médicale à mourir s'articule à l'échelle du Canada. Ils pourraient même étudier son incidence sur les droits de la personne en général<sup>140</sup>.

Selon la professeure Downie, il doit y avoir deux types de surveillance : un examen rétrospectif des dossiers et une surveillance du cadre réglementaire comme tel<sup>141</sup>. Pour sa part, Jay Cameron a recommandé que « la loi fédérale prévoit qu'un comité d'examen parlementaire examine, tous les trois à cinq ans, les cas d'aide médicale au suicide qui sont survenus et formule des recommandations afin de modifier la loi<sup>142</sup> ».

Le Comité reconnaît qu'il est important de mettre en place un mécanisme de surveillance qui permettra de compiler les données et d'analyser les cas d'aide médicale à mourir afin de pouvoir surveiller le fonctionnement du cadre entourant cette aide et de relever les points à améliorer. Pour cette raison, le Comité recommande :

#### **RECOMMANDATION 16**

**Que Santé Canada dirige un processus de collaboration avec la participation des provinces et des territoires en vue de la préparation et de l'analyse de rapports nationaux sur les cas d'aide médicale à mourir, que ces rapports soient compilés annuellement et présentés au Parlement, et qu'ils respectent la confidentialité des données des personnes concernées.**

#### **RECOMMANDATION 17**

**Qu'un examen législatif obligatoire de la loi fédérale applicable soit entrepris par un comité compétent de la Chambre des communes et du Sénat tous les quatre ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi en question.**

---

137 PDAM, *Témoignages*, 3 février 2016, 1705 (Ng).

138 PDAM, *Témoignages*, 27 janvier 2016, 1710 (Branigan).

139 PDAM, *Témoignages*, 18 janvier 2016, 1445 (Klineberg).

140 PDAM, *Témoignages*, 26 janvier 2016, 1810 (Pelletier).

141 PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1850 (Downie).

142 PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1115 (Cameron).

## AMÉLIORATION DU SOUTIEN ET DES SERVICES

Le Comité était d'accord avec les témoignages et mémoires soulignant l'importance d'améliorer le soutien et les services pour accompagner la mise en œuvre de l'AMM, en particulier pour les personnes aux prises avec un handicap, des troubles de santé mentale ou des problèmes socio-économiques<sup>143</sup>.

### A. Soutien aux peuples et aux collectivités autochtones

Carrie Bourassa, professeure au programme d'études en santé indigène de la First Nations University of Canada, et le docteur Alika Lafontaine, présidente de l'Association des médecins autochtones du Canada, ont toutes deux insisté sur la nécessité d'adapter les interventions dans les collectivités autochtones en fonction de la culture, et de prendre en compte les problèmes systémiques et les déséquilibres de pouvoir entre les patients et les professionnels de la santé<sup>144</sup>. Dans cet esprit, le Comité recommande :

#### RECOMMANDATION 18

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions médicales, pour s'assurer que des services de soins de fin de vie adaptés à la culture et aux croyances spirituelles soient offerts aux patients autochtones, ce qui comprend les soins palliatifs.**

### B. Soins palliatifs

Même si les données sur l'accès aux soins palliatifs ne sont ni à jour ni complètes d'après les témoins, il est juste de dire que bon nombre de Canadiens n'ont pas accès à des soins palliatifs de grande qualité quand ils en ont besoin. Tous les témoins qui ont abordé la question ont convenu que le Canada peut et doit faire mieux, et le Comité le pense aussi. Le Comité a été heureux d'apprendre d'Abby Hoffman, sous-ministre adjointe de la Politique stratégique à Santé Canada, que des investissements sont prévus pour améliorer les services de soins à domicile, notamment pour appuyer les soins palliatifs. Il estime toutefois qu'il est possible d'en faire davantage<sup>145</sup>. Pour cette raison, le Comité recommande :

---

143 Voir, par exemple, PDAM, *Témoignages*, 28 janvier 2016, 1830 (Richert); 1855 (Lemmens).

144 PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1715 (Bourassa); PDAM, *Témoignages*, PDAM, *Témoignages*, 2 février 2016, 1910 (Lafontaine).

145 PDAM, *Témoignages*, 25 janvier 2016, 1105 (Hoffman).

## **RECOMMANDATION 19**

**Que Santé Canada rétablisse le Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie; et que ce ministère travaille avec les provinces, les territoires et la société civile pour développer un modèle souple et intégré de soins palliatifs, en mettant en œuvre une stratégie pancanadienne en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie assortie d'un financement réservé, et en organisant une campagne de sensibilisation du public sur la question.**

### **C. Troubles de santé mentale**

Comme on l'a déjà mentionné, il ne sera pas facile, pour les professionnels de la santé, de déterminer l'influence des problèmes de santé mentale sur les demandes d'AMM. Il pourrait s'avérer nécessaire de mettre en place d'autres services et mesures de soutien pour évaluer si les personnes atteintes de troubles psychiatriques répondent aux critères de l'AMM. Par conséquent, le Comité recommande :

## **RECOMMANDATION 20**

**Que le gouvernement du Canada appuie la stratégie pancanadienne en matière de santé mentale, *Changer les orientations, changer des vies*, mise au point par la Commission de la santé mentale du Canada, et qu'il travaille en collaboration avec les provinces, les territoires et la société civile afin que soient mis en place des services de soutien et autres en santé mentale pour les personnes demandant une aide médicale à mourir.**

### **D. Démence**

Des témoins ont également décrit les difficultés qu'éprouvent les personnes atteintes de différentes formes de démence et leur famille, les soins dont elles ont besoin et la piètre qualité de vie d'un grand nombre de patients rendus à des stades avancés de leur maladie. La Société Alzheimer recommande l'adoption d'une stratégie nationale sur la démence pour répondre aux besoins du nombre croissant de personnes touchées<sup>146</sup>. Le Comité est d'accord et recommande :

## **RECOMMANDATION 21**

**Que Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada travaillent avec les provinces, les territoires et des organisations de la société civile afin de mettre sur pied une stratégie pancanadienne visant à améliorer la qualité des soins et des services que reçoivent les personnes atteintes de démence et leur famille.**

---

146 PDAM, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> février 2016, 1230 (Mimi Lowi-Young, PDG, Société Alzheimer du Canada).





# LISTE DES RECOMMANDATIONS

---

## RECOMMANDATION 1

Qu'il ne soit pas requis de définir davantage dans la loi les termes se rapportant à l'aide médicale à mourir. .... 12

## RECOMMANDATION 2

Que l'aide médicale à mourir soit accessible aux personnes atteintes de maladies terminales et non terminales graves et irrémédiables leur causant des souffrances persistantes qui leur sont intolérables au regard de leur condition. .... 14

## RECOMMANDATION 3

Que l'on ne juge pas inadmissibles à l'aide médicale à mourir les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique en raison de la nature de leur maladie. .... 16

## RECOMMANDATION 4

Que l'on reconnaisse les souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui sont intolérables pour la personne au regard de sa condition comme étant des critères ouvrant droit à l'aide médicale à mourir. .... 17

## RECOMMANDATION 5

Que l'on évalue, à la lumière des pratiques médicales existantes, la capacité d'une personne demandant une aide médicale à mourir à donner un consentement éclairé, en accordant une attention toute particulière aux circonstances qui pourraient rendre la personne vulnérable en fin de vie. .... 20

## RECOMMANDATION 6

Que le gouvernement du Canada mette en place un processus législatif en deux phases : la première s'appliquerait immédiatement aux adultes capables de 18 ans et plus, et la deuxième, visant les mineurs capables et matures, entrerait en vigueur au plus tard trois ans après l'entrée en vigueur de la première; et

Que le gouvernement du Canada s'engage sans tarder à ce que soit réalisée une étude sur les aspects d'ordre moral, médical et juridique entourant la notion de « mineur mature », ainsi que sur les critères relatifs à la capacité qui seraient dûment envisageables et applicables

**pour les personnes âgées de moins de 18 ans; et que cette étude comprenne de vastes consultations auprès de spécialistes de la santé, de défenseurs provinciaux et territoriaux des droits des enfants et des adolescents, de médecins praticiens, d'universitaires, de chercheurs, de mineurs matures, de familles et d'éthiciens, avant l'entrée en vigueur de la deuxième phase..... 23**

#### **RECOMMANDATION 7**

**Que l'on autorise le recours aux demandes anticipées d'aide médicale à mourir à tout moment, après qu'une personne aura reçu un diagnostic de problème de santé qui lui fera vraisemblablement perdre ses capacités ou un diagnostic de problème de santé grave ou irrémédiable, mais avant que les souffrances ne deviennent intolérables. Une personne ne pourra toutefois pas faire de demande anticipée avant d'avoir reçu l'un ou l'autre de ces diagnostics. On appliquera aux demandes anticipées les mêmes mesures de protection que pour les demandes d'aide immédiate..... 27**

#### **RECOMMANDATION 8**

**Que seules les personnes assurées ayant droit aux services de soins de santé publics au Canada puissent demander une aide médicale à mourir. .... 27**

#### **RECOMMANDATION 9**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions de la santé, afin de s'assurer, dans la mesure du possible, que les demandes d'aide médicale à mourir soient formulées par écrit et en présence de deux témoins n'étant pas en situation de conflit d'intérêts..... 28**

#### **RECOMMANDATION 10**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions médicales, à l'établissement d'un processus qui permettrait de respecter tout autant la liberté de conscience des professionnels de la santé que les droits des patients à obtenir une aide médicale à mourir; et qu'à tout le moins, le professionnel de la santé objecteur de conscience aiguille correctement le patient pour qu'il obtienne l'aide demandée. .... 29**

## **RECOMMANDATION 11**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires pour s'assurer que tous les établissements de soins de santé financés par l'État offrent l'aide médicale à mourir. .... 30**

## **RECOMMANDATION 12**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions de la santé, afin de s'assurer que l'aide médicale à mourir ne puisse être administrée que lorsque deux médecins indépendants l'un de l'autre auront déterminé que le patient qui demande cette aide répond bien aux critères d'admissibilité. .... 31**

## **RECOMMANDATION 13**

**Que les médecins, les infirmières et infirmiers praticiens et les infirmières et infirmiers agréés travaillant sous la direction d'un médecin qui seront appelés à fournir une aide médicale à mourir ne soient plus assujettis aux dispositions 14 et 241b) du *Code criminel*.**

**Les pharmaciens et autres professionnels de la santé offrant des services liés à l'aide médicale à mourir devraient également être soustraits à l'application de ces dispositions. .... 32**

## **RECOMMANDATION 14**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions de la santé, afin d'établir que toute période de réflexion concernant l'aide médicale à mourir, indiquée dans une loi ou des lignes directrices, soit modulable et basée en partie sur la vitesse de progression et la nature des problèmes de santé du patient, telles qu'évaluées par le médecin traitant. .... 33**

## **RECOMMANDATION 15**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions de la santé, afin de s'assurer que le processus régissant l'aide médicale à mourir ne prévoie pas de mécanismes d'examen et d'approbation préalables. .... 34**

## **RECOMMANDATION 16**

**Que Santé Canada dirige un processus de collaboration avec la participation des provinces et des territoires en vue de la préparation et de l'analyse de rapports nationaux sur les cas d'aide médicale à mourir, que ces rapports soient compilés annuellement et présentés au Parlement, et qu'ils respectent la confidentialité des données des personnes concernées. .... 35**

## **RECOMMANDATION 17**

**Qu'un examen législatif obligatoire de la loi fédérale applicable soit entrepris par un comité compétent de la Chambre des communes et du Sénat tous les quatre ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi en question. .... 35**

## **RECOMMANDATION 18**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions médicales, pour s'assurer que des services de soins de fin de vie adaptés à la culture et aux croyances spirituelles soient offerts aux patients autochtones, ce qui comprend les soins palliatifs. .... 36**

## **RECOMMANDATION 19**

**Que Santé Canada rétablisse le Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie; et que ce ministère travaille avec les provinces, les territoires et la société civile pour développer un modèle souple et intégré de soins palliatifs, en mettant en œuvre une stratégie pancanadienne en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie assortie d'un financement réservé, et en organisant une campagne de sensibilisation du public sur la question..... 37**

## **RECOMMANDATION 20**

**Que le gouvernement du Canada appuie la stratégie pancanadienne en matière de santé mentale, *Changer les orientations, changer des vies*, mise au point par la Commission de la santé mentale du Canada, et qu'il travaille en collaboration avec les provinces, les territoires et la société civile afin que soient mis en place des services de soutien et autres en santé mentale pour les personnes demandant une aide médicale à mourir. .... 37**

**RECOMMANDATION 21**

**Que Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada travaillent avec les provinces, les territoires et des organisations de la société civile afin de mettre sur pied une stratégie pancanadienne visant à améliorer la qualité des soins et des services que reçoivent les personnes atteintes de démence et leur famille. .... 37**



# ANNEXE A

## LISTE DES TÉMOINS

Organismes et individus	Date	Réunion
<p><b>Ministère de la Justice</b></p> <p>Jeanette Ettel, avocate-conseil Section des droits de la personne</p> <p>Joanne Klineberg, avocate-conseil Section de la politique en matière de droit pénal</p>	2016/01/18	2
<p><b>Barreau du Québec</b></p> <p>Jean-Pierre Ménard, avocat</p> <p>Marc Sauvé, directeur Service de recherche et législation</p>	2016/01/25	3
<p><b>Ministère de la Santé</b></p> <p>Sharon Harper, gestionnaire Division des soins chroniques et continus</p> <p>Abby Hoffman, sous-ministre adjointe Politique stratégique</p>		
<p><b>À titre personnel</b></p> <p>Peter Hogg, conseiller honorifique Blake, Cassels et Graydon s.r.l</p>		
<p><b>Comité externe sur les options de réponse législative à <i>Carter c. Canada</i></b></p> <p>Stephen Mihorean, directeur exécutif Secrétariat</p> <p>Benoît Pelletier, membre Comité externe</p>	2016/01/26	5
<p><b>Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir</b></p> <p>Jennifer Gibson, coprésidente</p> <p>Maureen Taylor, coprésidente</p>		
<p><b>Association des infirmières et infirmiers du Canada</b></p> <p>Josette Roussel, infirmière-conseillère principale</p> <p>Anne Sutherland Boal, directrice générale</p>	2016/01/27	6
<p><b>Association des pharmaciens du Canada</b></p> <p>Carlo Berardi, président</p> <p>Phil Emberley, directeur Affaires professionnelles</p>		

<b>Organismes et individus</b>	<b>Date</b>	<b>Réunion</b>
<p><b>Association des psychiatres du Canada</b></p> <p>D<sup>r</sup> K. Sonu Gaind, président</p> <p>Katie Hardy, directrice Affaires professionnelles et services aux membres</p> <p><b>Association médicale canadienne</b></p> <p>D<sup>r</sup> Jeff Blackmer, vice-président Professionnalisme médical</p> <p>D<sup>re</sup> Cindy Forbes, présidente</p> <p><b>Société canadienne des médecins de soins palliatifs</b></p> <p>D<sup>re</sup> Monica Branigan</p>	2016/01/27	6
<p><b>Conseil des Canadiens avec déficiences</b></p> <p>Dean Richert, coprésident Comité sur l'éthique en fin de vie</p> <p>Rhonda Wiebe, coprésidente Comité sur l'éthique en fin de vie</p> <p><b>Dying With Dignity Canada</b></p> <p>Linda Jarrett, membre Conseil consultatif des personnes handicapées</p> <p><b>À titre personnel</b></p> <p>David Baker, avocat Bakerlaw</p> <p>Jocelyn Downie, professeure Facultés de droit et médecine, Dalhousie University</p> <p>L'hon. Steven Fletcher</p> <p>Trudo Lemmens, professeur Faculty of Law &amp; Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto</p>	2016/01/28	7
<p><b>Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique</b></p> <p>Grace Pastine, directrice litige</p> <p>Josh Paterson, directeur général</p> <p><b>Collège des médecins de famille du Canada</b></p> <p>D<sup>re</sup> Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction</p> <p><b>Dying With Dignity Canada</b></p> <p>Shanaaz Gokool, chef des opérations et directrice des campagnes nationales</p> <p>Wanda Morris, directrice générale</p>	2016/02/01	8



<b>Organismes et individus</b>	<b>Date</b>	<b>Réunion</b>
<p><b>Justice Centre for Constitutional Freedoms</b> Jay Cameron, avocat-procureur</p> <p><b>Société Alzheimer du Canada</b> Debbie Benczkowski, chef des opérations Mimi Lowi-Young, directrice générale</p>	2016/02/01	8
<p><b>À titre personnel</b> Carrie Bourassa, professeure Étude sur la santé indigène, First Nations University of Canada</p> <p><b>Société canadienne du cancer</b> Kelly Masotti, directrice adjointe Questions d'intérêt public Gabriel Miller, directeur Questions d'intérêt public</p>	2016/02/01	9
<p><b>Association canadienne de soins palliatifs</b> Sharon Baxter, directrice générale</p> <p><b>College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia</b> D<sup>r</sup> Douglas Grant, registraire et directeur général Marjorie Hickey, conseillère juridique</p> <p><b>Criminal Lawyers' Association</b> Leo Russomanno, membre et criminaliste</p> <p><b>Dying With Dignity Canada</b> D<sup>r</sup> Derryck Smith, président de physicians advisory council</p> <p><b>Indigenous Physicians Association of Canada</b> D<sup>r</sup> Alike Lafontaine, président</p>	2016/02/02	10
<p><b>À titre personnel</b> Carolyn Ells, professeure agrégée, médecine Unité d'éthique biomédicale, université McGill</p>		
<p><b>Le conseil canadien des imams</b> L'imam Sikander Hashmi, porte-parole</p> <p><b>Centre de toxicomanie et de santé mentale</b> D<sup>r</sup> Tarek Rajji, chef Géronto-psychiatrie Kristin Taylor, vice-présidente Services juridiques</p> <p><b>Coalition for HealthCARE and Conscience</b> Le cardinal Thomas Collins, archevêque Archidiocèse de Toronto</p>	2016/02/03	11

<b>Organismes et individus</b>	<b>Date</b>	<b>Réunion</b>
<p><b>Coalition for HealthCARE and Conscience</b>            Laurence Worthen, directeur exécutif            Christian Medical and Dental Society of Canada</p> <p><b>Conseil unitarien du Canada</b>            Vyda Ng, directrice exécutive</p> <p><b>Société canadienne de pédiatrie</b>            D<sup>re</sup> Dawn Davies, présidente            Comité de bioéthique</p> <p>Mary J Shariff, professeure agrégée en droit et            doyenne associée universitaire            University of Manitoba</p>	2016/02/03	11
<p><b>Alliance of People with Disabilities Who Are Supportive of Legal Assisted Dying Society</b>            Margaret Birrell, présidente            Angus M. Gunn, avocat</p> <p><b>Association canadienne pour l'intégration communautaire</b>            Michael Bach, vice-président à la direction</p> <p><b>L'association canadienne de protection médicale</b>            D<sup>r</sup> Hartley Stern, directeur général</p> <p><b>Réseau d'action des femmes handicapées du Canada</b>            Carmela Hutchison, présidente</p> <p><b>Société de la médecine rurale du Canada</b>            D<sup>r</sup> John Soles, président</p> <p><b>À titre personnel</b>            Gerald Chipeur, avocat            Margaret Somerville, professeure            Université McGill</p>	2016/02/04	12

# ANNEXE B

## LISTE DES MÉMOIRES

---

### Organismes et individus

---

Abramson, Jana et Abramson, Kenneth

Adams, Andrew

Advocacy Centre for the Elderly

Agger, Ellen

Alliance évangélique du Canada

Alliance pour la vie Ontario

Altschul, Denise

Armée du Salut

Association canadienne de protection médicale

Association canadienne des libertés civiles

Association canadienne pour l'intégration communautaire

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique

Association des pharmaciens du Canada

Association des syndicalistes retraités du Canada

Association des syndicalistes retraités du Canada - Section d'Hamilton, Burlington et d'Oakville

Association du Barreau canadien

Association médicale canadienne

Association of Registered Nurses of Prince Edward Island

Baker, David

Bennett Fox, Sara

---

## Organismes et individus

---

Bracken, Susan

Brienen, Arthur-Leonard

British Columbia Humanist Association

Brooks, Jeffery

Brzezicki, Barbara

Canadian Council of Imams

Canadians Advocating for Ethical Hospice Palliative Care

Centre consultatif des relations juives et israéliennes

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Centre For Inquiry Canada

Chipeur, Gerald

Christian Reformed Churches in Canada

Clay, Pat

Clemenger, Lauren

Coalition canadienne pour les droits des enfants

Coalition for HealthCARE and Conscience

Coalition pour la prévention de l'euthanasie

Collectif des médecins contre l'euthanasie

Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique

College and Association of Registered Nurses of Alberta

College of Registered Nurses of Nova Scotia

Commission de la santé mentale du Canada

Conférence des évêques catholiques du Canada

Conseil des Canadiens avec déficiences

---

## Organismes et individus

---

Downie, Jocelyn

Dying With Dignity Canada

Dyment, Alan

Dyrholm, Joan

Eayrs, Jonathan

Église anglicane du Canada

Evans, David

Farrow, Douglas

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

Fernihough, William

Fischer, Marilyn

Fleming, Loretta

Frazee, Catherine

Frizzell, Sue

Gobbi, Greg

Goodwin, Lori

Guichon, Juliet; Alakija, Pauline; Doig, Christopher; Mitchell, Ian; et Thibeault, Pascal

Hammond, Katherine

Hartman, James

Hogan, Marcia

Holmen, Denise

Holub, Robert

Hudgins, Janet

Inch, Carolyn

---

## Organismes et individus

---

Johnson, Shirley

Justice Centre for Constitutional Freedoms

Koch, Jule

Kuchta, Gay

L'Église Unie du Canada

L'Alliance des chrétiens en droit

L'Arche Canada

Lemmens, Trudo

Leung, Constant

Lindstrom, Lena

Lods, Margot

Lovell, Jane

Lydon, Patrick

Mackay, John

MacLellan, Pat

Mandel, Ezra

Maple, Doris

Marchand, Michele

Martin, Mary

Maryon, Betty

McPhee, Margaret

Meaney Svec, Katherine

Médecin général, Groupe des Services de santé des Forces canadiennes

Morison, Rhonda

---

## Organismes et individus

---

Mount, Balfour

Munroe, Pamela

Organisme catholique pour la vie et la famille

Perks, Alan

Personnel infirmier en pratique avancée du Service de consultation en Soins palliatifs des Services de Santé de l'Alberta pour la région de Calgary

Peterson, Heather

Protection of Conscience Project

Rankmore, Carol

REAL Women of Canada

Registered Nurses Association of the Northwest Territories and Nunavut

Réseau d'action des femmes handicapées du Canada

Saba, Paul

Santoro, Daniel et Burrell, Althea

Secular Connexion Séculière

Seeley, Patricia

Shapray, Howard

Société canadienne de pédiatrie

Société canadienne des médecins de soins palliatifs

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada

SoinsSantéCAN

Somerville, Margaret

Spencer, Richard

Squires, Colette

Sullivan, William

---

## Organismes et individus

---

Sumner, Wayne

Toujours Vivant-Not Dead Yet

Un réseau de médecins en Colombie-Britannique

Underwood, Katherine

UNICEF Canada

Vandenberghe, Joris

Vivre dans la dignité

von Fuchs, Ruth

Walker, Ken

Warren, John

Widas, Mary

Willoughby, Annette

Wilson, John

Wilson, Linda



# PROCÈS-VERBAUX

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents ([séances n<sup>os</sup> 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

Les coprésidents,  
L'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie et Robert Oliphant



## **Plus de protections pour les personnes vulnérables**

### **Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir : Rapport dissident**

Ce rapport dissident reflète le point de vue des députés suivants qui ont siégé au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (le « Comité ») : Michael Cooper (vice-président du Comité, St. Albert-Edmonton), Mark Warawa (Langley-Aldergrove) et Gérard Deltell (Louis-St-Laurent), ainsi que Harold Albrecht (Kitchener-Conestoga) qui a participé à la majorité des réunions à titre de membre suppléant.

#### **Contexte**

Le 6 février 2015, dans sa décision sur l'affaire *Carter c. Canada*, 2015 SCC 5, la Cour suprême du Canada (la « CSC ») a aboli à l'unanimité la prohibition criminelle de longue date de l'euthanasie volontaire et du suicide assisté (« aide médicale à mourir ou AMM »), statuant qu'elle était en contravention au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne garanti par l'article 7 de la *Charte des droits libertés* (la « Charte »). Plus précisément, la CSC a statué que la prohibition par le *Code criminel* de l'AMM est nulle parce qu'elle prive de cette aide :

Un adulte capable dans les cas où (1) la personne touchée consent clairement à mettre fin à ses jours ; et (2) la personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition.<sup>1</sup>

La CSC a suspendu sa décision jusqu'au 6 juin 2016 afin de permettre au Parlement de préparer une réponse législative.<sup>2</sup>

Le Parlement a demandé au Comité de faire des recommandations au gouvernement sur la meilleure façon de répondre à la décision *Carter*.

#### **Justification d'un rapport dissident**

Dans l'affaire *Carter*, la CSC a bien décrit la tâche difficile qui incombe au Parlement : « Il doit soupeser et pondérer le point de vue des personnes qu'un régime permissif pourrait mettre en danger et le point de vue de celles qui demandent de l'aide pour mourir ». <sup>3</sup> La CSC a reconnu qu'il y aurait de véritables risques pour les personnes vulnérables non protégées contre l'AMM, mais que ces risques pourraient être gérés par un « système de protections soigneusement conçues et surveillées ». <sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> CSC, *Carter c. Canada* (6 février 2015), alinéa 4.

<sup>2</sup> Nous soulignons notre *grave* préoccupation que compte tenu des délais, il sera pratiquement impossible d'analyser suffisamment les importantes conséquences de l'autorisation de l'AMM au Canada. Le Québec a eu besoin de six ans et de trois administrations différentes pour trouver un modèle jugé acceptable.

<sup>3</sup> CSC, *Carter c. Canada* (6 février 2015), alinéa 98.

<sup>4</sup> Ibid., alinéa 117.

De plus, le Comité a entendu de nombreux groupes représentant des professionnels de la santé, dont l'Association médicale canadienne, au sujet de la nécessité de protéger les droits prévus par la *Charte* des professionnels et des établissements de santé qui peuvent refuser par conscience de participer à l'AMM.

Malheureusement, le régime recommandé dans le rapport principal du Comité est bien loin d'offrir ce qui est requis pour protéger les Canadiens vulnérables et le droit de conscience des professionnels de la santé prévu par la *Charte*.

En outre, la CSC a donné au Parlement une feuille de route raisonnablement claire pour préparer sa réponse législative. Il est regrettable que le Comité n'ait pas suivi cette feuille de route. Au contraire, le Comité recommande un cadre législatif qui n'est pas conforme à l'affaire *Carter*.

Dans l'ensemble, nous, les députés siégeant au Comité, estimons donc qu'il est de notre devoir devant les électeurs, les Canadiens et les générations futures de présenter respectueusement ce rapport dissident.

### **Expérience du Québec**

Le Québec est la seule province canadienne à avoir adopté une loi sur les soins de fin de vie. Le rapport principal du Comité présente la chronologie des événements ayant mené à l'adoption de la loi, mais ignore les facteurs les plus importants.

Au Québec, seuls les patients de 18 ans et plus souffrant d'une maladie grave et incurable et dont l'état est caractérisé par un déclin avancé et irréversible peuvent demander une aide médicale à mourir. La loi ne permet pas les directives préalables.

Le médecin traitant doit s'assurer que le patient a clairement consenti à l'AMM, veillant entre autres à ce qu'il n'ait pas subi de pressions externes, et prononcer un pronostic exhaustif sur l'état du patient et les options de traitement possibles, ce qui comprend les conséquences probables. Le médecin doit aussi assurer le consentement continu du patient en discutant avec lui à différents moments, espacés par des délais raisonnables, en tenant compte de son état.

Les médecins du Québec sont libres d'agir selon leur conscience. S'ils ne veulent pas offrir ce service, ils doivent diriger le patient vers un organisme indépendant qui s'adressera à un autre médecin. Deux médecins indépendants doivent confirmer que le patient répond à tous les critères prescrits par la loi.

Les travaux précédant l'adoption de la loi ont duré six ans, sous trois législatures différentes et dans le cadre d'un processus non partisan. La loi a finalement été adoptée par un vote libre des députés de l'Assemblée nationale : 94 députés ont voté pour et 22 ont voté contre. Tous les votes contre venaient des députés du parti au pouvoir, dont 11 ministres.

De façon générale, nous reconnaissons que l'expérience du Québec est le résultat d'une approche prudente, sérieuse et exhaustive qui respecte l'autonomie de l'individu et protège davantage les plus vulnérables que le fait le Rapport du Comité.

### **Le rapport du Comité ne respecte pas l'affaire *Carter***

La décision *Carter* est la loi du pays. Toute réponse législative doit respecter les paramètres de l'affaire *Carter*. Malheureusement, le Comité recommande un cadre législatif qui ne respecte pas l'affaire *Carter*.

#### Ouvrir la porte aux mineurs contrairement à *Carter*

Le Comité, dans la recommandation 6b, recommande de permettre l'AMM dans des cas expressément exclus par *Carter*, notamment la possibilité d'autoriser des mineurs matures à une date ultérieure. La CSC a bien précisé que l'AMM devrait être accessible aux « adultes capables ».<sup>5</sup> Si la CSC voulait rendre l'AMM accessible aux mineurs matures, elle l'aurait précisé. La CSC a plutôt tout fait pour empêcher cela. C'est corroboré par le témoignage du professeur Peter Hogg, le plus grand spécialiste constitutionnel du Canada, qui a dit :

La Cour suprême, dans son jugement, parlait d'une « personne adulte capable ». Par conséquent, je ne crois pas que nous pourrions fixer à 16 ans l'âge de consentement à cette fin, parce qu'il ne s'agirait pas d'un adulte capable au sens de la loi. Maintenant, selon votre interprétation du terme « adulte », il vous reste à déterminer à partir de quel âge, entre 18 et 21 ans, une personne est en mesure d'accorder son consentement à l'aide à mourir.<sup>6</sup>

De plus, une haute responsable du ministère de la Justice a appuyé le professeur Hogg, disant que « le jugement de la Cour visait clairement uniquement les adultes mentalement compétents ».<sup>7</sup>

Le Comité a également entendu des témoignages importants sur les raisons politiques justifiant que l'AMM soit accessible uniquement aux adultes. La Société canadienne de pédiatrie, dont l'opinion dans cette affaire est extrêmement importante, a été sans équivoque : « Aux fins de la loi, je dirais qu'une personne âgée de 18 ans est un adulte. Je serais la plus conservatrice possible. »<sup>8</sup> Et : « Je suis ici aujourd'hui pour parler au nom des enfants et, en ce qui a trait aux enfants, je dirais qu'il ne faut pas outrepasser la décision de la Cour suprême. »<sup>9</sup>

#### Pas de protection pour les personnes souffrant de maladie mentale

---

<sup>5</sup> *Carter, supra*, alinéas 4, 68, 127 et 147.

<sup>6</sup> Peter Hogg, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (25 janvier 2016).

<sup>7</sup> Joanne Klineberg, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (18 janvier 2016).

<sup>8</sup> D<sup>r</sup> Dawn Davies, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (3 février 2016).

<sup>9</sup> D<sup>r</sup> Mary Shariff, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (3 février 2016).

En outre, le cadre législatif proposé par le Comité n'établit pas un juste équilibre entre le respect de l'autonomie de l'individu et la nécessité de protéger les personnes vulnérables, comme la CSC a demandé au Parlement de le faire dans l'affaire *Carter*. Par exemple, de façon choquante, ni dans la recommandation 3 du rapport principal, ni ailleurs dans le rapport principal du Comité, il n'y a aucune exigence voulant que les patients ayant une maladie mentale subissent une évaluation psychiatrique par un professionnel afin de déterminer s'ils sont aptes à consentir à l'AMM. Ainsi, même si l'Association des psychiatres du Canada est de cet avis, et nous pensons que la grande majorité des Canadiens seraient tout à fait d'accord, quand une personne souffrant d'une maladie mentale demande une aide médicale à mourir, « le psychiatre doit participer au processus afin d'effectuer une évaluation adéquate dès que la demande est présentée ».<sup>10</sup>

La CSC a statué que l'AMM *pourrait* être pratiquée d'une façon qui protège les personnes vulnérables *si* elle est accompagnée de protections rigoureuses. Un régime qui n'est pas suffisamment rigoureux pour protéger les personnes vulnérables, s'il est contesté, serait presque certainement considéré comme étant contraire à la *Charte*. Il est illogique de remplacer une loi contraire à la *Charte* d'une certaine façon par une loi qui est contraire à la *Charte* d'une autre façon. Malheureusement, le Comité, dans son rapport principal, n'établit pas le juste équilibre entre l'autonomie de l'individu et la nécessité de protéger les personnes vulnérables.

### **Autres préoccupations liées au rapport principal**

Nous pensons que le rapport principal du Comité aurait dû accorder plus d'importance à trois autres points : (1) les soins palliatifs ; (2) la protection de la conscience des médecins et des établissements de santé ; et (3) les directives préalables.

#### Soins palliatifs

Lors des audiences du Comité, de nombreux témoins ont souligné l'importance des soins palliatifs dans le contexte de l'AMM. Ils ont aussi parlé de la pénurie globale de services de soins palliatifs appropriés. La Société canadienne du cancer a parlé des « graves pénuries de soins palliatifs partout au pays ».<sup>11</sup> La Société canadienne des médecins de soins palliatifs a indiqué que la formation des fournisseurs de soins palliatifs est « totalement inadéquate ».<sup>12</sup>

L'importance des soins palliatifs dans le contexte de l'AMM est expressément précisée dans le *Rapport final du Comité externe sur les options de réponse législative à Carter c. Canada* : « Une demande d'aide médicale à mourir ne peut être véritablement volontaire si la possibilité d'avoir accès à des soins palliatifs appropriés n'est pas disponible pour alléger les souffrances d'une personne ».<sup>13</sup> Il n'est pas possible qu'une

<sup>10</sup> D<sup>r</sup> K. Sonu Gaind, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (27 janvier 2016).

<sup>11</sup> Gabriel Miller, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (1<sup>er</sup> février 2016).

<sup>12</sup> D<sup>r</sup> Monica Branigan, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (27 janvier 2016).

<sup>13</sup> D<sup>r</sup> Harvey Max Chochinov, professeur Catherine Frazee, professeur Benoît Pelletier, *Rapport final sur les options de réponse législative à Carter c. Canada* (15 décembre 2015), page vii.

personne choisisse de façon vraiment autonome de mettre fin à ses jours si elle n'a pas accès à des soins palliatifs, car son seul choix est la souffrance intolérable ou l'AMM. Le témoignage de la Société canadienne du cancer l'a confirmé : « Toute politique responsable sur l'aide à mourir doit garantir l'accès de tous les Canadiens aux soins palliatifs ».<sup>14</sup>

Nous pensons donc qu'il est essentiel que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires, et avec les autorités réglementaires médicales provinciales et territoriales, afin d'assurer que l'option des soins palliatifs est offerte et disponible à toute personne envisageant l'AMM.

### Protection de conscience

L'article 2 de la *Charte* garantit à tous les Canadiens la « liberté de conscience et de religion ».<sup>15</sup> Les témoins ont dit quasiment à l'unanimité que les médecins qui ne veulent pas participer à l'AMM pour des raisons de conscience ne devraient pas être obligés de le faire. Malheureusement, dans son rapport principal, le Comité ne protège pas suffisamment les droits des médecins et des établissements de santé prévus par la *Charte*.

Le Comité recommande que les médecins qui s'objectent à l'AMM pour des raisons de conscience soient tenus de diriger les patients par une « recommandation efficace ». Nous pensons qu'un tel régime est inutile et empiéterait sur les droits des médecins prévus par la *Charte*. Nous soulignons que le Canada serait le premier pays à avoir un régime de recommandation efficace. Nous pensons plutôt qu'il existe de meilleurs modèles pour protéger les droits des médecins prévus par la *Charte* et pour offrir un accès à l'AMM aux patients dans d'autres territoires, dont le Québec. Les médecins qui s'objectent par conscience à l'AMM sont tenus d'informer les patients sur les façons d'obtenir une AMM, et d'aviser un organisme gouvernemental de la demande du patient. L'organisme gouvernemental met ensuite le patient en contact avec un médecin prêt à offrir une AMM.

De plus, les établissements de santé qui refusent d'offrir une AMM devraient être exemptés conformément à la détermination par la Cour suprême que les aspects individuels et collectifs de la liberté de religion et de conscience garantis par la *Charte* sont « indissolublement liés ».<sup>16</sup>

### Directives préalables

Nous nous inquiétons du régime de directives préalables proposé dans le rapport principal du Comité. Le régime proposé pourrait dépasser les paramètres établis par

---

<sup>14</sup> Gabriel Miller, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (1<sup>er</sup> février 2016).

<sup>15</sup> *Loi constitutionnelle de 1982*, 2.a.

<sup>16</sup> *École secondaire Loyola c. Québec (Procureur général)*, 2015 SCC 12, alinéas 92 à 94.

l'affaire *Carter*. En outre, plusieurs témoins, dont l'Association médicale canadienne,<sup>17</sup> ont reconnu que d'un point de vue politique, le type de régime proposé est déconseillé.

Nous soulignons également que les questions liées aux directives préalables sont extrêmement compliquées. Il faut beaucoup plus de temps que ce qui a été accordé au Comité pour étudier les implications juridiques et politiques des directives préalables.

## **Conclusion**

Nous encourageons vivement le gouvernement à élaborer une mesure législative qui tient pleinement compte des réflexions, des préoccupations et des recommandations susmentionnées. Nous reconnaissons que la loi doit respecter la *Charte* selon l'interprétation de la CSC dans l'affaire *Carter*. Le Comité n'a pas respecté les paramètres établis dans *Carter* et ne propose pas de véritables protections, comme le Parlement devait le faire avec *Carter*. À la lumière de ce qui précède, il n'est pas possible de soutenir le rapport principal du Comité. Nous espérons toutefois que le gouvernement va tenir compte des lacunes flagrantes du rapport principal du Comité et faire beaucoup mieux quand il présentera sa réponse législative à l'affaire *Carter*.

Le tout respectueusement soumis,

Michael Cooper, député.  
St. Albert-Edmonton),

Mark Warawa, député.  
Langley-Aldergrove

Gérard Deltell, député.  
Louis-St-Laurent

Harold Albrecht, député.  
Kitchener-Conestoga

---

<sup>17</sup> D<sup>r</sup> Jeff Blackmer, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir* (27 janvier 2016).



## **Opinion complémentaire**

### **Soumise au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir par les députés néo-démocrates Brigitte Sansoucy (Saint-Hyacinthe-Bagot) et Murray Rankin (Victoria)**

Le Comité a travaillé avec diligence — malgré les courts délais et le caractère très délicat de la question — pour présenter un rapport reflétant la diversité des témoignages recueillis, et faire d'importantes recommandations que le gouvernement devra prendre en compte dans sa réponse législative. Il s'agit d'un rapport auquel nous avons consacré beaucoup de temps et de soin et que nous sommes fiers d'appuyer. À ce propos, nous tenons à remercier chacun des 61 témoins qui se sont mis à la disposition du Comité ainsi que tout le personnel dévoué grâce à qui le Comité a pu s'acquitter de son mandat dans les délais prévus.

Nous tenons néanmoins à soumettre la présente opinion complémentaire afin de fournir aux Canadiens des informations additionnelles, qui viendront compléter celles contenues dans le rapport principal et qui, selon nous, les aideront à mieux comprendre le contexte dans lequel le Comité a travaillé ainsi que les choix qui s'offrent au gouvernement. Le gouvernement devra d'ailleurs continuer d'engager les Canadiens dans les démarches qu'il entreprendra.

### **Adopter une approche fondée sur des principes pour légiférer en matière d'aide médicale à mourir.**

Les néo-démocrates croient qu'en matière de politiques de la santé, une approche centrée sur le patient est de mise. Dans le cas de l'aide médicale à mourir, cette approche est la seule façon de se montrer attentif aux problèmes complexes et délicats auxquels font face les malades et leurs proches, et sensible à l'urgence de la situation dans laquelle ils se trouvent eu égard à leurs souffrances. Pourtant, pendant les cinq mois qui ont suivi la décision unanime de la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Carter*, le gouvernement précédent a décidé non seulement de ne pas s'en remettre au Parlement, mais en plus de ne pas consulter les Canadiens. Par son inaction, le précédent gouvernement a affiché son mépris pour cette approche centrée sur le patient et a manqué à son devoir de gouverner pour tous les Canadiens, particulièrement pour ceux dont les souffrances préoccupaient la Cour et ce comité. Ces cinq mois perdus ont créé des difficultés additionnelles que le Comité s'est efforcé de surmonter de façon admirable. Ayant maintenant reçu le rapport du Comité, le gouvernement doit agir afin de présenter un projet de loi qui protégera les droits de ces patients garantis par la Charte canadienne des droits et libertés.

Le projet de loi devra tenir compte non seulement des recommandations particulières qu'a formulées le Comité dans son rapport principal, mais aussi des principes qui ont guidé ses délibérations. Il devra veiller à ce que le droit de chaque patient admissible à l'aide médicale à mourir soit respecté, et à ce que tous les professionnels de la santé

s'y objectant pour des raisons de conscience soient à l'abri de sanctions disciplinaires. Le projet de loi devra aussi respecter l'autonomie et le libre arbitre des patients — en les protégeant contre toute violation de leur vie privée et en veillant à ce que leurs droits ne soient pas bafoués pour des considérations bureaucratiques arbitraires —, et ce tout en mettant en place des garanties efficaces pour protéger les personnes vulnérables. Reconnaissant la valeur du travail entrepris par les provinces et les territoires depuis la décision *Carter*, ainsi que du processus de consultation exemplaire suivi par le Québec dans le cadre du projet de loi 52, le gouvernement fédéral devra suivre une approche axée sur le fédéralisme de collaboration, dans le respect des compétences provinciales tout en faisant preuve du leadership nécessaire pour éviter des disparités régionales.

En tant que parlementaires, les députés néo-démocrates comprennent qu'en dépit de leurs possibles différences de vues sur la question de l'aide médicale à mourir, chaque parlementaire doit être guidé par ses valeurs, l'intérêt supérieur de ses concitoyens et le respect des diverses opinions des Canadiens alors que nous tentons de protéger les droits de tous et chacun garantis par la Charte. Nous avons été heureux de constater que tous les membres du Comité partageaient la volonté de travailler de manière non partisane et respectueuse. C'est ce à quoi s'attendent les Canadiens du Parlement. Nous espérons que cette approche puisse être maintenue dans les prochains mois alors que le Parlement devra se pencher sur la législation suivant le rapport du comité.

### **Respecter les priorités des Canadiens : Étendre les soins palliatifs et soutenir les aidants naturels.**

Dans le mandat qu'il a reçu du Parlement, le Comité devait formuler des recommandations sur une réponse fédérale à l'aide médicale à mourir « respectueuse de la Constitution, de la *Charte canadienne des droits et libertés* et des priorités des Canadiens ».

La nécessité d'améliorer les soins palliatifs a été soulignée par chacun des témoins interrogés sur la question par le Comité, réaffirmée par des représentants de tous les partis, de même que par les deux chambres du Parlement. Récemment, cet enjeu a fait l'objet d'une motion déposée par le député du NPD Charlie Angus (Timmins-Baie James) et adoptée pratiquement à l'unanimité à la Chambre des communes en 2014. Ceci est la preuve on ne peut plus manifeste que les soins palliatifs sont réellement une priorité pour les Canadiens, inextricablement liée à la question de l'aide médicale à mourir.

À notre avis, formuler des recommandations sur l'amélioration des soins palliatifs faisait partie intégrante du mandat du Comité et est essentiel pour répondre de façon équilibrée à la question de l'aide médicale à mourir. Nous avons donc proposé un ensemble de mesures concrètes pour améliorer les soins palliatifs au pays.

Plusieurs motions proposées par M. Rankin le 4 février 2016 font l'objet de recommandations dans le rapport final; elles concernent :

- ✓ le rétablissement du Secrétariat des soins palliatifs;
- ✓ la création d'une stratégie pancanadienne de soins palliatifs et de fin de vie dûment financée;
- ✓ l'offre de services adaptés à la culture et aux croyances des communautés autochtones.

Les néo-démocrates croient tout de même que le rapport aurait pu aller plus loin et qu'il aurait dû présenter des recommandations qui s'inscrivent dans le mandat du Comité et sur lesquelles le gouvernement se doit d'agir. Ces omissions sont une occasion manquée, mais pas encore perdue. En plus de suivre les recommandations figurant dans le rapport principal, le gouvernement pourrait :

**1. Faire preuve de leadership en fournissant des soins palliatifs dans la sphère de juridiction du gouvernement fédéral.**

Les soins palliatifs peuvent et doivent être améliorés, et le gouvernement fédéral a beaucoup de latitude pour agir. En effet, le gouvernement fédéral est le cinquième fournisseur de soins de santé en importance au Canada, puisqu'il sert des populations particulières, comme les Premières Nations et les Inuits, les anciens combattants ainsi que les membres en service des Forces armées canadiennes. En prenant des mesures là où il a compétence, le gouvernement fédéral pourrait améliorer les soins offerts à un grand nombre de Canadiens et montrer ainsi l'exemple aux provinces et aux territoires.

**2. Soutenir les familles canadiennes en bonifiant les prestations de compassion.**

Les familles qui prennent soin d'un être cher peuvent être aux prises avec des difficultés chroniques de nature financière, physique ou psychologique. Soutenir les aidants naturels procure des avantages considérables, en soulageant non seulement les familles, mais aussi le système de santé.

En raison des pressions exercées, l'ancien gouvernement a adopté la proposition du NPD consistant à faire passer les prestations de compassion versées dans le cadre de l'assurance-emploi de six semaines à six mois. Malheureusement, il a omis d'élargir les critères d'admissibilité, de sorte que trop de familles prenant soin d'un proche sont encore laissées pour compte.

Nous croyons que les familles devraient pouvoir profiter de ce soutien, pas uniquement pour prendre soin d'un être cher atteint d'une maladie terminale, mais aussi pour faire face à d'autres types de problèmes de santé sérieux de leurs proches qui les obligent à s'absenter du travail.

## **Voir le contexte de la santé dans son ensemble.**

Le rapport du Comité aborde plusieurs questions, qualifiées de « considérations secondaires », notamment la nécessité de consulter véritablement les communautés autochtones, d'offrir un meilleur soutien en santé mentale, d'améliorer les soins palliatifs et d'avoir une stratégie nationale en matière de démence.

Nous tenons à saluer les initiatives de plusieurs parlementaires, qui ont travaillé fort pour s'attaquer à ces priorités des Canadiens, notamment le projet de loi sur la prestation de soins continus aux Canadiens, de l'ancienne députée Libby Davies; le projet de loi de l'ancien député Claude Gravelle concernant la création d'une stratégie nationale sur la démence; et la motion du député Charlie Angus pour établir une stratégie pancanadienne en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Les néo-démocrates considèrent que ces questions sont intrinsèquement liées à l'aide médicale à mourir, mais qu'elles sont aussi essentielles à la réussite du modèle de santé publique canadien du XXI<sup>e</sup> siècle. Les Canadiens revendiquent un meilleur accès aux soins de première ligne et le renforcement du continuum des soins, notamment en ce qui concerne les soins à domicile, les soins de longue durée et les soins palliatifs. Ils réclament une plus grande égalité dans l'accès et les résultats, peu importe l'endroit où ils vivent au Canada. Ils demandent aussi que le gouvernement non seulement soutienne fermement la *Loi canadienne sur la santé*, mais qu'il s'engage aussi à la faire appliquer pleinement d'un océan à l'autre. Ils souhaitent finalement qu'on règle le problème honteux du manque de soins dans les réserves et qu'on traite les communautés autochtones comme des partenaires à part entière dans le développement et la mise en œuvre de programmes de santé.

Nous exhortons donc le gouvernement à ne pas traiter isolément la question de l'aide médicale à mourir, mais à l'aborder dans une perspective plus large en tenant compte des liens avec d'autres aspects des politiques sur la santé, notamment les déterminants sociaux de la santé. En effet, les néo-démocrates reconnaissent que ces déterminants — comme le revenu, le statut social, le niveau de scolarité, les conditions de travail, l'environnement social et les réseaux d'entraide, le sexe et un développement sain durant l'enfance — jouent un rôle dans les conditions de santé. Ces déterminants doivent être pris en considération, dans l'aide médicale à mourir, afin de voir comment ils pourraient avoir une incidence sur la santé, l'accès aux soins et la vulnérabilité des personnes. Le gouvernement doit prendre des mesures pour lutter contre la pauvreté et s'attaquer à l'insécurité alimentaire croissante ainsi qu'au manque de logements abordables, afin que les Canadiens soient davantage sur un pied d'égalité lorsqu'ils seront appelés à prendre des décisions de fin de vie.

Pour conclure, nous sommes fiers d'appuyer le rapport principal du Comité et voulons souligner le dévouement de tous nos collègues qui ont travaillé à nos côtés tout au long de la préparation de ce rapport. Ayant abordé le mandat du Comité dans une perspective plus large, nous pressons le gouvernement de prendre acte des enjeux et

recommandations mis de l'avant dans la présente opinion complémentaire et de saisir cette occasion pour agir conformément aux priorités de tous les Canadiens.

